



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

**Biopolítica, corporalidades y
sexualidad: un estudio del VIH y el
embarazo adolescente en los
programas de salud sexual y
reproductiva del Estado colombiano
(2003-2018)**

Jaime Sebastián Cancino Barreto

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Humanas, Centro de Estudios Sociales
Bogotá D.C., Colombia

2020

Biopolítica, corporalidades y sexualidad: un estudio del VIH y el embarazo adolescente en los programas de salud sexual y reproductiva del Estado colombiano (2003-2018)

Jaime Sebastián Cancino Barreto

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Magister en Estudios Culturales

Directora:

Doctora en Antropología. Marta Zambrano Escovar

Biopolítica, género y sexualidad

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Humanas, Centro de Estudios Sociales
Bogotá D.C., Colombia
2020

*Para mis sobrinos, quienes ahora sufren las
infamias de la familia y la escuela.*

Agradecimientos

Esta tesis sólo es el producto de los ciclos generativos y destructivos de la vida. Gracias, entonces, a ella, fuente inagotable y solemne de energía. Desde luego, también es el resultado de mis condiciones de raza, género y clase que me han permitido escribirla. A quienes por ello he entristecido, con gratitud y generosidad les ofrezco estas reflexiones, aunque realmente nunca han sido más.

Hace tiempo que unos amigos franceses decretaban la muerte del autor. Un par de ellos decían: “escribimos a dúo. Como cada uno de nosotros era varios, en total ya éramos muchos”. Sería imposible enlistar todas las manos que han manipulado esta tesis; ahora sólo quiero agradecer a aquellas más cercanas que, entre encuentros, la han enriquecido. Quisiera empezar mostrando mi especial afecto por la Universidad Nacional. Claro, no por su fría burocracia ni por ser una rígida institución, sino por ese lugar múltiple que, entre tintos, alcohol, protestas, fiestas, clases, charlas en el pasto, tristezas, amoríos, etc., me ha traído alegría. Sin todos esos encuentros este escrito no sólo habría perdido fuerza crítica, sino que seguramente no se habría realizado.

Quisiera agradecerle a mi madre, quien en muchos sentidos ha ayudado a sostener mi vida. Espero hacer lo mismo. A mi padre, quien ha apoyado decididamente este proceso. Y, por supuesto, a mi hermana Patricia Cancino, temprana amistad que ha perdurado. A Alejandro Mendoza, compañero y amigo de carrera. En nuestro trasegar ha abierto dudas y ha motivado muchas reflexiones. A Daniel Ávila, amigo entrañable que aterrizó repentinamente en mi vida. Su vitalidad me ha mostrado modos de vida distintos.

A Marta Zambrano, directora y compañera de esta tesis. Ha sido una paciente y cuidadosa lectora, que con sus agudas críticas me ha despejado nuevas maneras de producir conocimiento y nuevas formas de escritura. Sin lugar a duda ha impulsado un auténtico devenir mujer.

Y a Emily Pedraza, quien ha acompañado de diversas maneras este proceso. Tempranamente ayudó a orientar la investigación, y luego, con sus penetrantes y sutiles críticas, inspiró muchas reflexiones y ayudó a refinarlas. Quizás es la persona que más ha manipulado esta tesis, además de estar atenta a todos los aspectos vitales que ella implica. Infinitas gracias por su compañía, que, por supuesto, excede este proyecto.

Resumen

Esta investigación estudia la biopolítica, las corporalidades y sexualidades dispuestas en los programas de regulación del VIH y el embarazo adolescente del Estado colombiano entre 2003 y 2018 a partir de documentos producidos por el Ministerio de Salud que diseñan las intervenciones sobre la población colombiana. Este estudio surge de mi intranquilidad por las mutaciones del biopoder y del deseo de problematizar políticas que se auto-proclaman neutrales ética y políticamente. Exploro cómo ellas vuelcan su interés al impulso de cuerpos poco vulnerables al contagio y que privilegien la auto-regulación de la sexualidad y reproducción. De ahí que rastree las conexiones entre saber y poder para comprender las razones por las que el VIH y el embarazo adolescente causan intranquilidad para estas estrategias bioregulatorias. Argumento, por un lado, que el VIH traería fuerte riesgos macro-políticos para los dispositivos de seguridad estatales y que, además, enfrentaría al sujeto con los peligros micro-políticos de su propia sexualidad; por otro, que el embarazo adolescente sería un fuerte obstáculo para la fabricación de sujetos que domestiquen su futuro y que se hagan a sí mismos capitalizables, esto es, es un impedimento en la construcción de proyectos de vida. Concluyo la investigación dialogando con la actual epidemia de SARS-CoV-2; trazo continuidades entre la gestión de los dos virus y, al finalizar, me atrevo a vincular la biorregulación de los riesgos con el modo de producción contemporáneo.

Palabras clave: biopolítica, sexualidad, corporalidad, VIH, embarazo adolescente, prevención y proyecto de vida.

Abstract

This research studies the biopolitics, the corporalities and sexualities arranged in the Colombian State's programs that regulates HIV and adolescent pregnancy between 2003 and 2018. It based on documents produced by the Ministry of Health that design the interventions on the Colombian population. This study arises from my unease at the mutations of biopower and the desire to problematize policies that proclaim themselves ethically and politically neutral. I explore how they turn their interest to the impulse of bodies with low vulnerability to contagion and that self-regulates their sexuality and reproduction. Hence, I trace the connections between knowledge and power to understand the reasons why HIV and teenage pregnancy cause uneasiness for these bioregulatory strategies. On the one hand, I argue that HIV would bring strong macro-political risks for state security devices and, in addition, it would confront the subject with the micro-political dangers of their own sexuality; on the other, that adolescent pregnancy would be a strong obstacle to the manufacture of subjects who domesticates their future and who makes themselves capitalizable, that is, it is an impediment in the construction of life projects. I conclude the investigation by talking to the current SARS-CoV-2 epidemic. I trace continuities between the management of the two viruses and, at the end, I dare to link the bioregulation of risks with the contemporary mode of production.

Keywords: biopolitics, sexuality, corporality, HIV, teenage pregnancy, prevention and project life.

Contenido

I. Biopolítica del VIH: cuerpo saludable, cuerpo vulnerable y sexualidad riesgosa	15
Apuntes de una epidemia	15
Introducción	18
VIH: epidemia, muerte y biopolítica.....	19
Cuerpo saludable.....	26
Sexualidad Riesgosa	32
II. Prevención y vulnerabilización. Sobre el gobierno de las sexualidad periféricas.....	39
Prevención.....	40
Prevención, libertad y racionalidad.....	41
Gobierno de sí y ciudadanos responsables de su sexualidad.....	45
Vulnerabilización.....	50
De los sujetos-objetos de estas políticas	61
Jóvenes en contextos de vulnerabilidad	61
Mujeres trans	62
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)	63
Trabajadoras sexuales, mujeres en contextos de vulnerabilidad y el enfoque de género.....	64
III. La alegría de ser nadie. Sobre el/la adolescente pobre, desescolarizado/a y de familia disfuncional.....	69
Sobre el sujeto adolescente.....	70
De la mujer adolescente objeto de la política	79
Sobre el/la adolescente pobre	81
De la familia disfuncional	83
De la estructura familiar.....	84
De las prácticas de supervisión familiar.....	87
Del adolescente desescolarizado.....	94
IV. Quebrar la propiedad sobre la vida.....	101
Sobre el proyecto de vida	102
Proyecto de vida, domesticación del futuro.....	108
Técnicas de sí y empresarización de la vida	113
Sobre el proyecto de vida y sus implicaciones en el cuerpo, la sexualidad y la reproducción.....	119
De la propiedad sobre la vida	124
V. Conclusiones.....	127

Desmoronando dicotomías.....	127
Biopolítica y cuidado.....	129
Adolescentes peligrosos, adolescentes manipulables	130
Caminos abiertos: entre el VIH y el SARS-CoV-2.....	132
VI. Bibliografía.....	141

Introducción

Este trabajo nació de la preocupación por las mutaciones del biopoder y sus efectos en los cuerpos y se materializó en el examen de dos de los cinco programas de salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud de Colombia entre 2003 y 2018. En particular, prestó atención a las guías técnicas de intervención institucional a escala nacional, departamental y municipal. Examina la forma en la que aparecen en esos documentos las corporalidades y la sexualidad y escruta las técnicas de poder que buscan regular el VIH y el embarazo adolescente mediante el impulso de prácticas y discursos saludables en poblaciones subalternizadas.

De las cinco líneas de intervención del Ministerio –VIH, maternidad, cáncer de cuello uterino, adolescencia y violencia intrafamiliar-, estudié el VIH y el embarazo adolescente. En ellas privilegié aquellos documentos que se presentaban a sí mismos como “técnicos” y que apostaban por ser el diseño general de intervención sobre ciertas poblaciones. Aunque se autodefinían como técnicos, neutros y racionales, estos documentos enunciaban artes de gobierno y saberes que pasaban desapercibidos a primera vista. Como mostraré a lo largo de este trabajo, se explayan en la intervención regulada y cotidiana sobre los cuerpos, entre ellos aquellos sexualizados como mujeres, adolescentes y trabajadoras sexuales. Al tiempo, prescriben acciones para regular el VIH y el embarazo y nombran recurrentemente prácticas, sujetos y problemas “vulnerables” y/o “riesgosos” para el ejercicio de una “sexualidad sana”. Así, me propuse rastrear las relaciones de poder que en mis documentos, a pesar de su intención de neutralidad, aparecen.

He escogido el periodo 2003 y 2018 porque en el año de inicio se elaboró la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la primera respuesta a la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 (Naciones Unidas, 1995) y a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 (Naciones Unidas, 1994). Estas solicitaron a los

gobiernos elaborar y aplicar políticas de regulación del embarazo adolescente y del VIH basadas en un enfoque de derechos. En otras palabras, esta fue la primera estrategia de salud sexual y reproductiva en Colombia que, además de promover los derechos sexuales y reproductivos, concibió como problemas sociales el VIH y el embarazo adolescente.

Antes, según Marco A. Melo (2013), las estrategias promovidas desde los años 60 y desde el rótulo de planificación familiar se habían dedicado a introducir la anticoncepción como mecanismo de micro-regulación de la fecundidad, lo cual condujo a una reducción del número de hijos por mujer de 7 a 2,4. Sin embargo, no concebían el embarazo adolescente o las enfermedades de transmisión sexual como problemas sociales. Por ejemplo, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 1990 (Profamilia, 1991) excluye ambos temas, que después serían centrales en las mismas encuestas del 2005 (2005), 2010 (2011) y 2015 (2015). En otras palabras, la política nacional del 2003 introdujo, por un lado, los derechos sexuales y reproductivos como línea orientadora de las intervenciones y, por otro lado, el VIH y el embarazo adolescente como problemas sociales.

Hasta el año de corte -2018- estos dos rasgos son constantes, por lo cual lo tomo por un asunto más práctico que temático: en ese año finalicé la recopilación de mis documentos. Esto no me ha impedido estudiar las políticas que rigen hasta el momento -2020-, pues muchas de ellas fueron hechas durante o antes del 2018.

Aspectos metodológicos

El primer problema que enfrenté fue responder al interrogante de cómo un estudio de archivo como el mío podía decir algo sobre el cuerpo, toda vez que no planteaba un estudio directo de los efectos que estas políticas tenían sobre cuerpos concretos. Frente a ello, fue menester recordar la condición histórica y situada de todo discurso. Como “trabajo humano materializado” (Zambrano, 2008, pág. 21), los documentos que estudio han sido producidos en contextos históricos singulares que los condicionan. A pesar de su auto-proclamada tecnicidad, ellos no son independientes de las sociedades y las tecnologías de poder en las que fueron producidos. Por lo tanto, más que hallar un cuerpo y una sexualidad pura, allí encontré sus disposiciones históricas, que dependen de las tecnologías de poder de una época.

Entiendo el archivo, entonces, como un conjunto de enunciados históricos relacionados, asociados o derivados de la producción del saber, que para este caso gira alrededor de la sexualidad, la enfermedad, la anticoncepción y el cuerpo, y que se vincula con los diagramas de poder propios de una época (Foucault, 2010). Entendido así, busco estudiar la ligazón histórica entre saber y relaciones de poder que operaría en el Estado colombiano para el caso de la política sexual que estudio.

Como mencioné, de las cinco líneas del MinSalud sólo escogí VIH y embarazo adolescente. Para su selección presté atención a la noción de salud sexual y reproductiva que circula en estas políticas: aunque profundamente imbricadas, distinguen analíticamente entre salud sexual y salud reproductiva. La primera estaría relacionada con el ejercicio de una sexualidad libre, satisfactoria y segura –ausencia de enfermedades de transmisión sexual-, mientras que la segunda tendría que ver con la capacidad y la libertad para planificar la reproducción. Tal división surge, entre otras cosas, de la necesidad de garantizar una sexualidad que no esté atada a la reproducción. Como mostraré en el primer capítulo, ya sea por su presunta tendencia a multiplicarse o porque es un ataque directo al sistema inmunológico, la epidemia del VIH representa un *peligro intenso* para la salud sexual. Por su lado, como detallaré en el tercer y cuarto capítulos, la sexualidad del adolescente supondría retos clave para una buena salud reproductiva. De manera que, quizás como ninguna otra línea de estas políticas, tanto el VIH como el embarazo adolescente son concebidos como riesgosos para la salud. A esta razón quisiera agregarle una más en relación con el/la adolescente: el marcado y asombroso interés, ausente en las otras líneas, por subjetivizarlo y objetivizarlo, asunto en el cual me centraré en el tercer capítulo.

Ya he mencionado que privilegié documentos técnicos que sirven como marco de referencia y acción para las alcaldías y gobernaciones. Estos despliegan los principios morales y jurídicos que deben guiar las intervenciones en la población colombiana. Por ejemplo, aquí cobró importancia los derechos sexuales y reproductivos. Al estudiarlos, no vi en ellos la expresión de una neutralidad moral y/o jurídica que sería deseable universalizar, sino los analice en sus vínculos con formas de gobierno que impulsan – hasta cierto límite- la libertad sexual y que buscan gestionarla. De igual modo, por estos documentos también circulan cierto tipo de racionalidades que rigen la selección de poblaciones a intervenir. Estas, por un lado, esclarecen las razones por las cuales ciertos sujetos serían más vulnerables al VIH o a al embarazo temprano; por otro lado, exponen

las prácticas y discursos que preocupan a estas políticas. Al respecto, por ejemplo, hay una inquietud permanente por la desinformación con relación a métodos anticonceptivos y/o de protección. Al tiempo, estos textos diseñan estrategias para impulsar prácticas que garantizarían cuerpos y sexualidades saludables. En ellas, más que ver los inobjetable mecanismos para prevenir el VIH y el embarazo temprano, vi procedimientos que inducían formas particulares de sujeto. En fin, analicé los documentos desde un interés particular: ver sus nexos con las relaciones de poder que hacen deseable perseguir e impulsar formas singulares de sexualidad y de cuerpo.

Además, recurrí a las investigaciones que el Estado colombiano, en compañía de otras organizaciones –en especial Profamilia–, han realizado para diagnosticar la salud sexual y reproductiva de la población colombiana. Encontré, por ejemplo, estudios que indicaban en qué poblaciones se concentra el VIH; encuestas realizadas a los adolescentes para determinar sus conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos; diagnósticos de prácticas riesgosas como, por ejemplo, la iniciación temprana de las relaciones sexuales; estudios que identificaban en qué regiones se concentra el embarazo adolescente, etc. En conjunto, estas investigaciones fueron claves para indagar las conexiones entre saber y poder que estas políticas establecían. Así, escruté por qué se investigaba por ciertas prácticas y en ciertas poblaciones, y la manera que el saber producido de ahí era necesario para guiar las intervenciones. También puse atención a las clasificaciones poblacionales que estos estudios establecían; tal operación, como argumentaré, termina privilegiando las clases medias-altas y haciendo objeto de gobierno posiciones de sujetos subalternas, en especial las mujeres de sectores populares. A medida que avance en este trabajo iré rastreando otras articulaciones entre saber y poder, interrogando la importancia del primero para la regulación del VIH y el embarazo adolescente.

Eventualmente acudí a trabajos académicos y teóricos frecuentemente citados por mis fuentes principales, la mayoría de ellos investigaciones sobre las prácticas sexuales y/o reproductivas en Colombia y otros que servían de base teórica para organizar las intervenciones en poblaciones en riesgo. Allí los saberes provenientes de la psicología y de la salud pública tomaban relevancia, como también la participación de centros académicos, en especial la Universidad Nacional y la Universidad de los Andes. Estos trabajos me permitieron esclarecer vínculos entre el biopoder, ciertas disciplinas académicas y los centros académicos, cuestión que, si bien no exploré a profundidad, pues esos documentos y temas no fueron la fuente principal de mi investigación, me

ayudaron a trazar la circulación de conceptos centrales a los cuales se referían constantemente las políticas del Ministerio.

Ocasionalmente acudí a los documentos producidos por organizaciones internacionales. Ellos conjugan directrices internacionales que guiarían los programas estatales de control del virus; en particular, definen los principios jurídicos que guiarían a los Estados y/o las responsabilidades que deberían asumir. Lo que más llamó mi atención fue el tono apocalíptico en que subrayaban los retos que el VIH plasma en los sistemas de salud nacionales y la urgencia de establecer programas para su regulación. Fueron, entonces, un buen indicio para comprender la intranquilidad estatal por la propagación del VIH, algo que estudio en el primer capítulo.

Bajo estos parámetros, reuní un corpus de 41 documentos, que oscilaron entre 34 y 794 páginas, los más extensos de ellos, las investigaciones. La mayoría son de libre circulación y se encuentran en la página del Ministerio de Salud y Protección Social. A partir de la lectura de este corpus, he interrogado histórica y críticamente su autodefinición como “técnicos”, para ligarlos, en cambio, con las tecnologías de poder y las sociedades que los motivan. En esa línea, la emergencia del VIH y del embarazo adolescente como problemas sociales dice más de las relaciones de poder que de la supuesta naturalidad de la enfermedad y el embarazo como problemas. En el primer caso, la epidemia atentaría intensamente contra los dispositivos de seguridad contemporáneos; en el segundo, el embarazo temprano obstaculizaría el tránsito hacia el sujeto adulto que planea su futuro y se hace cargo de él. Aquí la regulación y fabricación del cuerpo y la sexualidad toman notable importancia, pues serían infames peligros para tal dispositivo y para tal sujeto. Por lo tanto, las nociones de cuerpo y sexualidad que circulan en estos documentos tampoco son inmunes a las tecnologías de poder de una época; en este caso, dirigen la mirada hacia las prácticas y discursos riesgosos y buscan impulsar las versiones normalizadas que los contrarrestarían. Así, por ejemplo, las investigaciones del MinSalud, más que decirnos algo sobre sus sujetos/objetos de pesquisa, dejan entrever aquellas prácticas, deseos y fenómenos peligrosos de los cuales es necesario producir un saber para su control. Allí, por ejemplo, las indagaciones por las prácticas anticonceptivas de las mujeres rurales, más allá de lo que dicen sobre ellas, traslucen la preocupación por garantizar el acceso y uso de los anticonceptivos. Por estas razones y otras que iré argumentando en el trabajo, estos documentos, más

que mostrar neutralidad ética, académica o política, proveen acceso privilegiado al estudio del biopoder del Estado colombiano.

Para analizarlo fue útil la arqueología de Foucault. Retomé su apuesta de rastrear las reglas de formación discursiva, es decir, aquellas que gobiernan la coexistencia, circulación y producción de enunciados (Foucault, 2010). Considero que tales reglas están estrechamente vinculadas con las tecnologías de poder que estudié. De tal manera, puse especial atención a la sistematicidad de ciertos enunciados, a las definiciones de los conceptos, a su coexistencia, a las disciplinas que allí mediaban, a la aparición de nuevos objetos y sujetos que sería preciso intervenir, etc. Por ejemplo, me detuve en el surgimiento del (la) adolescente como problema de salud pública y en las razones para intervenirles; o, asimismo, en la persistente relación que estos textos establecían entre libertad y racionalidad y en por qué la una es indispensable para la otra. A la vez seguí a Foucault en su atención genealógica sobre las estrategias de poder; analicé así los documentos a partir de los objetivos y las estrategias sobre la sexualidad, en este caso sólo la salud sexual y reproductiva, una entre múltiples estrategias que constituyen nuestra sexualidad (Foucault, 2014).

De modo que en esta tesis me he tomado en serio la propuesta de “crearles” a los enunciados, de concebirllos como el resultado de una época, como realidades situadas (Deleuze, 2014b). Para ello fue especialmente útil la teoría fundamentada (Strauss & Corbin, 1998), con su metodología inductiva fiel a los documentos. Así, me deshice del prejuicio según el cual existiría algo tras los enunciados, como si nos ocultaran algo. En vez de buscar su veracidad, es decir, distinguir entre enunciados falsos y verdaderos, puse atención a la manera como ciertos discursos adquirirían relevancia para las políticas que estudio y, sobre todo, para las tecnologías de poder que proponen. No me detuve, entonces, en si la sexualidad o el cuerpo enunciados son verdaderos o falsos, sino en sus vínculos con el poder. Cabe aclarar, sin embargo, que de mi análisis no es posible deducir los efectos de estas estrategias sobre cuerpos concretos, lo cual debe ser objetivo de otra investigación. Mi interés es señalar qué cuerpos sería preciso alentar.

¿Con quién diálogo?

Este apartado revisa las investigaciones de ciencias sociales sobre las políticas de anticoncepción y de métodos de protección sexual del Estado colombiano, la cuales he dividido en cuatro campos. Primero, un campo explicativo que busca establecer las

causas de ciertas prácticas sexuales que serían importantes reducir para alcanzar una anticoncepción efectiva (Molina Berrío & Posada Zapata, 2015; Montoya, Blanco, Barreto, & Cárdenas, 2011; Organización Internacional Trabajo, 2000) Segundo, sobre el campo de significados sociales de la sexualidad, que no pasa por establecer las causas de ciertas conductas sexuales, sino por interpretar los significados sociales que impedirían el despliegue efectivo de las políticas de planificación y anticoncepción. (Arango, 1992; Mora M. , 1995; Galvis, 1995; Nieto, Rincón, Ávila, & Mariño, 2011; Pacheco Sánchez, 2011). Tercero, el campo que busca describir las prácticas sexuales y reproductivas de la población colombiana, para señalar sobre quienes deben intervenir estas políticas (Zamudio, 2000; Zamudio & Rubiano, 1996). Los primeros tres campos coinciden en buscar consolidar políticas públicas de anticoncepción y cuestionan prácticas y discursos que hacen que la reproducción sea obligatoria en los cuerpos de las mujeres; pero pierden de vista la adaptación de los dispositivos de poder a las luchas feministas por la eliminación de tal obligatoriedad (Melo, 2013). De ahí que en esta tesis me concentre en las maneras en las que el biopoder ha funcionalizado tales luchas, especialmente impulsando la libre reproducción y sexualidad.

En el último campo he agrupado aquellas investigaciones que problematizan las políticas de anticoncepción, en particular, las relacionadas con procedimientos de regulación poblacional. Allí destaco a Mara Viveros (2004) y Marco Alejandro Melo (2013). Además del acento en las tecnologías de biorregulación, sugieren las maneras en las que estas han re-articulado las relaciones de género, en especial en relación con la medicalización de la sexualidad. Mi investigación se ubica en este último sendero. Ahora bien, si bien estos autores se adentran en la problematización de la anticoncepción, no se detienen en las técnicas de prevención de enfermedades de transmisión sexual y en la economía de los riesgos que de ahí se deriva; en este punto considero que mi trabajo brinda un aporte novedoso.

Mi diálogo más cercano fue con Marco Alejandro Melo (2013), quien estudió el embarazo adolescente como un problema biopolítico propio de las artes de gobierno neoliberales. Su juiciosa investigación traza una genealogía de las estrategias de anticoncepción en Colombia y denota el embarazo adolescente como un “problema social” propio de las artes de gobierno contemporáneas. En esta investigación sugiero que el VIH y su forma de gestión también lo son. De igual modo, de manera aguda, Melo problematizó la articulación ideológica que el gobierno neoliberal establece entre pobreza y la

reproducción desregulada, cuestión que también ha guiado mi investigación. Estos sólo son algunos de los valiosos aportes de este autor sobre los que profundizaré a lo largo de este trabajo.

Además de mi atención al VIH, también he buscado aportar en los siguientes sentidos. Primero, mientras Melo concentró su atención en la prensa escrita bogotana, en particular *El Tiempo*, *El Espacio* y *El Nuevo Siglo*, aquí examino documentos que expresan las racionalidades del gobierno estatal en Colombia. Sacando partido de esto, he prestado especial atención a las técnicas que serían necesarias para inducir una buena salud sexual y reproductiva. Segundo, Melo estudió lo que denominó “regimen hegemónico de representación”, indagando por el entramado simbólico dominante alrededor del embarazo adolescente. En cambio, aquí me he interesado por el diseño de las intervenciones sobre el cuerpo, es decir, por la materialidad corporal que estas políticas buscan producir.

Supuestos teóricos

Como la lectura de todo texto depende de la intención de quien lee, y como la mía era y ha sido impulsada por el deseo de entender cómo las técnicas de poder producen el cuerpo y la sexualidad contemporánea, he estudiado y leído mi corpus en complicidad con tres conceptos: biopolítica, sexualidad y cuerpo. Problematizar aquellas políticas que buscan garantizar la buena salud de la población, que se dirigen sobre todo a sectores “vulnerables” y que suponen una sexualidad libre no parecía tarea obvia. Para ello, me fueron útiles los trabajos de Foucault (2000a) sobre la biopolítica. En un primer momento, atendí a su problematización de los dispositivos que hacían de la salud de la población un problema político, los cuales emergieron en Europa desde finales del siglo XVIII y que perduran con fuerza hasta hoy. En particular, esto condujo a que me interesara por las razones que hacían preciso intervenir el VIH y el embarazo adolescente. Como detallaré en este trabajo, éstas giraban alrededor del riesgo, ya sea a adquirir VIH o a un embarazo adolescente. Esto sintoniza con lo que Foucault veía como propio del biopoder: para justificar su gobierno, habría que fabricar y regular “peligros”. De esta manera, presté especial atención a los peligros que nombraban, frente a qué, cuándo y por qué. Dicho de otro modo, orienté mi estudio hacia lo que Rosi Braidotti (2006) ha denominado economía política del miedo.

Otra dimensión del biopoder fue útil para mi análisis. Al ocuparse de las condiciones biológicas de la población –entre ellas la salud-, el biopoder, antes que hacer morir – poder soberano-, aspira a hacer vivir, es decir, a darle forma a la vida, que entonces se convierte en el objeto principal de gobierno (2000a). De ahí la intranquilidad por regular la sexualidad, la reproducción y el cuerpo. Siguiendo estos pasos, interrogué los documentos del MinSalud más allá de las prohibiciones para examinar, más bien, las técnicas destinadas a producir ciertas sexualidades y cuerpos, esto es, para hacer vivir. Para ello, dejé en remojo mis propias nociones de sexualidad o de cuerpo y las estudié más bien desde lo que definían los mismos documentos, para comprender así la sexualidad y el cuerpo que estas políticas buscan fabricar.

Aunque el gobierno del (la) adolescente recurre con fuerza a las instituciones de encierro, en especial a la familia y a la escuela, estas políticas se concentran sobre todo en cómo gestionar un gobierno por fuera de ellas. Deleuze (2014a) ha señalado que las sociedades de control –o biopolíticas, como las nombra Foucault-, antes que exigir el encierro de los cuerpos, administran y regulan la vida en espacios abiertos. En sintonía, Melo (2013) estudió las políticas de planificación familiar en Colombia –años setenta- como un mecanismo para introducir el control a distancia en los cuerpos de las mujeres. Este trabajo congenia con tales perspectivas, pero en esta ocasión pone acento en las técnicas necesarias para fabricar cuerpos saludables por fuera del encierro institucional. Aquí cobró importancia el gobierno de sí por sí mismo, el cual estudié en el segundo y cuarto capítulos.

Ahora bien, si para Foucault el poder soberano prohíbe y el poder disciplinar obliga a hacer, el biopoder no prohíbe ni obliga, sino que *deja hacer*. De ahí que el poder sobre la vida se sostenga, fundamentalmente, sobre el uso estratégico de la libertad. Según Foucault, en los dispositivos de seguridad:

[La] libertad, a la vez ideológica y técnica de gobierno, debe comprenderse en el interior de las mutaciones y transformaciones de las tecnologías de poder. Y de una manera más precisa y particular, la libertad no es otra cosa que el correlato de la introducción de los dispositivos de seguridad (Foucault, 2014, pág. 71).

Así, para Foucault la introducción de la libertad sería el correlato del gobierno biopolítico. Esta sugerencia me inclinó a analizar el uso que estas políticas hacían de la libertad y encontré que este no era nada despreciable. Puse mucha atención a las nociones de

libertad que usaban, en qué contextos las introducían y las razones por las que era crucial para un gobierno de la sexualidad y la reproducción. De igual modo, como advirtió Foucault (2000a) y ha insistido Braidotti (2005), en el gobierno de la libertad toman importancia las regulaciones micropolíticas que garantizarían el gobierno a distancia. En los capítulos 2, 3 y 4 muestro y analizo cómo estas políticas buscan incidir en la cotidianidad de las poblaciones en riesgo, para asegurar desde allí un buen estado de salud sexual y reproductiva.

Al tiempo, siguiendo a una variedad de autoras(es) (Richard, 2001; Esteban, 2013; Braidotti, 2005; Haraway, 1995), en su mayoría feministas, este trabajo orienta su mirada a la relevancia del cuerpo para las relaciones de poder contemporáneas, en particular para el biopoder. Esta tendría variadas facetas: desde el culto al cuerpo esbelto y joven (Esteban, 2013), pasando por la proliferación contemporánea de cuerpos desechables – en especial aquellos racializados como no blancos, sexualizados como mujeres y los no humanos- (Braidotti, 2005), hasta llegar a su lugar central en el poder biomédico, en especial para las nuevas formas de regulación de la sexualidad y la reproducción (Ávila, 2014). En sintonía con estas perspectivas, estudiaré el cuerpo como entidad material atravesada por una diversidad de técnicas de poder, prácticas y formaciones discursivas que lo fabrican. De ahí que me distancie de nociones que lo muestran como una entidad ahistórica, fija e inmune a las tecnologías de poder de una época en las que el saber biomédico sería el representante por excelencia. Por lo tanto, las políticas que estudio no buscan resguardar o proteger el funcionamiento normal de todo cuerpo humano –buena salud-; desde esa perspectiva, la enfermedad sería concebida como una desviación respecto a la normalidad, casi que su opuesto. Más bien, propongo que lo que estas políticas buscarían es, sobre todo, producir tal funcionamiento normal. En pocas palabras, la buena salud, antes que ser una cuestión dada de ante mano, es el producto del biopoder.

De igual modo, mi atención en el cuerpo está ligada a su materialidad. Al ubicar el acento en los procedimientos que lo fabrican, presto atención no sólo en las representaciones que lo prescriben, sino especialmente en la materialidad corporal que buscan fabricar. Las políticas que estudio pretenden incidir y modificar las maneras de relacionarnos con nuestros propios cuerpos, las sensaciones que vivimos en el encuentro con otros, las sustancias que ingerimos –desde el alcohol hasta los anticonceptivos- y las maneras en las que experimentamos la enfermedad. Dicho de otro modo, buscan producirlo

materialmente. Esta insistencia en la materialidad la derivé de mis acercamientos a los feminismos (Braidotti, *Metamorfosis. Hacia una teoría materialista del devenir.*, 2005; Haraway, 1995; Preciado, 2008) que han insistido con vehemencia que toda experiencia está inclinada a ser sensible y, por lo tanto, corpórea-material. De tal manera, cuando hago hincapié en la maleabilidad del cuerpo no sólo aludo a las transformaciones de su representación, sino especialmente a su plasticidad material. Para ello hice una lectura estratégica –como en todos los casos- de mis documentos y, además de concebir el cuerpo en su historicidad, analicé meticulosamente las técnicas que explícita o implícitamente suponían intervenciones sobre las corporalidades. Por ejemplo, me pregunté por qué cobraba relevancia asegurar la provisión y uso de anticonceptivos en las mujeres adolescentes y qué se buscaba con ello; de ahí deduje la importancia de medicalizar, y por lo tanto modificar, cotidianamente los cuerpos de las mujeres para asegurar la producción de proyectos de vida, tanto en ellas como en sus parejas masculinas.

Haraway (1995) ha sugerido el cuerpo cyborg como una noción adecuada para el estudio de las corporalidades en las sociedades biopolíticas contemporáneas. Con esta noción Haraway (1984) toma distancia de la supuesta primacía del cuerpo dócil facilitado por las tecnologías de poder disciplinarias, pues según dice este resguardaría cierta unidad que no es la propia, o al menos no la dominante, de nuestro tiempo. En cambio, resalta la porosidad contemporánea de la corporalidad, poniendo especial cuidado en las biotecnologías. La guía de Haraway fue especialmente propicia para entrar en juego con los documentos. En un primer momento, parecía una buena manera de estudiar un virus que ataca directamente la unidad del cuerpo, pues, primero, tiende al contagio y, segundo, debilita el sistema inmunológico. También era una adecuada perspectiva para estudiar un diagrama de poder menos rígido que pone el acento en un *dejar hacer* –dejar circular el VIH- y que, por esa vía, deja expuesto al cuerpo. Así, aunque no me restringí a ella, la porosidad corporal brindó importantes pistas para estudiar este cuerpo biopolítico, cuestión que plantearé en el primer capítulo.

Finalmente entiendo la sexualidad como una noción histórica. Esto supone una manera de acercarse a los documentos: antes que como una esencia invariable a las que estas políticas buscarían reprimir o liberar, la comprendo como el producto de una multiplicidad de estrategias situadas en el tiempo. Contra ciertas nociones de sexualidad que circulan en el corpus de estudio, según las cuales habría patrones culturales, morales y religiosos

que reprimirían cierta verdad del sexo y que harían menester, para su liberación, la intervención de estas políticas, propuse rastrear estas políticas para comprender qué creaban y buscaban inducir. De tal manera, por sexualidad entiendo el efecto de un dispositivo que nos hace sujetos provistos de sexo y del cual estas políticas sólo serían una parte, junto a la pornografía, la monogamia, la publicidad, entre otras, que también habría que estudiar.

Apuntes éticos

Quisiera aprovechar las potencialidades académicas y políticas de los Estudios Culturales para discutir algunos cuestionamientos éticos frente a la investigación. En primer lugar, manifiesto su parcialidad. Como han insistido las epistemologías feministas (Harding, 2012; Haraway, 1995), tal parcialidad está pre-condicionada por las múltiples posiciones sociales de quien investiga, en este caso un hombre de clase media, mestizo y urbano, por mencionar las más relevantes. De ahí que todo conocimiento sea incompleto, pues siempre habrá otros ángulos desde los cuales mirar el tema, otras problematizaciones y otras perspectivas. Es ella, pues, la precondition para movilizar los saberes, por eso su riqueza y por eso mi rechazo a rebasarla, aunque, valga decir, a lo mucho lograría ocultar la posición desde la que hablo. No busco, pues, decir la última palabra de este tema.

Asumirlo, a su vez, invita a una segunda cuestión: además de incompletas, mis indagaciones sobre el cuerpo, la sexualidad y las técnicas de poder no buscan ser útiles para todas aquellas personas que sufren el mundo. Más bien, propongo que sólo sea un llamado, una *posible* -y sólo posible- alianza académica y política que depende de las múltiples posiciones desde las que se habite este mundo. De ahí que este trabajo se afilie con la objetividad situada de Haraway (1995): un conocimiento más adecuado, que escape de las garras del universalismo y del relativismo, esclarece su intención – politizada- por dar cuenta, y articularse, de/con posiciones subalternizadas. En otras palabras, busco hacer un conocimiento responsable. Por ello mi inclinación a estudiar las mutaciones del poder y mi insistencia en hacerlas ver; también de ahí mi sospecha de políticas que toman como objeto predilecto a sujetos que coinciden con los que históricamente la modernidad ha buscado gobernar –mujeres, trabajadoras sexuales, adolescentes, poblaciones trans, entre otros-, aun cuando este gobierno tome la cara del impulso de cuerpos libres y saludables.

La problematización académica y política de temas que pasan desapercibidos es algo que ha resonado desde las primeras escuelas de los Estudios Culturales, que otorgaron importancia a las lógicas aparentemente superfluas como el consumo, las esferas de ocio y las relaciones familiares de la clase obrera y de los jóvenes en Gran Bretaña. Siguiendo este mismo camino, esta investigación nació de la necesidad de examinar con ojo crítico una política aparentemente neutra, que celebra su enfoque de derechos y que impulsa una sexualidad libre y saludable. Al problematizarla, indago por las maneras en las que estas estrategias biopolíticas han adaptado y, en últimas, funcionalizado las luchas feministas por liberar el cuerpo de las mujeres de la obligatoriedad reproductiva y las disputas por la diferencia sexual, sin desconocer la importancia de estas luchas.

Sobre la escritura

Esta tesis me enfrentó a una significativa mudanza en mi escritura: de una mucho más ensayística a una más descriptiva. Esto no es simplemente un cambio de forma, sino sobre todo una transformación en la manera de construir conocimiento. Del acento en los conceptos, trasladé mi atención a la extensión que los documentos destinan a ciertas tesis, a los momentos en que algunos enunciados se hacen necesarios, a su estilo de escritura –técnico, académico, publicitario, etc.–, a los documentos que frecuentemente se citan, entre otros. Dirigí mi mirada a lo que su materialidad y contenido dicen. También condujo a una variación en el ritmo de mi escritura: antes acelerado, el trabajo descriptivo varió hacia a uno más lento, que presta más atención a los detalles del corpus. Esto no sólo incidió en la lectura de mis documentos, sino también en la manera de escribirlo: exigió volver una y otra vez a mis documentos, revisarlos al detalle; pero también, volver una y otra vez a lo ya escrito. Así, entendí encarnadamente que forma y contenido están íntimamente relacionados y que, por lo tanto, la estética de mi escritura era de suma importancia para esta tesis.

“Biopolítica del VIH, cuerpo vulnerable, cuerpo saludable y sexualidad riesgosa” (capítulo 1) analiza la fabricación y regulación del riesgo alrededor del VIH; desde ahí, pregunta por el cuerpo y la sexualidad que sería preciso motivar para gestionar esta epidemia alarmante. “Prevención y vulnerabilidad. Sobre el gobierno de las sexualidades periféricas” (capítulo 2) estudia las técnicas necesarias para gestionar el VIH y para seleccionar y fabricar las poblaciones y sujetos a intervenir y la razones por las cuales sería preciso hacerlo. “La alegría de ser nadie” (capítulo 3) estudia la manera que estas

políticas conciben al adolescente y pone atención a los sujetos objeto de estas políticas: adolescentes desescolarizados, de familia disfuncional y pobres, especialmente las mujeres. Además, examina la importancia que toman las instituciones de encierro (familia y escuela) para la disminución del embarazo temprano. “Quebrar la propiedad sobre la vida” (capítulo 4) indaga la importancia que adquiere el proyecto de vida para una buena salud reproductiva y pregunta por las implicaciones sobre la sexualidad, el cuerpo y la reproducción. En pocas palabras, esta tesis estudia las mutaciones del biopoder, los riesgos que fabrica, los procedimientos para gestionarlos y, sobre todo, el cuerpo y la sexualidad necesarias para ello.

I. Biopolítica del VIH: cuerpo saludable, cuerpo vulnerable y sexualidad riesgosa

Apuntes de una epidemia

17/03/2020

Boletín de prensa No 079 de 2020

Bogotá, 17 de marzo de 2020. Con respecto a la muerte de un ciudadano con sospecha de enfermedad por coronavirus ocurrida el día 16 de marzo en la ciudad de Cartagena, el Gobierno nacional se permite informar:

- La persona fallecida es un hombre de 58 años que trabajaba como taxista en Cartagena.
- Era un ciudadano con hipertensión y diabetes no tratadas.
- El pasado 4 de marzo transportó en su vehículo a turistas italianos, y dos días después presentó los primeros síntomas de tos con expectoración, fiebre y dificultad para respirar.
- El paciente fue atendido desde el 13 de marzo en la Clínica Cartagena del Mar, en Cartagena.
- Las muestras llegaron el 17 de marzo al Laboratorio del Instituto Nacional de Salud, y han dado negativo en coronavirus.
- Dado que la hermana del paciente, que a la vez era su cuidadora, ha presentado síntomas similares y sus exámenes de laboratorio arrojaron un resultado positivo COVID-19, es necesario continuar con la investigación

de campo para determinar si hay un nexo epidemiológico entre los dos casos.

- Solamente cuando concluya esta investigación será posible atribuir o descartar que la causa del deceso fue la COVID-19.
- El Gobierno nacional garantiza que comunicará las conclusiones de la investigación adelantada por el Instituto Nacional de Salud tan pronto esta haya terminado.
- El Gobierno nacional expresa sus condolencias a los familiares y allegados del paciente fallecido (Ministerio de Salud, 2020)

Esta cita bien podría ser el comienzo de una novela de Albert Camus o de Octavia Butler. La acompañan buenas dosis de misterio alrededor de las primeras muertes de una epidemia venidera. Sin embargo, es un comunicado del Ministerio de Salud colombiano referente a la que para el momento podía ser la primera muerte por COVID-19. Cuatro días después, el 21 de marzo de 2020, y después de varias pruebas, el ministerio así lo confirmó. Este hombre de 58 años, residente de la turística y costera ciudad de Cartagena, era pues el primer muerto registrado y el preludio, como en Camus o en Butler, de una pandemia que se extendería por la mayoría del territorio colombiano.

El comunicado es emitido once días después del primer registro de contagio en Colombia; una mujer de 19 años proveniente de Milán, Italia. Ya para el día de este llamativo escrito había unos 75 casos confirmados en todo el país, concentrados mayoritariamente en los sectores pudientes de Bogotá. Ese mismo día la alcaldesa de la ciudad anunciaba el “simulacro de aislamiento”, un decreto que obligaba a los habitantes de esta ciudad permanecer en cuarentena durante cuatro días. La medida empezaría a regir desde el viernes 20 de marzo y con la cual el Distrito esperaba preparar a la ciudad para una cuarentena más extendida. Cuatro meses después, cuando termino de escribir estos apuntes, aún permanezco en mi casa sin terminar de acostumbrarme al encierro.

El mismo día que el Ministerio de Salud confirmaba el primer muerto, en la cárcel Modelo de Bogotá los apresados protestaban por medidas de protección frente a la epidemia que apenas empezaba. Luego de la álgida noche los periódicos registraron 23 reclusos muertos y 83 más heridos. Al tiempo que el Distrito decretaba una cuarentena para proteger a los “bogotanos”, la institución de encierro cobraba más de dos decenas de

muerdos. Hacer vivir y dejar morir. Y en las calles aledañas los familiares y amigos esperando alguna respuesta del estado de los reclusos.

Aquellas protestas también fueron acompañadas de un torrente de denuncias provenientes de distintos lugares de Colombia. Ellas describían las precarias condiciones de vida sumadas a la ya infame reclusión. Tomemos la hecha por los reclusos de Palmira, Valle del Cauca. Horarios de madrugada para el acceso al agua potable; celdas de cuatro personas albergando hasta diez, y las de ocho hasta diez y ocho; un patio de 45 mts. de largo por 40 de ancho en el que transcurren los días 2476 personas; escases de implementos de aseo, como jabón, alcohol, tapabocas, crema de dientes, entre otros; precarios servicios de salud para los reclusos (Comité de Solidaridad con los Presos Políticos, 2020). Hoy, cuatro meses después, ya varios brotes han sacudido las cárceles, el más reciente en la Picota de Bogotá (Comité de Solidaridad con los Presos Políticos, 2020b). Hacer vivir y dejar morir.

Ahora, a finales de julio, nos acercamos a los 300 mil contagiados registrados en Colombia -276 mil para el 29 de julio-; el epicentro se ha trasladado de los barrios pudientes de Bogotá, en el norte de la predatoria urbe, hacia el sur-occidente de la misma, residencia de los sectores populares. Hacer vivir y dejar morir. Del hombre de 58 años, conductor de taxi en Cartagena, pasamos ahora a casi 10 mil muertos, concentrados otra vez en la capital -aunque no con la misma magnitud de los contagios-, y de nuevo en el sur-occidente. Kennedy, el occidente de Suba, Bosa y Ciudad Bolívar las localidades más afectadas. Hacer vivir y dejar morir. Y yo mismo, en este momento, me veo envuelto en el procedimiento predilecto para administrar la muerte: la estadística.

A diario, por las calles del barrio en el que vivo, veo caminar grupos de personas que dejan salir de sus cuerpos gritos desesperados de auxilio en busca del sustento diario. Si no fuese por los poderes que recaen sobre mí, me sería difícil reconocer que son de una nacionalidad distinta. Y recuerdo uno de los anuncios de la alcaldesa en los comienzos de la cuarentena: apelando a la protección de los migrantes, solicitó al gobierno nacional recursos que ayudaran en la titánica tarea. Sin quererlo, esas fueron las primeras puntadas para abandonarlos a su suerte; marcó lo extraño haciendo saber que los recursos del Distrito no podrían ayudarlos, pues había otras prioridades: lo conocido, lo clasificado como nacional. Hacer vivir y dejar morir.

Las ideas fuerza de esta tesis las terminé finalizando febrero de 2020, cuando el SARS-CoV-2 aún parecía lejos. Son sorprendentes las conexiones que he establecido entre el corpus que estudio y la gestión del SARS-CoV-2. En el transcurso de este trabajo dejo abierto los lazos que se puedan establecer; sólo me concentraré en ellos en las últimas páginas. En cualquier caso, la llegada de la epidemia fue una fuente insospechada de inspiración, que me ayudó a percibir sutiles procedimientos bio-regulatorios que ya estaban en mis documentos, pero frente a los cuales mi cuerpo aún no era sensible. Este casual, bello e inesperado encuentro sólo demuestra que la gestión biológica de la especie humana ya es de largo aliento y está arraigada en nuestra cotidianidad. Con todo, alejémonos de la tentación de mostrar la gestión del SARS-CoV-2 como mera replica, fortalecida, de dispositivos de poder que ya estaban. Seamos meticulosos, cuidadosos y, sobre todo, démonos el tiempo necesario para percibir las mutaciones a las que estamos asistiendo.

Introducción

En su texto sobre el cuerpo y la esterilización masculina, Mara Viveros (1999) recuerda que en las sociedades modernas el ejercicio de poder sobre los cuerpos toma formas menos estrictas. Según dice, en el campo de la reproducción esta “flexibilización del poder” viene acompañada de métodos de anticoncepción no obligatorios. Así, a diferencia de la primera mitad del siglo XX, cuando la empresa eugenésica obligó prácticas anticonceptivas sobre cuerpos “indeseables” –por ejemplo, en locos, criminales, en individuos con supuestos impulsos criminales, leprosos, etc.-, desde la segunda mitad del mismo siglo las instancias científicas, médicas y técnicas han inducido su uso no forzado. (Viveros, 1999). La escisión que estas políticas realizan entre salud sexual, por un lado, y salud reproductiva, por otro, responder en parte a tal flexibilización. Para que exista el ejercicio libre y satisfactorio de la sexualidad es necesario que ésta se distancie de la reproducción.

Incitar una vida sexual y reproductiva saludable conlleva, entonces, que la misma salud no pueda abarcar tanto la sexualidad como la reproducción; por el contrario, es necesario instaurar una para la sexualidad y otra para la reproducción. Como mostraré en este capítulo, el VIH afectaría de una manera particularmente intensa a la salud sexual, y no tanto así a la reproductiva. Por su parte, aquello que hace tambalear a la salud reproductiva, lo que aparece en su condición de riesgo imparables, ya no es un síndrome

ni una epidemia, sino la sexualidad de un sujeto en particular, esto es, la sexualidad adolescente.

En este capítulo me concentraré en la sexualidad y el cuerpo dispuestos por las políticas que buscan gestionar el VIH. En un primer momento establezco la relación entre la bioregulación de la vida, por un lado, y la doble condición en la que aparece el VIH, es decir, como epidemia y como un síndrome inmediato a la muerte, por otro. Esto da paso al estudio de lo que he llamado “cuerpo saludable”; finalmente me adentraré en la aparición de la sexualidad como un riesgo latente y permanente.

VIH: epidemia, muerte y biopolítica

Como ya mencioné, aquí subrayaré las conexiones especialmente intensas que se entretajan entre la bioregulación de la vida y la epidemia del VIH, tal como ésta atraviesa las políticas del Min. Salud. Haré hincapié en el peligro que esta epidemia representa para las políticas de la sexualidad del Estado colombiano; además, examinaré la singular *urgencia* con la que buscan gestionarla y regularla, que a la vez es la expresión de un problema biopolítico especialmente intenso.

Confinada pavorosamente en mis documentos, la muerte circula insistentemente en las políticas regulatorias del VIH. El Plan Nacional de VIH 2008-2011, guía general de las políticas estatales colombianas frente a la epidemia durante esos años, afirma:

Las metas en el área específica de Sida propuestas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODM, obligan al país para el año 2015 a mantener la prevalencia de la infección por VIH por debajo del 1.2%, a aumentar el acceso a medicamentos antirretrovirales, a reducir la mortalidad por causa del Sida, a disminuir el número de casos de transmisión perinatal (...) (2008, pág. 11)

En una nota afín el Plan Nacional de 2014-2017 manifiesta:

El VIH/Sida es una enfermedad con grandes repercusiones (...) que impone un reto para los sistemas de salud en el mundo. Desde el comienzo de la epidemia cerca de 60 millones de personas en el mundo se han infectado con el VIH y 25

millones han fallecido por Sida y causas relacionadas, a 2011. (Ministerio de Salud, 2014, pág. 17)

Al igual que en el de 2008-2011, entre los objetivos de este plan estuvo la reducción de la mortalidad por VIH/Sida. Lo mismo ocurre en el Plan Nacional de 2018-2021 que estipula como objetivo general “[f]ortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la reducción de la morbilidad y mortalidad por VIH, ITS [Infecciones de Transmisión sexual] (...)” (Ministerio de Salud, 2018, pág. 43). Así, estos tres documentos, guías de las intervenciones en todo el país, estipulan como una de sus mayores intranquilidades y de sus mayores objetivos la disminución en la mortalidad del VIH. Esto lo acompañan con recurrentes investigaciones que determinan la tasa de mortalidad del VIH/Sida, su desarrollo histórico, la comparan entre distintos Estados y regiones, definen su distribución por sexo y edad, etc. Ellas son cruciales en el diseño de las políticas, pues ayudarían a determinar, por ejemplo, las poblaciones en las que más se acentúa la muerte por la epidemia y que, por eso mismo, requerirían de estrategias de salud pública. De tal manera, si algo llama la atención de estas políticas sería la contigüidad del VIH con la muerte: el virus es peligroso porque, entre otras cosas, nos acerca a la muerte, fenómeno que siempre sería deseable reducir y aplazar y por lo cual atajar sus efectos negativos es el objetivo principal de estas políticas.

Reiterativamente estos mismos planes referenciaban un interesante documento que dotaba de herramientas éticas y jurídicas a los programas de gestión del VIH (Profamilia, 2003). El citado texto discute las prácticas médicas y las estrategias de la salud pública para llenarlas de contenido ético y jurídico, señalando a los derechos humanos como guía de estas dos. Por su riqueza volví a él repetidamente. Empero, lo que llamó más mi atención fue su singular manera de describir a los programas de gestión del VIH: son urgentes. Y también me brindó la definición de este adjetivo: es aquel problema que tendería a empeorar de manera alarmante si hay demoras en atenderlo, hecho que podría ocasionar, incluso, condiciones de irreversibilidad (Profamilia, 2003, pág. 38). Sería empobrecedor restringir esta definición a este documento; más bien, sintoniza con la manera generalizada en la que estas políticas conciben el virus. Esto tiene que ver, como veremos, con la aparente dificultad para controlarlo. Pero también, como sugerí, con que esta epidemia nos acercaría peligrosamente a la muerte.

En *Transposiciones* Rosi Braidotti (2006) denuncia apasionadamente la dicotomía moderna entre vida y muerte, la cual lee a esta última como el punto final de la vida, como su opuesto radical. Para esta autora, como toda dicotomía, esta es propensa a jerarquizar valorativamente uno de los dos polos: aquí la vida sería sacralizada en detrimento de la muerte. En sintonía con Foucault (2000a), Braidotti incrusta y estudia tal oposición en las sociedades biopolíticas, en especial en relación con el poder biomédico: el repudio al aborto, las largas agonías provocadas por enfermedades, los sistemas artificiales utilizados en hospitales para mantener con vida a personas de precaria salud, etc., serían algunas de sus expresiones. La angustia con la que estas políticas registran la muerte, junto a la auto-proclamación de estos programas como urgentes, muestran una moral similar. En el próximo capítulo expondré los mecanismos para inyectar tal moral, en especial a través de lo que nombran técnicas de prevención; y en este capítulo me detendré en el cuerpo cincelado en oposición a la infección y, por ende, a la muerte. Ahora subrayo que esta autoproclamación de urgencia para evitar mortalidad señala agudamente el desprestigio con las que estas políticas leen a la muerte y la sacralidad con la que registran la vida biológica. Inclusive, algunos pasajes describen con el mismo repudio a la diversidad de “Infecciones de Transmisión Sexual”, aun sin aclarar los efectos siniestros que tendrían. Todo lo que tenga que ver con el detrimento de la vida estas políticas lo rechazan.

Al reclamarse como urgentes estas políticas también muestran su cara más peligrosa. Familiaricémonos con el tono del archivo y prestemos atención a cómo demandan esta urgencia:

Este libro apoya la opinión de que la salud sexual y reproductiva es un tema no solamente legítimo, sino que exige la atención urgente de los profesionales de la salud y de sus aliados de otros campos que estén comprometidos con el logro de la salud individual y comunitaria en sociedades justas y humanas (Profamilia, 2003, pág. 27)

Y el mismo documento, más abajo, afirma:

La salud [sexual] y reproductiva no es solamente un aspecto importante de la salud (...) Por razones de su impacto, urgencia e inequidad, es un asunto de interés global (2003, pág. 32)

Un documento del 2006 modelo de la gestión pública del VIH, después de un cuidadoso recuento del alarmante aumento de la epidemia en Colombia, afirma:

Frente a esta situación, y (...) frente a la calidad de vida y de la atención en los servicios de salud, se plantea la necesidad de realizar mayores esfuerzos por contener la epidemia, a través de estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva (Ministerio de Protección Social, 2006, pág. 17)

El particular tono alarmante que reclama urgencia y mayores esfuerzos florece en todo el archivo y llama la atención de cualquier lectura. Pero sus consecuencias no sólo son estéticas; más importante aún, son políticas. Indica la supuesta inevitabilidad de los programas, la necesidad y obligatoriedad de ellos. Y su correlato, señala el estrecho espacio que dejan para refutarlos o problematizarlos; ellos parecen ineludibles. Si a esto adiciono que la urgencia reclamada controlaría los efectos devastadores de la epidemia, su inevitabilidad se justifica para el control de la mortalidad que arrastraría el VIH. Políticas de gestión del virus o muerte.

Sin embargo, la cercanía con la muerte no termina por explicar la urgencia del VIH. Lo urgente, como dije, es un problema que tendería a empeorar si no es intervenido eficaz y ágilmente. Al respecto y frente al VIH el Plan Nacional 2008-2011 afirma:

Desde su aparición, y con el transcurso del tiempo, la pandemia de VIH y Sida se ha constituido, para los diferentes países del mundo, en uno de los problemas de salud pública de más difícil abordaje y en uno de los mayores retos a efectos de lograr su prevención y control. (Ministerio de Protección Social, 2008, pág. 15)

Este fragmento ya no le otorga el nombre de epidemia a la expansión del VIH, sino de pandemia, que sería aquella epidemia que afecta a la mayoría de los Estados. De ahí la dificultad y los retos para su control. Estas políticas no siempre le confieren el mismo nombre, pero lo que permanece es la sensación de difícil regulación del VIH. Por ejemplo, las directrices internacionales para la gestión del VIH manifiestan: “Durante esta década [1990], han sucedido muchas cosas (...) en relación con esta epidemia *rápida y en constante evolución.*” (Naciones Unidas, 2007, pág. 4) (Cursiva mía). Y luego de

describir las acciones “mundiales” para regular la epidemia, como el aumento del uso de antirretrovirales, señala: “Sin embargo, la situación sigue siendo grave, con la duplicación del número de personas que viven con el VIH en el mundo y que supera los 40 millones” (2007, pág. 5)

Al pavoroso tono, este extracto agrega la difícil gestión del VIH: la epidemia avanza, evoluciona y se duplica rápidamente. Detengámonos en un último documento, hecho en el 2012 y que buscaba caracterizar el VIH en Colombia y establecer una guía para “identificar necesidades” en la contención de la epidemia:

La pandemia de Sida abrió nuevos retos para todo aquél [*sic*] interesado en el control de la infección por VIH, y generó múltiples investigaciones dirigidas hacia la generación de vacunas para evitar la infección o de productos farmacéuticos para controlar el virus o combatir sus efectos (...) (Ministerio de Salud, 2012e, pág. 83)

Si los anteriores fragmentos mostraban la angustia generada por un microorganismo reacio al control estatal, de la salud pública y, en últimas, del humano, este trozo marca el saber llamado a controlarlo: la ciencia. En la mayoría de casos acuden a él para regular la propagación del contagio; en otros, como en esta cita, le depositan la fe –algo religiosa, por cierto- de encontrar vacunas o fármacos que combatan los efectos negativos del VIH. De tal manera, estas políticas apelan a la ciencia en virtud de sus facultades regulatorias del virus, es decir, en virtud de sus capacidades para controlar la Naturaleza¹ (Mies, 1997). El virus, dice el anterior extracto, es algo que controlar y combatir. De entrada no condeno el recurso al saber científico; lo que advierto más bien es por qué apelan a él: ante un virus difícilmente gobernable, es menester rescatar el saber especializado en dominar la Naturaleza.

El mismo documento más arriba esclarecía por qué el VIH es tan reacio al control:

¹ Para ser claro, no defiendo la dicotomía moderna entre humano y naturaleza. Más bien, las veo como parte de una misma totalidad. Sin embargo, mi posición no elimina el hecho de que tal dicotomía ha dado pie a la explotación y dominación moderna de lo no humano (Mies, 1997). De tal manera, cuando escribo Naturaleza con mayúscula es para referenciar y, a la vez, problematizar tal oposición.

De todas las enfermedades contagiosas, las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo la infección de VIH, son *las menos susceptibles de controlar erigiendo barreras nacionales* (...) Por su naturaleza, ambos temas [las Enfermedades de Transmisión Sexual y el VIH] constituyen un problema que no sólo continúa existiendo, sino que se *multiplica* (cursiva mía) (Profamilia, 2003, pág. 38) .

Ya veíamos que la epidemia avanzaba, evolucionaba y se duplicaba rápidamente. En este fragmento las enfermedades de transmisión sexual se multiplican y son menos propensas a respetar las fronteras nacionales. Esta lectura del VIH, además de ser recurrente, orienta los objetivos de estas políticas hacia desacelerar su velocidad de propagación; por ejemplo, el Plan Nacional 2014-2017 encamina sus intervenciones hacia las poblaciones con más altas tasas propagación. La urgencia por intervenir surgiría, entonces, para administrar su rápido *movimiento*.

De esta angustia por la acelerada expansión, del uso de lenguaje belicista que evoca a la guerra contra el VIH y del particular recurso a la ciencia puedo rastrear un temor de arraigo antropocéntrico. Primero, porque este microorganismo imperceptible nos enfrentaría directamente con la muerte, es decir, nos vuelve a hacer vulnerables ante aquello que el Hombre moderno parecía haber domado: la Naturaleza; segundo, porque el temor vendría de un virus que, si no es intervenido a tiempo, eficazmente y con el mando del saber científico, sería especialmente reacto al control humano, desbordaría su voluntad. Así, este virus rebelde recordaría al humano su profunda vulnerabilidad. Vale apuntar que, con todo, este trabajo no es apologeta del VIH; más bien, sólo se encamina a problematizar políticas que lo patologizan y lo reducen a ser fuente de daño para la especie humana. Al virus habría que combatirlo y controlarlo.

La narrativa que une el estado de urgencia del VIH, su inclinación al contagio y a la multiplicación, sus efectos devastadores, así como su cercanía a la muerte es sorprendentemente afín a la ciencia ficción contemporánea. En su estudio de este género cinematográfico y literario, Rosi Braidotti (2006) lo ubica en un lugar privilegiado para representar los estados de crisis a los que asistimos. Según nos dice esta autora, lo que pone de presente la ciencia ficción es un cierto tipo de *imaginación apocalíptica* contemporánea, que se sustenta sobre la *pensabilidad del desastre* y la *impensabilidad del futuro*: ante la irrupción inminente de un desastre –por ejemplo, la colisión de un

meteorito sobre la tierra, la crisis ambiental, un terremoto, la propagación de un virus, ahora tan marcada por el Covid-19-, el futuro deviene impensable, esto es, como una extinción de la especie humana. Aunque las políticas de sexualidad que estudio no imprimen tal grado de desastre –aun cuando el documento Salud Sexual y Reproductiva plantea como una de las preocupaciones éticas centrales la posibilidad de que el VIH/Sida resulte en la disminución de la población en ciertos Estados (Profamilia, 2003, pág. 116)-, el tono de una emergencia latente, que provoca la mayor preocupación en los gobiernos y que sin la atención e intervención adecuadas tendería a expandirse, generando incluso efectos devastadores, recuerda permanentemente la “imaginación apocalíptica” que Braidotti destaca en la ciencia ficción y como propia de una época. Basta pensar en la similitud entre la urgencia, el contagio y la muerte que enuncian estas políticas del VIH, por un lado, y las series y películas de zombies, por otro: en los dos casos se trataría de un virus que tiende a expandirse y, con esto, a arrastrar tras de sí la muerte. Incluso, uno podría decir que en ambos las fronteras entre lo vivo y lo muerto se hacen más difusas. Aquí el *cuerpo abyecto*, contagiado y enfermo toma toda la centralidad del caso; por un lado, como argumentaré más adelante, sería lo opuesto al cuerpo saludable-normalizado y por lo tanto sería aquello de lo que es preciso alejarse; por otro, sería el objeto de una infame violencia que buscaría su exterminación. En los dos casos, por distintas vías, es fuente de desdicha.

Paradójicamente, en este panorama cuasi apocalíptico el problema más urgente y próximo de estas políticas no es eliminar la epidemia, no es reducir a cero la cantidad de infectados, sino, por el contrario, es contener, o a lo mucho reducir, a los márgenes adecuados el virus. Si se trata de una epidemia que por su inclinación al contagio y a la multiplicación es difícilmente controlable, ya no habrá un imperativo por eliminarla de una vez por todas. Así, el Plan Nacional de Respuesta a las Infecciones de Transmisión Sexual 2014–2017 (2014) tiene como uno de sus objetivos el mantenimiento del VIH en una prevalencia² nacional menor al 1%; así mismo, el Plan Nacional 2018–2021 (Ministerio de Salud, 2018) plantea entre sus metas contener el VIH en esta misma

² Por prevalencia se entiende la proporción de individuos que en una población determinada asiste a un evento epidemiológico determinado. En nuestro caso, se refiere a la proporción de individuos que, en cierta población, está infectado con VIH/Sida.

prevalencia; lo mismo ocurre con el Plan Nacional de Salud Pública 2007–2010 (Ministerio de Protección Social, 2007); por su parte, las políticas que intervienen sobre prevalencias de alto riesgo –estos es, mayor al 5%– ya no tienen como objetivo mantener cierta prevalencia, pues esta es riesgosamente alta, sino reducirla a sus adecuados límites –estos son los casos, por ejemplo, de los “hombres que tienen relaciones sexuales con hombres”, o en las mujeres trabajadoras sexuales–. No se busca, pues, eliminar el virus, erradicarlo en su totalidad, sino contenerlo, frenar su movimiento expansivo, o, en el mejor de los casos, reducirlo a porcentajes clasificados como seguros. Es esta, pues, la urgencia biopolítica con la que se busca gestionar e intervenir el VIH.

Cuerpo saludable

Como señala Zandra Pedraza (1996) en su estudio sobre la institucionalización de la higiene en Colombia, el cuerpo ha devenido una entidad material definitiva para la consolidación del poder biopolítico. Al igual que en el caso la higiene, que se fortaleció como práctica discursiva a principios del siglo XX, la urgencia con la que se busca contener el VIH no se podría comprender al margen de la centralidad del cuerpo para el biopoder, cuyo mantenimiento y protección que la sustenta. En este apartado exploraré la disposición, en estas políticas, de lo que llamo *cuerpo saludable*; para ello me valdré de contrastes cronológicos que permitan ubicar la historicidad de este cuerpo que estudio. Reitero que este capítulo se centrará exclusivamente en la salud sexual, y no tanto así en la salud reproductiva, pues, aunque profundamente imbricadas, el VIH vendría a afectar con especial intensidad la primera.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021 (Ministerio de Salud, 2013), política hecha por el Min. Salud y que es guía no sólo de la salud sexual y reproductiva, sino también de la salud pública en todas sus aristas –incluye salud ambiental, salud mental, salud alimentaria, salud sexual y reproductiva, salud en emergencias y desastres, etc.–, entre otros aspectos, define lo saludable de la siguiente manera:

[La posibilidad] de la población colombiana a vivir *libre de enfermedades* transmisibles en todas las etapas del ciclo de vida y en los territorios cotidianos (...) (cursiva es propia) (Ministerio de Salud, 2013, pág. 119)

Además de buscar la salubridad general de la poblacional, que se materializaría en la cotidianidad y en todos los ciclos de vida (cuestión que ampliaré en el siguiente capítulo), lo saludable corresponde aquí a la ausencia de enfermedades transmisibles: lo que es propio de aquella población, individuo o cuerpo saludable es su condición de no estar contagiados. De tal manera, aquí habría cierto impulso hacia un cuerpo puro, libre de cualquier contagio. Aunque esta noción puede resultar vaga, concuerda con lo que Zandra Pedraza veía como propio de la enfermedad en las nacientes sociedades biopolíticas del siglo XIX y XX: como aquello que desarmoniza y desfuncionaliza el cuerpo (1996, pág. 118). Sin embargo, esta negatividad frente a la enfermedad –lo saludable como ausencia de infección- no terminaría de dar cuenta de lo propio de un cuerpo saludable.

Para alcanzar una vida libre de enfermedades transmisibles, este mismo Plan Decenal tiene como uno de sus objetivos “[r]educir de manera progresiva y sostenida la exposición a condiciones y factores de riesgo” (Ministerio de Salud, 2013, pág. 119). Asimismo, la Guía de Prevención del VIH en trabajadoras sexuales (2011) formula como una de sus estrategias el impulso de prácticas de prevención que *disminuyan los riesgos* de adquirir VIH. Esa misma guía declara como una de las determinantes en la salud el *grado de exposición* a la infección de este virus. De la misma manera, las demás guías de prevención, las cuales buscan ser orientaciones técnicas para talleres de prevención en jóvenes, mujeres trans, “hombres con relaciones sexuales con hombres” y mujeres en contextos de vulnerabilidad, establecen las prácticas adecuadas de prevención a partir, entre otras cosas, del *grado de exposición* de cada individuo al VIH; para esto, por ejemplo, será fundamental determinar la cantidad de parejas sexuales en los últimos 12 meses, así como el uso o no de preservativo durante la última relación sexual. Como vemos, entonces, disminuir los factores riesgosos y el grado de exposición son los objetivos y/o los determinantes de la salud en estas políticas. En este panorama, alcanzar una vida libre de enfermedades transmisibles no implica únicamente su ausencia, sino, además, por ser contagiosas e infecciosas, supone disminuir los riesgos y/o la exposición a ellas. O, para ponerlo en otras palabras, un cuerpo saludable sería aquel que no sólo no está infectado, sino que además reduce sus niveles de exposición al contagio. De ahí que en estas políticas exista cierta tolerancia frente a la enfermedad

trasmisible, pues el cuerpo sano, antes que alejarse absolutamente del virus contagioso, está siempre expuesto a éste, esto es, tolera cierta cercanía y cierta vulnerabilidad.

Esta biopolítica del VIH es un intento de gestión del riesgo por parte del Estado colombiano. No se trata tanto de eliminar absolutamente el virus, sino de gestionar sus probabilidades y sus estadísticas –recordemos que el objetivo primordial de estas políticas es mantener la prevalencia menor al 1% a nivel nacional–. A manera de contraste, las técnicas de exclusión y encierro de los leprosos durante el siglo XX en Colombia buscaban eliminar totalmente el contacto con la enfermedad contagiosa, alejarla absolutamente del cuerpo sano (Pedraza, 1996, pág. 157). Es decir, no implicaban la tolerancia frente a la infección que en esta biopolítica del VIH he examinado. Si se quiere, se trata de una forma distinta de fabricar y de relacionarse con el contagio y la enfermedad. En todo caso, bajo las condiciones biopolíticas de gestión del riesgo, la perfección del cuerpo tal como la describí más arriba, esto es, como ausencia absoluta de este síndrome, no es del todo aprovechable. Más bien, frente a políticas que buscan gestionar probabilidades y que toleran la enfermedad trasmisible, aparece un cuerpo cuya salubridad total nunca está asegurada, y que, por esto mismo, siempre está expuesto, siempre está enfrentado a riesgos. En una palabra, se trata de un cuerpo que siempre es y está vulnerable a la transmisión de enfermedades. Es precisamente por esta razón que la reducción de la exposición del cuerpo es una estrategia y un objetivo fundamental de estas políticas que estudio.

En su estudio ya mencionado, Zandra Pedraza (1996) encuentra una transformación fundamental en las prácticas y los discursos sobre la higiene. Asegura que antes que la higiene fuese un saber especializado propio de la medicina, ésta se inscribía en el orden de la civilidad: las normas y los castigos higienistas se darían desde la moral y desde la urbanidad. Sólo en el transcurso del siglo XIX ésta adquiriría independencia de la urbanidad y se anclaría como un saber propio de la medicina. La bisagra que daría cuenta de esta transformación es el anclaje, en la higiene, de lo que Pedraza nombra *mundo físico*: ya no se partiría desde orden moral o cívico para cultivar la higiene, sino antes bien se haría desde el medio natural y las necesidades biológicas, por ejemplo la higiene del agua, aire, suelo, etc. Esta transformación respondería a la institucionalización y consolidación del poder biopolítico “cuya norma proviene del corpus interpretativo de la biología” (Pedraza, 1996, pág. 119). Al igual que en el caso de la higiene, el cuerpo saludable que me he propuesto por describir se ancla precisamente en

una norma que surge de discursos biológicos de y sobre los cuerpos: su exposición se da precisamente ante un virus, esto es, frente a un agente biológico. Sin embargo, habría que distanciarnos de la tesis según la cual estas políticas se centrarían exclusivamente en la biología de lo humano, como fue el caso de la transformación de la higiene en el siglo XIX.

La investigación sobre los factores de vulnerabilidad al VIH en mujeres, llevada a cabo en 2008 por el Ministerio de Protección Social, la Universidad Nacional y las Naciones Unidas (2009), anuncia la intención por alejarse de interpretaciones meramente biológicas del VIH:

Más allá de las características biológicas de la enfermedad, el sida se ha estructurado como un fenómeno social sobre el cual se construyen imaginarios, relaciones sociales y condiciones específicas (...) (2009, pág. 19)

Más adelante continúa:

Aun cuando los referentes en VIH de la ciudad mencionan con frecuencia que las campañas se dirigen a las personas más vulnerables, no tienen claro el concepto y lo limitan al determinante biológico, diluyéndose así la importancia de los factores económicos, políticos y sociales de que crean situaciones de vulnerabilidad. (2009, pág. 58)

El VIH, entonces, no sería un mero problema biológico, sino que estaría atravesado por factores económicos, sociales y políticos. La misma preocupación por alejarse de interpretaciones exclusivamente biológicas es transversal a la mayoría de estos planes. Por ejemplo, las guías de prevención del VIH en poblaciones vulnerables adoptan un *enfoque de vulnerabilidad*, el cual se distancia explícitamente de discursos que lo limitan a un problema biológico, enunciando los componentes sociales, institucionales, individuales, económicos y políticos que predisponen a ciertos sujetos hacia un alto grado de vulnerabilidad frente a la infección. Lo mismo ocurre con las políticas que buscan intervenir sobre los sujetos jóvenes: los adolescentes, aquí, no son definidos exclusivamente desde dimensiones biológicas, sino también desde factores económicos y sociales transversales –por ejemplo, la consolidación de amistades por fuera de la familia– (2011b). Así las cosas, a diferencia de la institucionalización médica de la

higiene durante el siglo XIX, en la cual la *norma* surgía de discursos fundamentalmente biologicistas, estas políticas del VIH no se restringen a la biología de lo humano, sino que introducen componentes sociales, institucionales, individuales y políticos.

La bisagra que explicaría esta transformación que se condensa en el enfoque de vulnerabilidad (en el siguiente capítulo profundizaré sobre él) es la implantación de los derechos sexuales y reproductivos. Las vulnerabilidades institucionales, sociales e individuales, además de hacer más susceptible a ciertas poblaciones al virus, afectarían el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos tanto de los cuerpos infectados como de los cuerpos con alto grado de vulnerabilidad. De esta forma, entre los objetivos fundamentales de estas políticas se encuentra implementar en la población colombiana, y con especial énfasis en las poblaciones vulnerables, el ejercicio efectivo de estos derechos. Por ejemplo, el objetivo general de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2003 es el siguiente:

Mejorar la SSR (Salud Sexual y Reproductiva) y promover el ejercicio de los DSR (Derechos Sexuales y Reproductivos) de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas. (Ministerio de Protección Social, 2003, pág. 10)

Así mismo, todas estas políticas toman como su principio básico el enfoque de derechos sexuales y reproductivos, lo cual se plasma en dos preocupaciones. Por un lado, debe ser la base que guía todas las intervenciones; de ahí la extendida preocupación por que los funcionarios públicos sean formados en derechos sexuales y reproductivos. Por otro lado, es uno de los objetivos claves a impulsar en las poblaciones intervenidas, en especial aquellas categorizadas como vulnerables. Así las cosas, la promoción y protección de los derechos explica en parte la inclusión de coordenadas sociales e institucionales a estas estrategias de salud sexual: no se trata simplemente de proteger a la población y a los cuerpos frente a un riesgo biológico, sino fundamentalmente se trata de generar las condiciones para un ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos.

De tal manera, un cuerpo saludable no sería una mera condición biológica, es decir, no se reduciría a disminuir las probabilidades de contagio en una relación sexual. Más bien, la salubridad de un cuerpo depende, por un lado, de las condiciones institucionales,

sociales e individuales que harían a ciertas poblaciones estar más expuestas que otras ante el virus; y, por otro lado, del ejercicio o ausencia de los derechos sexuales y reproductivos. Ahora bien, introducir los derechos como un indicador del estado de salud implica, a su vez, que ésta no sólo sea comprendida como ausencia y baja vulnerabilidad al virus, sino que también cobra una connotación positiva, de presencia y uso de los derechos. Exploraré la primera en el siguiente capítulo; en este me concentraré en la segunda.

Frente a los derechos, la guía de prevención en trabajadoras sexuales afirma:

[Están] referidos principalmente a la posibilidad de decidir sobre tener o no relaciones sexuales, cómo, cuándo, dónde y con quién, a elegir su compañero/a sexual, a decidir la finalidad del ejercicio de la sexualidad: recreación, comunicación, *procreación, placer y/o satisfacción* (...) (La cursiva es propia) (Ministerio de Protección Social & Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, 2011, pág. 58)

Cuando el Plan Nacional del 2014–2017 defina qué implica una promoción de la Salud Sexual, manifiesta:

La promoción de la Salud Sexual y Reproductiva entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual *satisfactoria* y sin riesgos, en el marco del ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. (La cursiva es propia) (Ministerio de Salud, 2014, pág. 40)

El documento Salud Reproductiva y Derechos humanos, también afirma:

[Una] definición positiva de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedades o dolencias, una definición de salud sexual debe incluir los siguientes componentes: 1) capacidad para disfrutar relaciones sexuales mutuamente satisfactorias (...) (Profamilia, 2003, pág. 39)

Así mismo, el Plan Nacional del 2003 anuncia:

La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria (...) (2003, pág. 9)

En el segundo capítulo exploraré la autonomía, decisión y libertad que enuncian en estas citas; por ahora me gustaría quedarme con lo que estos ejemplos refieren como satisfacción. Como bien lo manifiestan estos apartados, un buen estado de salud no sólo refiere a una vida sexual sin riesgos –aun si estos siempre existan, sólo que en distintos grados–, sino además a una que sea satisfactoria. Para estas políticas es menester, si se quiere, fabricar una salud sexual positiva, esto es, no como una “mera ausencia de enfermedades” (2003, pág. 9), sino además placentera. Ya Silvia Federici (2010), para el caso europeo del siglo XVI, veía cómo había operado un proceso de domesticación y represión del cuerpo y de sus placeres que sería clave en el direccionamiento de las fuerzas vitales hacia el trabajo y en el cultivo de un sentido de responsabilidad propio de una ética capitalista. Esta domesticación y represión del cuerpo, que Federici bellamente ubica como propias del naciente capitalismo del siglo XVI, contrasta con la necesidad de placer de estas políticas del siglo XXI que estudio en este trabajo. Foucault (2011) advertía que, para estudiar nuestras sociedades contemporáneas, era preciso abandonar la tesis según la cual las formas de gobierno actuales se sustentarían sobre una represión de la sexualidad. Estas políticas parecen darle la razón, pues no buscan reprimir el cuerpo, como fue el caso de las nacientes sociedades capitalistas, sino que inducen uno que ejerza su sexualidad satisfactoriamente. Precisamente los derechos sexuales y reproductivos permitirían imprimir esta dimensión satisfactoria en la sexualidad: si esta biopolítica se restringiera a discursos biológicos, una sexualidad placentera no sería necesaria. En contemporaneidad, entonces, el gobierno de la libertad toma toda la importancia para nuestro estudio, asunto que exploraré con más detalle en el siguiente capítulo.

Sexualidad Riesgosa

La investigación “Panorama del VIH/Sida en Colombia (1983–2010)”, hecha en 2012 por el MinSalud (2012e), es un análisis de la situación y del comportamiento epidemiológico

del VIH/Sida en Colombia de 1983 a 2010. Pretende ser una herramienta para la toma de decisiones en el sector público frente a la epidemia del VIH, con el fin de consolidar políticas de “promoción, prevención, atención y apoyo” (2012e, pág. 9). Con tal fin, diagnóstica el desarrollo del virus a través de los años; su distribución según edades, sexos, etnias y áreas geográficas; diagnóstica, además, el virus en las denominadas poblaciones vulnerables, con especial énfasis en su prevalencia; finalmente, estudia los conocimientos, las actitudes y las prácticas de prevención en estas mismas poblaciones.

A este último diagnóstico se ancla lo que denomina como *percepción de riesgo*, noción que surge de la necesidad de reconocer que los conocimientos sobre las enfermedades de transmisión sexual y sobre los métodos de protección no serían suficientes para que los individuos –en especial aquellos de poblaciones vulnerables- ejerzan prácticas de prevención frente al VIH. Según dice, aunque el conocimiento es central para un ejercicio efectivo de prácticas de prevención, faltaría cierta *actitud* que movilizara al individuo a ejercerlas. Tal actitud sería, precisamente, la *percepción del riesgo*: además de obtener información y conocimientos de los métodos preventivos, haría falta percibir el riesgo para ejercer una sexualidad saludable. El mismo reconocimiento de que la información y los conocimientos científicos son insuficientes lo reitera una investigación que aborda las “prácticas sexuales riesgosas en población privada de la libertad” (Guerrero, 2012). Así lo manifiesta:

Un resultado común en todas estas líneas de investigación (aquellas que han estudiado prácticas riesgosas) es que, a pesar de tener conocimiento acerca del VH/SIDA y de varias de sus formas de transmisión y prevención, un elevado porcentaje de la población registra una marcada frecuencia de comportamientos de riesgo para la transmisión de ITS/VIH/SIDA. (2012, pág. 18)

Al igual que en la investigación previa (Panorama del VIH en Colombia), según este documento lo que posibilitaría el ejercicio preventivo adecuado sería, entre otros asuntos, una alta percepción del riesgo. La misma noción aparece en la Guía de Prevención para Jóvenes (2011b), pero ahora desde una connotación contraria: según afirma, una de las características que ubica a los jóvenes en una condición de vulnerabilidad es su tendencia a una inmunidad subjetiva, esto es, su tendencia a no percibir los riesgos que acontecen alrededor de su sexualidad. No es casual que la aparición de esta noción se

dé en su mayoría en investigaciones que buscan diagnosticar las prácticas sexuales de las poblaciones. Donna Haraway (1995) ha insistido en la historicidad de toda imagen – incluso, del mismo privilegio de la imagen (ver) sobre otros sentidos-: el recorte y la captura realizada por ella depende de las relaciones de poder de un época y de las sociedades que las producen. Esto significa que la imagen privilegia ciertos cortes y no otros –de hecho, uno podría decir que privilegia el mismo corte- y que hará a ciertos objetos los predilectos para hacerlos ver. Por ejemplo, Haraway sugiere que la cultura occidental ha mantenido una voluntad de hacer ver la Naturaleza, desde los animales no humanos hasta los cuerpos humanos históricamente naturalizados, como las mujeres, las corporalidades racializadas como no blancas, los niños, etc. Me interesa traer a colación esta historicidad del *hacer ver* pues en esta atención a la percepción del riesgo veo la motivación por visualizar nuevas dimensiones de la sexualidad. La misma investigación afirma lo siguiente acerca de la población carcelaria:

De acuerdo con los resultados del presente trabajo, al mismo tiempo que la población privada de la libertad del Distrito de Cartagena presenta unos factores de riesgo para el contagio por VIH/SIDA (...), simultáneamente [tiene] una baja percepción de ese nivel de riesgo (...) (Guerrero, 2012, pág. 73)

En consecuencia, según dice esta cita, la percepción del riesgo no es una condición dada: a pesar de que existan factores de riesgo, la población carcelaria tiene una baja percepción de ellos. Esta misma condición no dada la podemos encontrar en la política para prevención en los jóvenes:

Dentro de las condiciones cognitivas que, de manera constante, se identifican en las entrevistas realizadas a las y los jóvenes frente a la Infección por VIH/Sida, se encuentra —de manera generalizada— el concepto de “inmunidad subjetiva”. Según este, las personas jóvenes tienden a considerar que —aunque comprendan y tengan la información frente a las infecciones, embarazos, riesgos y consecuencias de las relaciones sexuales-, no serán ellas las infectadas por el virus (...) (2011b, pág. 60)

De manera que la percepción del riesgo adecuada, como ya se podía intuir, no antecede a las poblaciones sobre las que estas políticas intervienen; antes bien, si ciertas poblaciones —en especial los jóvenes y la población carcelaria- motivan preocupación es precisamente porque tal percepción no estaría lo suficientemente consolidada. *Hacer ver*

ciertos objetos o ciertos sujetos no supone que estos existan con independencia de las técnicas que los visualizan; por el contrario, estos existen sólo en su despliegue. Girar la mirada hacia esta percepción no implica, entonces, su preexistencia; más bien muestra el interés por producirla, de modo que antes que ser una condición dada, estas políticas buscan fabricar una particular actitud frente al VIH, la sexualidad y el contagio.

Una investigación hecha por la Universidad Industrial de Santander, que tenía como objetivo “identificar el nivel de conocimientos, las actitudes y las prácticas de riesgo para adquirir infección por VIH transmitida sexualmente” (Vera, López, Orozco, & Caicedo, 1999) en jóvenes de Bucaramanga, y que además es citada tanto por la Guía de prevención en Jóvenes como por la investigación “Panorama del VIH en Colombia”, esclarece aún más la definición de percepción del riesgo. Esta actitud, según explica, estaría compuesta por los siguientes componentes: ejercicio o no de los mecanismos de defensa frente al virus; autopercepción del riesgo; percepción de la gravedad del síndrome; importancia que se le brinda; y la percepción de la eficacia y del acceso a las medidas preventivas. Como vemos, los primeros cuatro componentes directa o indirectamente evocan *sensaciones* individuales frente al VIH: cuando hablan de percepción hacen referencia a las sensaciones de riesgo, gravedad e importancia que el individuo vive frente al VIH; incluso, el uso o no de las medidas preventivas sería un indicador de tal sensación. En los dos componentes restantes la percepción es entendida como las opiniones que los individuos tienen frente a cierto fenómeno, en este caso frente a la eficacia y el acceso de las medidas preventivas. En todo caso, lo que me interesa resaltar acá es el peso que adquieren las sensaciones en estas políticas: para que exista prácticas preventivas, no basta una información adecuada, es menester *sentir* el riesgo, la gravedad y la importancia que representa el VIH.

Dicho lo anterior, enfocar la mirada hacia esta actitud supondría la preocupación por fabricar una sensación hacia la sexualidad propia, producir un sentir que permita y, sobre todo, movilice prácticas sexuales que garanticen la salubridad del cuerpo. Ya hace más de cincuenta años Horkheimer advertía la historicidad de los sentidos (2003, pág. 233); el psicoanálisis, el post-estructuralismo y los feminismos, entre otros, han hecho grandes esfuerzos por historizarlos y por ubicar las relaciones de poder que los producen y los atraviesan, todo en un esfuerzo, como afirma Marta Zambrano (2018), por descentrar la racionalidad como paradigma explicativo e interpretativo. En todo caso, sentir la

sexualidad propia como un riesgo es una condición histórica, que se ancla en tecnologías de poder, condiciones materiales y culturales singulares. En estas políticas, entonces, vemos surgir un nuevo³ objeto de gobierno, que no se restringe a la información necesaria para garantizar cuerpos saludables, sino que además busca capturar la sensibilidad del cuerpo frente a la propia sexualidad y frente al encuentro con otros: ella y ellos serían fuentes de peligro para mi estado de salud.

Ahora bien, aunque la principal preocupación recae sobre los jóvenes y los carcelarios, todas las poblaciones clasificadas como vulnerables son objeto de estas investigaciones ocupadas en la percepción. Así, las mujeres trabajadoras sexuales, los “hombres que tienen relaciones sexuales con hombres” y los usuarios de drogas intravenosas son también sujetos privilegiados a investigar (Ministerio de Salud, 2012e). Hacer ver estas poblaciones, justamente en investigaciones que indagan sobre tal percepción, supone que en ellas existiría un déficit de tal sensibilidad, necesaria para alcanzar la sexualidad saludable. De tal manera, para estas políticas la pregunta pasa por cómo gobernar poblaciones que en principio son ajenas al riesgo, pues no lo percibirían. Así, ante poblaciones que se muestran en cierta lejanía frente a la autopercepción del riesgo, es menester girar la mirada hacia ellas para introducir, en sus sentires, sensaciones que las impulsen a ejercer prácticas sexuales saludables, es decir, una sexualidad preventiva.

Ya que como mi investigación se basa en el análisis de archivo, no puede estudiar las intervenciones en contextos micro-sociales y sus efectos. Sin embargo, estos enunciados que estudio tienen un hacedero cultural, histórico y material. De forma que estas políticas, más que hablar de las poblaciones vulnerables, mencionan la sexualidad deseable frente a la cual ellas representarían una transgresión. Con ello delinean la sexualidad normativa de una época, que es aquella que percibe y siente el riesgo, la gravedad y la importancia del VIH, y frente a la cual cuerpos que no vivirían tal sensación representaría peligro.

Ahora bien, el cúmulo de riesgos de la sexualidad se ajusta a un cuerpo específico, que se ajustaría a un *dejar hacer* y a la *circulación* propia de las sociedades biopolíticas.

³ Lo menciono como nuevo porque los mismos documentos lo muestran como una novedad con respecto a las antiguas políticas de planificación familiar.

Entre otros asuntos, si la sexualidad es riesgosa es precisamente porque existe un cuerpo expuesto a los riesgos, esto es, un cuerpo que está abierto. Ya veíamos que la salubridad corporal no era una mera ausencia del virus, sino además era el mantenimiento de bajos grados de exposición frente a éste. No es, pues, la concepción tradicionalmente moderna del cuerpo en el que este aparece cerrado sobre sí mismo, como una unidad clara y con unos límites visiblemente definidos (Haraway, 1995). Si algo pone en cuestión esta epidemia, ya sea por su supuesta facilidad a la multiplicación y al contagio, como por los riesgos que provoca la sexualidad, es la cerradura del cuerpo. El cuerpo, más bien, estaría abierto, expuesto al virus y vulnerable. Es esta vulnerabilidad la que trata de ser gestionada a través de la fabricación de sensaciones de riesgo; pero también a través de las técnicas preventivas, las cuales, como indagaré, serían las encargadas de volver a cerrar el cuerpo. Estas últimas, al igual que lo que he denominado como técnicas de vulnerabilización, serán los temas del próximo capítulo.

II. Prevención y vulnerabilización. Sobre el gobierno de las sexualidad periféricas.

¿Qué ocurriría si, de hecho, la conciencia fuera un modo inferior de relacionarse con el propio medio y con los otros? ¿Qué ocurriría si la conciencia no fuera, cognitiva o moralmente, diferente al estremecedor aullido de los lobos a la luz de la luna llena? (...) ¿Qué ocurriría si, en última instancia, la conciencia fuera incapaz de encontrar un remedio para su mal insondable, esta vida, esta zoe, una fuerza impersonal que te mueve sin pedirte permiso para hacerlo? (Braidotti, 2005, pág. 169)

Gestionar un virus que está inclinado al contagio y a su multiplicación, con una tecnología de poder que lo tolera y, hasta cierto punto, lo deja circular, así como garantizar una baja vulnerabilidad del cuerpo frente a éste mientras se alienta la efectiva satisfacción sexual, exige técnicas mucho más sutiles destinadas al sujeto. Ya en el anterior capítulo anunciaba cómo para gestionar el VIH era necesario inyectar una sensación de riesgo y gravedad que permitiera una saludable práctica sexual. En este capítulo me concentraré en las técnicas de gestión del VIH; para esto, primero, centraré mi atención en la prevención como una técnica del sujeto sobre sí mismo que permite una gestión adecuada del VIH y que es esencial para la promoción de *ciudadanos responsables* de su sexualidad; segundo, me concentraré en la vulnerabilidad como instrumento de intervención y gobierno sobre aquellas poblaciones que, como muestra mi corpus, estarían más expuestas al contagio; y, finalmente, me adentraré en los sujetos-objetos que estas políticas procuran intervenir.

Este capítulo surge, por un lado, de la insistencia de estas políticas en ciertas técnicas para la gestión del VIH. Por otro lado, de mi preocupación por problematizar las estrategias de gobierno que rastrean, fabrican y moldean nuestra sexualidad, incluso adoptando y funcionalizando discursos y prácticas académicas, éticas y políticas

disidentes. Así, este capítulo apuesta por problematizar estas estrategias sutiles y a veces desapercibidas.

Prevención

El capítulo anterior filtraba la intuición de que garantizar un cuerpo saludable, libre de contagio, con baja vulnerabilidad ante el VIH y acompañado de bienestar sexual, implicaba un ejercicio cotidiano sobre los cuerpos. Al definir los objetivos para conseguir una vida saludable, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 deja ver esta cotidianidad de la siguiente manera: “[Garantizar a] la población colombiana (...) vivir libre de enfermedades transmisibles en todas las etapas del *ciclo de vida* y en los *territorios cotidianos* (...)” (cursiva propia) (Ministerio de Salud, 2013, pág. 119)

Para esta guía de la salud pública en Colombia una vida saludable implica ausencia de enfermedades trasmisibles en la cotidianidad y durante todo el “ciclo vital”; en la ligadura entre salubridad vital –de todas las etapas de la vida- y salubridad de la cotidianidad me detendré más adelante. Por ahora me interesa destacar que la ausencia de contagio (esto es, ausencia de enfermedades transmisibles) implica la cotidianidad, asociación que es extendida en este Plan. Por su parte, un documento realizado por la Organización Internacional para el Desarrollo y para la ayuda Humanitaria (CHF International), la Organización Internacional para las Migraciones y el Ministerio de Salud y Protección Social, que tenía como objetivo presentar el marco técnico para las prácticas preventivas en personas con VIH positivo (Ministerio de Protección Social, 2012), es quizás la guía de prevención que vincula más estrechamente la intervención sobre la cotidianidad con un tipo específico de prácticas que es preciso motivar, esto es, con las prácticas preventivas. En los planes de salud pública la intervención sobre la cotidianidad se orienta hacia varios componentes: calidad de los alimentos, higiene de los espacios cotidianos -como la escuela, el hogar, el trabajo, los baños públicos, etc.-, la calidad del aire, etc. Sin embargo, en el ámbito de las enfermedades contagiosas y, en especial, de la sexualidad la intervención directa sobre las prácticas de los sujetos se hace más importante. Cuando esta guía de prevención secundaria (esta prevención refiere a aquellas prácticas necesarias para mejorar la calidad de vida de una persona con VIH positivo, y no a aquellas destinadas a prevenir el contagio) define qué es un cuidado de sí, es decir, qué es una práctica preventiva en relación al Sida, explora los aspectos cotidianos que involucra este cuidado. Entre ellos destaca, por ejemplo, la reflexión sobre

los comportamientos propios, el uso o no de preservativos, la realización periódica de la prueba de VIH, si se realiza o no actividad física para los casos de VIH positivo, entre otros.

En esta misma línea, el Plan de Respuesta ante el VIH/Sida 2018-2021, guía de las políticas de promoción y prevención del VIH en estos mismos años, tiene como una de sus estrategias centrales lo que es denominado como “prevención combinada”, que sería “la variedad de métodos para reducir el riesgo de infección por VIH, que comprende un conjunto de intervenciones de promoción de conductas saludables, basado en la evidencia y los derechos humanos (...)” (Ministerio de Salud, 2018, pág. 44). Al igual que los anteriores, este Plan dirige sus intervenciones a la promoción de ciertas conductas saludables que disminuyan los riesgos frente al VIH. De manera que, como muestran estos ejemplos, estas políticas buscan disminuir los riesgos al contagio mediante el impulso de conductas preventivas, y no tanto mediante la intervención sobre los ambientes, como sería el caso, por ejemplo, de las políticas de higiene que buscan garantizar escenarios higiénicos.

Prevención, libertad y racionalidad

Al tiempo, estas políticas se apoyan en un enfoque de derechos que, además de impulsar una sexualidad satisfactoria y con bajos grados de vulnerabilidad, procura una sexualidad libre y autónoma. Estas dos últimas condiciones serían fundamentales en el intento de motivar prácticas preventivas: sin el ejercicio libre y autónomo de la sexualidad, sería imposible un ejercicio preventivo. Tomemos el caso de las intervenciones sobre las trabajadoras sexuales. Según afirma la guía dirigida a esta población (Ministerio de Protección Social & Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, 2011), el quebrantamiento de los roles de género generado por el “uso del cuerpo como medio de intercambio económico” y la consecuente estigmatización que de ahí se desprende, el no reconocimiento social de este trabajo y las condiciones del contexto colombiano –tales como la pobreza, la imposibilidad de las mujeres a acceder al mercado laboral, la violencia de género, etc.-, arrastrarían a estas trabajadoras a una condición de vulnerabilidad especialmente intensa. Tal condición impediría a las trabajadoras la toma de decisiones libres y autónomas de su sexualidad, centrales éstas para el ejercicio de una sexualidad preventiva. Así lo manifiesta esta misma guía, cuando

postula su intervención para solventar el “estereotipo y el estigma” que recae sobre las trabajadoras sexuales:

(...) es esencial fomentar el empoderamiento de esta población [las trabajadoras sexuales] para que, a través de él, les sea posible la toma de decisiones en los ámbitos personal, social y afectivo. Esto último es fundamental para cualquier estrategia que busque la prevención del VIH/Sida (2011, pág. 57).

Más arriba el mismo texto afirmaba:

El respeto y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, alude a la toma de decisiones en el ámbito público y al dominio sobre el propio cuerpo de manera autónoma (...) Lo anterior, entendiendo que el cuerpo se constituye en el primer e inmediato territorio, de forma que el ejercicio sobre él se constituye no solo como expresión de la sexualidad, sino también como el primer espacio para el ejercicio de ciudadanía y la toma de decisiones libres. (la cursiva es mía) (2011, pág. 23)

De tal manera, el impulso de los derechos sexuales y reproductivos es un asunto urgente, pues ellos garantizarían la toma de decisiones libres y autónomas de cada ciudadano sobre su sexualidad y cuerpo. Tal libertad y tales derechos no sólo buscarán ser impulsados en las trabajadoras sexuales; en términos generales se motivarán en las poblaciones supuestas como vulnerables, entre ellas las mujeres trans, los hombres con relaciones sexuales con hombres y los jóvenes, pues se considera que en ellas la libertad y los derechos serían restringidos.

En el primer capítulo argumenté la necesidad de estas políticas por inyectar una sensación de riesgo sobre los cuerpos que fuese movilizadora de una salud preventiva. En este apartado se suma el recurso a la libertad. Si se quiere, para que cada individuo logre efectivamente ejercer prácticas de prevención, además de sentir la gravedad del VIH, también debe procurar ser libre. Por libertad se entiende la toma de *decisiones* sobre la sexualidad que debe ejercerse sin alguna coerción y/o sin alguna presión. La estigmatización, la violencia de género y la discriminación, entre otras, infringirían fuertes presiones y/o coerciones que impediría la toma de decisiones libres sobre la sexualidad. Me interesa rescatar aquí el *uso estratégico de la libertad*. Siguiendo la lectura que Javier Sáenz realiza de Foucault (2014), el estudio de nuestras sociedades contemporáneas debe pasar por la consideración de formas de gobierno que usan y producen

estratégicamente la libertad. Para estas políticas, motivar una sexualidad preventiva involucra necesariamente individuos libres, que tengan la capacidad de decidir autónomamente frente a ella. Por ello las poblaciones vulnerabilizadas vuelven a llamar la atención y preocupación de estas políticas: ante condiciones que restringirían o negarían esta libertad, es menester una intervención que no sólo haga uso de ella, sino sobre todo que la produzca para que así, ante un panorama de un virus circulante y de un cuerpo vulnerable ante él, se posibilite una sexualidad que disminuya su exposición. Tal como lo afirman las guías técnicas para la prevención del VIH, dirigidas a poblaciones vulnerables –jóvenes en contexto de vulnerabilidad, mujeres en contexto de vulnerabilidad, trabajadoras sexuales, mujeres trans y hombres con relaciones sexuales con hombres-:

[L]a infección por VIH seguirá vinculada al comportamiento sexual pero no por ser las personas quienes son, sino por no haber sido capaces de poner freno a formas de condenación moral, criminalización o medicalización de la conducta sexual. No es reprimiendo la sexualidad como se previene el Sida sino justamente lo contrario: generando los espacios para el ejercicio de una sexualidad plena y en libertad. (2011a, pág. 8)

Ahora bien, uno de los objetivos centrales del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 para alcanzar modos de vida saludables –que entrecruzan las condiciones de vida y el estilo de vida individual, algo que ampliaré más adelante- es: “Crear condiciones para el desarrollo de aptitudes personales y sociales que permita ejercer un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente, de tal forma que opte por decisiones informadas que propicie su salud” (Ministerio de Salud, 2013, pág. 89). Además de la intención explícita de desarrollar aptitudes personales que permitan el control sobre la propia salud y sobre el medio ambiente -algo que resuena con fuerza al sujeto soberano destinado al control de todo lo que lo rodea, incluso de sí mismo, y que iré desarrollando en este capítulo-, este objetivo vincula de manera implícita la libertad con un ejercicio informado. Tal operación la podemos ver sugerentemente en el concepto de salud sexual y reproductiva que es dispuesto por la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2003, la cual resultó de acuerdos internacionales firmados por el Estado colombiano (1995; 1994):

Un buen estado de SSR (salud sexual y reproductiva) implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la *libertad para decidir* el número y espaciamiento de los hijos, el *derecho a obtener información* que posibilite la toma de *decisiones libres e informadas* y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia (...) (cursiva mía) (Ministerio de Protección Social, 2003, pág. 9)

Además de la mención a un cuerpo con bajos grados de exposición al VIH y a una sexualidad satisfactoria, este fragmento confirma la atadura entre decisión, libertad e información: el acceso a, y obtención de, esta última son fundamentales para ejercer decisiones libres sobre la propia sexualidad. Más ampliamente, esto viene en relación, por un lado, con el impulso a lo que llaman desmitificar la sexualidad, que incluye varios aspectos: investigaciones que indagan por los conocimientos poblacionales acerca de los métodos de protección y de los medios de transmisión del VIH, la permanente preocupación por garantizar educación sexual desde la escuela (Ministerio de Protección Social, 2011b) y la búsqueda por una efectiva circulación de la información; por otro lado, se relaciona con la intranquilidad por las poblaciones que por su alto consumo de drogas y alcohol no tomarían decisiones⁴ conscientes e informadas sobre su sexualidad. En los dos casos, la intención es asegurar el ejercicio de la racionalidad en la sexualidad, en el primero asegurando el acceso a información verídica y en el segundo sospechando de sustancias que restringen el ejercicio de la razón sobre la propia sexualidad. Así, si la prevención exige de libertad, pues permite al individuo decidir sobre su sexualidad, también requiere una buena dosis de racionalidad.

4 El caso más ejemplar aquí es el de las trabajadoras sexuales. Según la guía de prevención al VIH en mujeres trabajadoras sexuales, “por sus condiciones contextuales estas trabajadoras manifiestan un consumo elevado de alcohol, seguido por el consumo de marihuana y cocaína. Esta práctica es de especial relevancia en tanto las sustancias psicoactivas alteran el estado anímico y las percepciones de quienes las consumen, *disminuyendo la toma consciente de decisiones* y, para este caso en particular, la decisión de usar o no el condón o de hacer una correcta utilización del mismo.” (Cursiva mía) (Ministerio de Protección Social & Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, 2011)

Gobierno de sí y ciudadanos responsables de su sexualidad

El Plan Decenal de Salud Pública entrelaza llamativamente la toma de decisiones informadas, esto es, la libertad, con el control sobre la propia salud. La cita arriba mencionada menciona: “Crear condiciones para el desarrollo de aptitudes personales y sociales que permita ejercer un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente, de tal forma que opte por decisiones informadas que propicie su salud” (Ministerio de Salud, 2013, pág. 89). Esto también lo veíamos, por ejemplo, en el fragmento de la guía de prevención para trabajadoras sexuales:

El respeto y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, alude a la *toma de decisiones* en el ámbito público y al *dominio sobre el propio cuerpo de manera autónoma* (...) Lo anterior, entendiéndolo que el cuerpo se constituye en el primer e inmediato territorio, de forma que el *ejercicio sobre él* se constituye no solo como expresión de la sexualidad, sino también como el primer espacio para el ejercicio de ciudadanía y la *toma de decisiones libre* (Cursiva mía) (Ministerio de Protección Social & Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, 2011, pág. 23)

Igualmente, la mención al control sobre la propia salud se reitera permanentemente en el Plan Nacional de Respuesta ante infecciones de transmisión sexual y VIH/sida 2014-2017, por ejemplo, al afirmar que:

Incorporar este enfoque implica tener como referente que la vulnerabilidad es consecuencia de diversos determinantes (sociales, políticos, físicos, medioambientales y de relaciones de género, entre otros) que *influyen negativamente en la capacidad del individuo para ejercer control sobre su propia salud* (Cursiva mía) (Ministerio de Salud, 2014, pág. 40).

Así mismo, cuando la guía de prevención de segundo grado define el cuidado de sí, esto es, las prácticas preventivas, enlaza estrechamente la autonomía con lo que denomina “dominio de sí”:

La buena administración del cuerpo y de las relaciones interpersonales logra definir lo que conviene o no. De esta forma se fortalece el dominio de sí, la autonomía, o la capacidad de hacerse cargo de uno mismo (Cursiva mía) (Ministerio de Protección Social, 2012, pág. 20)

De esta manera los discursos de estos planes y guías imbrican la autonomía y la libertad con el control del individuo sobre su propia salud y sobre su propio cuerpo. Pero es quizás esta última cita la que expone de manera más clara esta atadura: la administración del cuerpo adecuada –esto es, su control racional- entrelaza el dominio de sí, la autonomía y el hacerse cargo de sí mismo. Así las cosas, en estas políticas el ejercicio de libertad, con sus decisiones informadas sobre la propia sexualidad, deviene en ejercicio de autocontrol del propio cuerpo. La prevención, en este marco, podría ser entendida como aquel ejercicio racional y libre que el individuo ejerce sobre sí mismo para el control de su propio cuerpo y por lo tanto para el mantenimiento de un cuerpo saludable. El uso adecuado de preservativo en todas las relaciones sexuales, la realización periódica de la prueba del VIH, la asesoría médica previa y posterior a ésta, etc., son todas prácticas que, además de tener efectos para otros, se ejercen para controlar el propio cuerpo, lo que se vuelve sinónimo del gobierno efectivo sobre sí mismo. Sin embargo, como expresa el último extracto, las prácticas preventivas también suponen que del ejercicio preventivo individual dependerá el estado de salud de cada quien; es decir, es el mismo individuo el encargado de mantener saludable su propio cuerpo. Se trata, como lo insinúa esta Guía de Prevención, del fortalecimiento de las capacidades para “hacerse cargo de uno mismo”.

A este hacerse cargo de uno mismo Collete Soler (2001), desde el psicoanálisis, le ha dado el nombre de régimen de supervivencia: en un contexto histórico en el que el vínculo social tendería a disolverse, hacerse cargo de la propia existencia es el resultado directo de un régimen que ubica como única causa deseable al yo. Siguiendo estas pistas, en estas políticas la supervivencia aparece recrudescida, en la medida en que incluso mi estado de salud dependería de mis capacidades para hacerme cargo de él. Es decir, mi supervivencia biológica también dependería de si he desarrollado las suficientes capacidades. Aquí es significativo el intento por desarrollar la sensibilidad frente al riesgo, pues ello me permitirá sobrevivir en un escenario en el que el otro es un posible portador de VIH y, por lo tanto, de muerte (capítulo 1).

Ahora bien, por técnicas de sí Foucault (2000 b) entendió aquellas formas deliberadas en las que los sujetos actúan sobre sí mismos para efectuar cambios sobre ellos mismos. El autogobierno del cuerpo y el hacerse cargo de la propia salud son, en consecuencia, un actuar sobre la propia sexualidad que busca fabricar y mantener un cuerpo saludable, en otras palabras, son técnicas de sí. Javier Sáenz (2014), en su genealogía de las

prácticas de sí⁵, luego de identificar el ocaso de estas desde mediados del siglo XVIII hasta mediados del siglo XX, observa una explosión contemporánea de estas prácticas que estaría impulsada, en parte, por fuerzas institucionales y por fuerzas del mercado; y otra gran parte por fuerzas de *contraconducta* que no se reducirían ni a su institucionalización ni a su empresarización. Siguiendo a Sáenz, habría cierta regularidad en las prácticas de sí impulsadas por instituciones y/o por el mercado: ellas se anclarían en el sustento e impulso del yo, esto es, en una forma sujeto que se basa en el *encierro* radical sobre sí mismo (individuo). Esta genealogía concuerda con la sexualidad preventiva impulsada por las políticas del VIH: hacerse cargo de la propia salud sexual haría recaer toda la responsabilidad sobre el individuo racional y libre, es decir, sobre aquel sujeto encerrado sobre sí mismo y que se presupone como el origen de todas sus conductas. En pocas palabras, las técnicas preventivas incitadas por estas políticas fomentaría e impulsaría tal institución de encierro.

El impulso a la prevención viene acompañado por la búsqueda de ciudadanos responsables. Cuando la política de salud sexual y reproductiva del 2003 (Ministerio de Protección Social, 2003) menciona el necesario fortalecimiento de la participación ciudadana en la construcción de políticas preventivas frente al VIH propone que:

Este empoderamiento (el de la ciudadanía) sólo puede darse mediante la comprensión de que la salud es un derecho humano y un servicio público, así sea prestado por entidades privadas, la comprensión y apropiación de la forma en que el sistema funciona y la *asunción de las responsabilidades* que cada quien tiene frente al *cuidado de su propia salud*. (Cursiva mía) (Ministerio de Protección Social, 2003, pág. 27)

La alusión a la responsabilidad también las podemos ver, por ejemplo, en las guías técnicas de prevención frente al VIH:

⁵ Para ser precisos, habría que hacer una diferenciación entre técnicas de sí y prácticas de sí: las primeras hacen referencia a una formalización de la intervención sobre sí mismo; las segundas refieren a la inauguración de actos de intervención sobre sí que parten de la técnica. Si se quiere, la primera alude a la forma; la segunda a la singularidad que surge de una técnica.

Para la construcción de ciudadanos y ciudadanas de derechos, sí; pero, sobre todo, para la *construcción de personas responsables*, capaces de agenciar ciudadanía. Personas dispuestas a reflexionar sobre la situación de salud que les atañe (...) (Cursiva mía) (Ministerio de Protección Social, 2011a, pág. 8).

Lo mismo ocurre en los objetivos del Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el sida 2008-2011:

Promover en toda la población los conocimientos, las actitudes, los comportamientos y prácticas que propendan, a lo largo del ciclo vital, por el *desarrollo de una sexualidad autónoma, responsable y placentera* (Cursiva mía) (2008, pág. 36).

Y finalmente también se reitera, por ejemplo, en la guía de prevención para jóvenes cuando expone las características que inclina a esta población hacia un aumento de la vulnerabilidad individual:

Esto (refiriéndose a ciertas prácticas culturales que evocan una limitación de los derechos sexuales) genera un proceso mental que —de manera individual y cognitiva— puede desembocar en relaciones sexuales que se llevan a cabo en la clandestinidad o el silencio y que se realizan con cargas emocionales y éticas que pueden afectar la visión de una sexualidad, libre, placentera, protegida, negociada y *responsable* (Cursiva mía) (2011b, pág. 60)

Aunque el enfoque de vulnerabilidad pone el acento más allá del individuo —cuestión que expandiré en el próximo apartado—, y si bien las menciones a la responsabilidad no atraviesan a todas las políticas, el peso que toma la responsabilidad en la promoción de las prácticas preventivas resulta muy dicente. En sintonía con lo escrutado más arriba, con ella se refieren, por un lado, a la capacidad de cada individuo de hacerse cargo de su propia sexualidad y, por otro lado, a la promoción de una sexualidad saludable. Promover ciudadanos responsables es, entonces, en el fomento de sujetos que se hagan cargo de su propia salud sexual. Por mi parte, me veo atraído por la sugerente noción feminista, colectiva y ecofilosófica de responsabilidad que Rosi Braidotti traza. Para esta autora (2006, pág. 208), debido a nuestra profunda interconexión con cuerpos humanos y no humanos compartimos la responsabilidad por el sostenimiento colectivo, incluso por daños que no hemos provocado. En la base de su perspectiva hay una preocupación por

impulsar una ética del cuidado colectiva, que incluiría animales humanos y no humanos, máquinas, cuerpos “inertes” y, más ampliamente, lo que nombra como zoé -o lo que Occidente ha llamado vida natural-. De esta responsabilidad destaco, entonces, el descentramiento del yo y su consecuente acento en la dimensión colectiva. Aquí no sólo no habría espacio para la culpa que responsabiliza al individuo por sus actos -pues el sujeto no sería el dueño de ellos, sino su resultado-; sino que sobre todo el deseo se orientaría a cómo construir sujetos cuidadosos de su entorno. Por lo demás este cuidado no supone la búsqueda insaciable de cuerpos saludables; de hecho, para Braidotti la enfermedad y la muerte no tienen connotación negativa, pues son parte esencial de la materialidad de la vida y de los procesos de devenir minoritario.

En este marco, la responsabilidad entendida como un hacerse cargo de su propio estado de salud, en la que el yo sería el sujeto principal sobre quien recae el cuidado, podría acercarse más a lo que Yayo Herrera (2016), desde el ecofeminismo, ha denunciado como crisis de los cuidados, es decir, la reducción de la responsabilidad y de los cuidados comunes. Ciertamente en estas políticas hay una valiosa preocupación por las poblaciones más desprovistas de cuidados y que toma la forma de “enfoque de vulnerabilidad” -el cual estudiaré en el próximo apartado-; sin embargo, paradójicamente, al enfrentar tal problema facilitan una responsabilidad y un cuidado que sintonizan con sus estados actuales de crisis, a saber, la desmantelación de los cuidados comunes. Aquí estoy tentado a plantear la siguiente hipótesis: la prevención se podría entender como aquellos procedimientos normalizados que gestionarían nuestra vulnerabilidad mutua y que producen un estado médico ideal -cuerpo saludable- y a la vez responsabilizan al individuo de ello.

Ello sincroniza con la urgencia macro-política con la que estas políticas buscan gestionar el VIH. He dicho que la biopolítica del VIH no implica encierro o exclusión de los cuerpos contagiados, y que permite hasta cierto punto la circulación del virus; tales condiciones exigen técnicas que blinden al cuerpo expuesto al VIH. Entendida como una técnica de sí, la prevención es el mecanismo que facilitaría el auto-gobierno del cuerpo para alcanzar un estado de salud adecuado, lo que a su vez permitiría regular el virus desde el sujeto mismo. Dicho de otro modo, las técnicas preventivas encerrarían sobre sí a aquel cuerpo que, al mantener una sexualidad satisfactoria, aparece expuesto al VIH.

Vulnerabilización

Hasta el momento he hablado de la vulnerabilidad del cuerpo que aparece expuesto a esta epidemia. En este apartado no la exploraré; más bien, estudiaré lo que llamo técnicas de vulnerabilización, es decir, la puesta en juego de una racionalidad de gobierno que permite la clasificación, escogencia y fabricación de poblaciones vulnerables sobre las que sería preciso intervenir.

En el primer capítulo he estudiado cómo estas políticas han optado por alejarse de interpretaciones biologicistas del virus. Antes que un mero hecho biológico, este sería el producto del entrecruzamiento de condiciones institucionales, sociales e individuales que provocan en ciertas poblaciones mayor susceptibilidad ante el virus. Esta visión se materializa en el “enfoque de vulnerabilidad” que estas políticas definen como: “los diferentes grados y naturalezas de la susceptibilidad de los individuos y las colectividades a la infección, a enfermarse o a la muerte por el VIH (...)” (Ministerio de Protección Social, Universidad Nacional, & Naciones Unidas, 2009, pág. 11). Así, para apartarse de interpretaciones biologicistas, estas políticas transversalizan el enfoque de vulnerabilidad a todos sus planes de gestión del virus, perspectiva que además debe acompañarse del respeto de los derechos sexuales y reproductivos.

Tal perspectiva también va en consonancia con la motivación por ampliar la comprensión de la vulnerabilidad más allá de los comportamientos individuales hacia sus dimensiones sociales e institucionales. Así lo presenta una investigación de la Universidad Nacional, el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas y el Ministerio de Protección Social, cuyo objetivo fue analizar la situación de vulnerabilidad de mujeres de cinco distintas ciudades de Colombia (Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali y Medellín):

[El enfoque de vulnerabilidad] propone que las desigualdades económicas y sociales constituyen la base de la epidemia y son obstáculos estructurales para los cambios de comportamiento, pensamiento y creencias, y para el avance hacia procesos más saludables. Esta propuesta desplaza la idea de riesgo individual por el concepto de vulnerabilidad social e individual y exclusión social. (2009, pág. 12)

Como aduce este fragmento, el propósito es desplazar la comprensión de la epidemia desde una perspectiva de los comportamientos individuales hacia una que visualice las

condiciones económicas y sociales como factores de riesgo. Aquí parece entretenerse una paradoja: por un lado, estas políticas enfatizan en las condiciones sociales e institucionales de la epidemia, pero, por otro, se preocupan por prevenirla mediante prácticas preventivas que responsabilizan al individuo de su salud. ¿Cómo comprenderla?

Aunque este enfoque identifica múltiples vulnerabilidades, tres agruparían a las demás y serían centrales para su gobierno: la programática, la social y la individual. La misma investigación que indaga por la vulnerabilidad en las mujeres, frente a la programática manifiesta:

La vulnerabilidad programática se define por la fortaleza o la insuficiencia de los programas de prevención, control y asistencia al VIH/sida independientemente de si provienen del ámbito gubernamental, no gubernamental o privado, y del ámbito espacial: nacional, regional o municipal (...) (Ministerio de Protección Social, Universidad Nacional, & Naciones Unidas, 2009, pág. 15).

En otras palabras, esta vulnerabilización aludiría a la insuficiencia, a escala nacional, regional y municipal, de los programas de gestión del VIH, es decir, dependería de la eficacia institucional para atender la epidemia. Entre los problemas de esa vulnerabilización estaría, por ejemplo, la financiación de los programas, el compromiso gubernamental para su desarrollo, la formación de funcionarios públicos en conocimientos laicos y en defensa de los derechos sexuales y reproductivos, la cobertura de los programas de prevención, control y atención al VIH/sida, etc. Las poblaciones vulnerabilizadas programáticamente serían, entonces, aquellas que no podrían reducir su exposición al VIH por falta de financiación, por el bajo compromiso gubernamental, por la ineficacia de estas políticas o por la escasa cobertura de los programas institucionales.

El Plan Nacional de respuesta ante el VIH 2014-2017, guía técnica de las políticas de gestión del VIH a nivel estatal, plantea tal preocupación de manera directa:

Uno de los principales retos que existen es poder *alcanzar a tales poblaciones* [las vulnerables] mediante las campañas preventivas pertinentes para reforzar la necesidad de implementar medidas de protección específica —entre las cuales el uso del condón sigue siendo punta de lanza—, al igual que para motivarles a acceder a los procesos de asesoría con miras a un diagnóstico oportuno y la

canalización efectiva hacia un tratamiento y seguimiento adecuados. (Ministerio de Salud, 2014, pág. 3)

Igualmente, por ejemplo, la investigación Panorama del VIH/sida en Colombia 1983-2010 (Ministerio de Salud, 2012e), que sintetiza y caracteriza la situación epidemiológica del virus en el país, dedica una sección a estudiar el acceso de las poblaciones vulnerables a los condones y a las pruebas para el VIH/sida. Indaga, por ejemplo, el alcance a la información sobre lugares donde se obtienen preservativos o donde se realiza la prueba de VIH. Así mismo, cuando el Plan de gestión del VIH 2018-2021 menciona las estrategias mediante las cuales se intervendrá la epidemia, afirma:

[L]a promoción de la salud y la prevención de la enfermedad incluyen el diseño y difusión de estrategias de información en salud, educación para la salud, comunicación y movilización social, que mediante la difusión a nivel nacional y territorial estimulen la demanda de servicios e insumos por parte de las poblaciones claves y prioritarias (por poblaciones claves y prioritarias se comprende aquellas poblaciones que tienen mayor probabilidad de contagio.) (Ministerio de Salud, 2018, pág. 43)

De tal manera, mediante la vulnerabilidad programática estas políticas admiten su ineficacia institucional en la atención de la epidemia. Y con ella, también expresan su intención por remediarla. Dipesh Chakrabarty (1999) ha insistido en la manera que la historiografía dominante concibe a India: allí, ella siempre aparece en falta frente Europa, como su pasado incompleto. De esta manera, India estaría en una especie de transición para llenar esa carencia que la aleja de la modernidad. Este rasgo colonial que parece repetirse en estas políticas, sólo que aquí adquiere tintes biopolíticos. Esta vulnerabilidad es el auto-reconocimiento de la *ausencia* de un poder institucional sólido y eficaz que proteja la salud poblacional; a la vez, es la enunciación por *transitar* hacia él. Así, no es casualidad que muchas de estas recomendaciones vengan de organizaciones internacionales y que adquieran rasgos neocoloniales, como sugerir que los Estados desarrollados, que ya habrían consolidado la suficiente fortaleza institucional, apoyen a los Estados en vía de desarrollo para el reforzamiento de la atención al VIH (Naciones Unidas, 2007). De tal manera, no es el tradicional reclamo de la Ciencia Política dominante (Cooper, 2005) por un Estado que detente el legítimo monopolio de la fuerza; desde ese ángulo, aquellos que no la monopolicen serían fallidos y/o pre-modernos –esto

estaría más cercano al poder soberano-. Más bien, es una demanda por transitar hacia dispositivos de seguridad fortalecidos que nos protejan de un virus altamente riesgoso.

Igualmente, como indican estas citas, superar esta vulnerabilidad implica dirigir la mirada hacia poblaciones que antes escapaban de las instituciones médicas y/o de las estrategias de salud pública. Los jóvenes –en especial los adolescentes–, las trabajadoras sexuales, las trans, las mujeres en contextos de vulnerabilidad y los hombres con prácticas sexuales homosexuales serían los sujetos que habrían escapado regularmente a tales estrategias. Con tal racionalidad estas políticas explicitan su intención por generar estrategias para la *inclusión* institucional de estas poblaciones. Aquí cobra importancia la focalización de las intervenciones, con su interés por poner a circular allí la información médica, generar las condiciones para el acceso a las pruebas de VIH y a los preservativos y la insistencia en las asesorías médicas previas y posteriores a las pruebas. Con este en mente, la vulnerabilidad programática está dirigida a quienes escaparían de la institucionalidad médica y de las estrategias de la salud pública, con la intención por superar aquella incapacidad institucional de proteger a la población colombiana.

Hay una segunda vulnerabilidad que no tiene que ver con el alcance y ni con la fortaleza institucional, sino con la protección moral, religiosa y económica de la sociedad frente a la epidemia: la vulnerabilidad social. En la década de los noventa la vulnerabilidad social incluía aquellas condiciones institucionales de las que dispone una sociedad para protegerse frente al VIH –es decir, muy cercano a la programática-. (Ministerio de Protección Social, Universidad Nacional, & Naciones Unidas, 2009). Sin embargo, como lo muestra el documento que estudia la vulnerabilidad de las mujeres, para complejizar la comprensión de la epidemia y controlarla de manera más exhaustiva se incorporó aquellas condiciones religiosas, morales, cognitivas y económicas que harían a ciertas poblaciones más vulnerables a la epidemia. Con ello se construyeron dos tipos de vulnerabilidades, la programática y la social, la segunda destinada a estudiar y modificar condiciones sociales que impedirían la regulación eficaz del VIH. Por ejemplo, aquí incluyen las normas sociales, relaciones de género, capacidad monetaria, valores religiosos, creencias frente a la sexualidad, acceso a la educación, etc.

Como la programática, la social sirve de rejilla para seleccionar las poblaciones que precisarían intervención. Por ejemplo, si algunas condiciones sociales propician

conocimientos inadecuados de los métodos de protección y/o de las vías de transmisión sexual del VIH, urgiría intervenir. Aquí el sujeto adolescente toma plena importancia, dada su presunta iniciación en la sexualidad y establecimiento de relaciones por fuera de la familia que lo harían proclive a adquirir conocimientos inadecuados del VIH. En todo caso, al esgrimir esta racionalidad estas guías no sólo definen los sujetos a intervenir, sino además su intención de modificar ciertas prácticas, discursos y condiciones extendidas socialmente que impedirían la adecuada salud sexual. Ello adquiere mayor relevancia si, como ya insistí, la regulación del VIH ya no pasa exclusivamente por la institución médica de encierro, sino sobre todo por las prácticas de prevención cotidianas.

Aunque para la selección de los sujetos socialmente vulnerables estas políticas reconozcan múltiples factores, como la pobreza, el lugar de residencia, si son desplazados o no, etc., hay dos a las que prestan especial atención y que serían preciso modificar. Por un lado, las relaciones desiguales de género, cuestión que analizaré más adelante; y, por otro, el estigma y la discriminación. En este segundo me concentraré a continuación. En los planes nacionales de 2003, 2008-2011, 2014-2017 y 2018-2021 (2003; 2008; 2014; 2018), políticas que fundamentan todas las intervenciones estatales de control del VIH, el estigma y la discriminación toman un lugar central: serían prácticas y discursos a eliminar para impulsar la sexualidad preventiva. Así, por ejemplo, entre los cuatro ejes de intervención del Plan 2014-2017 (Ministerio de Salud, 2014) el único que busca modificar vulnerabilidades sociales se concentra exclusivamente en la supresión de prácticas y discursos estigmatizantes y discriminatorias. Lo mismo ocurre en las guías de prevención para poblaciones vulnerables que, a pesar de que su preocupación fundamental es la vulnerabilidad individual, sólo buscan transformar el componente social de estigma y discriminación. Así, si para la selección de poblaciones por intervenir se consideran múltiples factores de vulnerabilidad social, también es cierto que sólo pretenden modificar el estigma y la discriminación.

Con una racionalidad secuencial estas mismas guías definen estas nociones (2011a). El estigma se sostendría sobre un prejuicio, que sería un *conocimiento incompleto* de algún fenómeno, de algún grupo de personas o de alguna cosa. Tal prejuicio daría pie a la otorgación de un atributo descalificador para lo que cierta comunidad no tolera, que para nuestro caso estaría anclado en la orientación sexual. Y a su vez, este atributo provocaría un trato diferente a alguien que debería ser igual ante la ley, lo que llevaría a una vulneración de los derechos y, consecuentemente, a un acto discriminatorio. Esta

definición secuencial insiste en ubicar en el centro del asunto a la razón; el problema empezaría con un conocimiento incompleto que habría que complementar. En consecuencia, poner a circular un conocimiento neutro y científico, que desmorone los prejuicios y, de paso, la discriminación, sería clave para que estas políticas impulsen y garanticen la salud sexual adecuada en las poblaciones socialmente vulnerables. Esto marca lo que llamaré una política de la verdad, mediante la cual establecer la veracidad o falsedad de ciertos discursos sería fundamental para impulsar la buena salud sexual y, también, la igualdad entre los distintos cuerpos. Se encauza así un problema político hacia un problema técnico que la ciencia debe resolver; lo cual resuena con la tecnificación de la política propia de las artes de gobierno neoliberales. Pero también queda institucionalizado, ya que quienes centralizarían tal verdad serían las instituciones médicas y/o los programas de salud pública, encargadas ahora de promover los derechos sexuales y reproductivos. Se trata, entonces, de la fiel expresión del biopoder: aquella institución estipulada para hablar y moldear la sexualidad sería la médica, orientando siempre su mirada hacia los rasgos verídicos de la sexualidad. Sólo que ahora la verdad del sexo no sólo sanaría (Foucault, 2011), sino que sería suficiente y necesaria para solventar los problemas políticos que acogen a la sexualidad.

Ahora bien, suprimir el estigma y la discriminación va ligado con la voluntad por asegurar, otra vez, el alcance de la institución médica y de la salud pública sobre estas poblaciones. Un documento realiza un llamativo vínculo entre la discriminación y el ejercicio de una sexualidad “clandestina”, en ese caso con relación a la sexualidad entre quienes denominan “hombres con relaciones sexuales con hombres” (HSH):

Debido a que el sexo y otras formas de contacto íntimo entre hombres acarrearán duras consecuencias sociales, estas prácticas sexuales a menudo ocurren de manera secreta. Se puede dar, por tanto, sexo en ambientes clandestinos o frecuentar compañeros anónimos mientras se mantienen relaciones heterosexuales concurrentes, que pueden ser vistas como más aceptables y que se usan para enmascarar las relaciones sexuales con otros hombres. Es necesario precisar que alrededor de estas situaciones, se genera una infraestructura de sitios y lugares para el encuentro casual como saunas, videos, baños de centros comerciales, parques y zonas específicas en las ciudades que no ofrecen las condiciones mínimas para el ejercicio del sexo seguro (2011a, pág. 56)

Esta cadena de enunciados muestra la preocupación esporádica, observada exclusivamente en el documento de prevención en HSH, por los lugares donde ocurre la sexualidad insegura. De manera implícita vincula la práctica sexual insegura con espacios que estarían, como recuerda Guillermo Correa (2007), en los márgenes de lo público: un baño de un centro comercial, un parque, las saunas de encuentro homosexual y, en fin, los espacios de las ciudades. Es decir, expresa la preocupación por la heterotopía de los espacios, o, dicho de otro modo, por las fuerzas que disputan el orden espacial dominante (Foucault, 2010). Continuando con Correa, la sexualidad al borde de lo público transgrede un régimen espacial que la confina a los espacios domésticos, en especial a la alcoba. Al contrario, como anuncia la cita, la sexualidad al filo de lo público propiciaría “encuentros casuales” que no garantizarían prácticas sexuales seguras. Al respecto, no se dirá mucho más.

Pero esta cita también sintetiza la ligadura, ahora sí recurrente, entre actos discriminatorios y la incesante necesidad de revelar la sexualidad. La misma guía, cuando habla de las consecuencias sociales que acarrearían las prácticas homosexuales, manifiesta preocupación por los actos y discursos discriminatorios que mantendrían ocultos ciertos comportamientos sexuales, lo cual impediría el acceso a poblaciones especialmente vulnerables. Así lo manifiesta:

El estigma relacionado con los HSH y la dificultad de abrir el diálogo en relación con su salud sexual, han dificultado los esfuerzos por promover el sexo seguro y establecer así comunidades de confianza. Los ambientes hostiles —incluyendo la focalización de comunidades de HSH— han tenido un efecto negativo en la autoestima y han llevado a mantener el comportamiento sexual “*bajo tierra*”. Es necesario reiterar que este panorama complica los esfuerzos por contactar con miembros de las comunidades de HSH y llevar a cabo trabajos de educación que los involucren en la atención de la salud de rutina. (2011a, pág. 57) (Cursiva mía)

En esta cita se entrecruzan una diversidad de procedimientos orientados a hacer visible la sexualidad: la necesidad de hablar de la salud sexual –confesión-, el establecimiento de comunidades de confianza y no tener una baja “autoestima” podrían volverla visible. No obstante, por el tipo de documentación revisada el archivo no profundizará demasiado en tales procedimientos.

Con todo, reúne la insistente preocupación por los actos discriminatorios que harían imperceptible ciertas sexualidades, hecho que también vemos, por ejemplo, en las intervenciones dirigidas a jóvenes en condición de vulnerabilidad y a poblaciones trans. De manera que hay una atención dirigida no sólo a aquello que está fuera del alcance de las instituciones médicas y de las estrategias de salud sexual, sino sobre todo a aquello que permanece oculto a estas políticas del VIH, es decir, fuera del régimen de visibilidad. Aquí el caso de los “hombres con relaciones sexuales con hombres” resulta otra vez inquietante. Siguiendo de cerca a Correa (2007), tal sexualidad invisible podemos rastrearla en espacios ambiguos y paradójicos: por un lado, ella desafía un orden espacial que la hace invisible para lo público; pero, por otro, su aparición en lo público es poco clara y más bien tiende a ser engañosa: como afirma el fragmento anterior, es un comportamiento sexual “bajo tierra”. De cualquier modo, para mi argumento quisiera destacar que, si es urgente suprimir los actos y discursos discriminatorios, es porque así facilitarían develar aquellas sexualidades secretas y por ende incluirlas institucionalmente.

Ese esfuerzo en suprimir la discriminación es acompañado por el deseo de construir una cultura tolerante a la diversidad sexual. Ciertamente la referencia directa a la tolerancia es esporádica, pero la búsqueda por una cultura basada en ella es permanente a estas políticas. El plan decenal de salud pública, por ejemplo, cuando declara los principios que lo orientan, manifiesta:

Entre los elementos claves de esta declaración [Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos], [y] para efectos de salud pública cabe precisar que enfatiza la necesidad de evitar cualquier forma de estigma o discriminación; resalta el respeto a la diversidad cultural y el pluralismo (...) (Ministerio de Salud, 2013, pág. 27).

Más adelante este documento es enfático en la promoción de la tolerancia y el respeto a la diversidad:

Promover el “goce pleno de los derechos fundamentales” que nos permitan vivir en comunidad de una manera activa, plena, inmersos en “valores y con relaciones de confianza”, “tolerancia” y de “respeto por la diversidad social” (2013, pág. 46).

En estas guías hay un importante reconocimiento de la diferencia sexual que no veremos en las estrategias dirigidas al embarazo adolescente. Sin desintonizar con ese reconocimiento, también veo allí lo que Stuart Hall (2014) definía como multiculturalismo, pero ahora para el caso de la diversidad sexual: un conjunto de procedimientos orientados a administrar, regular y gobernar la diferencia en las sociedades contemporáneas. Detenerse solamente en la supresión de actos discriminatorios es el intento por construir sujetos tolerantes a la diferencia que permitan la inclusión de sexualidades que estaban excluidas; sin embargo, también es el mecanismo para dejar intacto los dispositivos que producen lo que podríamos llamar un régimen de la sexualidad –por ejemplo, deja intacta la familia, la pornografía, el poder biomédico, etc.–. Refiriéndose a las instituciones liberales, Iván Darío Ávila Gaitán describe tal racionalidad de la siguiente manera: “las instituciones demoliberales (...) funge[n] como modelo capaz de ensancharse cada vez un poco más, pero siempre sin poner en riesgo los privilegios de fondo heredados” (2019, pág. 124). Frente a esta administración de la diversidad sexual definiendo una política del devenir que traslade la atención hacia el aumento de las capacidades de verse afectado por la diferencia. Esto tiene que ver, como bien lo expone Rosi Braidotti (2005), con la manera en la que el otro potencia una crítica de sí mismo y permite la creación de algo nuevo. No se trataría, luego, de fabricar condiciones de respeto y tolerancia, pues ellas mantienen intacto al sujeto –solo se busca respetar e incluir la diferencia–; más bien, se trata de cómo la diferencia nos afecta y moviliza, potenciando así un proceso creativo de devenir minoritario⁶.

Finalmente tenemos la tercera vulnerabilidad, la individual. Según la ya citada investigación sobre los factores de vulnerabilidad en mujeres (Ministerio de Protección Social, Universidad Nacional, & Naciones Unidas, 2009), estaría relacionada con las habilidades del individuo para adoptar comportamientos protectores de la salud propia. Estos dependerían de tres componentes: 1) cognitivo, que refiere a la información y la “conciencia del problema”; 2) comportamental, es decir, las habilidades para transformar, desde la dimensión cognitiva, las actitudes y acciones propias; 3) finalmente, social, que se refiere al acceso a recursos y a su utilización para la protección de la propia salud. El

⁶ Para profundizar en esta propuesta ver el primer capítulo de “Metamorfosis. Hacia una teoría materialista del devenir”, en el que Rosi Braidotti desentraña su apuesta por el devenir mujer (Braidotti, 2005).

segundo punto coincide con la percepción del riesgo, es decir, la sensación de gravedad y riesgo que todo individuo debe tener para movilizar una práctica preventiva (capítulo 1). Relacionado con la vulnerabilidad social y programática, el último componente refiere a la capacidad del individuo para utilizar los recursos sociales y programáticos para la protección de su cuerpo. En todo caso, esta última vulnerabilidad alude a las prácticas preventivas que estudié en el apartado anterior; se trata del desarrollo de conocimientos, habilidades y comportamientos en el individuo que permitan y conviertan como deseable disminuir la vulnerabilidad ocasionada por sus mismas acciones.

Ahora bien, aunque estas políticas insistan en disminuir los grados de vulnerabilidad programática y social, fomentar la sexualidad preventiva será quizás su objetivo principal. En la copiosa documentación revisada dirigir la mirada hacia las condiciones institucionales y sociales no contradice la intención de impulsar una sexualidad preventiva; todo lo contrario, sería necesario. Por un lado, disminuir la vulnerabilidad programática proveería los recursos institucionales indispensables para que el individuo tenga mayor control sobre su salud; por ejemplo, suministraría educación sexual, información técnica para la prevención o las citas médicas previas a la prueba de VIH. Así, por ejemplo, el Plan Nacional de Respuesta ante las infecciones de transmisión sexual y el VIH 2018-2021 (2018) tiene como objetivo generar condiciones institucionales que ofrezcan los recursos indispensables para la prevención individual. Por otro lado, atacar la discriminación -vulnerabilidad social- sería indispensable para proteger los derechos de las poblaciones vulnerables y, de paso, para garantizar en ellas la libertad que exige la sexualidad preventiva. Por ejemplo, la guía de prevención en trabajadoras sexuales estipula el “empoderamiento” de las mujeres como uno de los mecanismos para prevenir el VIH en esta población; al definir cómo ayudaría para la prevención, manifiesta:

[Conlleva que las trabajadoras sexuales reconozcan] aquellas condiciones que impiden o condicionan sus propias elecciones, generalmente, determinadas por sus contextos sociales y culturales y que se asumen como corrientes o normales. Para este caso en particular, las situaciones de violencia a las que se ven expuestas y la persistencia de la discriminación hacia ellas (Ministerio de Protección Social & Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, 2011, pág. 58)

De tal manera, si bien con el enfoque de vulnerabilidad hay una interesante preocupación por las poblaciones más vulnerables al VIH, también es cierto que con él sólo buscan producir y resguardar las condiciones institucionales y sociales básicas para que los individuos se hagan responsables de su salud sexual. Aquí hay una distancia respecto a las tradicionales políticas de bienestar; estas últimas buscaban otorgar el marco institucional que protegiera a todos los individuos de los riesgos que podrían afectarlos (Foucault, 2009). Con el enfoque de vulnerabilidad, más bien, hay una focalización de la política social que ya no pretende instituciones protectoras -o al menos no es su objetivo principal-, sino unas que produzcan sujetos capaces de auto-protegerse.

Tal focalización coincide con dispositivos de seguridad que, a pesar de lo puntilloso y exhaustivo de su gobierno, autolimitan sus intervenciones sobre los individuos y las poblaciones, pues se apoyan sobre un *dejar hacer* (Foucault, 2009, pág. 46). Javier Sáenz (2014) ha sugerido que ello tiene que ver con la confianza de los dispositivos de seguridad en la manera en que los individuos se autoconducen. Esta investigación converge con tales perspectivas, pero agrega: el enfoque de vulnerabilidad no sólo confía en la autoconducción de la mayoría de los individuos, sino que busca complementarla dirigiendo su atención sobre las poblaciones que no ejercerían tal gobierno de sí y que por ello infundirían intensa desconfianza. De ahí la excesiva atención sobre quienes no sentirían el riesgo de su sexualidad, la preocupación por aquellas sexualidades clandestinas, la insistencia en hacer ver tales sexualidades, entre otros. Y de ahí su objetivo principal: moldear ciudadanos responsables de su salud.

Muy cerca de lo anterior, esta focalización de la política se comprende mejor a luz de estrategias que buscan regular el VIH en el conjunto de la población colombiana. Aunque hay una preocupación franca por disminuir la prevalencia del VIH en estas poblaciones, esta racionalidad excede tal intención. La investigación Panorama del VIH/sida en Colombia 1984-2010 (Ministerio de Salud, 2012e) tiene como objetivo analizar el comportamiento de la epidemia en Colombia desde la fecha de registro del primer contagio (1983) hasta el 2010. Incluye un capítulo destinado al estudio del desarrollo de las prevalencias en las distintas poblaciones que concluye que la epidemia en Colombia está concentrada, es decir que, aunque la prevalencia en la población general es menor al 1%, lo cual no representaría mayor riesgo, en ciertos grupos poblacionales es mayor al 5%. En un acto que esclarece la racionalidad económica operante, de esta condición se deduce que es racional intervenir sobre aquellas poblaciones en las cuales se concentra

el virus. Así, por ejemplo, los planes de 2008-2011, 2014-2017 y 2018-2021 toman esta condición de epidemia concentrada como uno de los indicadores que define en qué poblaciones resulta más urgente intervenir. Con esto, estas políticas expresan no sólo la intención por regular el virus en aquellas poblaciones en las que circula con más intensidad, sino además de proteger al conjunto de la población interviniendo precisamente allí. Es decir, al intervenir en aquellas poblaciones también buscan desactivar los riesgos que por allí se colarían al conjunto de la población colombiana.

De los sujetos-objetos de estas políticas

Tal como ya he insistido, los sujetos-objetos de estas políticas sólo existen al interior de unas técnicas y un régimen de visibilidad que los hacen ver y que, sobre todo, los fabrican. Ya en el apartado anterior describí aquella racionalidad de gobierno que dirige su mirada y su intervención sobre estos sujetos. En este apartado centraré mi atención en los sujetos-objetos de estas políticas; describiré las razones por las cuales sería menester intervenir sobre cada uno de ellos, las cuales dependerían de sus condiciones sociales y/o de cómo estas políticas comprenden a estos sujetos. Aunque las poblaciones varían, resulta sorprendente la constante preocupación por los jóvenes –en especial los adolescentes-, las mujeres trans, los hombres con relaciones sexuales con hombres, las mujeres trabajadoras sexuales y las mujeres en contextos de vulnerabilidad, así que sobre estas poblaciones me concentraré.

Jóvenes en contextos de vulnerabilidad

En los capítulos 3 y 4 profundizaré en el sujeto adolescente que se dispone en estas políticas, aunque en ese caso en relación a la salud reproductiva. Aquí exploraré brevemente las razones por las cuales se debe intervenir sobre los jóvenes –que incluye el adolescente-, en este caso para garantizar una salud sexual.

Aunque estas políticas se dirigen exclusivamente sobre los jóvenes en contextos de vulnerabilidad social y programática, no deja de ser dicente la preocupación directa por este sujeto. La guía de prevención para jóvenes en contextos de vulnerabilidad (Ministerio de Protección Social, 2011b), documento que orienta las intervenciones sobre tal población, aunque focaliza la política en aquellos jóvenes con altos grados de vulnerabilidad social y programática, describe minuciosamente la vulnerabilidad individual

que afectaría a los jóvenes. Como ya describí antes, esta vulnerabilidad correspondería a las capacidades de cada individuo para adoptar comportamientos protectores de su salud. Así, aunque se trata de una vulnerabilidad que sólo se podría establecer individualmente, esta guía la describe detalladamente en relación a los jóvenes, es decir, como una a la que *tendería* todos como población. La inmunidad subjetiva, aquella condición según la cual no se percibe el riesgo del VIH y que dependería fundamentalmente de cada individuo, sería una condición generalizada en los jóvenes, en especial en los adolescentes. Lo mismo ocurre con el acceso al conocimiento preventivo: si bien el acceso insuficiente a la información preventiva es parte de los factores de vulnerabilidad individual, esta guía lo generaliza como una situación a la cual todo joven es proclive. Surge entonces una relación de saber-poder en la que se objetiva al sujeto joven, al representarlo como uno que, por su inaccesso al conocimiento preventivo, ejercería su sexualidad de manera irracional. Y también, como ya veíamos en el capítulo anterior, explicita una preocupación por la sexualidad que no siente el riesgo al VIH, es decir, por una sexualidad desregulada. En cualquier caso, ya sea por la inmunidad subjetiva o por la insuficiencia del acceso a la información, son los jóvenes los objetos de estas intervenciones.

Mujeres trans

Si para intervenir sobre la sexualidad de los jóvenes era necesario objetivarlos, para regular la multiplicación del VIH en las mujeres trans hay un reconocimiento del proceso de transito de estos cuerpos. En la guía de prevención para esta población (Ministerio de Protección Social, 2011c) se reconoce positivamente la discontinuidad entre sexo, género y orientación sexual. De ahí que manifiesten la intención por distanciarse de enunciados que construyen al sexo como una condición biológica pre-determinada; por el contrario, apuestan por concebirlo como una condición fisiológica, hormonal y anatómica que es susceptible de ser intervenida y modificada. De igual manera, estas políticas sostienen la diferencia sexual que excede el simple binarismo. Así las cosas, y como bien lo deja ver esta guía, aquí el impacto de las apuestas feministas académicas, políticas y éticas es visible, pues se des-esencializa el cuerpo y el deseo sexual, afirmando que no hay una linealidad entre sexo, género y orientación sexual, y además superando el simple binarismo sexual. Esto, a su vez, revela algo que antes ya dejaba entrever en mi escritura: este archivo, antes que ser una unidad coherente, sólida y unívoca, es un

campo con ambigüedades, contradicciones y, en este caso, de disputa. En cualquier caso, me interesa destacar aquí que la intervención sobre esta población no está definida por la representación precisa de las mujeres trans; más allá de manifestar su proceso de tránsito, en ningún caso las define.

Sin embargo, lo que viene a indicar de manera clara la necesidad de intervención es la prevalencia del VIH en esta población. Como ya he dicho, estas políticas adoptan una racionalidad según la cual, partiendo del hecho de que en Colombia existe una epidemia concentrada, se privilegia aquellas poblaciones en las que la prevalencia supera el 5%; este es el caso de las mujeres trans. Así, aunque hay una preocupación directa por disminuir la prevalencia en esta población, también hay un interés por desactivar los altos riesgos que ellas representan para el conjunto de la población. Por esta razón es preciso una política dirigida a ellas, en especial una política que busque promocionar una sexualidad preventiva.

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)

Al igual que con las mujeres trans, la prevalencia aquí toma toda la importancia del caso: al ser mayor del 5% (15%), se considera que la epidemia se concentra en esta población y que por ello debería ser intervenida. Sin embargo, las razones para hacerlo exceden a esta racionalidad. Ya más arriba anunciaba la persistente preocupación por la clandestinidad de las prácticas sexuales entre hombres; si se quiere, para estas políticas es menester extraer esta sexualidad de los lugares clandestinos para así hacerla visible y poder intervenirla.

Ahora bien, quizás lo más interesante es aquello que se busca abarcar bajo la categoría de “hombres que tienen relaciones sexuales con hombres”. No sólo se contempla a quienes se reconocen a sí mismos como homosexuales, sino sobre todo a quienes, por un lado, sistemática o esporádicamente ejercen o han ejercido prácticas sexuales con sujetos de su mismo sexo y, por otro lado, a quienes han contemplado tal posibilidad (Ministerio de Protección Social, 2011a). De esta manera, la orientación sexual bajo la cual se reconoce el sujeto pierde importancia; y más bien la adquieren las prácticas e, incluso, los deseos –así lo dejan ver cuando incluyen a quienes “han contemplado la posibilidad”– no heteronormados. De modo que para estas políticas inclusive los hombres con deseos homosexuales son objeto de preocupación.

Trabajadoras sexuales, mujeres en contextos de vulnerabilidad y el enfoque de género

Finalmente quisiera explorar las razones por las cuales sería necesario focalizar las intervenciones en las trabajadoras sexuales y en las mujeres en contextos de vulnerabilidad, con relación al enfoque de género que estas políticas asumen. Junto en un mismo análisis estas dos poblaciones porque, aunque tengo un interés por estudiar la singularidad de cada una, quisiera prestarle atención al enfoque de género que aquí se dispone. Es, entonces, sobre todo un intento por explorar la articulación y, hasta cierto punto, funcionalización de los discursos y las prácticas feministas y de género.

Una multiplicidad de enunciados justificaría las intervenciones sobre las trabajadoras sexuales. Ellos oscilan desde la promoción de los derechos sexuales y reproductivos hasta la condena moral de prácticas “autodestructivas” como el consumo de drogas y alcohol. Con todo, a diferencia de las intervenciones en las poblaciones trans y de HSH, aquí la referencia a la prevalencia del virus pierde importancia, en parte porque ésta no alcanza a ser superior al 5% -rodea el 1,1%, es decir, no sería altamente riesgosa-. En cambio, toman importancia un conjunto de razones que apuntan a disminuir las condiciones de vulnerabilidad social y programática, en especial tres: la falta de acceso a la institución médica y a los servicios de salud, el estigma y la discriminación generada por romper con los roles de género y el bajo reconocimiento social de su trabajo⁷. Aunque se reconozcan múltiples causas que producen a las trabajadoras sexuales como población vulnerable, son estas tres las que sería preciso modificar para impulsar una sexualidad saludable.

Al igual que en las trabajadoras sexuales, las intervenciones sobre las mujeres en contextos de vulnerabilidad no usan la prevalencia como indicador fundamental para escoger la población objeto de intervención. Como en ese caso, aquí también se entretienen un conjunto de enunciados que desdibujan la razón definitiva para intervenir. Por un lado, podemos rastrear el reconocimiento de múltiples factores de vulnerabilidad

⁷Aquí por reconocimiento de su trabajo no se hace referencia a la promoción y/o garantía de derechos laborales. Más bien, hace referencia a un reconocimiento cultural de este trabajo, pues, según dicen, las relaciones de género desiguales discriminarían aquellas mujeres que “usan el cuerpo como medio de intercambio económico” (Ministerio de Protección Social & Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, 2011)

social que ayudarían a seleccionar a las mujeres por intervenir. La ruralidad, la pobreza, el desplazamiento forzado y los contextos de conflicto armado son los principales indicadores usados para la selección. En ellos, empero, no aparece algún vínculo que las asocie directamente con la epidemia del VIH. Incluso los estudios de prevalencia, recurrentes para otros grupos poblacionales, son nulos en estos casos. Por otro lado, encontramos un factor estrechamente relacionado con el VIH, y que refiere al aumento significativo de la prevalencia en las mujeres, o lo que llaman “feminización de la epidemia”. Sin embargo, si en el primer caso no se relacionaba a las mujeres en contextos de vulnerabilidad con las tasas de prevalencia, en este caso el aumento de la prevalencia no es discriminado según los contextos de vulnerabilidad. O, dicho de otro modo, la feminización de la epidemia incluye a todas las mujeres, y no a aquellas social e institucionalmente vulnerables. Esta turbiedad del criterio decisivo para la selección no matiza la intención de dirigir las políticas a las mujeres clasificadas como pobres y rurales -o en todo caso a aquellas que de alguna manera tienen relación con tales condiciones, por ejemplo, las mujeres desplazadas-. Me inclino a pensar que tal arbitrariedad se relaciona con perspectivas afincadas en posiciones de clase dominante y urbanas volcadas a modificar las relaciones de género en poblaciones “pobres” y rurales, pero que dejan intactas a las clases medias-altas y urbanas. Esto lo veremos en las políticas de embarazo adolescente que estudio en el tercer capítulo.

Enfocar a estas poblaciones es en parte el resultado del enfoque de género transversal a estas políticas. Al igual que en la perspectiva de derechos, los enunciados que dan forma a este enfoque se repiten con asombrosa similitud. En cualquier caso, su perspectiva de análisis busca hacer visible las desigualdades e inequidades entre hombres y mujeres, así como las desigualdades respecto a las sexualidades no binarias. En este marco, las guías de prevención dirigidas a trabajadoras sexuales y a mujeres en vulnerabilidad vinculan con insistencia esta desigualdad con la mayor vulnerabilidad hacia el VIH. Así lo manifiesta, por ejemplo, la guía dirigida a mujeres vulnerables, en un apartado que argumenta que las desigualdades de género constituyen un determinante en el aumento de vulnerabilidad a la epidemia:

Las desigualdades de género; es decir, aquellas que impiden a las mujeres un acceso y disfrute en igualdad de derechos frente a los hombres; atraviesan las esferas sociales, económicas y políticas e incrementan el riesgo de infección y muerte por VIH/Sida (2011d, pág. 57).

De tal manera, el aumento de la vulnerabilidad tendría que ver con la manera en que las desigualdades de género restringen a las mujeres el disfrute de los derechos. Quisiera detenerme en ello. Más adelante este mismo apartado exalta las virtudes de la racionalidad sexual, a las cuales, por las desigualdades de género, las mujeres tendrían un acceso desigual. Se dirá, entonces, que la restricción en el acceso a la información sobre salud sexual, así como la reducción en las capacidades de *negociación* en las relaciones sexuales, son dos de los efectos más evidentes de esta desigualdad. Aquí se asoma la dicotomía moderna, denunciada repetidamente por la literatura feminista, que jerarquiza a la razón sobre lo material, asociando a la primera con lo masculino y al segundo con lo femenino. Aunque aquí sea excusada por condiciones sociales de desigualdad, las mujeres estarían desprovistas de ciertas herramientas –información- y de capacidades de negociación que restringirían la actuación de la razón en las relaciones sexuales, algo deseable de alcanzar. Esta operación también tiende a objetivar a las mujeres, pues invisibiliza las astucias y agenciamientos que ejercen en las relaciones sexuales y más bien transmite la impresión de que fuesen objetos pasivos -no negocian-. Este acento en la irracionalidad se amplificará en las políticas de regulación del embarazo adolescente, aunque en ese caso atado fuertemente a las condiciones biológicas del cuerpo en la adolescencia, cuestión que trataré en el tercer y cuarto capítulos.

Acompañando al acento en la racionalidad, estas políticas denunciarán la pérdida de autonomía causada por las desigualdades de género. Por ejemplo, la guía de prevención para trabajadoras sexuales mostrará cómo el estigma, la falta de reconocimiento de su trabajo y la violencia que recae sobre esta población impedirían el ejercicio de una sexualidad autónoma. También, este mismo documento esclarecerá la concatenación entre pérdida de autonomía, restricción de los derechos sexuales y el aumento de la vulnerabilidad al VIH. Así, cuando define estos derechos, afirma: “El respeto y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, alude a la toma de decisiones en el ámbito público y al dominio sobre el propio cuerpo de manera autónoma.” (Ministerio de Protección Social & Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, 2011, pág. 23). Ya he dicho que el dominio sobre el propio cuerpo indica las capacidades del individuo para mantener su propio cuerpo en estado saludable. La pérdida de autonomía, entonces, afectaría directamente el control sobre el propio cuerpo, pues restringiría la toma de

decisiones sobre él. Esto quedará más claro cuando, en un apartado que incluye las razones para intervenir sobre esta población, manifiesta:

(...) es esencial fomentar el empoderamiento de esta población para que, a través de él, les sea posible la toma de decisiones en los ámbitos personal, social y afectivo. Esto último es fundamental para cualquier estrategia que busque la prevención del VIH/Sida. (2011, pág. 57).

Esta cita condensa lo que ya he explorado: la toma de decisiones sobre la sexualidad sería central en las prácticas de sí preventivas. Pero también reúne la apuesta de este enfoque de género. Para estas políticas, el problema se reduciría a que estas desigualdades impedirían el ejercicio de una sexualidad normalizada, es decir, una en la cual interviene fuertemente la razón y la libertad, requisitos fundamentales para que el individuo sea capaz de hacerse cargo de su propio estado de salud. Sería clave, entonces, fomentar un “empoderamiento” que permita tal sexualidad.

III. La alegría de ser nadie. Sobre el/la adolescente pobre, desescolarizado/a y de familia disfuncional

No son solamente los prisioneros los que son tratados como niños, sino los niños como prisioneros. Los niños sufren una infantilización que no es la suya. En este sentido es cierto que las escuelas son un poco prisiones, y las fábricas mucho más. (Deleuze & Foucault, 1979)

Si en la primera parte de esta tesis me concentré en las técnicas, el cuerpo y la sexualidad dispuestos por las políticas de gestión de aquel virus que representa un peligro intenso para la salud sexual, en la segunda me concentraré en la sexualidad y en el sujeto que desestabiliza la salud reproductiva. Pretendo, entonces, rastrear las razones por las cuales es menester intervenir sobre la sexualidad adolescente; ubicar los peligros que representa para la salud reproductiva; explorar la sexualidad y el cuerpo que se disponen allí; y, finalmente, estudiar las técnicas mediante las cuales es preciso intervenir sobre el adolescente.

Aunque con continuidades importantes, en las políticas de gestión del VIH hay tensiones, ambigüedades y, en ciertos momentos, espacios de disputa. En contraste, las mismas estrategias dirigidas a los adolescentes de sectores populares son más coherentes, más unificadas y más definidas. Esto señala el despliegue de un gobierno sobre los adolescentes que, como recordaba Marco Alejandro Melo (2013), ha sido poco problematizado. De ahí que estas políticas privilegien la re/producción de un saber profundamente sedimentado.

En este tercer capítulo me concentraré en el sujeto adolescente dispuesto por estas políticas; detallaré su particularidad y las razones por las cuales sería preciso atenderle y

la urgencia de intervenirlo. Para ello, exploraré su relación con las instituciones de encierro, en especial con la familia y la escuela, mientras que en el próximo capítulo exploraré las técnicas, la sexualidad y el cuerpo que estas políticas disponen para una buena salud reproductiva.

Sobre el sujeto adolescente

Siguiendo a Javier Sáenz y a Oscar Saldarriaga (2007), el gobierno sobre la niñez ha sido pieza clave en el proceso civilizatorio y de occidentalización de las poblaciones latinoamericanas. Desde la emergencia de la noción de adolescencia en 1894 en Colombia, la cual permitió limitar la edad de la infancia, el adolescente también ha sido foco de diversas instituciones, saberes, disciplinas y, en fin, estrategias que buscan su efectivo gobierno. Frente a esa especial relación con los adolescentes, Marco Alejandro Melo (2013) exploró el pánico moral que, para los dispositivos de gobierno neoliberal en Colombia, ha causado el aumento del embarazo adolescente. En afinidad con este trabajo, ahondaré en la particularidad histórica del sujeto adolescente en las políticas de salud reproductiva y exploraré lo que le haría tan peligroso y, a su vez, tan crucial para el aseguramiento de una vida adulta saludable.

Como lo exploré en los capítulos anteriores, estas políticas se distancian de interpretaciones simplistas como las que reducen la adolescencia a una mera etapa biológica del ciclo vital. Aunque en este caso el saber biológico conserva cierta fuerza, la psicología, la pedagogía y el trabajo social colaboran en el proceso de subjetivación-objetivación del adolescente. Así, más que una mera etapa biológica, la adolescencia sería un período de cambios cognitivos, sociales y psicológicos. Así lo condensa un documento destinado a guiar todo el sistema general de seguridad en salud para adolescentes:

Aunque en ella generalmente ocurre la pubertad, con sus aspectos únicos de crecimiento y maduración tanto biológica como fisiológica, estos se conjugan con desarrollos psicológicos y sociales que trascienden a los hechos biológicos. Así, la adolescencia no puede ni debe considerarse como un hecho biológico (Ministerio de Salud, 2008, pág. 25).

Esta acepción ampliada de adolescencia no impide que estas políticas le asignen un rasgo característico: su estado de crisis. Por ejemplo, una de las políticas más

ambiciosas del Estado colombiano para regular el embarazo adolescente, el Conpes social 147-2012, es enfática en definir la adolescencia como un periodo crítico. El documento que traza el marco teórico de estas intervenciones reconoce distintas posturas académicas con relación a la delimitación etaria de la adolescencia; sin embargo, esgrime que lo constante en ellas es la definición de la adolescencia como “sinónimo de crisis” (Ministerio de Salud, 2012b, pág. 9). Más arriba el mismo documento ya había concluido que la adolescencia es igualmente crítica para otras culturas. Tal interpretación se repite a lo largo de mi documentación, y es una de las razones más fuertes por la cual estas políticas desconfían de la sexualidad adolescente: este crítico periodo podría desembocar en una sexualidad proclive al embarazo temprano. En lo que queda del apartado me detendré en ello.

Enunciada con ambigüedad, la supuesta ganancia de autonomía del adolescente es concebida como el primer rasgo crítico. La autonomía en este caso difiere de la atribuida al ejercicio efectivo del autogobierno (capítulo 2); más bien, indica el cuestionamiento de valores y principios propio de ese periodo. Al respecto quisiera dar dos ejemplos. En una descripción esquemática, muestra de la noción lineal de este periodo, y en la que intervienen saberes procedentes de la psicología y la medicina, un modelo guía de las intervenciones en los adolescentes (Ministerio de Salud, 2008) incluye entre sus características el cuestionamiento agudo de los valores familiares. Por ejemplo, manifiesta:

Si bien estos cambios [los cognitivos] tienen un efecto positivo a largo plazo sobre el desarrollo, en el momento pueden llevarlos a discutir más vehementemente, a la vez que a estar más indecisos. Esta conducta es muy frecuente y suele acompañarse de una postura que pone en duda la moral y las creencias familiares (2008, pág. 29).

Los mismos saberes, la misma linealidad y una categorización similar la vemos, por ejemplo, en las definiciones teóricas y programáticas del Conpes 2012 (2012b). Insistentemente afirma que la maduración psico-social implica un cuestionamiento de los valores “heredados”:

En nuestras sociedades [la adolescencia] resulta conflictiva y problemática en la medida en que la y el adolescente discute el lugar heredado, contrasta con la

autoridad familiar o institucional aceptada hasta ese momento como natural (...)
(2012b, pág. 9)

Además de iluminar una concepción lineal de la adolescencia, estos dos ejemplos condensan el primer aspecto crítico que le asignan: su tendencia a impugnar principios y valores.

En contraste con las políticas de VIH, aquí las instituciones de encierro no sólo son enunciadas con mayor frecuencia, sino sobre todo parecen ser claves en la reducción del embarazo adolescente. Como iremos viendo, si para regular el VIH requerían de un gobierno de sí adecuado, aquí estas políticas se apoyan en autoridades externas al sujeto y que son propias de las instituciones de encierro. De hecho, la deserción escolar y la disfuncionalidad familiar serían dos indicadores de riesgo al embarazo. Esto viene encadenado a la presumida “crisis de identidad” del adolescente y a la peligrosidad con la que perciben el supuesto fortalecimiento de las amistades, cuestiones en las que ahondaré más adelante. De cualquier modo, el cuestionamiento a los valores toma aún más importancia porque tendería a ser un cuestionamiento de las autoridades institucionales que disminuirían el riesgo a un embarazo temprano.

Con todo, ya dije que estas políticas ven a la autonomía adolescente con ambigüedad. Por un lado, la condenan cuando desafía las autoridades del encierro. Por otro lado, buscan desincentivar autoridades excesivas sobre los y las adolescentes. Por ejemplo, entre los rasgos de la familia disfuncional mencionan:

[C]onflictividad familiar; (...) la baja comunicación con los padres en general, y sobre sexualidad cuando se hace de forma superficial y autoritaria amenazando sobre las consecuencias del EA; la imposición de límites excesivos por parte de los padres que restringen la autonomía de los adolescentes (...) (Ministerio de Salud, 2012d, pág. 15)

En la disfuncionalidad familiar me detendré más adelante. Ahora enfatizo en los límites que estas políticas buscan instaurar a los excesos de autoridad. El abuso de ella podría causar baja autoestima en el adolescente, escasa comunicación con los padres, el ejercicio oculto de la sexualidad, etc., fenómenos que incluso podrían hacer más proclive un embarazo temprano. Esta relación ambigua y suspicaz frente a la autonomía adolescente atraviesa todas las políticas: la aceptan hasta cierto límite, la condenan

cuando discute la familia y/o la escuela y la impulsan en forma de responsabilidad – “autonomía responsable”-. Iré desenredando esta ambigüedad; por ahora sólo sugiero que la noción que mejor la describe es lo que Braidotti (2006) menciona como uno de los rasgos de las tecnologías liberales: prudencia. Ni un desafío a las autoridades ni límites excesivos sobre los adolescentes.

El segundo aspecto crítico de la adolescencia sería su parcial salida de la familia y su paralelo acercamiento a los pares. El documento que cincela los “servicios amigables para adolescentes” (Ministerio de Salud, 2008), al describir la adolescencia por etapas etarias, relata cuidadosamente el progresivo alejamiento del adolescente de su familia. Así, desde la primera etapa, de 10 a 13 años, en la que el adolescente se centraría cada vez más sobre sí mismo, hasta la última, de 17 a 20 años, en la que ya habría adquirido independencia considerable, la adolescencia sería un progresivo alejamiento de la familia. La misma descripción lineal la encontramos, por ejemplo, en las definiciones teóricas del Conpes 2012 (Ministerio de Salud, 2012b), cuando afirma que la adolescencia es un periodo de transición desde la dependencia familiar hacia la autonomía cada vez más personal. Tal distanciamiento vendría acompañado de la socialización cada vez más cercana con lo que estas políticas nombran como pares, que incluye las amistades y los compañeros de escuela. Por ejemplo, para estas políticas (Ministerio de Salud, 2008) de los 10 a los 13 años habría cierto acercamiento entre pares del mismo sexo; de los 14 a los 16 entre pares de distintos sexos –por lo demás, esta descripción corresponde a una sexualidad profundamente heterosexual-. De igual modo, las investigaciones dirigidas a evaluar la eficacia de las políticas de control del embarazo dedican apartados a describir exclusivamente los cambios en la relación entre pares, en especial en lo concerniente a la sexualidad (Departamento Nacional de Planeación, 2014). Con esto, estas políticas formulan una adolescencia que transitaría desde de la dependencia familiar –infancia- hacia la consolidación cada vez más estrecha de las relaciones de amistad y de compañeros.

Afincados en una perspectiva multicausal y contruidos para hacer ver distintos niveles de determinantes del embarazo adolescente, los determinantes próximos son una tipificación que examina los factores más próximos al adolescente que lo harían proclive al embarazo (Ministerio de Salud, 2012d). Se incluye, por ejemplo, las condiciones familiares, los conocimientos acerca de planificación familiar, el uso de anticonceptivos, etc. De manera sorpresiva estas políticas incluyen las relaciones entre pares: entre los

múltiples determinantes próximos, el acercamiento a las amistades y compañeros sería un factor importante. De ahí que investiguen de manera prevenida los discursos de sexualidad que circulan entre amigos; y de ahí también la afanosa intención por intervenir en las redes de amistad, con lo cual esperan asegurar que las mismas amistades impulsen la salud reproductiva.

Para estas políticas hay dos motivos por los cuales desconfiar de tal acercamiento. Por un lado, les preocupa la información que entre amistades circula en torno a la sexualidad. Ello excede la mera intención de asegurar conocimientos adecuados del uso de los “anticonceptivos modernos”; antes bien, a estas políticas les inquieta el gran campo de la salud reproductiva: las “relaciones afectivas”, las decisiones sobre la fecundidad, las expectativas sobre la maternidad y/o paternidad y el proyecto de vida –que lo trabajaré en el próximo capítulo-. Así lo evidencia una investigación que diagnóstica el embarazo adolescente en Colombia (Departamento Nacional de Planeación, 2014, pág. 234). Al estudiar quién o qué es la principal fuente de información de salud reproductiva en los adolescentes, pregunta por las prácticas discursivas entre amigos al alrededor de esta variedad de temas. Tal indagación esclarece la intranquilidad por las recomendaciones, sugerencias, opiniones, etc., que entre pares se efectúen con relación a esta amplia variedad de aspectos vitales. Junto a ello, esta misma investigación indaga por la efectividad y cobertura de los programas institucionales frente a los mismos temas. Por ejemplo, interroga por si las/los adolescentes acuden al psicólogo para la toma de decisiones con relación al proyecto de vida, o por la efectividad de las charlas del colegio acerca de la reproducción. Más ampliamente, esto viene de la mano con la motivación por ampliar los programas escolares de apoyo psicosocial (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012). Así, mientras a estas políticas les intranquiliza las maneras en las que entre amigos se “educan” en esta variedad de aspectos vitales, también hay una búsqueda por institucionalizar tal “pedagogía”. Aquí la psicología toma una gran importancia.

Por otro lado, la desconfianza frente a las amistades también surgiría por las influencias y/o presiones que ejercerían ya no en los discursos, sino en las prácticas sexuales. Un documento destinado a definir la metodología para identificar los adolescentes a intervenir manifiesta:

Respecto a los determinantes relacionados con el contexto social próximo se ha señalado que contextos con alta prevalencia de IRS (Inicio de Relaciones Sexuales) de forma temprana se asocian a mayor EA (Embarazo Adolescente), *que puede explicarse probablemente por el efecto multiplicador que tiene la presión de los pares (...)* (Ministerio de Salud, 2012d, pág. 16) (cursiva mía)

Esta cita condensa, por un lado, uno de los mecanismos mediante el cual los pares incitarían sexualidades desreguladas –lo que nombran “presión”- y, por otro lado, una de las prácticas que estaría asociada al embarazo adolescente –la iniciación temprana de las relaciones sexuales-. En esa misma línea, un largo documento de más de trescientas páginas (Departamento Nacional de Planeación, 2014) dedica un apartado a indagar la percepción de los adolescentes frente a la sexualidad de sus pares. En las encuestas realizadas se interrogó por las percepciones de la edad de inicio de las relaciones sexuales de sus amigos; de la cantidad de sus pares que había iniciado la vida sexual y frente al uso de anticonceptivos de sus compañeros. Además de operar bajo una noción de sexualidad restringida a las prácticas reproductivas –excluye, por ejemplo, la masturbación, la sexualidad lésbica, etc.-, esta encuesta evidencia la preocupación por la influencia o presión de las amistades sobre las prácticas sexuales del/la adolescente. Al tiempo, el extenso documento evidencia aquellas prácticas problemáticas que serían motivadas por sus pares. La iniciación temprana de la sexualidad, con su consecuente aumento en la probabilidad de embarazo adolescente, las múltiples parejas sexuales y la ausencia de anticonceptivos serían prácticas riesgosas que las amistades motivarían, ya sea bajo la forma de la influencia o de la presión.

De esta manera, la salida del/la adolescente de la familia y el fortalecimiento paralelo de las amistades, con la parcial crisis familiar que las acompañaría, así como las influencias y las presiones que los pares ejercerían para el ejercicio de una reproducción desregulada, sería el segundo aspecto crítico de la adolescencia.

Su última dimensión crítica sería lo que nombran crisis de identidad. Ya he mencionado que estas políticas no se restringen simplemente a impulsar el uso adecuado de anticonceptivos; antes bien, abarcan un gran campo de prácticas y discursos que ponen en el centro de su atención, entre otras cosas, al sujeto. De ahí su preocupación por la consolidación identitaria asociada a la adolescencia. En un apartado orientado a brindar

modelos explicativos de la conducta sexual adolescente, el documento Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes lo menciona explícitamente:

(...) la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes es mucho más que la oferta de anticonceptivos y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. También tiene que ver con los apoyos a la construcción y fortalecimiento de la propia identidad (...) (2012a, pág. 17).

De tal manera, el fortalecimiento identitario no sería un proceso dado de ante mano, sino que antes bien estas políticas buscan brindarle el apoyo necesario. El mismo documento, al diseñar el modelo de atención amigable, contempla la necesidad de ofrecer servicios de psicología que apoyen la selección y definición de la identidad sexual. Este respaldo a la identidad también la encontramos, por ejemplo, en el Conpes del 2012 (Ministerio de Salud, 2012b) al manifestar la urgencia de apoyar el “desarrollo de capacidades personales” que permitan al adolescente la formación de la identidad propia. Esto cobra su mayor importancia en la búsqueda por proyectar fecundidades planificadas, debido a que un embarazo inesperado y temprano interrumpiría abruptamente el tránsito hacia aquella identidad -en ello iré profundizando- (Ministerio de Salud, 2008). De ahí que, por ejemplo, ante las sospechosas amistades que podrían promover sexualidades poco prudentes, estas políticas busquen apoyar institucionalmente la toma de decisiones respecto a la fecundidad.

Lo anterior parte de la aguda preocupación por la supuesta debilidad identitaria del/la adolescente. Entre los rasgos que identifican como propios de esta etapa se encuentran: búsqueda de aprobación de sus pares, mayor susceptibilidad a la presión social, búsqueda de afectos, cierta debilidad cognitiva, necesidad de reconocimiento social, entre otros. Todos ellos señalan un(a) adolescente presuntamente frágil, ya sea cognitiva o afectivamente, y que por lo tanto sería especialmente susceptible a las influencias sociales y/o de sus pares. Esto se podría resumir en lo que nombran crisis de identidad, que es precisamente esta especial vulnerabilidad a las influencias y/o presiones externas. Por ejemplo, refiriéndose a la consolidación de las identidades de género que se daría en este periodo, el documento que brinda las definiciones teóricas del Conpes 2012 manifiesta:

Es en el período adolescente donde se definen las pautas de comportamiento adquiridas previa o principalmente durante la niñez, estableciéndose así la

diferenciación entre géneros. Por lo tanto, este proceso se convierte en un contenido vital y determinante para la resolución de la crisis de identidad propia de esta etapa, que a su vez influye en las diferentes formas en que los y las jóvenes viven el período de la adolescencia (Ministerio de Salud, 2012b, pág. 23)

Ahora bien, esta supuesta debilidad viene acompañada de una concepción muy particular de identidad. Un documento de 2012 que expone los lineamientos generales para la política de prevención del embarazo temprano, en la sección dedicada a los factores necesarios para la “construcción de un proyecto de vida propio”, referencia la identidad de la siguiente manera:

Se requiere que el adolescente logre su propia identidad, que se separe afectivamente de la figura de sus padres, y se convierta en sujeto autónomo, con deseos, emociones y criterios propios (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012, pág. 22).

Esta cita insinúa la identidad que remediaría la fragilidad adolescente: una que sea propia. El Conpes 2012 es más claro a qué se refieren por ella:

[D]urante la etapa de la adolescencia se consolida la identidad del sujeto como ser social e individual y se desarrolla su capacidad de analizar, *escoger e imponer un nuevo orden que lo represente y proyecte* (Ministerio de Salud, 2012b, pág. 8) (Cursiva mía).

De tal manera, el tránsito hacia la adultez desarrollaría las capacidades para que el sujeto imponga un orden sobre sí mismo que “lo represente y proyecte”. Aquí cobra importancia, por ejemplo, la construcción de una estética que “integr[e] su imagen corporal con su identidad o personalidad” (Ministerio de Salud, 2008, pág. 30); pero también, por ejemplo, la definición de la orientación sexual que lo acompañará durante el resto de vida. Por lo tanto, tal orden de sí sería el encargado de rectificar la fragilidad que escolta al adolescente. En mis palabras, estas políticas se preocupan por impulsar adultos cerrados sobre sí mismos, capaces de imponerse un orden que sea poco susceptible a las influencias externas -recordemos la peligrosidad con la que se lee las influencias de las amistades-. Nada más lejano de mi inclinación ética y política por el impulso de sujetos nómades, atraídos por el devenir permanente, profundamente interconectados con los demás cuerpos y sensibles a la crítica de sí mismos (Braidotti,

2006). Braidotti también les da el nombre de sujetos no unitarios, es decir, sujetos que no privilegien el orden sobre sí mismos, y frente a lo cual nos dice:

Los devenires nómadas son (...) la afirmación de la estructura inalterablemente positiva de la diferencia, entendida como un complejo proceso múltiple de transformación, un flujo de múltiples devenires, el juego de la complejidad o *el principio de lo no Uno* (2006, pág. 202) (Cursiva mía).

Con el impulso de la identidad propia se privilegia, luego, la unidad y estabilidad del sujeto. De hecho, como mencioné, el apoyo institucional sería clave para la definición de la identidad sexual que se prolongará a lo largo de la vida. La radicalización de ello lo veremos en el obstinado propósito de fabricar proyectos de vida, el cual estudiaré en el próximo capítulo.

El/la adolescente es, entonces, un sujeto paradójico: por un lado, su debilidad lo haría peligroso, pues sería fuertemente influenciado por sus amistades, incluso hasta el punto de ejercer una sexualidad desregulada; y, por otro lado, la misma debilidad lo haría aprovechable para estas políticas. El Conpes 2012 lo va a manifestar con cierto tono cínico:

Hablamos entonces de una etapa adolescente rica en matices y contradicciones, *oportunidades y retos a la vez*. Así que es mucho lo que se puede hacer desde la intersectorialidad e interinstitucionalidad para la prevención del embarazo en la adolescencia. (Ministerio de Salud, 2012b, pág. 10) (Cursiva mía).

Al igual que a lo largo de la documentación revisada, esta cita convierte a la adolescencia en un instrumento: por un lado, la concibe como un periodo rico en oportunidades; por otro lado, la entiende como una etapa en la cual “se puede hacer mucho”, es decir, un periodo apto para la intervención institucional. Es decir, la idoneidad para la intervención referiría a la gran cantidad de oportunidades que de ahí se pueden extraer. Ello desemboca en la búsqueda de intervención permanente sobre las/los adolescentes: mientras las políticas del VIH motivan intervenciones institucionales esporádicas, y más bien privilegian el autogobierno del sujeto, estas políticas pretenden incidir en múltiples aspectos de la vida adolescente, como las decisiones sobre la fecundidad, las amistades, la familia, garantizar la escolaridad, entre otros. Otra vez aquí, en este “ser apto para la intervención” cobra inusitada importancia el impulso de proyectos de vida.

Por su parte, aquel(la) adolescente desertor(a) de la escuela, de familia disfuncional y pobre se le concibe con asombrosa peligrosidad: serían quienes estarían más lejos del alcance de estas políticas. Ellos(as) podrían caer en la criminalidad, en el alcohol, las drogas y, posiblemente, en el embarazo adolescente. Sobre ellos(as) me centraré en los próximos apartados.

De la mujer adolescente objeto de la política

La variedad de aspectos en los que la salud reproductiva busca incidir involucra tanto a las mujeres como a los hombres adolescentes. En ambos casos, hay una preocupación por la temprana entrada al mercado laboral, por la deserción escolar, por la construcción de proyectos de vida, por el acceso a la información sobre los anticonceptivos, entre otros. No obstante, hay un marcado interés en indagar y promover el acceso de los anticonceptivos en las mujeres. Si bien en esto me detendré en el próximo capítulo, quisiera adentrarme en lo que tal interés muestra.

El Boletín de Aumento del Embarazo de Adolescentes en Colombia es un documento producido en el 2013 en el marco de la política estatal “De cero a siempre” (2013). Surge de la preocupación por el aumento del embarazo temprano y por su consecuente incremento en la participación del total de embarazos. Por tal razón, allí se confina una juiciosa investigación sobre la fecundidad, natalidad, educación sexual y uso de anticonceptivos de las mujeres adolescentes en Colombia. Para realizar este estudio, se efectúa una serie de clasificaciones de las adolescentes: se les separa por departamentos, por nivel educativo y de riqueza y por si es de una zona urbana o rural. A su vez, busca indagar por ciertas prácticas sexuales y reproductivas: se pregunta por los conocimientos acerca de los anticonceptivos, por su frecuencia de uso, por la edad de inicio de las relaciones sexuales y finalmente por la edad de la primera unión conyugal. Con esto, esta investigación busca establecer correlaciones entre las adolescentes clasificadas y ciertas conductas sexuales, operación que esclarece una relación de saber–poder. Por ejemplo, pongamos atención a una de sus conclusiones:

La encuesta muestra además que las relaciones sexuales ocurren más temprano en las mujeres sin educación (15,8 años), con más bajo nivel de riqueza (17,1 años) y habitantes de áreas rurales (17,5 años), que en aquellas que tienen educación superior (18,9 años), altos niveles de riqueza (18,7 años) o viven en

zona urbana (18,1 años). En departamentos como Caquetá, Chocó y en las regiones de la Orinoquía y Amazonía, las mujeres inician sus relaciones sexuales incluso a una edad promedio entre los 16 y 17 años. (De cero a siempre, 2013, pág. 16).

También concluye, por ejemplo, lo siguiente:

La zona rural presenta una edad promedio a la primera unión conyugal de 19,8 años, menor que en la zona urbana, ubicada en 22,1 años. Además, el porcentaje de mujeres que se unen conyugalmente antes de los 15 años en la zona rural (9,0%) duplica al de la zona urbana (4,7%), y el porcentaje de quienes lo hacen antes de los 18 años (34,0%), es mayor en más de 10% al de las ciudades (21,4%) (2013, pág. 17).

Toda clasificación es un acto de poder que tiende a objetivar a quien es clasificado. Estos pasajes ligan a las mujeres adolescentes de sectores populares, de zonas rurales, desescolarizadas y, en algunos casos, de minorías culturales con conductas que serían preciso reducir para la buena y libre salud reproductiva. El desconocimiento de los métodos anticonceptivos y la reducción en su uso, edades más tempranas para la primera relación sexual y de unión conyugal, entre otras, serían conductas acentuadas en estas mujeres que conllevarían el aumento de probabilidad de un embarazo temprano. Tal operación epistémica justifica, para estas políticas, la intervención sobre ellas, pues de esa manera impulsarían no sólo la buena salud reproductiva, sino además la libre sexualidad. Esto coincide con lo que señalan Marco Alejandro Melo (2013) y Javier Sáenz (2014) con relación a las artes liberales de gobierno, según lo cual estas se auto justifican mostrándose a sí mismas como la superación de realidades prohibitivas, disciplinarias y/o represivas. Pero también entra en sintonía con extensa bibliografía feminista (Lugones, 2008; Moraga, y otros, 1988; Anzaldúa, 2016; Aguilar Gómez, 2018) que señala la actitud colonial y enclavada del feminismo liberal: presupone a las mujeres blancas, de clase media-alta y urbanas como libres, y a las mujeres racializadas, rurales y de sectores populares como objeto de infame opresión que sólo sería superable a través de estrategias liberales. Aunque aquí me detengo en el Boletín de Aumento de Embarazo Adolescente, esta operación epistémica surge reiteradamente en los diagnósticos de la vida reproductiva de las adolescentes, por ejemplo, en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 (ENDS) (2011, pág. 115). Aquí como allá,

clasifican a las mujeres y se les relaciona con conductas peligrosas. Tal racionalidad servirá para ubicar en cuáles mujeres será menester intervenir.

No es mi intención sugerir que habría arbitrariedad en estas correlaciones, primero, porque es algo que no puedo deducir y, segundo, porque quiero dirigir mi crítica hacia lo que devela la clasificación misma. Ya dije que sirve para distinguir quién debe ser gobernado y quién no; pero, además, objetiva a quien es clasificado. Agrupar sujetos bajo un mismo atributo que les pertenecería y separarlos de aquellos que no es un procedimiento que muestra como homogéneo a lo agrupado. En este caso, emerge la adolescente pobre, desescolarizada y/o rural, quien además es medida según su adecuación a prácticas sexuales normalizadas. Estudios decoloniales y animalistas (Castro-Gómez, 2005; Ávila Gaitán, 2017) han apuntado convenientemente que la clasificación, y su consecuente objetivación, es el paso previo para jerarquizar los distintos grupos creados. Para nuestro caso separar la adolescente pobre de la de altos o medios niveles de riqueza, la rural de la urbana y la desescolarizada de la escolarizada es la primera puntada para asignarles conductas peligrosas y, por ende, jerarquizarlas y señalarlas como urgidas de intervención⁸.

Sobre el/la adolescente pobre

Con el propósito de controlar exhaustivamente el embarazo adolescente, estas políticas establecen distintos niveles de determinantes del embarazo. Aunque la tipificación no es del todo continúa, tienden a agrupar estos determinantes en dos tipos: por un lado, habría unos que refieren a las condiciones estructurales (o lo que también llaman contextuales) y, por otro lado, habría otros que señalan las condiciones próximas al adolescente. En el primero incluyen variados determinantes, como la ruralidad, el conflicto armado, la región de residencia, etc. Sin embargo, la pobreza cobra asombrosa relevancia como determinante estructural que aumentaría la probabilidad de un embarazo temprano. Así, por ejemplo, una de las políticas más importantes para el control del embarazo, el Conpes 147-2012, en la mayoría de sus documentos destina

⁸ En el próximo capítulo estudiaré más cuidadosamente una distinción aún más crucial para estas políticas: la rígida oposición entre mujer y hombre. En ese momento indicaré cuál es la función que juega la medicalización de los cuerpos femeninos con relación al proyecto de vida masculino.

sustanciosos apartados a indagar y explicar la pobreza como determinante estructural del embarazo adolescente.

La metodología que identifica adolescentes en mayor riesgo de embarazo describe así tal relación:

Esto sucede [el embarazo adolescente] de forma más frecuente en contextos de pobreza y exclusión y profundiza la vulnerabilidad social de la madre adolescente y de sus hijos contribuyendo a perpetuar o a hacer más difícil la superación de condiciones de pobreza, por ello se debe asumir como un reto importante dentro de las estrategias de prevención del embarazo adolescente (2012d, pág. 14)

De esta manera, estas políticas entretienen una doble relación entre pobreza y sexualidad. Por un lado, hay una diversidad de argumentos que cincelan a los contextos de pobreza como causa del embarazo adolescente. Aquí encontramos abundancia de investigaciones que establecen correlaciones entre pobreza y prácticas riesgosas que aumentarían la probabilidad del embarazo temprano (De cero a siempre, 2013; Ministerio de Protección Social, Bienestar Familiar, USAID, & Naciones Unidas, 2005; Ministerio de Protección Social, Profamilia, Bienestar Familiar, & USAID del pueblo de los Estados Unidos de América, 2011). Asocian, así, la pobreza con la reproducción desregulada. El mismo documento del que extraigo el anterior fragmento esclarece más abajo las razones de esta supuesta relación causal. La pobreza conllevaría tasas más altas de desescolarización, lo que afectaría negativamente la fabricación de proyectos de vida y, por lo tanto, aumentarían la probabilidad de un embarazo temprano –como me detendré, el proyecto de vida se considera como un factor protector al embarazo-. Pero también generaría el ambiente “propicio” para el conflicto familiar, que desembocaría en la baja supervisión parental y en la mala comunicación con los padres. Estas condiciones familiares, como sugiero más adelante, aumentarían las probabilidades de un embarazo temprano. De tal manera, el/la adolescente pobre estaría peligrosamente al borde de las instituciones de encierro, más propenso a ser desertor escolar y al conflicto familiar. De ahí su sexualidad desregulada.

Por otro lado, el embarazo adolescente tendería a prolongar la pobreza. Esta racionalidad la expresan bajo el rotulo de trampa de pobreza. Las definiciones teóricas del Conpes 2012 la mencionan así:

(...) el Gobierno dispuso de diversas estrategias para contrarrestar de forma integral las *trampas* que llevan a la constante pobreza y vulnerabilidad social. Uno de los frentes sobre los cuales se está trabajando para lograr dicha tarea tiene que ver con el embarazo adolescente, visto como un fenómeno que prolonga la pobreza a través de las generaciones y por ello se convierte en un obstáculo para salir de la misma. (Ministerio de Salud, 2012b, pág. 45)(Cursiva mía)

Tal prolongación de la pobreza tiene que ver con la desescolarización, la entrada temprana al mercado laboral, la disminución en las oportunidades de vida, la disfuncionalidad familiar y la interrupción del proyecto de vida generadas por el embarazo temprano. En su trabajo genealógico sobre la pobreza, Marco Alejandro Melo muestra agudamente el cambio de racionalidad con relación a ella: si en los años sesenta y setenta un dispositivo de gobierno tradicionalmente liberal la comprendía “como el efecto residual del desequilibrio entre crecimiento económico y el crecimiento de la población” (Melo, 2013, pág. 66), al final del siglo XX, con la entrada de las artes de gobierno neoliberal, la entienden como el resultado de la inadecuación de algunos sujetos respecto a las tecnologías de gobierno. Mi estudio congenia con lo diagnosticado por este autor: para estas políticas, la pobreza sería el producto de sujetos que no gobiernan adecuadamente su reproducción. Así, la relación que estas políticas establecen entre sexualidad y pobreza es cíclica: primero, en las poblaciones pobres habría condiciones que propician la reproducción desregulada y, segundo, estas peligrosas conductas prolongarían, a su vez, la pobreza. Así lo manifiesta el modelo de servicios amigables para adolescentes:

De hecho, las y los adolescentes y jóvenes de familias pobres tienen mayores probabilidades de iniciar su vida sexual a una temprana edad, quedar embarazadas y tener más hijos. Los adolescentes con menor educación y menos oportunidades de generar ingresos se convierten en víctimas de un ciclo continuo de pobreza (Ministerio de Salud, 2008, pág. 37).

De la familia disfuncional

Mientras en las políticas del VIH la política de sí cobra importancia inusual para la fabricación de cuerpos con baja vulnerabilidad a la epidemia, aquí el recurso a las instituciones de encierro no sólo se hace más evidente, sino sobre todo más necesario.

Esto se debe, en parte, a que estas políticas conciben la adolescencia como un periodo de cierta fragilidad identitaria en la que, para instaurar una política de sí, se requiere de la mayor atención de estas instituciones. Además de iluminar un gobierno mucho más desnudo y mucho más directo, tal recurso dirige las intervenciones hacia aquellos adolescentes que, o bien estarían por fuera de la institución de encierro –adolescente desescolarizado-, o bien tal institución no estaría cumpliendo su *función* –familia disfuncional-. En este apartado me concentraré en la preocupación por la segunda.

De la estructura familiar

En la documentación revisada circula una noción de reproducción biologicista, anclada exclusivamente a la pregunta por la fecundidad. Si, como he insistido, se retoman múltiples aspectos de la vida adolescente, sólo es por la inquietud frente a las maneras que la fecundidad los afectaría y, viceversa, cómo ellos afectarían la fecundidad. Tal noción biologicista queda aún más descubierta con la sistemática omisión de las prácticas de cuidado, lo cual cobra todavía más relevancia si consideramos que estas políticas incidirían principalmente en la reproducción. En este silencio me detendré en el siguiente capítulo; por ahora destaco que esta estrecha noción parece orientar la mirada exclusivamente hacia la familia heterosexual. De manera que al hablarnos de familia funcional estas políticas dejan ver, más bien, las funciones normativas de la familia heterosexual, institución en la cual seguiría siendo crucial el rol del padre. A esto me dedicaré a continuación.

Si la pobreza es considerada como un determinante estructural, las condiciones familiares son tipificadas como determinantes “proximales”. Ya he dicho que por ellos entienden aquellos determinantes más cercanos al adolescente que aumentarían la probabilidad de embarazo. Con ellos estas políticas buscan focalizar aún más las intervenciones. El documento que resume la metodología del Conpes para identificar los adolescentes en alto riesgo (Ministerio de Salud, 2012d) esclarece la racionalidad operante: antes que intervenir en todos(as) los/las adolescentes pobres, focalizan la atención en aquellos de familia disfuncional y desescolarizados. Con esa sencilla operación estas políticas reducen sus intervenciones a quienes, además de estar en condición de pobreza, estarían al borde de las instituciones disciplinarias y/o de encierro.

En un giro conservador, la intranquilidad por la disfuncionalidad familiar viene vinculada con lo que nombran “estructura familiar”. El mismo manual que identifica los/las adolescentes a intervenir (Ministerio de Salud, 2012d) tiene un interesante apartado que sintetiza las variables más determinantes en el embarazo. Además de develar la racionalidad multicausal desde la que se le concibe, este apartado indica los determinantes en la estructura familiar que aumentarían su probabilidad. Entre estos se consideran: hogares con jefatura femenina, con padres separados o en los que el/la adolescente no vive con ninguno de sus padres. Esta inquietante atención por el mantenimiento de las autoridades familiares queda aún más explícita cuando en una sección dedicada a describir y categorizar los determinantes próximos del embarazo se afirma:

Los estudios han señalado la estructura o conformación de la familia como un determinante importante [para el embarazo adolescente] ya que de esta dependen las posibilidades que los padres pueden brindar a sus hijos, y el ambiente bajo el cual crecerán. Por ejemplo cuando los padres son separados y la madre asume como cabeza de hogar (...), el abandono del padre que implica la ausencia de figura paterna; la muerte de alguno de los padres o el abandono de ambos padres dejando los hijos al cuidado de familiares cercanos (...) (2012d, pág. 15)

Este fragmento condensa un recurrente enunciado que recuerda lo advertido por Marco Alejandro Melo (2013), de acuerdo con el cual la promoción de la familia nuclear es primordial para la regulación del embarazo adolescente. Sin embargo, si Melo orientaba su atención a la amenaza que el/la padre-madre adolescente sería para la “replicación de las unidades domésticas”, esto es, para la reproducción de la familia nuclear, aquí traslado la atención hacia el supuesto aumento de probabilidad de un embarazo temprano al interior de la familia disfuncional. Como lo indica la cita, la estructura familiar disfuncional correspondería a aquella que, o bien el padre está ausente, o bien, ante la ausencia de “ambos padres”, el cuidado de los adolescentes recaería sobre “familiares cercanos”. Un primer asunto salta a la vista: estas políticas ven con recelo las líneas de parentesco extendidas más allá de la familia nuclear. Sin embargo, en nuestro caso la alarma no responde a que el embarazo adolescente amenazaría la ultra-privatización del cuidado (Melo, 2013), sino a que la familia extendida no garantizaría el aplazamiento de la fecundidad.

Esto viene de la mano con la aguda atención prestada a la ausencia del padre. Una investigación recurrentemente citada y realizada en el 2004 por la Universidad de los Andes se preocupa por el limitado efecto que habría tenido en el comportamiento sexual de las adolescentes la educación sexual. Por tal motivo, indaga por las condiciones familiares y socioeconómicas que determinarían la conducta sexual. En los estudios de caso que realiza, este documento es cuidadoso en determinar la estructura familiar que predominaría en Cali y en Bogotá para el año 2000, preguntándose por si domina la familia biparental o monoparental y por si toma importancia la familia ampliada o la nuclear. De ahí que se pregunte por las determinaciones que una familia de madre soltera tendría en la conducta reproductiva de la adolescente, y frente a lo cual concluye:

El tipo de unión de la madre nuevamente tiene un efecto positivo (...) indicando que *las* adolescentes con madres separadas/divorciadas tienen mayor probabilidad de un primer embarazo tal vez por una mayor *flexibilidad ligada a un menor número de personas encargadas de supervisar* (Flórez, y otros, 2004, pág. 79) (cursiva mía).

De tal manera, la ausencia del padre preocupa porque sin él no se garantizaría la supervisión necesaria para disminuir el embarazo temprano. Tal supervisión, recuerda esta cita, debería ejercerse sobre la sexualidad de las mujeres adolescentes. De manera que para la prevención del embarazo cobra plena importancia la figura del padre que vigila la sexualidad de mujeres irracionales –la adolescente estaría en tránsito hacia la sólida racionalidad-. A su vez, este documento es enfático en concluir que tal insuficiencia de supervisión sería notoriamente más acentuada en los “estratos bajos”, dado que allí se acentuaría el fenómeno de madre soltera. Así las cosas, la estructura familiar necesaria para prevenir el embarazo adolescente parece la cómica réplica de la colonialidad moderna, en la cual el hombre burgués, padre, heterosexual y adulto vigila, doméstica y controla la sexualidad del Otro irracional, feminizado e infantilizado. Esta acérrima defensa de la familia y por ende del padre sucede al interior de un gobierno que concibe como problema de salud pública el embarazo adolescente y que, como sugiero en el próximo capítulo, busca garantizar sujetos empresarios de sí. Es decir, estas estrategias biopolíticas vinculan la familia que sería necesaria para fabricar sujetos empresarizados.

Con todo, aunque con un marcado acento en las mujeres, estas rigurosas funciones del padre también deberían extenderse hacia el hombre adolescente. Inclusive, en ciertos pasajes se llega a denunciar la desigualdad y asimetría entre las autonomías de los dos sexos, reclamando una mayor paridad. Así, aunque ciertamente hay un énfasis en la mujer adolescente, lo que resulta explícito es la urgencia para que el padre ejerza un efectivo gobierno sobre sexualidades que, para retomar los términos del documento, aún no se auto-regulan (Flórez, y otros, 2004, pág. 116).

Confinada en un extenso documento, hay una investigación que complementa la preocupación por la estructura familiar. Ella ya no concentra su atención en el comportamiento sexual y/o reproductivo del adolescente, sino en el de su madre y en el de su padre (Departamento Nacional de Planeación, 2014). Investiga por la edad del primer hijo o hija de cada uno de los padres y por la información que el/la adolescente obtiene sobre la vida reproductiva de ellos. Esta atención sobre los padres también la vemos, por ejemplo, en el Conpes 2012 (Ministerio de Salud, 2012d), cuando enuncia que entre los factores que aumentarían la probabilidad del embarazo en este periodo estaría si la madre del adolescente también tuvo un embarazo temprano. Con esto, estas políticas de salud reproductiva indagan por lo que denominan “historial del embarazo familiar”, con lo cual buscan detectar aquellos(as) adolescentes con padres que tuvieron su primer hijo(a) en la adolescencia, ya que esto tendería a replicarse en sus hijos. La verdad del pasado familiar, pues, pesaría en la conducta sexual y reproductiva del/la adolescente. A esta racionalidad Braidotti (2006) la ha llamado tiranía del pasado, en la cual una verdad de sí –en este caso, una verdad de sí con relación a la familia– determinaría la conducta actual del sujeto. A esto yo le agregaría que tal verdad fabrica el sujeto al que se le adjudica: adolescentes que, por su pasado familiar, tendrían altas posibilidades de ejercer una sexualidad desregulada. Pero también fabrica las familias que, por su pasado común, serían disfuncionales y que por ello agruparían y dispensarían una reproducción desregulada.

De las prácticas de supervisión familiar

Sorprende la cantidad de estrategias, investigaciones y enunciados desplegados que insisten en la necesidad de ejercer prácticas de supervisión sobre el adolescente que disminuyan las probabilidades de embarazo. Pongamos atención, por ejemplo, a un informe que estudia la efectividad de las políticas de prevención del embarazo

adolescente, cuando, en la sección dedicada a indagar por el “monitoreo y apoyo parental”, afirma:

Dentro de las variables interpersonales también se contemplan las prácticas de supervisión parental como factores que afectan la probabilidad del inicio de las relaciones sexuales y de embarazo en adolescentes. La evidencia disponible indica que la probabilidad de que los adolescentes se involucren en actividades sexuales penetrativas en disminuye [sic] en la medida que se incrementa la supervisión por parte de las figuras parentales. (Departamento Nacional de Planeación, 2014, pág. 264)

El mismo informe explora detalladamente las funciones de supervisión familiar sobre más de cinco mil adolescentes. Para esto, separa tales funciones en tres grupos que, aunque no son reiterados en los demás documentos, permiten agrupar analíticamente la diversidad de técnicas de supervisión que atraviesan a estas políticas. El primero tiene que ver con el gobierno del tiempo. Por un lado, y a pesar de su vaga mención, estas políticas buscan que las familias le estipulen a los/las adolescentes horarios de ocio, estudio, sueño, alimentación, de salida y llegada al hogar. Pretenden, entonces, que el tiempo del/la adolescente esté juiciosamente y minuciosamente dividido, asignando cada parte a una tarea particular. Tal fragmentación se haría al interior del espacio doméstico, o al menos con relación a él -por ejemplo, frente a la hora de salida y llegada del/la adolescente-. Sin embargo, la difusa mención de la estipulación de horarios dificulta profundizar en ello; empero, no impide percibir sus cercanías con el gobierno disciplinar que exige la “división ceñida del tiempo” (Foucault, 2002, pág. 138) en los espacios cerrados.

Por otro lado, y de una manera más puntillosa, refiere a la necesidad de hacer aprovechable el “tiempo libre”. La metodología para identificar los adolescentes en alto riesgo lo mencionan de la siguiente manera:

El acceso a las diferentes oportunidades de uso creativo del tiempo libre como parte integral de su desarrollo han sido señaladas como un factor protector para el EA [Embarazo Adolescente] en la medida en que le ofrecen además de la ocupación de su tiempo, alternativas para su proyección humana (Ministerio de Salud, 2012d, pág. 17)

Por proyección humana entiende la fabricación de proyectos de vida, cuestión que trataré en el siguiente capítulo. De cualquier manera, el gobierno del “tiempo libre” sería un factor protector al embarazo porque, en un primer momento, “ocuparía” el tiempo del adolescente. Esto viene encadenado a la insistencia en ampliar la oferta institucional para el uso del tiempo libre, que incluya opciones en “deportes, cultura y recreación”. También se concatena con la manera suspicaz que investigan los tiempos no tramitados por instituciones, como jugar videojuegos, navegar en internet, estar con amigos y/o con las parejas sexuales (Departamento Nacional de Planeación, 2014). De ahí que el documento que reúne los lineamientos generales del Conpes 2012 se preocupe, “[d]ada la importancia del uso del tiempo libre (...), [por] promover la jornada extendida en los establecimientos educativos oficiales, y en coordinación con las cajas de compensación familiar fortalecer la jornada complementaria” (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012, pág. 42). Ocupar el tiempo libre desembocaría, entonces, en que las instituciones se expandan cada vez más sobre la cotidianidad del adolescente, ayudando así a prevenir el consumo de alcohol, de drogas y, especialmente, el embarazo adolescente (Ministerio de Salud, 2012b; Flórez & Soto, 2013).

Ocuparlo también refiere a que el adolescente haga uso del tiempo. Otra vez aquí podría usárselo de múltiples maneras, participando en bandas musicales, en grupos literarios o artísticos, haciendo deporte, etc.; pero lo indispensable es que se le use. Inclusive, en cortos pasajes estas políticas le dan un papel más activo al adolescente, motivando que sea él/ella quien impulse su uso o diseñando estrategias que le inculquen el manejo del tiempo libre (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012, pág. 83). Usarlo sería clave no sólo porque evitaría que lo desaproveche con amistades o consumiendo alcohol, sino porque apoyaría la construcción de proyectos de vida. Así, ensanchar la oferta institucional, además de mantener ocupado al adolescente, ampliaría el abanico de proyectos de vida entre los que el/la adolescente podría elegir (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012). También podría apoyar en su construcción pues lo introduciría a tal proyecto. Las familias funcionales, pues, no sólo estipularían horarios en los espacios domésticos, sino también buscarían asegurar adolescentes ocupados que le den utilidad al “tiempo libre”, indispensable ello para prevenir el embarazo y construir proyectos de vida.

Marta Zambrano (2008) ha estudiado este mismo gobierno del tiempo libre, pero ahora a partir de los testimonios que brindan los escritos jurídicos de los siglos XVI y XVII acerca

de los sujetos indígenas en la ciudad Santa Fe de Bogotá. Narrando distintos casos, esta autora ha sugerido que en las prácticas coloniales no sólo fue central el disciplinamiento del trabajo indígena, sino además la vigilancia y represión del ocio. Tal vigilancia y tal represión no se darían de manera totalitaria y extendida, es decir, no se buscaría aplicar sobre la totalidad de los casos, sino que habría que intervenir en casos ejemplares otorgándoles “infame visibilidad”. La exposición pública del castigo sería el procedimiento predilecto. Hay contrastes históricos que merecen ser mencionados, pues ayudaran a comprender la singularidad de este gobierno del tiempo libre adolescente. Si bien buscan motivar prácticas de vigilancia en la familia, lo indispensable para estas políticas no es, como en el caso de los sujetos indígenas, reprimir el ocio que transgrede una rígida norma, sino garantizar que al tiempo libre se le dé uso y sea funcional al proyecto de vida. Si se requiere la supervisión y si se mira suspicazmente el tiempo por fuera de las instituciones, no es porque trasgreda alguna rígida moral, sino porque es indispensable fabricar tiempos invertidos y usados en la construcción de un proyecto de vida.

El mismo informe sobre la efectividad de las políticas de embarazo adolescente (Departamento Nacional de Planeación, 2014) deja ver la segunda dimensión de la supervisión familiar. Al indagar por el uso que el adolescente hace del tiempo, también investiga el control espacial que los padres ejercen sobre el/la adolescente. Investiga, por ejemplo, por el conocimiento de los padres sobre la ubicación de su hijo/a en los tiempos libres, así como de los lugares a los que asiste con sus amistades. Como se ve, no sólo es la supervisión en el espacio doméstico, sino sobre todo es el rastreo del adolescente fuera de él. Otra vez aquí las autoridades familiares, en especial el padre, serían centrales. Frente a ello no se dirá mucho más.

El énfasis en la supervisión temporal y espacial –en especial la segunda- revela cierta necesidad de gobernar directamente el cuerpo adolescente. Aunque en la abundante documentación revisada tal gobierno directo no aparece de manera expresa, pareciese constantemente aludida. Por ejemplo, cuando este mismo informe indaga por el “monitoreo” en el hogar afirma:

La evidencia disponible indica que la probabilidad de que los adolescentes se involucren en actividades sexuales penetrativas disminuye en la medida que se incrementa la supervisión por parte de las figuras parentales (Departamento Nacional de Planeación, 2014, pág. 264).

Como vemos, este pasaje vincula la supervisión parental con la disminución de las probabilidades de “actividad sexual penetrativa” en la adolescencia. Esto pareciese aludir a la vigilancia que en los espacios domésticos se extiende sobre los cuerpos. Quizás porque los documentos revisados no entran a la minucia de la cotidianeidad su mención directa está ausente. Sin embargo, sorprende que la responsabilidad para disminuir el embarazo sea confinada, entre otras, a las instituciones de encierro familiar y escolar, espacios y técnicas donde la vigilancia anatómica busca ser ininterrumpida (Foucault, 2000a).

Hay un tercer aspecto de la supervisión familiar. Ya he mencionado que la cercanía entre amistades y pares es vista de manera suspicaz: se les concibe con cierta peligrosidad. Esto viene acompañado por la supervisión sobre las amistades delegada a la familia nuclear. Por ejemplo, el mismo informe, en el apartado dedicado a estudiar la supervisión familiar, destina pasajes a escrutar la supervisión de los padres sobre las amistades de sus hijos. Allí indaga por el conocimiento parental sobre las amistades de sus hijos adolescentes, sobre los lugares que frecuentan, las actividades que recurrentemente realizan, entre otros (Departamento Nacional de Planeación, 2014). En otras palabras, investiga el control familiar sobre el tipo de amistad de sus hijos, las actividades que hacen junto a ellas y, más sustancialmente, las influencias que ellas pueden llegar a tener. Si la familia no supervisa adecuadamente tales amistades, el/la adolescente podría participar “en grupos consumidores de alcohol y/o drogas” (Ministerio de Salud, 2012d, pág. 51), indicadores de riesgo al embarazo temprano.

Con todo, la buena salud reproductiva no exige la supresión total de la sexualidad adolescente. Aunque para estas políticas haya que aplazar la iniciación de la actividad sexual, pues el inicio temprano aumentaría la probabilidad de embarazo, la familia funcional sería aquella que antes que negar y/u ocultar la sexualidad la pone de presente. El primer paso sería enunciarla. Un extenso documento destinado a modelar las intervenciones sobre los adolescentes en alto riesgo, en el apartado que menciona los determinantes sociales del embarazo adolescente, manifiesta lo urgente de la comunicación familiar para la prevención del embarazo:

Al establecer relaciones significativas con padres, madres (...) [los adolescentes] logran desarrollar factores protectores frente a, por ejemplo, inicio temprano de la actividad sexual (...) Cuando la persona joven tiene la posibilidad de *mantener*

viva la confianza y de conversar con sus familias, el proceso de toma de decisiones tendrá mayores referentes, más allá de la información que circule entre su grupo de pares, y así puede convertirse en un factor protector (Ministerio de Salud, 2008, pág. 37) (cursiva mía).

La provisión de información por parte de los padres sería entonces clave para que los/las adolescentes tomen decisiones que prevengan el embarazo. La misma necesidad de hablar sobre sexualidad la vemos extendidamente en investigaciones que indagan si los padres brindan información de salud reproductiva a los adolescentes, o si los adolescentes les comentan sobre sus “parejas sentimentales”. El Conpes de 2012, al estipular la estrategia para rastrear adolescentes en alto riesgo, es más contundente en la búsqueda de la buena comunicación familiar, a lo cual le agrega la necesidad de estipular límites a la autoridad parental:

Respecto a la dinámica familiar que configura el entorno afectivo y emocional en el que crecen y se desarrollan los hijos se han encontrado asociados al EA (Embarazo Adolescente): (...) la poca supervisión parental incluyendo la que se hace sobre el desempeño escolar; la baja comunicación con los padres en general, y sobre sexualidad cuando se hace de forma superficial y autoritaria amenazando sobre las consecuencias del EA; la imposición de límites excesivos por parte de los padres que restringen la autonomía de los adolescentes (...) y que deteriora la comunicación con los padres hacia el ocultamiento (Ministerio de Salud, 2012d, pág. 15)

Lo más llamativo de este fragmento es que conjuga la ambigua relación de estas políticas con la autonomía adolescente: exigen estrictas prácticas de supervisión parental, pero a la vez buscan restringir la autoridad excesiva. Y el mismo pasaje da pistas para comprender tal ambigüedad: los entornos fuertemente represivos propiciarían baja comunicación entre padres e hijos y, de la mano, facilitarían una sexualidad oculta. Así las cosas, la familia disfuncional sería aquella que no emite la información pertinente sobre salud reproductiva, que ejerce límites excesivos sobre el/la adolescente y que motiva, por ese camino, la baja comunicación familiar y el ejercicio de sexualidades encubiertas.

Enunciar la sexualidad pasa, entonces, por impulsar prácticas de confesión al interior de la familia. Esto queda aún más explícito cuando al indagar por la supervisión familiar

estas políticas preguntan por si el/la adolescente les “comenta” a sus padres sobre sus amistades, sobre los lugares que frecuentan, el dinero que gastan y sus actividades, entre otros (Departamento Nacional de Planeación, 2014). Esta confesión no debe ser instigada de manera autoritaria; por el contrario, requiere de una familia basada en la confianza que le permita al adolescente hablar de su sexo (Ministerio de Salud, 2012d). Tal recurso a las técnicas de confesión también lo podemos ver en las visitas domiciliarias sugeridas para prevenir embarazos en adolescentes desescolarizadas; en ello me detendré más adelante. Por ahora sólo menciono que esto indica la desconfianza con la que ven al/la adolescente: ante un sujeto que no regularía su propia sexualidad, es menester que confiese la verdad de su sexo para así poderlo regular. Frente a estas técnicas no dicen mucho más.

Finalmente, quisiera detenerme en la importancia que tomaría la estructura familiar para el estado psíquico del adolescente y en las razones por las cuales sería menester asegurar su estado normalizado. Un manual diseñado para identificar adolescentes en riesgo enlista una serie de rasgos que serían propios de la familia disfuncional, los cuales oscilan entre la poca supervisión y la baja comunicación. De ahí concluye:

Todos estos factores afectan la autoestima de los hijos y hacen que el(la) adolescente trate de llenar sus necesidades afectivas fuera del hogar estableciendo relaciones con mayor dependencia emocional (...) (Ministerio de Salud, 2012d, pág. 18).

En la preocupación por el estado anímico la baja autoestima cobra inusitada importancia para estas políticas. Por ejemplo, el Conpes 2012, al esclarecer los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, la enuncia de la siguiente manera: “El derecho a fortalecer la autoestima y autonomía para adoptar decisiones sobre la sexualidad” (Ministerio de Salud, 2012a, pág. 16). A pesar de la recurrente enunciación, en un inicio no me resultó claro por qué era indispensable impulsar la buena autoestima. Fue hasta final de la tesis que me detuve con cuidado en un documento que la definía sutilmente, y explicitaba así por qué sería indispensable. Según dice, la autoestima sería la “confianza en sí mismo”, y frente a la cual afirma:

Los datos indican que los jóvenes que tienen más dificultades para tomar decisiones planificadas presentan deficiencias en, por lo menos, dos atributos de

la agencia humana: la confianza en sí mismo y la autodeterminación. Es decir, no han contado con un ambiente propicio para el desarrollo de la convicción personal de que pueden ejercer control sobre los eventos y de que están en capacidad de optar y alterar las situaciones que les ocurren para satisfacer sus expectativas y necesidades (Flórez, y otros, 2004, pág. 114)

La escasez de definiciones precisas no merma la importancia que para estas políticas tiene la buena autoestima. Primero, porque recurrentemente hay una preocupación para que las condiciones familiares la garanticen. Segundo, porque esta definición coincide estrechamente con la insistencia en asegurar proyectos de vida, nodo central de estas estrategias. En esto último quisiera enfatizar. Reiterativamente la confianza en sí mismo –autoestima– es acompañada por la noción de autodeterminación. Como muestra la cita, esto no es pura coincidencia: la deficiencia en la confianza sobre sí afectaría negativamente, por un lado, las capacidades de alterar situaciones para beneficio propio y, por otro lado, la toma de decisiones planificadas. En mis palabras, el estado psíquico anormal –baja autoestima– afectaría la ejecución de una racionalidad económica –modificar situaciones para el beneficio propio– y de una racionalidad planificadora, ambas necesarias para sujetos que buscan hacerse cargo de su propia vida y que la buscan proyectar (capítulo 4). De manera que sin la confianza en sí mismo sería difícil la anhelada auto-determinación, esto es, un gobierno de sí mismo por sí mismo. En esto me detendré en el próximo capítulo.

Del adolescente desescolarizado

A los determinantes de pobreza y de disfuncionalidad familiar estas políticas le agregan la desescolarización. En algunos pasajes es considerada como un determinante distal o intermedio, lo cual referenciaría las condiciones institucionales que hacen a ciertas adolescentes más propensos al embarazo; en otros, es considerada entre los determinantes proximales, ya mencionados. Lo cierto es que el/la adolescente desescolarizado/a o en riesgo de deserción es considerado/a como un sujeto con alta probabilidad de embarazo.

La insistencia en la escuela, como institución primordial para el control del embarazo adolescente, es un recurrente enunciado que atraviesa estas políticas. Desde investigaciones dedicadas a establecer correlaciones entre el nivel educativo y embarazo

temprano hasta el diseño de procedimientos orientados a sincronizar la actuación institucional, la escuela juega un papel central. Enmarañadas en una extensa documentación, pero sin adentrarse con la precisión que describen la familia, estas políticas le brindan importantes funciones en la disminución del embarazo. La primera, más que relacionarse con procedimientos directos sobre el/la adolescente, refiere a una función institucional. En los lineamientos del Conpes 2012 (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012) queda confinada esta primera tarea: la escuela tendría la labor de alertar ante las Secretarías de Educación y de Salud casos de deserción escolar, pues ello indicaría alto riesgo de embarazo. Con esa alerta se pondrían activos los mecanismos para atender y prevenir embarazos por fuera de la escuela.

En un documento del 2012 que define la ruta de acción en caso de riesgo de embarazo subsiguiente (Ministerio de Salud, 2012f), estas políticas confinan el marco jurídico de las intervenciones en la adolescencia, las instituciones encargadas para esto y el procedimiento a seguir. Entre las cuestiones más interesantes es que establece la ruta de acción en casos de deserción escolar. Aquí los saberes provenientes de la psicología, el trabajo social y las ciencias médicas cobran importancia. Desde ellos buscan impulsar y realizar lo que nombran visita domiciliaria, procedimiento privilegiado para la prevención del embarazo por fuera de la escuela. Este mismo documento esclarece el tipo de información que esta cita extraería con respecto al adolescente:

En la visita domiciliaria se hará una caracterización de las condiciones de vida de la familia, de la vivienda y de la adolescente, para conocer su contexto más cercano, indagar sobre el deseo de una nueva gestación y sobre algún determinante psicosocial que la ponga en riesgo de embarazo subsiguiente, orientar sobre la importancia y posibilidades de anticoncepción y canalizarla hacia la IPS o SSAAJ (Servicio de Salud Amigable para el Adolescente y el Joven) (Ministerio de Salud, 2012f, pág. 28).

Por embarazo subsiguiente entienden aquel que se da en la adolescencia después de un aborto, un parto o una cesárea en un periodo de hasta dos años. A pesar de la insistencia de estas políticas por incidir tanto en los hombres como en las mujeres adolescentes, para regular el embarazo subsiguiente toma inusitada importancia las intervenciones sobre ellas. Quizás esto proviene de que se le considera como una de las causales más fuertes del empeoramiento en la calidad de vida de las madres

adolescentes, sea por las cargas económicas que traería consigo, por los altos porcentajes de deserción escolar que implicaría o por el bajo apoyo económico y afectivo que el padre del bebé brindaría (Ministerio de Salud, 2012f). Para enfrentar tal deterioro de la vida estas políticas privilegian intervenciones que controlarían la reproducción y sexualidad de las adolescentes -esto es lo que buscan con la cita domiciliaria-, lo cual vuelve a sugerir que la reproducción es la causa de la pobreza. Pero lo más asombroso es que aun reconociendo el poco apoyo de los padres y los nuevos trabajos de cuidado que conlleva el embarazo -así lo deja ver cuando se preocupan por la deserción escolar; en ello profundizaré en el próximo capítulo- no problematizan la distribución desigual de los cuidados. Este silencio no sólo corresponde a las intervenciones en el embarazo subsiguiente, sino que es compartido por todas estas políticas. En él me detendré en el próximo capítulo.

Ahora bien, el mismo fragmento reúne la información que la visita domiciliaria debería extraer. Por un lado, busca caracterizar el “contexto más cercano” de la adolescente. Con ello identificaría las condiciones de la vivienda, para determinar si está o no en condiciones de “pobreza”; pero asimismo caracterizaría las condiciones familiares, lo cual apunta a establecer su grado de funcionalidad. Por otro lado, también busca escrutar individualmente a la adolescente, y determinar así su riesgo personal. Recurriendo otra vez a la confesión, investigaría por “el deseo” de la adolescente por un nuevo embarazo y por los “determinantes psicosociales” que la harían más proclive a éste, por ejemplo, la baja autoestima. De tal manera, además de ayudar a rastrear familias disfuncionales y/o pobres, la cita domiciliaria colabora a buscar adolescentes que por las verdades que albergan estarían en riesgo al embarazo temprano.

La segunda función de la escuela es desarrollar habilidades y/o competencias para la reproducción saludable. Por ejemplo, este mismo documento de prevención del embarazo subsiguiente (Ministerio de Salud, 2012f), al definir las tareas de las instituciones implicadas –Empresa Promotora de Salud (EPS), Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), Secretarías Locales, etc.– les confina a las instituciones educativas la formación integral en salud reproductiva. Para esto sería central la transmisión de información científica sobre la reproducción, los métodos de “anticoncepción modernos” y el uso de ellos.

Sin embargo, ya he dicho que la salud reproductiva no se restringe a garantizar la adecuada anticoncepción. Un interesante documento, que reúne las cuatro líneas de acción del Conpes 2012, en el apartado que manifiesta la intención por garantizar la cobertura y calidad de los servicios de salud reproductiva en las escuelas, manifiesta:

El desarrollo de competencias en SSR (Salud Sexual y Reproductiva) y DSR (Derechos Sexuales y Reproductivos) va más allá de la educación para la sexualidad, por lo cual se requiere dar una formación integral en procesos de decisión, proyecto de vida, convivencia y valores, que se logra a través de un programa integral de competencias ciudadanas (...) (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012, pág. 50).

De manera que, como he dicho, la pedagogía en salud reproductiva también busca incidir positivamente en la construcción de proyectos de vida. Ya más arriba el mismo documento había dedicado un largo apartado a mostrar que la permanencia en la escuela ayudaba a prevenir el embarazo temprano y, de la mano, a construir proyectos de vida y capital humano en los/las adolescentes. Allí mostraba cómo la escuela, al tiempo que es una buena institución para transmitir información de salud reproductiva, es indispensable para encauzar el/la adolescente hacia un proyecto de vida. Este, a su vez, es un factor protector al embarazo, y aquí no hay razón definitiva, sólo investigaciones que encuentran correlaciones negativas entre embarazo y proyecto de vida:

Las investigaciones concluyeron que: “La existencia de proyectos de vida orientados al logro individual tiene un efecto positivo en la reducción de la frecuencia de conductas sexuales de riesgo, tanto por parte de las mujeres como por parte de los varones” (Pantelide, 2009, pág. 25).

La escuela sería primordial en el proyecto de vida pues apoyaría la formación académica de los/las adolescentes y sería el primer paso para la transición hacia la educación técnica o universitaria. De ahí que estas políticas insistan en el seguimiento familiar al desempeño escolar del adolescente, pues motivaría su buen desenvolvimiento académico. Pero de ahí también que diseñen programas que mejorarían la transición de las/los adolescentes desde la educación media hacia la superior; como por ejemplo ajustar los planes académicos del nivel escolar con los técnicos-universitarios, o generar proyectos de vocación profesional en las escuelas. La mejora en la formación académica

y la prolongación de la permanencia en el sistema educativo aumentarían las oportunidades de los/las adolescentes, siendo un factor “de protección para evitar el embarazo en la adolescencia no planeado” (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012, pág. 38) y, más importante aún, de defensa frente a, y superación de, la pobreza. En efecto, con ello buscarían hacer quite a los angustiantes “bajos niveles de escolaridad que únicamente les permiten acceder a trabajos manuales mal remunerados y poco estables” (Ministerio de Salud, 2012d, pág. 18). En todo ello profundizaré en el próximo capítulo, por ahora sólo quería indicar la importancia de la escuela en la disminución del embarazo y en la construcción de proyectos de vida.

Esta insistencia en las instituciones de encierro revela la infantilización a la que es sometida el adolescente. Siguiendo los pasos de Javier Sáenz (2014), la infantilización ha sido uno de los efectos más evidentes de las instituciones modernas, incluso hasta nuestros días. Por ella este autor entiende la tendencia a concebir a ciertos sujetos como “incapaces de hacer algo que valga la pena por sí mismos”. La necesidad de instituciones de encierro, las elevadas exigencias de supervisión sobre ellos, la aparición de la confesión como técnica para regular el embarazo adolescente, la desconfianza con la que visualizan las amistades, la concepción del adolescente como un sujeto identitariamente frágil, entre otros., son evidencia de tal infantilización. Tal desconfianza se solventaría cuando, al transitar toda la adolescencia y tras el paso por la escuela y la familia, se garantice un gobierno de sí adecuado. En esto me centraré en el próximo capítulo.

IV. Quebrar la propiedad sobre la vida

La circulación del dinero como capital constituye un fin en sí, pues la valorización del valor sólo se da dentro de este movimiento constantemente renovado. El movimiento del capital, por tanto, no tiene medida (Marx, 2014, pág. 141)

Si un hombre camina la mitad del día en el bosque por amor a él, corre el peligro de ser considerado como un haragán. Pero si ocupa todo el día, como comerciante, en cortar árboles y dejar la tierra baldía antes de tiempo, es valorado como un ciudadano laborioso y emprendedor. ¡Como si el único interés de una ciudad en sus bosques fuera cortarlos!
(Thoreau, 1854, pág. 3)

Dipesh Chakrabarty (1999) ha sugerido convincentemente que la historiografía dominante descansa sobre un supuesto de transición. Concentrándose en su país de origen, este autor nos muestra distintas narraciones históricas que esculpen a India como el pasado incompleto de Europa, designada ahora a estar en tránsito entre el pasado medieval y el futuro moderno. Las problematizaciones académicas a la linealidad del tiempo son variopintas; los estudios des-coloniales, poscoloniales, el grupo modernidad-colonialidad, entre otros, están imbricados en esta empresa. Todos ellos destacan el rasgo colonial de esta manera de producir el tiempo: lo Otro de Europa queda asignado a ser el pasado irremediable de la modernidad. Sin embargo, recurro a Chakrabarty porque el término transición sintoniza perfectamente con la manera que estas políticas objetivan al adolescente: él/ella está en tránsito entre el pasado irracional -niñez- y el futuro racional -adulthood-. Tal resonancia queda aún más clara en su descripción del sujeto colonial producto de la historiografía:

Esta división del yo del sujeto colonial, el movimiento doble de reconocimiento por el cual conoce su “presente” como el sitio del desorden y no obstante por el cual

también se aparta de este espacio al desear la disciplina que sólo puede existir en un futuro imaginado pero histórico, es una repetición (...) de la narración de la transición (1999, pág. 15)

El presente desordenado no es acaso la debilidad identitaria con la que estas políticas leen la adolescencia; y el futuro “disciplinado” no es el anhelado proyecto de vida en el que esperan se convierta todo(a) adolescente. Si Chakrabarty puso su atención en la colonialidad de las largas narraciones históricas, en este capítulo me detengo en la colonialidad que busca ser incrustada en los/las adolescentes.

Sobre el proyecto de vida

El control estatal sobre la reproducción y fecundidad ha sido proyecto central de las sociedades modernas. Por ejemplo, Silvia Federici (2010, pág. 250) ha argumentado que la caza de brujas en Europa fue un paso fundamental para control estatal de la reproducción, precondition para subordinar y destinar el cuerpo de las mujeres a ser la reproducción de la fuerza de trabajo. En esa misma línea, pero en un estudio de las artes de gobierno contemporáneas, Marco Alejandro Melo (2013) sostuvo que el control neoliberal de la fecundidad es central para la reproducción del orden social, esto bajo la racionalidad ultra-privatizadora de la maternidad y paternidad. Indagando por las razones que motivan a estas políticas para intervenir y gestionar el embarazo adolescente, quisiera adentrarme en esta discusión.

A pesar de su ostensible visibilidad contemporánea, no deja de sorprender que para regular la reproducción adolescente estas políticas instiguen con insistencia proyectos de vida. O, dicho de otro modo, sorprende que para inducir proyectos de vida sea menester gobernar la reproducción. Por ejemplo, de las cuatro líneas de acción del Conpes 2012 (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012), una está destinada a “proyecto de vida y desarrollo humano”; las demás están dirigidas a planes de fortalecimiento institucional, a la oferta de servicios de salud reproductiva y al monitoreo y evaluación de los programas implementados. Es decir, la única que delinea intervenciones directas sobre los/las adolescentes concentra su atención en el “proyecto de vida y desarrollo humano”. Tal importancia coincide con la hostigante producción de enunciados al respecto. Estas políticas investigan el proyecto de vida, lo definen claramente, diseñan

estrategias para impulsarlo, les brindan funciones precisas a las instituciones con relación a él, entre otros. El proyecto de vida habita todo el archivo.

Aunque no siempre resulte clara la diferencia, recurrentemente estas políticas enlazan proyecto de vida y desarrollo humano. Por ejemplo, las definiciones teóricas del Conpes (2012b), en el apartado que define las nociones más importantes para esta política, ubica en una misma sección a estas dos. Lo mismo ocurre, por ejemplo, en el documento de los lineamientos del Conpes que señala, en una larga sección, al “proyecto de vida y desarrollo humano” como una de sus líneas de acción. Este mismo documento quizás define de manera más clara esta segunda noción:

Este enfoque [desarrollo humano] pone énfasis en la libertad del ser humano, la cual permite a la gente conducir su vida de una manera que le resulte significativa. Su objetivo esencial es modificar las condiciones de vida haciendo que aumenten las opciones para que los seres humanos puedan elegir libremente el estilo de vida que quieren llevar (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012, pág. 20).

De tal manera, el desarrollo humano refiere a la modificación en las condiciones de vida que aumente las oportunidades y/u opciones. Por ejemplo, aquí buscan aumentar la oferta en educación, recreación, salud, deporte, etc. El anterior pasaje también indica que este desarrollo está ligado con la libertad humana, primero, porque es necesaria para que cada adolescente *conduzca su vida* como lo desee -cuestión que trataré más adelante- y, segundo, porque al aumentar las oportunidades también acrecentarían los “estilos de vida” entre los que el/la adolescente podría elegir. Entre otras cosas, los sectores pobres llaman la atención por su escaso acceso a “oferta[s] de servicios de salud, educación, cultura y recreativos, entre otros” (Ministerio de Salud, 2012b, pág. 18), lo que reduce sus opciones de vida. En cierto sentido, el/la adolescente pobre sería menos libre. Así, la perspectiva de desarrollo humano pretende aumentar las

oportunidades y por ende la “libertad del ser humano” (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012, pág. 20), apoyando así la construcción de proyectos de vida⁹.

Por su parte, alojada en un riguroso documento que establece las definiciones teóricas y programáticas del Conpes 2012, hay una copiosa definición de proyecto de vida que agrupa varios de sus aspectos:

(...) la construcción de un proyecto de vida consiste en un proceso permanente de elaboración, que supone la capacidad para formular metas en forma autónoma y llevar a cabo planes de vida, acordes con los objetivos y opciones que las personas consideran valiosas. Requiere libertad práctica para enfrentar con éxito el surgimiento de eventos y acontecimientos inesperados, libertad moral para decidir por sí mismo el tipo de vida que se desea alcanzar y un horizonte de largo plazo en el cual inscribir la propia biografía. (Ministerio de Salud, 2012b, pág. 18)

Esta rica cita invita volver a ella constantemente. Condensa elementos recurrentes en mis documentos que merecen un estudio cuidadoso. Un primer punto que llama la atención es su connotación prescriptiva: más que describir cierto fenómeno o cierta creencia, esta noción prescribe la vida. Le indica al individuo qué vida producir –una que lleve a cabo planes–, cómo comportarse ante lo inesperado –“enfrentarlo con éxito”–, desde dónde organizar su propia vida –“desde un horizonte de largo plazo”–, entre otros. Esto lo repite, por ejemplo, la definición de los lineamientos del Conpes 2012:

La promoción del (...) proyecto de vida implica, de una parte, tomar decisiones sobre la propia vida, dar dirección a la vida que se quiere y se puede vivir (proyecto de vida); y de otra, hacer que se vuelva real la posibilidad de desarrollar el mismo. (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012, pág. 34).

Como la anterior, antes que describir, esta definición prescribe: impulsa al individuo a tomar decisiones sobre su vida, a darle una dirección y, finalmente, convierte en obligatorio alcanzar el proyecto de vida –“hacer que se vuelva real”–. En lo que sigue me

⁹ Por ejemplo, esta es la base de las políticas de educación superior que financian la demanda, como Icetex o Ser Pilo Paga. Al apoyar económicamente a los jóvenes se espera que puedan escoger entre la amplia gama de opciones educativas que ofrece el mercado (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2016; Mora & Múnera, 2018).

detendré en estos rasgos. Por ahora quería hacer ver la connotación prescriptiva de estas definiciones.

He insistido en que estas políticas no se reducen a impulsar el uso de anticonceptivos, pues aparecen asociadas a múltiples aspectos de la vida adolescente. Esto queda plasmado en los ambiciosos propósitos del proyecto de vida. La primera definición, por ejemplo, decía: “la construcción de un proyecto de vida consiste en un proceso de *permanente elaboración*” (Ministerio de Salud, 2012b, pág. 18) (Cursiva mía). A diferencia de los documentos de VIH, éstos otorgan mucha más importancia a las definiciones conceptuales. De ahí que uno esté tentado a concederle demasiada relevancia a los conceptos. Sin embargo, nada más errado para poder descifrar la expresión “permanente elaboración”. Para leerla fue indispensable alejarme de la mera definición y, más bien, ponerla en relación con los demás enunciados que atraviesan mi archivo. De ahí concluyo que, por un lado, esta expresión está en íntima relación con el aumento del tiempo –“presente”- que se invierte para el proyecto de vida. El gobierno del tiempo libre es el mecanismo elegido para instigar tal expansión; con él estas políticas buscan asegurar adolescentes ocupados que le den utilidad al tiempo (capítulo 3). También, como dije, para ello es necesario la efectiva ampliación de la oferta institucional en recreación, cultura, arte, entre otros, que ayude a evitar el desperdicio del tiempo con amistades o parejas sexuales.

Por otro lado, tal “permanente elaboración” también apunta a prolongar el proyecto de vida hacia el futuro. Al respecto, estas políticas trazan diversas estrategias orientadas a desarrollar capacidades que ayuden a los/las adolescentes a establecer fines de largo plazo. La permanencia en el sistema escolar, la intervención en familias disfuncionales que propician baja autoestima en sus hijos(as), el impulso de programas de orientación vocacional, etc., son mecanismos para ello. Más adelante analizaré con cuidado el sujeto que allí se dispone. Ahora destaco que el proyecto de vida no sólo requiere aumentar el tiempo que ahora le invierto, sino también busca disponer de la vida venidera. Es un proyecto de largo aliento que requiere constancia en las “tareas que faciliten el logro de las metas definidas” (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012, pág. 19). Inclusive, algunos pasajes transmiten la idea de que su construcción pareciera no tener final: es “un proceso de permanente elaboración”. Luego, el objeto que hace suyo este proyecto es literalmente la vida misma, tanto porque tiende a explayarse sobre el

presente como porque busca prolongarse hacia el futuro. Así lo consagra los lineamientos del Conpes 2012:

[Los factores protectores] hacen que los adolescentes construyan un proyecto de vida propio y *luchen por alcanzarlo*, de tal manera que (...) *sus comportamientos, en todos los aspectos de su vida*, estarán orientados a mantener esta decisión (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012, pág. 22) (cursiva mía).

Ahora bien, desde esta perspectiva se ve mejor la alianza entre proyecto de vida y desarrollo humano. La política “Servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes” (Ministerio de Salud, 2008) traza finamente esta complicidad: “desarrollo humano [refiere] a un proceso de ampliación de las opciones de las personas” (2008, pág. 56) que busca “una distribución más igualitaria de oportunidades para la gente. (...) Con suficientes oportunidades sociales, los individuos pueden configurar su propio destino (...), aprovechar[las] y alcanzar el desarrollo que ofrece el medio externo” (pág. 56). En otras palabras, el propósito de multiplicar las oportunidades sociales viene acompañado de un individuo que las aprovecha para el *destino de sí mismo* -entiéndase proyecto de vida-. A esta racionalidad también la llaman “apropiación individual de los recursos sociales”, y busca ser instigada de diversas maneras: brindando formación integral en la toma de decisiones, dando apoyo psicosocial para el proyecto de vida y para las decisiones reproductivas, entre otros. De tal manera, el bien intencionado impulso al desarrollo humano compromete también un sujeto que busca ampliar sus beneficios¹⁰. Todo ello nos va introduciendo a la alianza entre el proyecto de vida y lo que esporádicamente llaman capital humano. Esto lo exploraré más adelante; ahora sólo indico esta búsqueda de sujetos que persigan sus intereses.

La presumida debilidad del adolescente hace que estas políticas no confíen del todo en su racionalidad. El mismo documento “Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y

¹⁰ En lo que queda haré una distinción entre racionalidad instrumental y racionalidad propiamente económica. Con la primera menciono aquella que estipula fines y busca los medios necesarios para alcanzarlos. Con la segunda indico la racionalidad que amplía los beneficios individuales y busca disminuir los costos. Si bien las dos están íntimamente imbricadas, hasta el punto de que en estas políticas ampliar mis beneficios también realizaría el proyecto que soy -el fin que soy-, hago la distinción para darle fuerza a la racionalidad económica que surge en el juego de las oportunidades.

Jóvenes” (Ministerio de Salud, 2008) traza sutilmente esa desconfianza. De sus casi cuatrocientas páginas destina treinta y cinco a definir la adolescencia en sus aspectos cognitivos, biológicos y psico/sociales. Entre los primeros detalla el tránsito normativo que empezaría desde la “aparición del pensamiento lógico”, de los 10 a 13 años, pasando por el “desarrollo progresivo del pensamiento abstracto”, de los 17 a 20 años, hasta llegar a su presunta consolidación entre los 21 a 24 años. Lo más interesante de ese apartado es que vincula el desarrollo cognitivo con el tránsito hacia el control creciente sobre la propia vida. Por ejemplo, para definir los cambios cognitivos entre los 17 y 20 años, afirma:

[Los adolescentes d]esarrollan progresivamente su capacidad de pensar en abstracto, con lo cual aumentan el control que tienen de su propia vida, toman decisiones más reflexivas y analizan con más serenidad las consecuencias de cada acto (2008, pág. 31).

Entre otras cosas, la fragilidad del adolescente derivaría del desarrollo incompleto de sus capacidades cognitivas y, por ende, del no garantizado control sobre su propia vida. Como iré desentrañando, transitar hacia ese control de sí sería deseable para construir un proyecto personal, en especial con relación a “la vida profesional”. De ahí la preocupación por el embarazo temprano y por su aparente capacidad para interrumpir la llegada al autocontrol; por ejemplo, cortar la permanencia en el sistema escolar (Ministerio de Protección Social, 2012).

Mientras hay abundante documentación que diseña a estas políticas, las investigaciones hechas por el ministerio son ciertamente escasas. Sin embargo, su número no impide que sean una rica fuente análisis. El informe sobre las políticas de prevención del embarazo adolescente es quizás una de las investigaciones más juiciosas al respecto. Al tiempo que averigua por el proyecto de vida de más de cinco mil adolescentes, brinda sutiles elementos de cómo estas políticas entienden a un individuo que labraría su proyecto. Por ejemplo, indagó por la percepción del adolescente sobre el control de su futuro; si plantea metas para lograr un objetivo mayor; si es consciente de las consecuencias de sus decisiones sobre su futuro; y, finalmente, por sus proyecciones a largo plazo (Departamento Nacional de Planeación, 2014, pág. 255). Esas incisivas preguntas condensan relevantes elementos que se repiten frecuentemente en mi corpus

y que se dirigen hacia lo que llamaría la domesticación del futuro. En esto me centraré en el próximo apartado

Proyecto de vida, domesticación del futuro

Las primeras indagaciones de este informe buscan establecer si el adolescente es consciente o no de que puede controlar su futuro. Esto devela una primera cuestión básica pero sin la cual no sería posible establecer tal fuerza domesticadora: es menester ser consciente de que esa empresa puede realizarse. Ello también viene de la mano con la atención que le prestan a los/las adolescentes de baja autoestima, quienes por su estado psíquico anormal tendrían una baja percepción del control sobre su vida ulterior. A esto también le llaman baja “confianza en el futuro” (Ministerio de Salud, 2012b). De tal manera, estas políticas se inquietan por adolescentes que no sólo no tienen intención de gobernar el tiempo venidero, sino que, sobre todo, no lo conciben como posible, pues no sería un objeto disponible para ellos. Esto no es otra cosa que la alarma por quienes no se amoldan, para retomar las palabras de Alfredo Gómez Muller, a aquel sujeto soberano volcado a poseer y, por ende, dominar “la totalidad del ser” (2016, pág. 35); en nuestro caso el futuro de sí mismo. En tal sujeto iré profundizando en lo que queda.

Altos niveles de “confianza en el futuro [y de] percepción de control sobre [él]” (Ministerio de Salud, 2012b, pág. 18) requieren, como he escrutado, de la inyección de racionalidad económica en los/las adolescentes: sería menester usar las oportunidades ofertadas institucional y socialmente en beneficio del proyecto de vida propio. Franco Berardi (2003) ha sugerido acertadamente que esta racionalidad invita a admitir pasivamente la explotación del trabajo: es deseable aceptar oportunidades que amplíen mis beneficios, entre ello las ofertas laborales. En todo caso, para afianzar la confianza en el futuro estas políticas también requieren garantizar altos estándares de racionalidad instrumental en los/las adolescentes. La primera definición que tomábamos afirmaba: “la construcción de un proyecto de vida consiste en un proceso permanente de elaboración, que supone la capacidad para formular metas en forma autónoma (...)”; y más adelante agregaba: “Requiere (...) un horizonte de largo plazo en el cual inscribir la propia biografía” (Ministerio de Salud, 2012b, pág. 18). La mención a las metas de largo plazo brota repetidamente en todo mi corpus; pero su alusión no sólo ayuda a definir el concepto de “proyecto de vida”. Más sustancialmente, denota la intención por investigar y, por supuesto, promover estas anheladas metas. El informe antes citado (Departamento

Nacional de Planeación, 2014), por ejemplo, las investigó de distintas maneras: interrogó a los/las adolescentes si frecuentemente imaginan su futuro, si consideran los medios para alcanzarlo, si tienen expectativas de maternidad o paternidad, entre otros. Y, asimismo, los lineamientos del Conpes 2012 tienen como objetivo que los adolescentes se “propon[gan] un futuro” (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012, pág. 19) y definan los medios para alcanzarlo. Otra vez la permanencia en la escuela, junto al apoyo psicosocial que facilitaría, sería clave.

Los cierto es que el adulto deseable le confiere fines a su vida y busca los medios para alcanzarlos. Iré desenredando en qué consiste esto, pues, a pesar de que proyecta un fin a largo plazo, el surgimiento de algo inesperado podría requerir de adaptación. De cualquier manera, siguiendo de cerca el spinozismo de Rosi Braidotti, darle fin al algo vivo sería un mecanismo para desvitalizarlo, eliminarle su movimiento, su potencia, esto es, convertirlo en algo inerte. La construcción de un proyecto de vida no sería otra cosa que darle un destino a la propia vida. Así, como detallaré, ella se convierte en objeto de un yo que busca establecerle finalidad y que, como si fuera poco, busca extraer beneficios de ella que ayuden a alcanzar tal objetivo. En últimas, en estas políticas pareciese que la vida debiera ser manipulada por el yo. En un asombroso fragmento esto queda confinado bajo la idea de voluntad individual:

Es importante aclarar que el proyecto de vida se refiere al *acto de la voluntad* para lograr lo que existencialmente se desea, (...) acorde con lo que el individuo es y se percibe llamado a ser (...) que se construye a partir de pensar y reflexionar sobre sí mismo, *proponerse un futuro y emprender las tareas que faciliten el logro de las metas definidas*. (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012, pág. 19). (cursiva mía)

La vida reducida a un fin y a ser fuente de beneficios para él; en esto radica la desvitalización que acarrearía el proyecto de vida. A esto llamaré domesticación del futuro.

Un proyecto de tal magnitud requiere de libertad. Sea por la insistencia con la que estas políticas recurren a las instituciones familiar o escolar, o por la infame infantilización a la que es sometido el adolescente, el recurso a la libertad no aparece con la misma frecuencia y fortaleza que en las políticas del VIH. Inclusive, tal como sugerí, la

autonomía del adolescente respecto a la familia es vista con cierta suspicacia. Con todo, en la documentación revisada hay un uso sistemático de ella, en especial con relación al proyecto de vida. Por ejemplo, un documento producido para delinear las políticas de las alcaldías en relación al desarrollo humano y el proyecto de vida afirma: “garantía para que los/las adolescentes y los/las jóvenes cuenten con la libertad y autonomía que requieren para alcanzar sus propósitos [y] las oportunidades (...)” (Ministerio de Salud, 2012c, pág. 8). Este fragmento indica la libertad necesaria para ejecutar los fines propios —“propósitos”- y “alcanzar las oportunidades”. No difiere mucho del uso que, por ejemplo, las definiciones teóricas del Conpes hacen de la libertad: “se asume que las sociedades deben promover la expansión de las libertades efectivas que permiten a las personas alcanzar las metas que consideran valiosas (...)” (Ministerio de Salud, 2012b, pág. 17). Por un lado, la insistencia en la libertad vuelve a poner de presente la paradoja entre ella y la supervisión, a la cual sólo agregaría: al igual que la familia funcional, la permanencia escolar sería necesaria en la búsqueda de adolescentes autónomos y responsables de su propio cuerpo, de su fecundidad y sexualidad (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012). En otras palabras, la escuela apoyaría a impulsar autonomías responsables. Por otro lado, este uso de la libertad también se entromete en la construcción de los proyectos de vida: es necesaria para que cada adolescente construya su propio proyecto. De ahí que, por ejemplo, las familias que la cohíben llamen tanto la atención. Así las cosas, el proyecto que doblega la vida no vendría impuesto desde la escuela o la familia, sino desde la libertad de cada uno(a). La primera definición citada le llamó a esto “libertad moral”.

Este recurso a la libertad cuaja formas de gobierno indirectas y más sutiles. Aunque el concepto de resiliencia surja esporádicamente, a mi juicio se ajusta a cierta adaptabilidad que permite y exige el proyecto de vida. Los lineamientos del Conpes 2012 (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012) es el único documento que define vagamente tal noción. En el apartado que la describe la asocia con dos nociones más: riesgo y vulnerabilidad. Por el primero entiende la probabilidad de que un individuo caiga en cierta conducta; por el segundo la posibilidad de obtener resultados negativos desencadenados por ese comportamiento. La resiliencia la define, entonces, como los factores psíquicos y sociales que permitirían enfrentar y superar los resultados negativos de la exposición al riesgo y a la vulnerabilidad. Aunque dependan del grado de exposición al riesgo, estos resultados negativos serían impredecibles. Esta definición

sintoniza con lo señalado por Nikolas Rose (2013) acerca de nuestras sociedades de bioseguridad: la resiliencia toma inusitada importancia como mecanismo para enfrentar dificultades “inesperadas”. Aquí el evento inesperado por excelencia sería el embarazo adolescente. Aunque la mención a esta noción sea escasa, el enunciado que circula allí es permanente. La primera definición citada, por ejemplo, dice: “La construcción de un proyecto de vida (...) [r]equiere libertad práctica para enfrentar con éxito el surgimiento de eventos y acontecimientos inesperados (...)”. (Ministerio de Salud, 2012b, pág. 18). Estas políticas no hablan mucho de cómo motivar la resiliencia, pero dejan intuir que la buena autoestima y la suficiencia en las oportunidades ofrecidas serían claves. En cualquier caso, el fin que somete a la vida también precisa de adaptación y, sobre todo, de *enfrentar* lo imprevisto. Otro documento también nombraba a esto como una “lucha” (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012, pág. 22).

Desde una perspectiva muy distinta Rosi Braidotti también se inquieta por lo inesperado. Sin embargo, al contrario de la resiliencia, que busca luchar y enfrentar al acontecimiento no previsto, Braidotti ve en él la mejor posibilidad para construir relaciones nuevas que potencien la vida. Esta autora no desconoce que un acontecimiento puede desencadenar efectos negativos, pero antes que luchar contra él, sugiere que requiere de amor: “Aquí es esencial la noción de amor fati: debemos ser dignos de lo que nos pasa y reelaborarlo dentro de una relación ética (...) en dirección a relaciones positivas.” (2006, pág. 285). De tal manera, como el acontecimiento tiene el potencial de destruir, también es una fuente insospechada de relaciones nuevas. Lo crucial, entonces, es aferrarse a las posibilidades generativas que de él surgen. Aquí la autora italiana cita abiertamente a Deleuze y junto a él reclama la impersonalidad de esta “monstruosa energía” creativa y destaca su no finalidad -es un proyecto abierto, nos dice-. Con Braidotti nos inclinamos, luego, hacia los procesos de devenir, abiertos, colectivos y que sólo insisten en la vida; con la resiliencia, por su lado, persistimos en el fin individual, aunque este requiera de adaptación. El primer camino es amor a la vida, aun cuando ella conlleve cargas negativas; el segundo es obstinarse en el sometimiento de ella.

A la libertad, a la resiliencia y al proyecto de vida habría que sumarle la responsabilidad. Por ejemplo, un informe de las políticas de prevención del embarazo manifiesta:

[El Conpes 2012 busca] apoyar la intervención asociada a los determinantes próximos para que los niños, niñas y adolescentes adquieran conocimientos

oportunos y de calidad, perciban el ejercicio responsable de la sexualidad como un derecho humano ligado a los proyectos de vida y actúen de manera autónoma, responsable e informada en ese ámbito (Departamento Nacional de Planeación, 2014, pág. 9).

Igualmente, los lineamientos del Conpes 2012, al establecer las implicaciones de construir políticas basadas en derechos sexuales y reproductivos, manifiesta su intención por promover “proyectos de vida conducentes a la realización personal, respetando la autonomía y a la vez promoviendo el ejercicio responsable de los derechos” (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012, pág. 19). Esto viene acompañado por la reiterada e insistente intención de promover sexualidades responsables en los/las adolescentes. Yo apuntaría aquí que estas políticas acuñan una sexualidad prudente, que en algunos pasajes bien podría ser interpretado como la búsqueda por reprimirla, por ejemplo, cuando pretenden aplazar la primera relación sexual.

Pero más puntillosamente tal prudencia apunta a producir sexualidades, y en términos generales autonomías, que calculen y sea capaces de responder por sus actos. Cuando el informe antes citado indaga por la percepción del/la adolescente sobre su futuro interroga por si es consciente de las consecuencias de sus decisiones sobre su vida ulterior. Pareciera, entonces, que las decisiones que cada individuo toma le darán forma al futuro que le depara. Esta responsabilización al individuo la podemos ver de distintas maneras en mi corpus; por ejemplo, los lineamientos del Conpes 2012 afirman: “Los programas incorporaran, adicionalmente, la formación e información sobre (...) las *consecuencias y responsabilidades* de quedar en embarazo en la adolescencia (...)” (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012, pág. 51) (Cursiva mía). En otras palabras, este Conpes pretende educar a los/las adolescentes sobre las consecuencias negativas que les podría traer su sexualidad. A esto lo acompaña, por un lado, la insistente intención por la “formación integral en la toma de decisiones” y, por otro, el apoyo institucional resguardado para las decisiones de los/adolescentes con relación a su fecundidad, a su vida profesional y, sobre todo, a su proyecto de vida. Estas políticas invitan, entonces, a que los/las adolescentes calculen sus actos y las consecuencias que de ahí se derivan, ya que estos tendrían notorias implicaciones en la vida que les depara. El proyecto de vida, luego, no sólo es la domesticación del futuro, sino también la prescripción para que cada individuo se haga responsable de su vida ulterior. Ya varios autores han estudiado la carga y las implicaciones psíquicas de las artes de gobierno

neoliberal; esta hiper–responsabilización del individuo – ¡incluso por su futuro! - podría estar en resonancia con aquellos estudios.

Permítanme realizar un comentario más frente a esta “autonomía responsable”. He sugerido que para poder proyectar la vida es menester altas dosis de racionalidad. Muy cercano a esto, estas políticas también muestran que quien puede hacerse responsable de sus actos y de su futuro es un sujeto racionalizado. Responder por la vida ulterior implica calcular las consecuencias de sus decisiones, poder “construir metas” sobre el futuro –racionalidad instrumental-, tomar decisiones más “reflexivas” (Ministerio de Salud, 2008, pág. 31), etc. Es decir, quien tiene el control y, por lo tanto, puede responder por su propia vida sería un sujeto tremendamente racional. Dentro de este marco, la adolescencia sería aquel periodo agudo y ambiguo en el que el sujeto aún no podría responder totalmente por sus actos y por su futuro, pues en él confluirían la ganancia de autonomía y, a la vez, la profunda debilidad identitaria y racional. No es casualidad, pues, la excesiva supervisión y el recurso a las instituciones de encierro que estas políticas exigen.

Técnicas de sí y empresarización de la vida

Ya en el segundo capítulo me detuve en las técnicas de sí impulsadas por las políticas del VIH. En ese momento sostuve que las políticas de prevención buscarían motivar un individuo que se hiciese cargo de su propia salud sexual. Ya para este momento puede resultar claro que el proyecto de vida es, sobre todo, la promoción de técnicas de sí que buscarían un exhaustivo auto gobierno. Aunque no abarcaré todo, quisiera detenerme aquí y plantear algunas continuidades y discontinuidades relevantes que observo entre las dos.

La primera continuidad está relacionada con que en los dos casos la sexualidad de sí mismo representaría un peligro para el individuo; en el primero, puede aumentar la vulnerabilidad de su propio cuerpo; en el segundo, puede conllevar un evento inesperado que interrumpa el tránsito hacia la construcción de un proyecto de vida. La segunda continuidad es que, a pesar de que en ambos casos se consideren condiciones sociales e institucionales que aumentarían la vulnerabilidad al VIH y al embarazo adolescente, tanto la prevención como el proyecto de vida serían fuerzas individualizantes. En los dos habría fuerte cargas de responsabilidad sobre el individuo, aunque ciertamente más en el

segundo caso que en el primero. Aquí una política de sí colectiva está ausente. Tercero: en las dos la racionalidad sigue jugando un papel fundamental; si se quiere, sería la fuerza que realizaría tales prácticas de sí. Esto no conduce a una negación de los placeres, pues, como vimos en el primer capítulo, hay una exigencia por fabricar una sexualidad satisfactoria. Cuarto: aunque en la salud reproductiva aparezcan ciertos tintes represivos, como por ejemplo aplazar la “primera relación sexual”, estas políticas de sí exceden tal motivación; ambas buscan producir realidades: un cuerpo saludable y una vida proyectada. Finalmente, una última continuidad: tanto en la prevención como en el proyecto de vida las técnicas de sí perdurarían a lo largo de la vida, en uno para asegurar el cuerpo saludable y en el otro para garantizar la fabricación y realización continua del proyecto.

Hay una fuerte discontinuidad en la que me gustaría detenerme. En la prevención las intervenciones sobre sí mismo resultan esporádicas y, siguiendo a Javier Sáenz (2014), requieren de poco esfuerzo: realizarse la prueba de VIH periódicamente, asistir a las citas médicas antes y después de la prueba, utilizar preservativos, etc. Para asegurar las livianas y ocasionales intervenciones estas políticas intentan combatir lo que llaman “inmunidad subjetiva”, esto es, una tendencia, aparentemente extendida en los adolescentes, según la cual el individuo no sentiría el riesgo de su propia sexualidad. En cambio, el proyecto de vida busca ser una intervención constante sobre la vida: los espacios recreativos, los deportes, los espacios culturales, etc., deberían estar dirigidos hacia tal fin. Incluso, cuando no exista articulación directa entre alguna práctica y el proyecto, sería importante que ésta no ponga en peligro a este; ese sería el caso, por ejemplo, del embarazo adolescente. Así, aunque coinciden en que las técnicas de sí deben ejercerse durante toda la vida, la prevención al VIH serían intervenciones esporádicas, mientras que el proyecto de vida pretende explayarse sobre la cotidianidad.

Con todo, vale la pena realizar una vez más la siguiente claridad: la adolescencia en estas políticas sería un periodo crítico y ambiguo que debe transitar hacia la solidez racional e identitaria. Al tiempo que esto muestra una lectura colonial de la adolescencia, pues la conciben como el tránsito de un pasado irracional –niño– hacia un futuro racional –adulto– en el que la tutela sobre el incivilizado -irracional- va disminuyendo en la medida en que se convierte en civilizado -racional-, denota la marcada desconfianza sobre el/la adolescente: las prácticas de auto gobierno aún no se habrían consolidado. De manera que, si bien la adolescencia es crucial para la construcción de proyectos de vida, el/la

adolescente aún no sería aquel sujeto que proyecta la vida. De ahí que estas políticas busquen asegurar las condiciones para que esto ocurra, esto es, garantizar la escolaridad y la familia funcional.

Ahora bien, la afanosa intranquilidad por inducir proyectos de vida está, a mi juicio, en íntima conexión con la organización contemporánea del trabajo, en especial con lo que Foucault llamó empresario de sí. Permítanme aquí hacer un cambio de ritmo en mi escritura. Este autor hace una sugerente distinción entre trabajo entendido como mercancía –que, en términos históricos, podemos rastrearlo en el capitalismo industrial- y trabajo entendido como capital, línea de análisis que para Foucault habría sido abierta por “neoliberales norteamericanos”. En el primero, el salario sería el precio de venta de la fuerza de trabajo, de ahí su rasgo mercantil. Frente al segundo, Foucault (2009, pág. 226) hace una cuidadosa lectura de Theodore Schultz y Gary Becker –teóricos de la escuela de Chicago- y registra en ellos el uso de una interesante noción de capital: este sería todo aquello que puede ser una fuente de ingresos. Y a la inversa, los ingresos serían el producto o la renta de un capital. Esta noción de capital es pieza clave para entender las mutaciones contemporáneas del trabajo y la cercanía respecto al proyecto de vida. Así, retomando el hilo, ¿qué implicaciones tiene comprender el trabajo como capital? Aquí Foucault es fino en la argumentación y nos dice: el trabajo sería entonces el conjunto de factores físicos y psicológicos que le permiten al trabajador producir su renta personal, es decir, su salario. El salario ya no sería, pues, el precio de venta de la fuerza de trabajo –trabajo mercancía-, sino la renta producto del conjunto de factores que es el trabajador. Dejemos que Foucault nos hable:

¿Qué es el capital cuya renta es el salario? Bueno, es el conjunto de los factores físicos [y] psicológicos que dan a alguien la capacidad de ganar tal o cual salario, de modo que, visto desde el lado del trabajador, el trabajo no es una mercancía (...), [sino que] el trabajo comporta un capital, es decir una aptitud, una idoneidad (2009, pág. 226).

Según el filósofo francés, aquí los teóricos norteamericanos abren una serie de problemáticas nuevas y que se podrían resumir en la siguiente: cómo constituir un trabajador con factores físicos y psicológicos idóneos que le permitan producir su propio ingreso. Por ejemplo, se preguntan por las inversiones educativas que cada uno/a debería desarrollar para ello, o por la alimentación adecuada y necesaria para producir

un trabajador idóneo. Esta atención en la formación de trabajadores aptos es lo que Schultz y Becker denominaron capital humano y que Foucault ve como un renovado mecanismo de sujeción en el que el sujeto busca invertir permanentemente sobre sí mismo para aumentar sus ingresos.

La preocupación de estas políticas por el proyecto de vida sintoniza con esta inquietud por el capital humano. La escasa mención de este último no disuade el hecho de que el mismo tipo de racionalidad sea transversal a estas políticas. Tomemos el caso de la escuela. Su alianza con el proyecto de vida no sólo reside en que ayudaría a que los/las adolescentes establezcan un fin sobre su vida, sino además en que sería un punto de apoyo clave para quebrantar los círculos de pobreza. Por ejemplo, en un rico fragmento los lineamientos del Conpes 2012 entrelazan escuela, proyecto de vida y círculo de pobreza, pero ahora para el caso de las adolescentes embarazadas:

[En casos de embarazo adolescente] toman especial relevancia las familias (...) de manera que se prevenga la deserción escolar (...) [y así] se garantice el fortalecimiento de los proyectos de vida de los padres adolescentes y del hijo/a que esperan, previniendo cualquier forma de discriminación contra éstos, y en términos generales se evite caer en el círculo vicioso de la pobreza (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012, pág. 27).

La insistencia en prolongar la permanencia del/la adolescente en el sistema educativo (capítulo 3) viene de la mano con el propósito de construir proyectos de vida y romper los círculos de pobreza. De ahí que a la escuela le asignan diversas tareas que, entre otras cosas, están fuertemente relacionadas con la “vida profesional”, como desarrollar “proyecto[s] de orientación vocacional, profesional, y de proyecto de vida a lo largo de todos los niveles educativos” (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012, pág. 41). Y paralelo a ello, la intensa alarma por el/la adolescente desertor(a), quien por su bajo nivel de escolaridad “ingres[a] temprano [al] mercado laboral y (...) disminu[ye] la oportunidad de consolidar proyectos de vida y capital social” (Ministerio de Salud, 2012d, pág. 6). En la mayoría de los casos, estos desertores(as) serían inadecuados para los trabajos del intelecto, inclinándolos(as) más bien hacia “trabajos manuales mal remunerados y poco estables” (Ministerio de Salud, 2012d, pág. 18). En otras palabras, los bajos niveles de escolaridad vendrían de la mano con menores ingresos económicos. O, en mis términos, los/las adolescentes menos idóneos -menor formación académica-

producirían menos rentabilidad, hasta el punto de caer en los desvalorizados trabajos manuales y permanecer así enclaustrados en los círculos de pobreza.

La voluntad por cincelar trabajadores idóneos, productores de su propia renta, también cobra el nombre de desarrollo de capacidades. A pesar de su reiterada mención, son pocos los documentos que esclarecen qué comprender por ellas. Tampoco ahondan mucho en los procedimientos con los que las desarrollarían. Sin embargo, estas políticas son enfáticas en que dependen de las oportunidades sociales ofrecidas. Por ejemplos, el marco teórico del Conpes 2012 afirma:

[E]l Estado Colombiano en tanto Estado social de derechos, y la sociedad en general, deben garantizar los espacios, las oportunidades y las condiciones necesarias para que todas las personas desarrollen sus capacidades (Ministerio de Salud, 2012b, pág. 14)

Y más abajo afirma: “Las capacidades son recursos sociales que contribuyen al desarrollo; socialmente construidas, pero individualmente apropiadas.” (2012b, pág. 17) Pero quizás es la política de Servicios Amigables para Adolescentes la que más elementos brinda:

El desarrollo humano contempla así dos componentes: uno relacionado con el desarrollo de capacidades humanas, las cuales se fortalecen cuando las personas tienen mejores niveles de salud, educación, acceso al conocimiento y desarrollo de destrezas y habilidades específicas; el segundo relacionado con las oportunidades que el medio social les ofrece a las personas para que puedan hacer uso de las capacidades adquiridas (Ministerio de Salud, 2008, pág. 56).

De tal manera, las capacidades están íntimamente vinculadas con los recursos sociales ofrecidos a los/las adolescentes. Potenciar su desarrollo depende del acceso y uso efectivo de las oportunidades sociales; de ahí que el enfoque de desarrollo humano esté estrechamente imbricado. En todo caso, lo cierto es que el/la adolescente es entendido como un cúmulo de capacidades por desarrollar. Más altos niveles de salud, educación, conocimientos, entre otros, ayudarían a esto. Y viceversa, la deserción escolar y, por supuesto, el embarazo adolescente serían fuertes interrupciones para desarrollarlas. No puedo dejar de establecer las conexiones entre este desarrollo de las capacidades y el impulso de aptitudes idóneas que capaciten al trabajador producir su propia renta -capital

humano-. Otra vez aquí los sectores pobres serían los menos capacitados, no por alguna condición biológica, sino por las escasas opciones de vida.

Finalmente, la mención al capital humano también la podemos ver de manera explícita, aunque no sea muy recurrente. Por ejemplo, el documento que reúne las definiciones teóricas del Conpes 2012 afirma:

De igual manera, la posibilidad de formular y realizar un proyecto de vida (...) también [se puede ver afectado] por el marco de recursos y escenarios sociales con que cuentan las personas: el *capital educativo*, acceso y permanencia; las oportunidades para integrarse al mercado laboral (...) (Ministerio de Salud, 2012b, pág. 18) (Cursiva mía)

Este fragmento vincula la posibilidad de realizar un proyecto de vida con un capital específico: el educativo. Más adelante el mismo documento es concluyente cuando, en el apartado dedicado a definir las estrategias para la disminución de la pobreza, afirma:

El programa busca contribuir a la formación de capital humano de las familias en extrema pobreza (...) incentivando la formación de capital humano a través de: el consumo de alimentos, la incorporación de hábitos nutricionales y acciones de cuidado de la salud y seguimiento nutricional a los menores; y, la asistencia y permanencia escolar en los niveles de educación básica primaria, básica secundaria y media vocacional (Ministerio de Salud, 2012b, pág. 46).

El anterior extracto menciona diversos temas que serían necesarios para la formación de un capital humano: la alimentación, salud y educación serían cruciales. Sin embargo, no todos ellos son constantes en mis documentos; sí lo son, en cambio, la familia, la educación y, por supuesto, la reproducción.

La cercanía entre proyecto de vida y el sujeto que prioriza capitalizarse para aumentar sus ingresos permite ver mejor por qué la insistencia en gobernar los tiempos libres del/la adolescente: su control es necesario, o bien para formar un capital humano, o bien para que los “tiempos libres” no pongan en peligro la formación de tal sujeto –por ejemplo, para que el adolescente no caiga en un excesivo consumo del alcohol-. Al respecto quisiera complementar el diagnóstico que Franco Berardi (2003) traza con respecto a la organización contemporánea del trabajo, según el cual los límites de la jornada laboral serían cada vez más difusos. Con esta investigación observo que además hay una

obsesión por capturar los tiempos que aún no se consideran dentro de tal jornada: es menester articularlos al proyecto de vida o al capital humano en el que cada adolescente se debe convertir. De ahí la importancia de la oferta escolar en “deportes, recreación y/o cultura”. A mi juicio, esto corresponde a renovados mecanismos de lo que Marx (2014) denominó subsunción o supeditación del trabajo al capital, esto es, la anexión al capital de ámbitos que antes le eran ajenos. Y a ello le agregaría: como el proyecto de vida busca moldear una vida útil para el yo, lo que se anexa al capital es la vida utilizable, manipulable por el individuo, la que resulta útil. Aquí el embarazo adolescente sería un obstáculo para ello.

Sobre el proyecto de vida y sus implicaciones en el cuerpo, la sexualidad y la reproducción

Como ya he dicho, aunque profundamente imbricadas y en dependencia mutua, analíticamente estas políticas distinguen entre salud sexual y salud reproductiva. Mientras la primera estaría dirigida al ejercicio de una sexualidad satisfactoria y con bajos niveles de riesgo, la segunda se orientaría a la capacidad y libertad por reproducirse. La una no se podría ejercer sin la otra. Con esto, estas políticas buscan liberar a la sexualidad de una obligatoriedad reproductiva, cuestión que es indispensable para comprender estas estrategias liberales y en la que parcialmente coincido. De cualquier modo, a pesar de que estas estrategias abarquen la mayor parte de la vida del adolescente, opera una noción de reproducción biologicista, anclada a la pregunta por la libertad de cada individuo de reproducirse. Sea por esta raíz biologicista o por la importancia que adquiere el proyecto de vida, sorprende el ruidoso silencio con relación a las prácticas de sostenimiento y reparación de nuestros espacios vitales, es decir, con relación a las prácticas del cuidado. Por lo tanto, en este apartado me detendré, por un lado, en la reproducción, sexualidad y cuerpo que buscan disponerse en estas políticas y, por otro lado, en lo que este silencio nos puede decir.

En un primer momento quisiera adentrarme en la sexualidad. En las recurrentes definiciones de salud reproductiva –o, dado el caso, de derechos reproductivos- la auto regulación de la fecundidad es un enunciado transversal. Por ejemplo, el documento que establece la ruta de acción para la restitución de los derechos en las adolescentes afirma: “(...) los derechos reproductivos permiten a las personas tomar decisiones libres y sin discriminaciones sobre la posibilidad de procrear, de regular la fecundidad y de

disponer de la información y medios para ello (...)” (Ministerio de Salud, 2012a, pág. 16). La autoregulación viene encadenada a una serie de exigencias para la buena salud reproductiva: planificar cuántos hijos se quiere, con qué frecuencia y en qué edad. De ahí que, por ejemplo, el informe sobre las políticas de prevención de embarazo dedique una sección a indagar las expectativas de maternidad y paternidad en más de cinco mil adolescentes. Entre otras cosas, interrogó al adolescente si deseaba o no tener hijos, la cantidad que les gustaría tener y, a las mujeres que ya estaban en embarazo o que ya tenían hijos, si deseaban tener más.

El mismo informe menciona por qué sería indispensable estudiar estas expectativas y su relación con los proyectos de vida. Al indagar por ellas, este documento pretende definir si los/las adolescentes son conscientes de “los costos y beneficios que tienen diferentes tipos de hogar” (Departamento Nacional de Planeación, 2014, pág. 224) para la construcción del proyecto de vida. En otras palabras, regular la reproducción sería decisiva para los proyectos personales. Desde este lugar comprendemos mejor la desconfianza sobre la sexualidad adolescente, vista como poco auto regulada y, por ello, como causa de vidas sin finalidad y difícilmente capitalizables. Inclusive, ante tal recelo, llegan a recomendar el aplazamiento de la primera relación sexual, sugerencia que pierde el tono liberal del corpus.

Aunque los documentos revisados no entren en detalle, calcular la sexualidad implica intervenir cotidianamente el cuerpo de las mujeres. Estas políticas se preocupan repetidamente por garantizar el uso adecuado de los anticonceptivos; por asegurar la provisión de ellos y por eliminar las barreras de acceso; buscan inducir su demanda; dicen cuáles son los permitidos para este periodo; insisten en que deben ser “modernos”, etc. Es decir, buscan hacer cotidiano su uso, o, dicho de otro modo, pretenden medicalizar la sexualidad y los cuerpos de las mujeres. Por ejemplo, un documento que diagnóstica el embarazo adolescente en Colombia dedica un apartado al uso de anticonceptivos de las mujeres colombianas. De ahí concluye la urgencia de intervenir en mujeres de zonas rurales, de sectores populares y desertoras del sistema escolar, pues el uso de anticonceptivos disminuiría con respecto a las mujeres con mayores niveles de riqueza, escolarizadas y de zonas urbanas. (De cero a siempre, 2013). Esa atención en la medicalización también la vemos, por ejemplo, en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2010 y 2015, y más extendidamente en el Conpes 2012. De tal manera, calcular detalladamente la cantidad y periodicidad de los hijos y la edad en la que desean

tenerlos viene de la mano con la medicalización cotidiana y periódica de las mujeres, crucial para que el cuerpo entre en sintonía con el proyecto que cada quien es.

Acompañando lo anterior, esporádicamente estas políticas manifiestan los efectos negativos de un embarazo temprano en la salud de la mujer adolescente. Por ejemplo, en la justificación del Conpes 2012 para intervenir el embarazo adolescente se recurre a los riesgos biológicos que recaen sobre la madre:

Además de presentar riesgos en el plano biológico, el embarazo en la adolescencia trae consigo eventuales riesgos que ponen en desequilibrio el bienestar integral y las expectativas de vida; ocasionan eventuales deserciones o discriminaciones en los contextos educativos y sociales; vinculación temprana al mercado laboral; mayores probabilidades de ingresar a cadenas productivas de subempleo u otras formas inestables de relación laboral; tensiones familiares y emocionales, reconfiguración o aceleración de los proyectos de vida; todo lo anterior en virtud del nuevo papel de progenitores que enfrentan los y las adolescentes. (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012, pág. 4)
(Cursiva propia)

De las cuatro páginas que justifican las intervenciones sólo hay esta breve mención a la salud de la madre adolescente; el resto argumenta las implicaciones negativas en el proyecto de vida. Lo mismo ocurre en la mayoría de los documentos que diseñan las intervenciones. Este silencio también lo vemos con relación a los efectos negativos de los “anticonceptivos modernos”. Los documentos revisados poco dicen de sus implicaciones hormonales y fisiológicas sobre los cuerpos de las mujeres. Sólo hay un documento que menciona aquellos anticonceptivos prohibidos en la adolescencia, pues afectarían negativamente el “desarrollo físico” de la adolescente. Sin embargo, incluso en ese caso, sólo menciona los anticonceptivos de mayor riesgo sobre la salud de las mujeres, y excluye de su mención las implicaciones hormonales de los demás anticonceptivos “modernos”. Así, en contraste con la abrumadora preocupación por una baja vulnerabilidad ante el VIH, aquí hay tolerancia a ciertas afectaciones negativas en la salud, siempre que aseguren el proyecto de vida. Más allá de defender una noción normalizada de salud (capítulo 1), me interesa destacar que la atención en ella sólo es secundaria con respecto a una mayor: garantizar el proyecto de vida. Aquí estas políticas entretienen una relación particular con el cuerpo de las mujeres: si es preciso

medicalizarlo cotidianamente no sería tanto para mantenerlo en buen estado da salud – aunque ciertamente siempre es deseable-, sino sobre todo para garantizar la construcción de un proyecto de vida. De manera que se trata de un intento por disponer del cuerpo de las mujeres para tal fin.

Urge aclarar que con ello no sólo esperan garantizar tal proyecto en las vidas de las mujeres medicalizadas, sino también en las de sus parejas masculinas. Una mención explícita a tal operación no la encontré en mis documentos. Sin embargo, a esta conclusión llegué, por un lado, por la insistencia de estas políticas en construir proyectos de vida en ambos géneros y, por otro, por la importancia que adquiere para ello la medicalización de los cuerpos femeninos. Así, por ejemplo, la ruta de atención integral para la restitución de derechos en las adolescentes embarazadas (Ministerio de Salud, 2012a) dedica un apartado de tres páginas a la importancia de extender el uso de anticonceptivos en las mujeres adolescentes; a la vez, cuando narra los efectos negativos de un embarazo temprano en el proyecto de vida incluye a ambos géneros, como por ejemplo las “exigencias” que traería la maternidad y la paternidad en las/los adolescentes. Es decir, cuando habla del proyecto de vida incluye a ambos géneros; no fue así cuando preguntó por la medicalización de las mujeres. Así las cosas, si bien es excesivo concluir que con la medicalización del cuerpo femenino hay una intención manifiesta por asegurar el proyecto de vida en los hombres, puedo concluir que estas políticas lo conciben como un efecto residual deseable.

Esta disposición de las mujeres viene acompañada por la abrupta ausencia de discursos, investigaciones, estrategias, etc., orientadas/os a las prácticas de cuidado. He insistido en que el embarazo adolescente sería una interrupción en la construcción de proyectos de vida. Aunque no lo enuncien, esto vendría ligado a las cargas de cuidado que traería el embarazo temprano. Pongamos atención, por ejemplo, al manual para identificar adolescentes en riesgo:

(...) el [embarazo adolescente] es considerado un problema social que se produce y a su vez genera pobreza y desigualdad, además de que se configura como obstáculo importante para el desarrollo, si se considera que en la mayoría de los casos el embarazo en esta etapa de la vida, *implica la interrupción de los procesos educativos y el establecimiento y ejercicio de roles que corresponden a etapas de la adultez* (...) (Ministerio de Salud, 2012d, pág. 6) (Cursiva mía)

El boletín del embarazo adolescente en Colombia manifiesta:

Más allá del ámbito de la salud, el embarazo en las adolescentes también implica desequilibrios en su bienestar y desajustes en sus expectativas de vida. Por un lado, *es la causa de la mitad de los casos de abandono escolar según la Encuesta Nacional de Deserción Escolar (...)* Finalmente, *se asocia a tensiones familiares y emocionales (...) que ponen en riesgo la crianza de los niños y niñas durante sus primeros años* (De cero a siempre, 2013, pág. 14) (Cursiva mía)

En el trasfondo de estas citas aparecen los trabajos del cuidado. La deserción escolar, los conflictos familiares con relación a la crianza “de los niños y las niñas” y el ejercicio de roles de la adultez así lo indican. También veremos esto, por ejemplo, cuando enuncian “el problema social de la madre soltera” (Ministerio de Protección Social, Bienestar Familiar, USAID, & Profamilia, 2011, pág. 114), inducido aparentemente por el embarazo temprano y que tiene que ver con las altas tasas de deserción escolar que acarrearía. De esta manera, aunque escondidos, los cuidados parecen estar presentes. Tal silencio lo veo en íntima cercanía con lo problematizado por extensa literatura feminista: estos trabajos tienden a ser discretos, invisibles y a darse por sentados (Moreau, 2012). Quizás el punto más álgido de este silencio es cuando, a pesar de reconocer la madre soltera como un problema, nunca discuten la división sexual del trabajo. Esto contrasta con la excesiva visibilidad a las implicaciones negativas de un embarazo sobre el proyecto de vida. Esta desigualdad en las visibilidades, entonces, congenia con la desvalorización capitalista de los trabajos del cuidado (Federici, 2010): mientras ocultan las nuevas tareas que traería el embarazo, sin discutir si quiera su distribución desigual, sobre valorizan las afectaciones negativas que tendría en la formación de sujetos que produzcan su propia riqueza. Estas políticas buscan entonces garantizar los mecanismos para reproducir el capital, pero no los cuidados que exige la vida.

Finalmente quisiera hacer un último comentario frente al control estatal de la reproducción. Como ya mencioné, Silvia Federici (2010) ha sugerido que en el naciente capitalismo europeo –siglos XVI y XVII– la caza de brujas funcionó como un proceso de expropiación estatal de los cuerpos de las mujeres: a través de él las depositarias de saberes tradicionales sobre la reproducción serían excluidas de tal arte, y esto daría paso a la masculinización y estatización de tal profesión. Según dice, en compañía de la preocupación estatal por la disminución demográfica en europea, tal empresa fabricó los

cuerpos de las mujeres como una máquina de reproducción de la mano de obra (Federici, 2010, pág. 252). Aunque su estudio esté dirigido para el caso europeo de los siglos XVI y XVII, lo traigo a mención por las discontinuidades que muestra en las tecnologías de gobierno sobre el cuerpo femenino. Por un lado, al buscar estatizar la reproducción, el control pretendió expandirse sobre todos los cuerpos feminizados; en contraste, aquí encontramos intervenciones estatales focalizadas, dirigidas a aquellas poblaciones que inspiran desconfianza.

Por otro lado, y a esto quisiera prestarle atención, las tecnologías de poder que estudio no dirigen sus esfuerzos hacia la obligatoriedad reproductiva; más bien, los dirigen hacia la fabricación de una salud reproductiva que sincronice la fecundidad con el proyecto de vida. Inclusive, frecuentes pasajes mencionan la intención de eliminar “patrones culturales” que obligan a las mujeres a la reproducción. No desconozco las disputas feministas por lo que Julieta Paredes (2013) ha denominado “recuperar el cuerpo”, que pasan por la problematización ética y política de tal obligatoriedad reproductiva. Con todo, veo aquí la funcionalización neoliberal de estas apuestas: si para el naciente capitalismo europeo era necesario garantizar la reproducción de la mano de obra que multiplicara la riqueza, aquí es necesario garantizar la buena salud reproductiva que esté en sintonía con aquel proyecto, o en todo caso con aquel capital, que soy. En esta funcionalización es indispensable la producción y gobierno de la libertad, cuestión en la que ya me detuve.

De la propiedad sobre la vida

Siguiendo los pasos de Deleuze, en su libro *Transposiciones* Rosi Braidotti (2006) le dedica todo un capítulo a lo que nombra *transponer la muerte*. En él, Braidotti entreteje una profunda y politizada discusión ética con relación a la sacralización cristiana de la vida, discusión en la que incluye las adicciones, las enfermedades, la muerte, etc. Con tal objetivo, esta autora se inclina apasionadamente por lo que nombra la impersonalidad de la vida, asunto que me gustaría tocar superficialmente para este apartado.

A riesgo de simplificar, para esta autora la vida es una fuerza impersonal atravesada por interdependencias múltiples y de complejas interacciones, anclada ferozmente a la totalidad infinita –cosmos, universo, Naturaleza, etc.– que la hace radicalmente eterna, no en el sentido temporal del término –eterna duración–, sino en el sentido de pertenecer

a esta totalidad. Para ella, tal interconexión podría conllevar intensidades que desbordan al sujeto, por lo que un asunto ético primordial es cómo hacer realidades y sujetos más sustentables que soporten tal interconexión profunda. Aquí, por ejemplo, las prácticas auto destructivas como el consumo del alcohol, de drogas e incluso el suicidio serán despatologizadas para entenderlas más bien como soportes fundamentales de lo abrumadora que puede llegar ser la vida. De cualquier modo, con ello esta autora ataca directamente lo que nombra vida personal, caracterizada por sujetos unitarios, que privilegian el control racional sobre sí mismos y que buscan evitar tal interconexión. Aquí la vida se convierte en la propiedad del individuo, pues es él quien debe encargarse de su propia vida, controlarla y, en últimas, darle forma. Frente a ello, Braidotti reclama el pasajero¹¹ que uno es en la impersonalidad de la vida. Como bellamente lo manifiesta: “La vida que hay en mí, en realidad no lleva mi nombre: yo no soy su propietario; yo sólo paso a través de ella” (Braidotti, 2006, pág. 321).

Esta actitud inclinada hacia la impersonalidad y enfática en su denuncia de la vida personal nos será útil para nuestra discusión. La maraña de documentos en la que me enredé me llevó a profundizar en la vida personal dispuesta por estas políticas. Siguiendo estos pasos, el proyecto que captura la vida es la radicalización de la propiedad sobre ella: es el individuo el que debería calcular, establecer, planificar y asegurar la realización de su vida. Es decir, sería él el que le da forma a ella. Aquí, por ejemplo, la actitud ante lo inesperado es radicalmente distinta: si por un lado se le busca combatir y adaptar para la consecución de cierto plan, en una vida impersonal tales rupturas serían esenciales y necesarias para la apertura y creación de algo nuevo, lo cual, por su misma condición, no está pre-determinada por algún fin y sería radicalmente colectivo e impersonal. De cualquier modo, me interesa llamar la atención sobre siguiente punto: domesticar el futuro haría parte de esta empresa por la cual cada quien debe convertirse en el propietario de su propia vida. Sería el mecanismo mediante el cual el yo utiliza la vida para su propio beneficio, es decir, el procedimiento que la hace útil. Ello tiene su mejor expresión en la autonomía responsable: el mismo individuo debe ser el que, mediante sus decisiones libres, responda por su futuro y logre la realización de sus objetivos. Ante

¹¹ La RAE define pasajero como aquel que viaja en un vehículo sin hacer parte de la tripulación, es decir, sin conducirlo.

tal panorama, habría que rehusarse a darle nuestros nombres a esta vida en la que sólo somos pasajeros; habría que reconocerla en su radical impersonalidad.

V. Conclusiones

En este trabajo he examinado una serie de documentos institucionales que se ocupan de regular el VIH y el embarazo adolescente en Colombia. En ellos trasluce la voluntad estatal por promover sexualidades y cuerpos capaces de contrarrestar los riesgos y de gozar de una adecuada salud reproductiva y sexual. De la mano, también muestran las prácticas y las poblaciones que suscitan desconfianza y que requerirían, por ende, ser intervenidas para normalizarlas. Estos textos fueron, pues, un buen material para estudiar las intranquilidades del biopoder estatal, las maneras que buscan gestionarla y las normalidades que pretenden cincelar. Estas conclusiones están dedicadas a explorar algunos aportes académicos, éticos y políticos de esta pesquisa, para lo cual dialogaré con algunos autores que le sirvieron de apoyo.

Cuando finalizaba esta investigación nuestras vidas fueron trastocadas por un llamativo y vertiginoso virus. Sin lugar a duda su llegada inspiró nuevas reflexiones y me ayudó a estudiar el archivo desde nuevos lugares. Por ello, aquí también dedicaré un espacio a estudiar los hilos que conectan la administración del VIH y del SARS-CoV-2, y buscaré abrir nuevas perspectivas que ayuden a experimentar de manera distinta nuestro encuentro con este particular virus.

Desmoronando dicotomías

Esta investigación se inquietó por estrategias de salud pública que no sólo se mostraban a sí mismas como neutras, sino además como favorables y necesarias para la protección de la población colombiana. Aprendí a sospechar de discursos que revisten de imparcialidad en mi paso por el pregrado; pero me costó hacerlo al examinar políticas que reconocen nuestras vulnerabilidades y que buscan atenderlas, en este caso con relación al VIH. La investigación parecía estar encrucijada en una oposición: por un lado, aceptar pasivamente la bio-regulación del VIH; por otro, si la problematizaba, desconocer

los efectos negativos de la epidemia. A medida que hurgaba en los documentos, encontré que ese dilema lo instigaba estas políticas y que era la mejor justificación para implementarlas: gestión del VIH o altas tasas de mortalidad (capítulo 1). La disyuntiva mostraba así su cara política: era el efecto del poder. Si era capaz de desembarazarme de tal dilema lograría complejizar mi problema de investigación y ganar mayor sensibilidad a las sutilezas.

A aquella dicotomía la acompaña otra: vida o muerte. El cuerpo puro, libre de contagio y con baja vulnerabilidad al VIH, la prevención como el mecanismo para distanciarse de la enfermedad y del fallecimiento y para prolongar la vida, la angustia al VIH como factor de muerte, entre otros, indican la patologización a la que estas políticas someten lo enfermo y lo muerto: serían lo opuesto a la vida y la muestra de su decaimiento. Este es el punto de partida para que estas políticas le declaren la guerra al virus; recordemos, buscan combatirlo y controlarlo (capítulo 1). Aquí el recurso a la ciencia no es nada despreciable. Desde mi perspectiva, ello devela una visión antropocéntrica del virus que lo patologiza y, por ende, lo declara ser fuente de desdicha para la especie humana. Controlarlo, entonces, sería urgente para distanciarnos de él y para contener sus efectos negativos. Un punto de vista menos arrogante, capaz de reconocer nuestra inexorable interconexión con el mundo y que no se incline mecánicamente hacia gobernarlo, haría menos hincapié en el control de lo no humano y pondría más atención a los devenires necesarios para entrar en sintonía con la Naturaleza. En ello me detendré cuando estudie las continuidades entre VIH y SARS-CoV-2.

Por ello es importante recordar la propuesta de Rosi Braidotti. En un gesto que muestra su profundo aprecio por la vida, con sus cargas negativas pero también, y sobre todo, con sus alegrías, Braidotti apuesta por una concepción de salud que se base menos en la patología y más en la potencia creativa de la vida. Siguiendo a Deleuze, esta autora sugiere que los acontecimientos destructivos son constitutivos de los ciclos generativos de la vida: sin ellos, la creación de relaciones nuevas sería difícilmente realizable. Braidotti extrae las mayores consecuencias de esta íntima conexión y de ahí percibe a la muerte como la compañera ineludible de la vida: ella no estaría separada de la vida, no sería su opuesto o su punto final, sino, por el contrario, sería su punto de inicio: siempre ha estado ahí. En sus palabras: “la muerte es lo mismo que el tiempo de nuestra vida” (Braidotti, 2006, pág. 288), o, en las mías, al tiempo que estoy viviendo estoy muriendo. Desde esta perspectiva, lo importante no sería aplazar al máximo la llegada del deceso;

ese sería el caso de la prevención, que mediante la autoadministración de la salud repudia cualquier acontecimiento destructivo para prolongar al máximo la vida; en cambio, lo existencialmente significativo sería el cultivo de encuentros potenciadores a medida que vamos muriendo. Y de ahí su concepción de buena salud: antes que manifestar un estado médico ideal, es la capacidad para “continuar estableciendo relaciones y experimentar afectos” (Braidotti, 2006, pág. 286), o lo que ella llama una vida alegre. Desde esta perspectiva, uno puede tener un buen estado médico y a la vez un estado de salud empobrecido; de hecho, este es, según Braidotti, una dimensión importante de las sociedades opulentas del norte marcadas por la depresión y angustia.

Biopolítica y cuidado

Aunque no fue uno de los objetivos centrales de esta investigación, el cuidado fue surgiendo como un asunto cardinal de estas estrategias biopolíticas. Por un lado, buscan reducirlo, normalizarlo y delinearlo como protección del estado de salud personal —prevención—; por otro, ocultan y dan por sentado los cuidados necesarios en los embarazos adolescentes. De tal manera, a las primeras puntadas que Foucault daba sobre la bio-regulación de las poblaciones había que sumar un interrogante por el cuidado, en el que me detendré a continuación.

La importancia del cuidado en estas políticas señala su intranquilidad por la vulnerabilidad humana; sin embargo, olvidan varias de sus modalidades. Mientras le otorgan mucha visibilidad a la prevención del VIH, encubren los trabajos de cuidado que requieren los embarazos adolescentes; por ejemplo, se inquietan por vigilar y controlar la sexualidad de las mujeres adolescentes, pero pasan por alto la desigual distribución de los cuidados domésticos que traería el embarazo y la urgencia por asegurarlos y redistribuirlos. Tal contraste se remonta hasta mediados del siglo XIX y las primeras décadas del XX. Durante la segunda mitad del siglo decimonónico las mujeres en Colombia fueron relegadas, mediante la moral cristiana, a asegurar la higiene del espacio doméstico, y ya a finales del XIX y principios del XX, a medida que avanzaban los conocimientos científicos sobre la salud, los hombres se empezaron a encargar cada vez más de la higiene pública (Pedraza, 1996, pág. 122). Ciertamente a lo largo del siglo XX y lo que va del XXI las luchas feministas han trastocado este orden, especialmente porque han abierto espacios para las mujeres en la salud pública. Pero lo que parece perdurar es que el cuidado valorado es aquel orientado a proteger la salud de las

poblaciones, y el desvalorizado es el que habita silenciosamente los espacios domésticos.

Ahora bien, no puedo desdeñar la atención que estas políticas le atribuyen a la vulnerabilidad de las poblaciones. Ello viene de la mano, a su vez, con la inquietud por cómo atenderlas, es decir, por el cuidado. Sin embargo, esto no se traduce en que estas políticas revaloricen el cuidado colectivo y, mucho menos, nuestra interdependencia mutua. La manera que ellas atienden la vulnerabilidad es mediante lo que nombran sexualidad preventiva, entendida como la conjunción de procedimientos orientados a hacer cargo al individuo de su propia salud sexual. Si reconocen otras vulnerabilidades, como las sociales o institucionales, es para interrogarse cómo ellas impiden el despliegue de la prevención (capítulo 2). De ahí la urgencia por garantizar el acceso a información científica, a la toma periódica de pruebas de VIH, a las citas médicas que antecederían y procedería las pruebas, a los preservativos, entre otros, todos ellos indispensables para ese hacerse cargo. Así, el cuidado que estas políticas moldean posa su atención, por un lado, sobre el propio cuerpo y, por otro, busca el mantenimiento del buen estado médico. El bien intencionado reconocimiento de nuestras vulnerabilidades se gestiona mediante el cuidado individualizado y reducido-normalizado al buen estado de salud. El sujeto que mejor garantiza esta tarea es el ciudadano responsable, quien toma decisiones racionales en beneficio de su propia salud y que, por ese camino, responde por su estado médico.

Adolescentes peligrosos, adolescentes manipulables

Esta investigación también buscó ahondar en la peculiar atención sobre el sujeto adolescente. En una novedosa perspectiva, Marco Alejandro Melo (2013) labró el camino para cuestionar artes de gobierno que señalan como problema de salud pública el embarazo adolescente. Agudamente este autor esbozó el desplazamiento desde un dispositivo que regulaba la reproducción desde la familia —“planificación familiar” en los setenta— hacia uno que la atribuía a la autonomía de las mujeres. En este desplazamiento Melo ubicó la emergencia del embarazo adolescente como problema social. En afinidad con esa aproximación, busqué complementarla prestando atención a la manera en que estas políticas objetivaban la adolescencia. Su ambigua relación hacia ella reúne distintos saberes que la diagnostican como crítica: la ganancia de autonomía,

la salida de la familia y el concomitante acercamiento a los pares y la debilidad identitaria serían síntomas de esta crisis. Esta suspicaz lectura retumba en todos los documentos y alienta el gobierno sobre el sujeto adolescente: su debilidad lo haría proclive, bien a las prácticas peligrosas, como el consumo excesivo del alcohol o la fecundidad sin planificación, o bien a ser tremendamente aprovechable para estas políticas (capítulo 3). A esto último también le llaman “extraer las ricas oportunidades de este periodo”, lo cual tendría su mejor forma en el anhelado proyecto de vida. Así las cosas, la emergencia del embarazo adolescente como problema social, estudiado por Marco Alejandro Melo, también viene de la mano de una manera singular de comprender el/la adolescente, esto es, como sujeto en crisis, que a la postre termina animando la urgencia por gobernarlo.

Sumando al trabajo de Melo, también examiné detenidamente las técnicas que evitarían el embarazo adolescente. Por ello me detuve en el inquietante y decidido recurso que estas políticas hacían de las funciones familiares y escolares. De entrada, me inquieté en la pretendida intervención en la vida doméstica de los/las adolescentes y en las exigentes funciones de vigilancia y control que le asignaban a los padres sobre sus hijos. La supervisión del tiempo de los adolescentes, de sus amistades y de sus influencias y rastrearlos por fuera del hogar serían las rigurosas tareas de los padres. Al tiempo, estas políticas se detienen en la escuela; sin embargo, mientras a la familia le exigen procedimientos directos de vigilancia y control, a esta institución le asignan labores para el desarrollo de las capacidades de los/las adolescentes. El apoyo psicosocial en las decisiones reproductivas y en la construcción de proyectos de vida, la ampliación de oferta para ocupar el tiempo libre del adolescente, el diseño de programas que alarguen su permanencia en el sistema escolar —ojalá hasta la educación superior— y que permita el desarrollo más exhaustivo de sus capacidades, entre otros, serían algunas de las funciones de la escuela. Así las cosas, la promoción de familias funcionales, junto a la disminución de los/las desertores escolares, prevendría el embarazo temprano y aseguraría adolescentes capacitados.

Finalmente me detuve en la alianza entre prevención del embarazo adolescente y la construcción de proyectos de vida. Esto me llevó de vuelta a Melo, quien ya había despejado el camino. Pero el tipo de documentación que revisé me permitía otro acercamiento: delineaba con más cuidado qué comprender por proyecto de vida. Las investigaciones que escrutaban su desarrollo en los/las adolescentes brindaron esclarecedores elementos al respecto; por ejemplo, al tiempo que indagaban por si

los/las adolescentes atribuían fines a sus vidas, mostraban la racionalidad indispensable para proyectar la propia vida. También, al tener un fuerte componente técnico, estas políticas usaban permanentemente conceptos definidos de manera clara y que agrupaban con cuidado los elementos del proyecto de vida. El reto aquí fue no restringir mi estudio a los conceptos, sino además demostrar la manera en que estas políticas pretenden moldear las vidas adolescentes a partir de ellos.

También quise problematizar la relación que estas políticas establecen entre el individuo y su vida. Adentrarme en esa discusión fue difícil, pero también ineludible porque el proyecto de vida está orientado, literalmente, a prescribir la totalidad de la vida personal (capítulo 4). Para intentarlo introduje alternativas a partir de mis encuentros con las teorías posestructuralistas y especialmente con la feminista italiana Rosi Braidotti. Rápidamente esa discusión estuvo ligada con el debate acerca del trabajo contemporáneo, que parecía estar en íntima conexión con la construcción de proyectos de vida: adultos capacitados, idóneos para producir su propio ingreso, vienen acompañados de adultos que someten su vida a un fin y que buscan los medios para alcanzarlo (capítulo 4). De forma que el interrogante por la relación entre el individuo y su vida estaba entrelazado, como argumenté, con las nuevas formas que adquiere la fuerza laboral, caracterizada por un trabajador que se concibe a sí mismo como capital —capital humano—.

Caminos abiertos: entre el VIH y el SARS-CoV-2

Distanciémonos del intento por ver el SARS-CoV-2 como la repetición de dispositivos de poder ya existentes. Más bien, habría que ir con cautela rastreando sus mutaciones. Por ejemplo, mientras las estrategias que he abordado en este trabajo buscan disminuir la velocidad del virus mediante el uso estratégico de la libertad, la actual gestión apela al viejo poder soberano que sólo prohíbe; de ahí las rígidas cuarentenas. Empero, me arriesgaré a tejer puentes que abran caminos éticos, políticos y de análisis.

La inesperada llegada de la epidemia vino acompañada de tonos de alarma que rápidamente invadieron nuestra cotidianidad; ellos parecían indispensables para respetar las cuarentenas. Los contagios y las muertes no sólo se contaban, como ocurre en la mayoría de las epidemias que hemos vivido, sino sobre todo se hacían ver: tenemos acceso permanente a las cifras de muertos diarias, a las acumuladas, a la distribución

por países, edades, comorbilidades, género y demás, a su aceleración o desaceleración, etc. Inclusive, estas estadísticas ya invadían la vida diaria antes que el Estado colombiano registrara el primer caso positivo, el 6 de marzo de 2020. En las palabras de mi archivo, hay una buena circulación de información. Una vez aclarado el peligro del virus, con sus altas tasas de contagio y significativos índices de mortalidad, era justificable declarar la necesidad y premura de implementar estrategias para disminuir su velocidad. Así, el 17 de marzo, cuando apenas había 75 casos registrados, la Alcaldía de Bogotá notificó la cuarentena en toda la ciudad. Pocos días después el gobierno nacional hacía lo mismo. Es lo que las políticas que examiné llaman urgencia: un problema que tendería a empeorar de manera alarmante cuando hay demoras en atenderlo. Por lo tanto, el Distrito y, luego, el gobierno nacional tomaban la decisión adecuada para *administrar* la crisis, gracias a un dilema excluyente: gestión del virus o altas tasas de mortalidad. Esto mismo lo exploro en el capítulo 1 con relación al VIH.

Como en mi documentación, la llegada de la epidemia también vino con rigurosas exigencias de prevención. Al hurgar rápidamente el repositorio del Ministerio de Salud, me sorprendió que en los pocos meses de la epidemia no sólo haya profusión de decretos, sino también gran cantidad de documentos técnicos que delinear la gestión del SARS-CoV-2. La acelerada producción, además de revelar los ritmos contemporáneos, permiten acercarse al problema de manera más cuidadosa. Al igual que en mi estudio, podríamos comprender la prevención como las capacidades individuales para hacerse cargo de la propia salud. Ciertamente requiere de elementos y apoyos institucionales, como el acceso a tapabocas, a alcohol, a información científica, entre otros, pero está orientada a que los mismos individuos disminuyan sus riesgos (Ministerio de Salud, 2020). A pesar de la similitud, algo retumbó en la lectura rápida de los nuevos documentos: el insistente recurso a la auto-observación, que es “el seguimiento que hace la persona respecto de signos y síntomas que pueda presentar” (2020, pág. 24). Recordé entonces la inauguración de una plataforma en la cual cada ciudadano puede introducir sus síntomas y, según ellos, ésta calculaba la probabilidad de que fuese COVID-19¹². Pero más importante aún, percibí con crudeza la invitación, frecuente en estos días, a

¹² Para descargar la App: <https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/aislamiento-saludable/coronapp.html>

vigilar permanentemente las patologías que alberga nuestro cuerpo y que indicarían contagio: la plataforma sólo ayudaría a tal fin. Así, la cotidianidad que las políticas del VIH buscaban modificar ahora parece estar fustigada e invadida por técnicas que, además de alejar el virus, colaboran para detectarlo.

Lo cierto es que entre las periódicas lavadas de manos, el uso de tapabocas en el espacio público, el distanciamiento corporal, la estricta higiene, la alarma por el flujo del virus, la permanente auto-vigilancia de nuestro estado de salud, etc., hay un repudio al contagio, a la enfermedad y, de paso, a la muerte. El cuerpo puro y de baja vulnerabilidad que subrayaban los documentos de VIH parece afianzarse con fuerza. Y viene de la mano, al igual que en el VIH (capítulo 2), con un régimen de supervivencia: por un lado, sobrevivir dependería de las capacidades individuales; por otro, promueven una vida que simplemente se prolongue biológicamente, que sencillamente sobreviva. El cuidado tendría que ver, entonces, sólo con extender nuestra vida, no para cultivar encuentros potenciadores o afectos significativos.

Por su parte, la atención desmesurada, casi individualizada, que recibieron los primeros contagios y las primeras muertes ha ido cediendo ante el anonimato de las estadísticas. El interrogante que habita y recorre las redes sociales o los medios de comunicación ya no es por la presencia de contagios o de muertos en Colombia, sino por las tasas de crecimiento de la epidemia, de mortalidad o de recuperados. Quizás el preludio de este desplazamiento fue la columna escrita el 9 de mayo por el exministro de salud Alejandro Gaviria en un prestigioso periódico nacional (Gaviria, 2020). El debatido escrito, a la vez que reconocía que las cuarentenas fueron inevitables, señalaba que eran insostenibles por sus efectos económicos —en particular pobreza y hambre— y psicológicos. De manera que, aunque era tentador disminuir el riesgo a cero, sólo alcanzado por la cuarentena estricta, proponía reaperturas prudentes, con ampliación en la cantidad de pruebas y volver a confinamiento cuando fuese necesario, es decir, cuando la capacidad hospitalaria estuviese al máximo. Como buen economista, el exministro privilegiaba la administración de los riesgos sobre perspectivas más rígidas que pretendían eliminarlos. En últimas, ratificaba la preponderancia de la biopolítica sobre poderes que sólo prohíben.

Aunque fue fuertemente cuestionada, hasta el agosto 6, fecha en la que escribo esta parte, es lo que ha predominado: para reactivar la economía, reaperturas prudentes —

aunque a veces no tanto, como los dos días sin IVA en el que los almacenes de cadena albergaron aglomeraciones— acompañadas de cuarentenas sectorizadas según la zona de la ciudad, la urbe o la región del país. Ellas han sido decretadas considerando distintas razones: la velocidad del contagio, la capacidad hospitalaria, la tasa de mortalidad, entre otras. Ahora no es posible detenerme en la racionalidad que allí opera; sólo destaco la voluntad por reabrir la economía y por gestionar la epidemia, que contrasta, por ejemplo, con los discursos de Donald Trump, Jair Bolsonaro o Andrés Manuel López Obrador, quienes repetidamente han negado el impacto de la epidemia.

Ahora bien, el enfoque de vulnerabilidad que atraviesa las políticas que he analizado en este trabajo tiene la interesante y bien intencionada virtud de inquietarse por las poblaciones más vulnerables al VIH. Líneas arriba he insistido que la encomiable motivación desluce porque sólo atiende tal fragilidad promoviendo sexualidades preventivas -normalizadas- (capítulo 2). Si se inquieta por las vulnerabilidades sociales e institucionales, sólo es para detectar cómo impiden el desarrollo de la normalizada sexualidad. De cualquier manera, lo interesante es que ese enfoque se inquieta por el lado negativo del biopoder: aquellos a quienes deja morir. La repentina llegada del SARS-CoV-2 sólo ha visibilizado y agudizado algo que mis políticas también percibían. Y sus expresiones son variopintas: cuarentenas sin garantizar a todos(as) la vivienda, la alimentación y el sustento económico básico; el reposo sobre las capas menos privilegiadas de los “trabajos necesarios” que requieren de presencia física y, por ende, de mayor exposición al virus; el descuido generalizado y la infantilización de los “adultos mayores”, entre otros.

Pero es quizás el surgimiento, en la discusión pública, de la disyuntiva “economía o vida” la que devela cínicamente este dejar morir. Alejandro Gaviria, en la citada columna, mostraba tal dilema: las estrictas cuarentenas eran insostenibles porque ampliaban y agudizaban la pobreza y el hambre; por lo tanto, era indispensable la reapertura económica. Pero ella, a su vez, arrastraría tasas de contagio y muerte más altas. El exministro era mesurado y reconocía allí un dilema ético, que solventaba recurriendo al viejo utilitarismo: realizar las acciones que menos sufrimiento provocarían, en este caso la reapertura prudente junto a la administración de los riesgos. Más de un mes después, el 20 de junio de 2020, el presidente Iván Duque era menos cauteloso y negaba el dilema: la reapertura sería la única opción posible, pues sin ella no habría manera de garantizar la vida —por ejemplo, no se podría asegurar el sostenimiento del sistema de

salud—. En mis palabras, no podría haber vida por fuera de la economía: la economía es la vida misma. Por supuesto, cuando hablan de economía aluden a la contemporánea, es decir, al modo de producción capitalista. Y lo que parece permanecer, sea por el camino del exministro o por el del presidente, es lo inevitable de su funcionamiento, que desde luego debe estar acompañado de la administración de los riesgos.

Ahora mismo veo que el popular dilema no es como se muestra: quienes en las cuarentenas mueren de hambre son los sectores empobrecidos, y al tiempo son quienes deben salir a trabajar para no morir de inanición. La disyuntiva entre vida o economía se reduce a escoger los caminos por los que pueden morir las personas y grupos más vulnerables: de inanición o de Covid-19. Con la reapertura se ha ido escogiendo la segunda vía. Y los mismos procedimientos que administran la muerte también registran la tendencia a concentrarla en los sectores populares. El Observatorio de Salud del distrito para el 26 de julio consignaba 2196 muertes por Covid-19 en Bogotá; de ellas el 60% se concentraban en los pobladores más empobrecidos de la ciudad —los estratos socioeconómicos 1 y 2—. Si a ello le agregamos el estrato socio-económico que le sigue, considerado por el Dane como medio-bajo, las cifras rondarían el 84% -1836 muertes-. Por su lado, los estratos más privilegiados —5 y 6— sólo aportaban 47 muertes, es decir, el 2,1 %. Más tarde, el 12 de agosto, la Universidad de los Andes registraba 24,9 muertes por cada 100000 habitantes de estrato 1 frente a 1,96 de estrato 6 (El Tiempo, 2020). Pero dejemos de lado la seriedad de estos procedimientos que sólo administran nuestras vulnerabilidades, y más bien detengámonos en asuntos más joviales e interesantes. En contraste con las políticas que examiné, aquí el dejar morir del biopoder aparece mucho más ligado al funcionamiento económico. Sayak Valencia (2012) ha llamado a esta complicidad “capitalismo gore”, aunque ha puesto su atención en las economías ilícitas —narcotráfico, bandas criminales, explotación sexual, etc.—. La inesperada y abrupta llegada del SARS-CoV-2 subraya esta alianza, pero no desde las perseguidas ilegalidades, sino desde la administración institucional de los riesgos y de la muerte, que cobró la forma de “economía o vida”.

En esta investigación también pude hurgar el particular temor que evoca el VIH. Las altas tasas de contagio, la consecuente dificultad para controlarlo y su consecuente vulnerabilidad humana provocan este temor. Sorprende la similitud que guarda con la actual lectura del afamado virus de estos días. Su acelerado movimiento, mayor al del VIH, la extrema dificultad para controlarlo, que exige incluso el recurso a las cuarentenas,

y la enfermedad y muerte que trae cuajan este pánico. Y otra vez aquí el temor parece de arraigo antropocéntrico: procede del humano (moderno) que recordó su vulnerabilidad frente aquella salvaje que parecía estar bajo control: la Naturaleza. El retorno de lo Otro, diría Braidotti.

Al encontrarnos de frente con ella hemos visto varias reacciones, desde discursos que declaran a científicos de Wuhan, China, como los creadores del virus hasta los que alegan estar asistiendo al castigo de la madre tierra. Ahora quisiera detenerme en otra reacción más meticulosa y que también atraviesa mis documentos del VIH: la apelación a la ciencia como instrumento de control del virus (capítulo1). Sea porque los epidemiólogos han cobrado inusitada importancia en las decisiones estatales, o por la fe en que el saber científico encontrará alguna vacuna contra el virus, la ciencia sería clave para domesticar el rebelde virus. Los efectos de este uso de la ciencia son diversos, como por ejemplo provocar campañas diplomáticas, empresariales y nacionalistas para asegurar el acceso a la anhelada vacuna. Pero más importante aún, muestra el deseo por retornar a, y mantener, la antigua “normalidad” —normalización, diría yo— sin mayor afectación. Controlar el virus lo permitiría. No en vano ha florecido una retórica belicista que alude al combate y enfrentamiento contra el virus, y que también prevalecía en las políticas del VIH que he estudiado. De forma que el antropocéntrico temor acude al dominio y la violencia que la ciencia podría ejercer sobre la Naturaleza para asegurar el regreso a la antigua normalización, o, digámoslo, para asegurar el retorno a nuestras predatorias economías.

Una posición más sensible al devenir de sí y de nuestras sociedades, que valore positivamente nuestra interdependencia mutua, tanto humana como no humana, y que por ello les otorgue la importancia merecida a nuestras vulnerabilidades, puede brindar una perspectiva más justa, matizada y seductora. Mi inclinación hacia el devenir ayuda a eludir los juicios, sentencias y atribución de culpas que fustiga al virus y que le declara la guerra; más bien, traslada la atención hacia la crítica de sí y de nuestras sociedades que potencie el cambio. Braidotti ha sugerido que una perspectiva de esta índole tomaría distancia de moralizar los acontecimientos destructivos; ellos sólo son el resultado de nuestra interacción con el mundo y con los cuales no estamos sintonizados. Patologizar el SARS-CoV-2 es otra manera de moralizarlo, y es a la vez la primera puntada para mantener intacta nuestras sociedades: como buen salvaje buscaremos controlarlo y someterlo, pero nunca aceptaremos que nos cuestione. Por supuesto las instituciones

han propuesto cambios, pero sólo para gestionar la crisis, no para transformaciones sustanciales del precario orden social y económico que rige. Por ejemplo, la epidemia ha exigido implementar rigurosas prácticas de prevención que permitan salir a trabajar; ello ha conducido a fuertes cambios en la cotidianidad, pero lo que parece incuestionable es el imperativo de productividad. Auto-protejo mi salud para poder trabajar.

Este ejemplo despeja el camino, otra vez, para cuestionar el popular dilema entre economía y vida. Los agitados y candentes tiempos a los que asistimos, oscilantes entre angustias, incertidumbres, encierros, desespero, hambre y, de vez en cuando, alegría, de repente develó la disyuntiva capital o vida. Dilema de vieja data, presentado ahora con crudeza. Los poderes que gestionan la crisis parecen inclinarse por el primero, y fungen así de protectores de lo que hace casi tres décadas nombraron “fin de la historia”. Tal vez sea más aconsejable seguir la invitación de Rosi Braidotti, compañera de este escrito, y reelaborar los acontecimientos en relaciones positivas y alegres que nos ayude a sintonizarnos, en este caso, con la llegada del virus. Un bello encuentro que viví en estas cuarentenas va por ese mismo camino:

“Hay otro organismo vivo en pleno flujo migratorio y debemos detenernos para que nuestras corrientes respectivas no choquen demasiado”. Podríamos entonces detenernos, hacer de esa detención un gigantesco ritual social, de descanso, de sanación, de fiesta o de meditación. Pero no, no podemos detenernos. ¿Por qué?

¿Acaso hay falta de riqueza, de valores de uso? Bueno, en ese caso podrían seguir funcionando solo los servicios esenciales (y ver cómo se reparte ese trabajo). No, el pánico es palpable, hay que retomar la producción lo antes posible. Y eso en el mejor de los casos, porque allí donde el cálculo economía-vida está completamente del lado de la primera ni siquiera se ha parado nada. (...)

Parar, para descansar o porque el flujo migratorio de un virus nos invita a ello, sería una catástrofe mayúscula: ese beneficio no podría transformarse en dinero bajo la forma de mercancías. Nuestra economía se vendría abajo y nosotros con ella. (...)

Solo una sociedad no regulada por las leyes del capital podría parar (porque ya se ha producido bastante), repartir la riqueza, hacer un uso social de un invento técnico, rechazar las guerras, hacer bien las cosas, convertir el desempleo en descanso o ritualizar el viaje de un virus como un momento de detención radical. (Fernández-Savater, 2020)

VI. Bibliografía

- Aguilar Gómez, D. (2018). El comadreo de las mariposas: hacia una ética del cuidado decolonial. En I. Ávila Gaitán, D. Aguilar Gómez, J. Navarrete Suárez, K. Galeano Sánchez, S. Ruiz Sanabria, J. Gómez González, . . . M. Aldana Mendoza, *(Des)órdenes (inter)culturales* (págs. 47-66). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Anzaldúa, G. (2016). *Borderlands. La frontera*. Madrid: Capitán Swing Libros.
- Arango, L. G. (1992). Estatus adolescente y valores asociados con la maternidad y la sexualidad. En M. Viveros, L. G. Arango, D. Fassin, & A. C. Defosse, *Mujeres en los Andes* (págs. 263-287). Bogotá: Universidad del Externado.
- Ávila Gaitán, I. D. (2017). *Rebelión en la granja. Biopolítica, zootecnia y domesticación*. Bogotá: Desde abajo.
- Ávila Gaitán, I. D. (2019). Las fronteras de las fronteras de la justicia: notas para una crítica materialista del animalismo liberal. En J. Sierra, M. Nussbaum, C. Faralli, E. Rincón, C. Valbuena, F. Pineda, . . . Y. Castañeda, *Martha Nussbaum y la justicia animal para los animales. Apuntes críticos desde las Fronteras de la justicia* (págs. 119-145). Bogotá: Universidad Autónoma.
- Ávila, I. (2014). El nomadismo filosófico de Rosi Braidotti: una alternativa materialista a la metafísica de la presencia. *Tabula Rasa*, 167-184.
- Berardi, F. (2003). *La fábrica de la infelicidad. Nuevas formas de trabajo y movimiento global*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Braidotti, R. (2005). *Metamorfosis. Hacia una teoría materialista del devenir*. Madrid: Akal.
- Braidotti, R. (2006). *Transposiciones. Sobre la ética nómada*. Barcelona: Gedisa.
- Castro-Gómez, S. (2005). *La poscolonialidad explicada para niños*. Popayán: Universidad del Cauca.

- Chakrabarty, D. (1999). *LA POSCOLONIALIDAD Y EL ARTILUGIO DE LA HISTORIA: ¿QUIÉN HABLA EN NOMBRE DE LOS PASADOS 'INDIOS'?* CLACSO.
- Comité de Solidaridad con los Presos Políticos. (2020). *Crisis humanitaria por Covid-19 en la cárcel de Palmira*. Bogotá. Obtenido de <http://www.comitedesolidaridad.com/es/content/crisis-humanitaria-por-covid-%E2%80%9319-en-la-c%C3%A1rcel-de-palmira>
- Comité de Solidaridad con los Presos Políticos. (2020b). *Solicitamos se establezcan medidas de prevención para la contención y manejo eficaz del Covid-19*. Bogotá.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. (31 de Enero de 2012). *Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo adolescente y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años*. Recuperado el 2 de 4 de 2019, de Departamento Nacional de Planeación: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/147.pdf>
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. (07 de Diciembre de 2016). *Declaración de importancia estratégica del proyecto de inversión. Apoyo para fomentar el acceso con calidad a la educación superior a través de incentivos a la demanda en Colombia*. Obtenido de Departamento Nacional de Planeación: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Social/Documento%208.pdf>
- Cooper, R. (2005). El estado posmoderno. *Revista Académica de Relaciones Internacionales. Universidad Autónoma de Madrid*, 1-10.
- Correa, G. (2007). Entre el cuerpo oculto y el lugar negado: el placer. Del rincón y la culpa al cuarto oscuro de las pasiones: formas de habitar la ciudad desde las sexualidades por fuera del orden regular. *CEHAP*, 66-91.
- De cero a siempre. (2013). *El aumento del embarazo de adolescentes en Colombia*. Recuperado el 11 de Octubre de 2018, de Ministerio de Salud: <http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/Bolet%C3%ADn%20No.%202%20El%20aumento%20de%20embarazos%20adolescentes%20en%20Colombia.pdf>
- Deleuze, G. (2014a). *El poder. Curso sobre Foucault*. Buenos Aires: Cactus.
- Deleuze, G. (2014b). *El saber. Curso sobre Foucault*. Buenos Aires: Cactus.
- Deleuze, G., & Foucault, M. (1979). Los intelectuales y el poder. En M. Foucault, *Microfísica del poder* (págs. 77-86). Madrid: Edissa.
- Departamento Nacional de Planeación. (Agosto de 2014). *Informe final. Evaluación de proceso*. Recuperado el 12 de Octubre de 2018, de Ministerio de Salud:

<https://mrv.dnp.gov.co/Evaluaciones/Informe%20final%20evaluaci%C3%B3n%20embarazo%20adolescente.pdf>

- El Tiempo. (13 de Agosto de 2020). Estratos bajos en Bogotá sienten con más rigor los efectos de la covid. Bogotá, Colombia. Obtenido de <https://www.eltiempo.com/salud/impacto-de-la-covid-19-en-los-estratos-de-bogota-los-mas-bajos-son-los-que-mas-sufren-528738>
- Esposito, R. (2002). *Immunitas. Protección y negación de la vida*. Madrid: Amorrurtu.
- Esteban, M. (2013). *Antropología del cuerpo, género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.
- Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Fernández-Savater, A. (01 de Agosto de 2020). Terrícolas contra humanos, ¿por qué no podemos parar? *Lobo Suelto*.
- Flórez, C. E., Vargas, E., Henao, J., González, C., Soto, V., & Kassem, D. (2004). *Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencia y determinantes. Un enfoque de historia de vida*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Flórez, C., & Soto, V. (2013). *Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Foucault, M. (2000 b). On the Genealogy of Ethics. En *Ethics. Essentials works of Foucault 1954-1984* (págs. 253-284). London: Penguin.
- Foucault, M. (2000a). *Defender la sociedad. Curso en el College de France (1975-1976)*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2009). *Nacimiento de la biopolítica: curso del College de France (1978-1979)*. Madrid: Akal.
- Foucault, M. (2010). *Arqueología del saber*. México, D.F.: Siglo Veintiuno.
- Foucault, M. (2010). *EL cuerpo utópico. Las heterotopías*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Foucault, M. (2011). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. México D.F.: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2014). *Seguridad, territorio y población*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

- Galvis, S. (1995). *Se hace camino al andar*. Bogotá: Gráfica Ambar.
- Garavito, E. (1996). Deleuze: máquinas de guerra y aparatos de captura. <http://bdigital.unal.edu.co/53608/1/edgargaravito.1996.pdf>.
- Gaviria, A. (09 de Mayo de 2020). Los dilemas éticos de la pandemia. *El Tiempo*.
Obtenido de <https://www.eltiempo.com/lecturas-dominicales/rector-de-la-universidad-de-los-andes-alejandro-gaviria-reflexiona-sobre-la-pandemia-493500>
- Gómez Muller, A. (2016). *Nihilismo y capitalismo*. Bogotá: Desde abajo.
- Guerrero, M. I. (2012). *Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales riesgosas ante el VIH/sida en población privada de la libertad*. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia.
- Hall, S. (2014). *Sin garantías: trayectorias y problemáticas en Estudios Culturales*. Popayán: Universidad del Cauca.
- Haraway, D. (1984). *Manifiesto Cyborg*.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Harding, S. (2012). Una filosofía de la ciencia socialmente relevante? Argumentos en torno a la controversia sobre el Punto de vista feminista. En N. Blazquez, F. Flores, & M. Ríos, *Investigación feminista Epistemología, metodología y representaciones sociales*. México: UNAM.
- Herrero, Y. (2016). *Economía feminista y economía ecológica, el diálogo necesario y urgente*. Obtenido de Revista de economía crítica: http://revistaeconomiacritica.org/sites/default/files/YayoHerrero_Economia-feminista.pdf
- Hochschild, A. (2001). Las cadenas mundiales del afecto y asistencia y la plusvalía emocional. En A. Giddens, & W. Hutton, *En el límite: la vida en el capitalismo global* (págs. 187-208). Barcelona: Tusquets.
- Horkheimer, M. (2003). *Teoría crítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, 73–101.
- Marx, K. (2014). *El capital. Crítica de la economía política, tomo I*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Melo, M. (2013). <<Como el cangrejo>>. *La construcción discursiva del embarazo adolescente como problema social*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

- Mies, M. (1997). Investigación feminista, ciencia, violencia y responsabilidad. En V. Shiva, & M. Mies, *Ecofeminismo Teoría, crítica y perspectivas* (págs. 59-81). Barcelona: Icaria.
- Ministerio de Protección Social. (Febrero de 2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003*. Recuperado el 23 de Septiembre de 2018, de Ministerio de Salud:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA.pdf>
- Ministerio de Protección Social. (2006). *Modelo de gestión programática en VIH/sida*. Recuperado el 23 de Diciembre de 2018, de Ministerio de Salud:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20GESTION%20PROGRAMATICA%20VIH%20SIDA.pdf>
- Ministerio de Protección Social. (10 de Agosto de 2007). *Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010*. Recuperado el 23 de Enero de 2019, de Ministerio de Salud:
http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Colombia_2007-2010.pdf
- Ministerio de Protección Social. (Enero de 2008). *Plan Nacional de respuesta ante el VIH y Sida 2008-2011*. Recuperado el 23 de Octubre de 2018, de Ministerio de Salud:
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127711.pdf
- Ministerio de Protección Social. (2011a). *Guía de Prevención VIH/Sida. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres*. Recuperado el 07 de Noviembre de 2018, de Ministerio de Salud:
<https://colombia.unfpa.org/es/publicaciones/gu%C3%ADa-de-prevenci%C3%B3n-vihsida-%E2%80%93-hombres-que-tienen-relaciones>
- Ministerio de Protección Social. (2011b). *Guía de Prevención VIH/Sida. Jóvenes en contextos de vulnerabilidad*. Recuperado el 07 de Noviembre de 2018, de Ministerio de Salud.
- Ministerio de Protección Social. (2011c). *Guía de Prevención VIH/Sida. Mujeres Trans*. Recuperado el 07 de Noviembre de 2018, de Ministerio de Salud:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/guias-mujeres-trans-vih.pdf>
- Ministerio de Protección Social. (2011d). *Guía de Prevención VIH/Sida. Mujeres en contextos de vulnerabilidad*. Recuperado el 07 de Noviembre de 2018, de Ministerio de Salud: <https://colombia.unfpa.org/es/publicaciones/gu%C3%ADa-de-prevenci%C3%B3n-vihsida-%E2%80%93-mujeres-en-contextos-de-vulnerabilidad>

- Ministerio de Protección Social. (2012). *Cuidar de mi, es cuidar de ti. Guía de prevención secundaria para personas que viven con VIH/Sida*. Recuperado el 05 de Diciembre de 2018, de Ministerio de Salud:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Guia-prevencion-secundaria-personas-con-VIH.pdf>
- Ministerio de Protección Social, & Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas. (2011). *Guía de Prevención VIH/Sida. Mujeres trabajadoras sexuales*. Recuperado el 07 de Noviembre de 2018, de Ministerio de Salud:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/guias-mujeres-trabajadoras-sexuales-vih.pdf>
- Ministerio de Protección Social, Bienestar Familiar, USAID, & Naciones Unidas. (Noviembre de 2005). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005*. Recuperado el 05 de Mayo de 2019, de Ministerio de Salud:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENDS%202005%20informe.pdf>
- Ministerio de Protección Social, Bienestar Familiar, USAID, & Profamilia. (Febrero de 2011). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010*. Recuperado el 06 de Noviembre de 2018, de Ministerio de Salud:
<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf>
- Ministerio de Protección Social, Profamilia, Bienestar Familiar, & USAID del pueblo de los Estados Unidos de América. (Febrero de 2011). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010*. Recuperado el 1 de Noviembre de 2018, de Ministerio de Salud: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf>
- Ministerio de Protección Social, Universidad Nacional, & Naciones Unidas. (2009). *Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2018, de El Fondo de Población de las Naciones Unidas Colombia: <https://colombia.unfpa.org/es/publications/factores-de-vulnerabilidad-la-infecci%C3%B3n-por-vih-en-mujeres>
- Ministerio de Salud. (Diciembre de 2008). *Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia*. Recuperado el 07 de Noviembre de 2018, de Ministerio:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Modelo%20de%20servicios%20de%20salud%20amigables%20para%20adolescentes%20y%20j%C3%B3venes>
- Ministerio de Salud. (2012a). *Atención integral e intersectorial para restablecimiento de derechos en niñas y adolescentes embarazadas*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2018, de Ministerio de Salud:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/AJ-Ruta-Atencion-Integral-EA.pdf>

Ministerio de Salud. (2012b). *CONPES SOCIAL 147/2012: Definiciones teóricas, políticas y programáticas*. Recuperado el 04 de Octubre de 2018, de Ministerio de Salud: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/AJ-Conpes-147-DefinicionesTeoricas.pdf>

Ministerio de Salud. (2012c). *CONPES SOCIAL 147/2012: Instrumentos para la intersectorialidad a nivel local. Guía de implementación para alcaldes y alcaldesas*. Recuperado el 23 de Marzo de 2019, de Ministerio de Salud: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/AJ-Conpes-147-Guia-alcaldes.pdf>

Ministerio de Salud. (2012d). *Metodología para la identificación de adolescentes en mayor riesgo de embarazo*. Recuperado el 07 de 11 de 2018, de Ministerio de Salud: <https://colombia.unfpa.org/es/publications/conpes-social-1472012-instrumentos-para-la-intersectorialidad-nivel-local-0>

Ministerio de Salud. (2012e). *Panorama del VIH/Sida en Colombia. 1983-2010*. Recuperado el 03 de Diciembre de 2018, de Ministerio de Salud: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PANORAMA-VIH-SIDA-COLOMBIA-1983-2010.pdf>

Ministerio de Salud. (2012f). *Ruta de atención en salud para la prevención del embarazo en la adolescencia. Prevención del embarazo subsiguiente*. Recuperado el 11 de Octubre de 2018, de Ministerio de Salud: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/AJ-Ruta-Prevencion-embarazo-subsiguiente.pdf>

Ministerio de Salud. (15 de Marzo de 2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Recuperado el 16 de Octubre de 2018, de Ministerio de Salud: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Ministerio de Salud. (2014). *Plan Nacional de Respuesta ante ITS– VIH/Sida (2014–2017)*. Recuperado el 28 de Octubre de 2018, de Ministerio de Salud: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/colombia/plan-nacional-respuesta-its-2014-2017.pdf

Ministerio de Salud. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015*. Recuperado el 18 de Noviembre de 2018, de Ministerio de Salud: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>

- Ministerio de Salud. (2018). *Plan Nacional del respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia 2018-2021*. Recuperado el 14 de Octubre de 2018, de Ministerio de Salud:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-nal-respuesta-its-vih-coinfeccion-tbvih2018-2021.pdf>
- Ministerio de Salud. (17 de Marzo de 2020). *Comunicado de prensa*. Recuperado el 29 de Marzo de 2020, de Ministerio de Salud:
<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Comunicado-de-prensa--.aspx>
- Ministerio de Salud. (2020). *Lineamientos, orientaciones y protocolos para enfrentar la COVID-19 en Colombia*. Recuperado el 05 de Agosto de 2020, de Ministerio de Salud:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/lineamientos-orientaciones-protocolos-covid19-compressed.pdf>
- Molina Berrío, D. P., & Posada Zapata, I. C. (2015). El contexto y su influencia en los programas de salud sexual y reproductiva en Medellín. En M. M. Lafaurie Villamil, C. d. Fletscher-Fenádez, D. P. Molina Berrío, & I. C. Posada Zapata, *Salud sexual y reproductiva: nuevas tendencias* (págs. 139-155). Bogotá D.C.: Universidad del Bosque.
- Montoya, P., Blanco, A. J., Barreto, E., & Cárdenas, Y. (2011). Barreras y facilitadores para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva en Bogotá. En J. B. Conde, & T. Patriota, *Embarazo adolescente en Bogotá: construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos* (págs. 151-221). Bogotá D.C.: Scretaria Distrital de Salud.
- Mora, A., & Múnera, L. (2018). "Ser pilo no paga": privatización, desigualdad y desfinanciamiento de la universidad pública en Colombia. *Revista de Ciencia Política. Universidad Nacional de Colombia*, 115-142. Obtenido de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/cienciapol/article/view/73369>
- Mora, M. (1995). *Aborto: factores involucrados y consecuencias*. Bogotá: Orientame.
- Moraga, C., Castillo, A., Rushin, K., Alarcón, N., Wong, N., Littlebear, N., . . . Woo, M. (1988). *Esta puente, mi espalda*. San Francisco: Ism.
- Moreau, D. (2012). ¿De quién nos preocupamos? El care como perspectiva política. En G. Agamben, *Pensar desde la izquierda. Mapa del pensamiento crítico para un tiempo en crisis*. (págs. 131-146). Madrid: Errata Naturae.
- Naciones Unidas. (Septiembre de 1994). *Informe de Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994*. Recuperado el 03 de Diciembre de 2018, de Naciones Unidas: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

- Naciones Unidas. (Septiembre de 1995). *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995)*. Recuperado el 03 de Noviembre de 2018, de Naciones Unidas: <http://www.equidadmujer.gov.co/ejes/Documents/NormativaNacional/Cuarta%20Conferencia%20Mundial%20sobre%20la%20Mujer%20en%20Beijing%20de%201995.pdf>
- Naciones Unidas. (2007). *Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada de 2006*. Obtenido de Naciones Unidas: http://data.unaids.org/pub/report/2006/jc1252-internationalguidelines_es.pdf
- Nieto, J., Rincón, L., Ávila, S., & Mariño, Y. (2011). Aproximación a los significados de paternidad, maternidad y embarazo adolescente en contextos de desplazamiento. En J. B. Conde, & T. Patriota, *Embarazo adolescente en Bogotá: construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos* (págs. 55-106). Bogotá D.C.: Secretaria Distrital de Salud.
- ONUSIDA. (2006). *Directrices internacionales sobre el VIH/Sida y los derechos humanos*. Recuperado el 11 de Diciembre de 2018, de ONUSIDA: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1252_int_guidelines_es_0.pdf
- Organización Internacional Trabajo. (2000). *Género, pobreza y empleo: guía para la acción*. Turín.
- Pacheco Sánchez, C. I. (2011). Bogotá: gestión del conocimiento para el abordaje del fenómeno del embarazo adolescente. En J. B. Conde, & T. Patriota, *Embarazo adolescente en Bogotá: construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos* (págs. 23-55). Bogotá: Secretaria Distrital de Salud.
- Pantelide, E. (2009). *Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Paredes, J. (2013). *Hilando fino: desde el feminismo comunitario*. La Paz: Cooperativa El Rebozo.
- Pedraza, Z. (1996). *En cuerpo y alma: visiones de progreso y de la felicidad*. Berlin: Universitat Berlin.
- Preciado, B. (2008). *Testo yonqui*. Madrid: Espasa Calpe.
- Profamilia. (Junio de 1991). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990*. Recuperado el 25 de Noviembre de 2019, de Ministerio de Salud: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ends%201990%20Informe.pdf>

- Profamilia. (2003). *Salud Reproductiva y derechos humanos*. Recuperado el 16 de Octubre de 2018, de Universidad Nacional:
http://www.bdigital.unal.edu.co/51594/1/9588164184_1.PDF
- Richard, N. (2001). ¿ Qué es un territorio de intervención política? En (. U. (CUDS), *Por un feminismo sin mujeres*. (págs. 56 – 178). Santiago de Chile: Coordinadora Universitaria por la Disidencia Sexual (CUDS).
- Rose, N. (2013). *Biopolitics tomorrow: security, futurity, resilience*. London: King's College London.
- Sáenz, J. (2014). Notas para una genealogía de las prácticas de sí. En J. Sáenz, P. Samper, E. Aguilar, D. Forero, N. Aranguren, D. Álvarez, . . . C. Jauregui, *Artes de vida, gobierno y contraconductas en las prácticas de sí*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Sáenz, J., & Saldarriaga, O. (2007). La construcción escolar de la infancia: pedagogía, raza y moral en Colombia, siglos XVI-XX. En P. Rodríguez, M. E. Mannarelli, & (Coordinadores), *Historia de la infancia en América Latina* (págs. 390-415). Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Soler, C. (2001). La angustia de transferencia y otras angustias. *Revista de psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Thoreau, H. (1854). *La vida sin fundamentos*. Recuperado el 03 de Julio de 2020, de <file:///C:/Users/sebas/Downloads/henry%20david%20thoreau%20-%20la%20vida%20sin%20fundamentos.pdf>
- Tovar, P. (2018). LA SANGRE ES MÁS ESPESA QUE EL AGUA: PERSPECTIVAS HISTÓRICAS Y ANALÍTICAS SOBRE LOS ESTUDIOS DEL PARENTESCO Y EL GÉNERO. *Maguaré*, 17-46.
- Valencia, S. (2012). Capitalismo gore y necropolítica en México contemporáneo. *Relaciones Internacionales. Universidad Autónoma de Madrid*, 83-102.
- Vera, L., López, N., Orozco, L., & Caicedo, P. (1999). *Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes*. Recuperado el 05 de Febrero de 2019, de Universidad de Colima, México:
<http://ceupromed.ucol.mx/morfo/articulos/articulos/a60740165AD5.pdf>

- Viveros, M. (1999). Orden corporal y esterilización masculina. En M. Viveros Vigoya, & G. Garay Ariza, *Cuerpo, diferencias y desigualdades* (págs. 164-184). Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia.
- Viveros, M. (2004). *El gobierno de sexualidad adolescente y la gestión de las diferencias*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Zambrano, M. (2008). *Trabajadores, villanos y amantes: encuentros entre indígenas y españoles en la ciudad letrada. Santa Fe de Bogotá (1550-1650)*. Bogotá D.C.: Instituto Colombiano de Antropología e Historia.
- Zambrano, M. (2018). Presentación. *Maguaré*, 11-12.
- Zamudio, L. (2000). *El aborto en Colombia: Dinámica sociodemográfica y tensiones socioculturales*. Bogotá: Universidad del Externado.
- Zamudio, L., & Rubiano, N. (1996). *Problema sensibles y estrategias metodológicas: a propósito de la investigación sobre el aborto inducido*. Bogotá: Universidad de Externado de Colombia.