

TESIS DOCTORAL  
AÑO 2014

# ‘A pelo.’

Estudio de la  
gubernamentalidad en  
la prevención del VIH  
dirigida a los hombres  
que tenemos sexo con  
otros hombres

Rubén Ávila

Directora de la tesis:  
Marisela Montenegro

Departament de Psicologia Social  
Facultat de Psicologia

**UAB**

Universitat Autònoma  
de Barcelona





TESIS DOCTORAL  
AÑO 2014

# ‘Apelo’.

Estudio de la  
gubernamentalidad en  
la prevención del VIH  
dirigida a los hombres  
que tenemos sexo con  
otros hombres

Rubén Ávila

Directora de la tesis:  
Marisela Montenegro

Departament de Psicologia Social  
Facultat de Psicologia

**UAB**  
Universitat Autònoma  
de Barcelona



*A* Pedro

## SOBRE LAS IMÁGENES

Las imágenes que he utilizado en este trabajo son parte de la obra de Andy Lisert. Como el resto de contenidos que se han usado en la tesis, las fotografías han sido fruto de la conexión entre ambos. Andy ha cedido su trabajo de forma gratuita y se ha implicado en la elaboración de la imagen gráfica del proyecto. Su trabajo está disponible en <https://www.flickr.com/photos/80358798@N08/>

## SOBRE EL TÍTULO

«A pelo» es una declaración de intenciones para hablar sobre algo que, en muchas ocasiones, provoca un miedo moral: la asunción de riesgo en las prácticas sexuales (en hombres gais y bisexuales). Como iré desarrollando a lo largo de todo el trabajo, la identidad homosexual masculina ha estado —y está— vinculada a la prevención del VIH. El hecho de que los hombres gais y bisexuales debamos negociar el uso del preservativo es algo que, desde los primeros casos de sida, ha estado presente en nuestras relaciones sexuales. Este trabajo trata de ver cómo el discurso de quienes asumen riesgo en sus prácticas sexuales ofrece posibilidades para repensar la intervención en materia de salud sexual en la actualidad.

Por su parte, el término «hombres que *tenemos* sexo con hombres» se usará a lo largo de todo el trabajo, puesto que el uso de «hombres que *tienen* sexo con hombres» está extendido en la bibliografía sobre prevención de VIH. Sin embargo, no debe entenderse esta etiqueta como una categoría identitaria, sino como unas prácticas concretas. Entiendo que este uso puede sonar lejano a la perspectiva teórica usada a lo largo de toda la tesis —aunque haya decidido cambiar la persona de la forma verbal—. Como desarrollaré en las siguientes páginas, la intención de hablar de «hombres que tenemos sexo con hombres» es la de facilitar la lectura del texto y colocar la investigación en una discusión temática abierta en la actualidad, a la vez que se hace explícita mi propia posición en la investigación.

# Contenidos

AGRADECIMIENTOS	9
I. TESTIGO MODESTO	17
1.1. Mi primer acercamiento al tema de investigación	23
1.2. Cuestionamientos como puntos de partida	33
1.3. Los objetivos de esta investigación	35
1.4. Primeros momentos de la investigación	36
1.5. Estableciendo conexiones parciales	37
1.6. Análisis de los discursos de las campañas	42
1.7. Cierre del trabajo	44
2. NUESTRA RESPONSABILIDAD: VIH Y HOMOSEXUALIDAD	55
2.1. La construcción del binomio «sidoso»/«marica»	58
2.2. La implicación de los homosexuales en el campo del sida	62
2.3. El término HSH y el avance biomédico	66
2.4. Estrategias gubernamentales en la comprensión del VIH	68
3. <i>BAREBACKING</i> : CONDICIONES DE PODER Y PRÁCTICAS DE RESISTENCIA EN LA BIOPOLÍTICA DE LA SALUD SEXUAL	83
4. <i>BAREBACK SEX</i> : BREAKING THE RULES OF SEXUAL HEALTH AND THE ASSUPTION OF RISKS	109
5. <i>NO SIN ÉL</i> : ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO DE LAS CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN DEL VIH DIRIGIDAS A HSH EN ESPAÑA	137

6. A MODO DE CONCLUSIONES	187
6.1. Discusión de los resultados	188
6.2. Repensando la intervención social en salud a partir de las conexiones parciales	195
6.3. Conexiones con la promoción de la salud sexual: ¿cómo pensar el VIH en la actualidad?	201
6.4. Propuestas sobre cómo seguir la acción y la investigación	207
ANEXOS	216
A1. Páginas web sobre <i>barebacking</i>	219
A2. Producciones narrativas con hombres que asumen riesgo en sus prácticas sexuales con otros hombres	221
A3. Producción narrativa con técnicos que trabajan en la promoción de la salud sexual dirigida a HSH	255



## Agradecimientos

Esta tesis no hubiera sido posible sin todas las conexiones que se han establecido a lo largo del proceso de investigación. Quiero dar las gracias a quienes están, de un modo u otro, aquí, porque sin sus perspectivas, sin sus miradas y sin sus tensiones este trabajo no sería lo que es hoy. La investigación ha sido posible gracias a su apoyo, sus correcciones, sus lecturas y sus críticas.

Los primeros agradecimientos son para los participantes y para la directora de la tesis por su gran presencia en las líneas futuras. En primer lugar, gracias a todos los que habéis participado activamente en esta tesis. A quienes habéis querido aportar vuestra visión y tensionar la mía, dedicando horas de charlas interminables (en línea o en persona), revisando el contenido de lo que había escrito, corrigiéndome en aquello en lo que pensabais que no estaba suficientemente fundamentado, escuchándome sobre aquello en lo que creáis que tenía razón. Gracias a vosotros este trabajo ha sido posible. En segundo lugar, gracias Marisela, por tu paciencia y conocimiento. Sé que no ha sido fácil en muchos momentos esperar, confiar en el trabajo. Pero he podido encontrar en ti el refuerzo necesario para sacar el trabajo adelante. Tus correcciones, tus consejos, tu generosidad, tus lecturas atentas y, en definitiva, tu estar ahí han hecho de esta tesis un trabajo más reflexionado y menos doloroso: gracias.

Mi agradecimiento se extiende, institucionalmente, a los profesores Tomeu Vidal y Jesús Rojas, quienes —por exigencias académicas— me han acompañado también en todo el proceso de producción científica. Quiero agradecer su esfuerzo porque, aunque hubiera sido más sencillo solo revisar por encima el trabajo, he notado, en muchos momentos, que la lectura ha sido atenta y me han sabido guiar en los momentos de más indirección. En este mismo sentido, quiero agradecer a aquellos profesores del departamento de Psicología Social que han intervenido en diferentes momentos en la revisión y cuestionamiento de este trabajo: Luzma Martínez, Ana Garay, Joel Feliu, Lupicinio Íñiguez, Anna Vitores, Miquel Domènech, Leonor Cantera, Josep

M. Blanch, Juan Muñoz, Jenny Cubells. También quiero agradecerles que me hayan contagiado su entusiasmo por el estudio de las ciencias sociales y por la reflexión sobre una Psicología Social más crítica. En especial, quiero agradecer a Joan Pujol su trabajo de revisión en muchos momentos, pero, sobre todo, el haberme motivado a llevar a cabo este proyecto. Sin su apoyo nunca me hubiera animado a estudiar el *barebacking*. En el camino, tal vez, no siempre hemos estado ahí, pero gran parte de la responsabilidad de este producto final nace de esta conexión. Gracias, también.

De igual modo, me siento muy agradecido a las personas con las que he compartido discusiones, sobre todo, teóricas, metodológicas y epistemológicas: los miembros del grupo de investigación Fractalidades en Investigación Crítica y los compañeros del máster de investigación en Psicología Social: Ana Cristina Aguirre, Laura Yufra, Antar Martínez, Fernando Zarco, Patricia Aljama, Rayen Rovira, Nagore García, Giazú Enciso, Yann Bona, Maristela Moraes y, probablemente, muchos más. Esta tesis también se ha visto influida por las motivaciones, por la ilusión, por el cariño de varias personas que han ido apareciendo y que han ido compartiendo conmigo las inquietudes: quiero agradecer a investigadores de diversas procedencias que me han hecho llegar referencias, han discutido algunos de los puntos que trato en este trabajo, y me han escuchado. Tim Dean, Caty Galaz, Blanca Callén, Rodrigo Prieto, Marcel Balasch y Steven Mallon, gracias. En esta misma línea, quiero agradecer el trabajo de revisión a los colaboradores de las revistas en las que se han publicado los artículos que aparecen en esta tesis: *Athenea Digital*, *Sexualities* y *Discurso & Sociedad*. Tanto a ellos como a los editores de estas revistas, gracias por considerar el trabajo para su publicación y por mejorar, con vuestras aportaciones, el producto final.

Especialmente, quiero dar las gracias a Anna López, Raquel Taranilla y Carolina Figueras. Vosotras, viniendo de otra(s) disciplina(s), habéis estado ahí, apoyándome, leyéndome, corrigiéndome, escribiéndome y, sobre todo, insistiéndome. Muchas gracias por todo el apoyo que me habéis dado y por todo lo que me habéis aportado. Espero poder seguir contando con vuestra visión crítica durante muchos más años. Así como espero seguir contando con el saber hacer y la visión crítica de vosotros: Luis Villegas y Rubén Mora. Luis, antes de esta tesis nuestros caminos se habían separado y, en parte, gracias a este trabajo he conseguido volver a contactar contigo y a seguir aprendiendo de ti, de tus conocimientos y tu saber hacer, de tu sensibilidad. Rubén, gracias

---

por tu generosidad, por ayudarme a sanar heridas, por tu honestidad y tu conciencia, por reconectarme con la promoción de la salud sexual. A los dos, sobre todo, gracias por el trabajo que hacéis y por cómo lo hacéis. Y, cómo no, a la gente de Stop: Lluís, Gilbert, Pablo, Per, Sebas, Percy, Rafa y todos los demás. Sin vuestro apoyo y/o resistencia esta tesis no hubiera sido lo mismo. Gracias por confirmar y debatir, por asentir y cuestionar, por vuestra labor. A otros compañeros que han ido afectando la investigación de una u otra manera: Alberto Martín, Daniela Rojas, José Muñoz y muchos más.

A Andy Lisert por prestar sus fotografías para este trabajo y por su ayuda a la hora de pensar de la imagen gráfica de la tesis. En este sentido, quiero agradecer, también, a Ismael Álvarez y a Estaban Varas que me prestaran sus fotografías para la tesis. Aunque, finalmente, haya utilizado las de Andy, agradezco vuestro soporte y predisposición desinteresada.

También quiero dar las gracias a los amigos que han estado ahí, escuchando. Muchos de ellos discutiendo y aportando visiones que he intentado incorporar aquí, otros, simplemente, estando y acompañando en el proceso, que no es poco. Gracias a Helena Ortiz, Juli Romero, Berta Conill, Anna García, Marisa Santiago, Jacob Novella, Susana Catalán, Naiara Goizueta, Marga Ibáñez, Yahel Contreras, Luis Sainz, Dani López, Dani Borrell, Sonia DHuerta, Adam Leverett, Aitor Riquelme, Eulàlia Sau, Lluís Targarona, Sergi Villarino, Sergio Gámez, Juan Rosselló, Gaizka Andueza, Toni Ponce, Eduard Rojo, Conxita Paricio, y al resto de (c)BRS y Panteras Danza. A muchos otros colegas con los que no tengo tanta confianza, pero que en diferentes momentos me han pedido que les explicara de qué iba todo esto y me han escuchado. A mi familia, que han estado a mi lado apoyando material y emocionalmente en este proceso y entendiendo las ausencias: a mi madre, a mi padre, a mi hermana, a mis sobrinas y a todos los demás.

Y, finalmente, como no podía ser de otro modo, a Pedro Gras. Tú has sido el compañero que se ha involucrado en toda esta investigación desde el primer momento. Has leído, has escrito, has cambiado cosas, has discutido, has participado en la elaboración de un artículo. En definitiva, has compartido horas de estudio y esfuerzo en este camino. Pero lo más importante no ha sido eso: has estado ahí aun cuando todo este trabajo era demasiado y las emociones sobre lo que se estaba hablando no eran tan fáciles de digerir. Gracias por estar en el camino, gracias por influir esta tesis de la manera en que lo has hecho. Gracias por cambiarla, cambiarme y dejarte cambiar.



Libre: descendu de la croix. À la Bareback House, je me sentais bien, sans complexe ni culpabilité (si un jour je l'ai jamais été...). Je me sentais libre. Délesté de toute honte. J'étais content et fier, heureux même. Ni mon homosexualité ni ma séropositivité n'étaient plus mon opprobre. Tout autour, des hommes comme moi qui ne se mentaient pas, qui pouvaient vivre leurs fantasmes, sans leur croix. [...] Ce soir-là, on trouvait pas mal de grosses bêtes dépravées. [...] C'est le premier argument des anti-barebackers: «Vous ne faites pas attention à vous-même, vous ne vous respectez pas, vous vous détruisez». Et bien non, nous ne sommes pas forcément autodestructeurs. Bien au contraire. Nous sommes en lutte pour nous assumer tels que nous sommes, tels que sont nos désirs. Vivre notre jouissance, respecter nos différences et agrandir notre liberté. Et notre liberté étend la vôtre à l'infini.

[Libre: descendido de la cruz. En la casa del *bareback*, me siento bien, sin complejos ni culpabilidad (si es que los he tenido alguna vez...). Me siento libre. Aliviado de cualquier vergüenza. Estoy contento y orgulloso, feliz incluso. Ni mi homosexualidad ni mi seropositividad siguen siendo mi afrenta. Al rededor, los hombres como yo que no mienten, que pueden vivir sus fantasías, sin la cruz. [...] Esta noche, había bastantes animales depravados. [...] Es el primer argumento de los *anti-barebackers*: «No os prestáis atención a vosotros mismos, no os respetáis, os destruí». Pero no, no somos necesariamente autodestructivos. Al contrario. Luchamos por asumir lo que somos, lo que son nuestros deseos. Por asumir nuestro disfrute, respetar nuestras diferencias y ampliar nuestra libertad. Y nuestra libertad extiende la vuestra al infinito.]

(Rémès, 2005: 15)



BLOQUE I

# Introducción





## CAPÍTULO 1

# Testigo modesto

So, agreeing that science is the result of located practices at all levels, Harding concurs with Woolgar that reflexivity is a virtue the modest witness needs to cultivate. But her sense of reflexivity is closer to my sense of diffraction [...] The point is to make a difference in the world, to cast our lot for some ways of life and not others. To do that, one must be in the action, be finite and dirty, not transcendent and clean. Knowledge-making technologies, including crafting subject positions and ways of inhabiting such positions, must be made relentlessly visible and open to critical intervention. [Así, estando de acuerdo con que la ciencia es el resultado de prácticas localizadas en todos los niveles, Harding coincide con Woolgar en que la reflexividad es una virtud que el testigo modesto necesita cultivar. Su sentido de la reflexividad, sin embargo, está más cerca de mi sentido de la difracción [...] El objetivo es marcar una diferencia en el mundo, implicarse por unos modos de vida y no por otros. Para hacerlo, hay que estar en la acción, ser finito y sucio, no trascendente y limpio. Las tecnologías de producción de conocimiento, incluyendo la creación de posiciones de sujeto y los modos de habitar tales posiciones, deben hacerse visibles sin vacilar y estar abiertas a la intervención crítica.] (Haraway, 1997: 36)

Quiero iniciar este primer capítulo con una cita de Donna J. Haraway porque tal vez sean sus reflexiones las que más me han inspirado en la investigación que voy a presentar. Sus preocupaciones por una epistemología feminista coherente y consistente han puesto en constante cuestión los planteamientos que, a continuación, desarrollo. Mi preocupación principal ha sido la de presentar una obra que permita plasmar mi visión de *testigo modesto* sobre la prevención del VIH dirigida a los hombres que ~~tienen~~ tenemos sexo con otros hombres —en adelante, HSH— en el contexto español. He querido llevar a cabo un trabajo que ayude a entender cómo nuestros discursos —los de los homosexuales y los de las personas que trabajamos en la promoción de la salud sexual— tienen un efecto sobre cómo entendemos el sexo y sobre el riesgo

que asumimos en nuestras prácticas sexuales. Pero antes, creo que es necesario explicar cómo he llegado hasta aquí. Y es que la *objetividad* de la investigación —como discute Haraway (1997)— pasa por dar a conocer de dónde se parte, por explicitar quién es el investigador, por detallar con quién se ha decidido conversar —y con quién no—. También es necesario situar la investigación en un contexto discursivo determinado y señalar dónde se pretende llegar. Se trata, en definitiva, de involucrarse en la investigación, de estar presente y no esconderse detrás de lo que pretende ser un discurso objetivo. Por eso, intentaré recapitular, a continuación, cómo ha sido el recorrido de esta tesis doctoral. Probablemente, no siempre podré contar las cosas tal como han sucedido: no recordaré algunas situaciones, reconstruiré algunos hechos, me dará pudor dar a conocer según qué cosas. Pero prometo intentar ser honesto.

Mi interés por esta investigación surgió de dos trayectorias de trabajo y estudio que nunca pensé que acabarían uniéndose: la promoción de la salud sexual y el interés por los efectos de la intervención social desde una perspectiva social crítica. Durante varios años estuve colaborando como técnico en Stop sida, una organización sin ánimo de lucro que desde 1986 trabaja, en el Estado español, por la salud sexual desde y para la comunidad lesbiana, gay, bisexual y transexual (LGBT). Stop sida pertenecía<sup>1</sup> a la federación de asociaciones de la Coordinadora Gai-Lesbiana de Cataluña y, desde sus inicios, ha dirigido sus acciones a prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual —en adelante, ITS— en personas lesbianas, gais, bisexuales y transexuales, y a disminuir la estigmatización social hacia las personas con VIH de este mismo colectivo. Por aquel entonces, en los años 2006 y 2007, las acciones de esta asociación iban encaminadas a acabar con «la presión de la sociedad cuando encontramos actitudes homofóbicas, la dificultad en la adquisición de preservativos y lubricantes hidrosolubles, la

---

1 La Coordinadora Gai-Lesbiana fue fundada en 1986. Se trataba de una Federación de Asociaciones constituida con el objetivo de reunir el trabajo y los esfuerzos de las asociaciones que trabajan por los derechos de las personas LGTB. Esta ha sido una de las federaciones más importantes en Cataluña. Desde diciembre de 2013 la Coordinadora dejó de existir en gran parte por la falta de financiación. Teniendo en cuenta que el año pasado se registraron 384 denuncias por homofobia y transfobia (Observatori Contra l'Homofòbia, 2013), lo que supuso un incremento del 2% respecto al informe anterior, esta falta de financiación probablemente no tenga que ver con que ya no existe la necesidad de trabajar en contra de la discriminación a las personas no heterosexuales. Stop sida, sin embargo, sí que sigue desarrollando su actividad dentro de las asociaciones miembro del Comité 1r de Desembre (véase, <http://www.comite-1desembre.org/es/nosaltres/entitats-membre-2/>)

falta de habilidad en la negociación del uso del preservativo, las costumbres o los hábitos, todos estos factores que influyen entre las personas que todavía no hacen siempre sexo más seguro. Nuestro objetivo es hacer ver que el sexo más seguro es también sexo divertido, y que hacer sexo seguro sea, de alguna forma, una presión del entorno» (página web de Stop sida, *apud* Martín, 2010: 327).

En Stop sida estuve coordinando un proyecto de intervención en internet —que consistía en acercar los discursos de promoción de la salud sexual a aquellas personas que utilizaban los portales de contacto y los chats como medio para encontrar parejas sexuales— y colaboré en otros proyectos, como la elaboración y difusión de campañas de prevención del VIH en España o la promoción de la salud sexual en trabajadores sexuales en Barcelona. Gracias a este trabajo, empecé a interesarme por un fenómeno del que se empezaba a hablar en España: el *barebacking*. Aunque, como desarrollaré con más detalle en el siguiente apartado, existe toda una discusión sobre qué es esta práctica, podríamos convenir en este punto que se trata de asumir, conscientemente y de forma constante, un riesgo de transmisión del VIH en las prácticas sexuales entre hombres.

Me interesé por el *barebacking* por varios motivos. Por una parte, muchas de las personas que acudían a los servicios de la asociación estaban interesadas en conocer cómo reducir el riesgo en sus prácticas sexuales, a la hora de «follar a pelo». Para mí, fue una ruptura de expectativas el ver cómo las personas que decidían tener sexo sin protección querían saber cómo reducir el riesgo o conocer, por ejemplo, cuándo y dónde hacerse la prueba del VIH. Por ello, algunos de los materiales que empezamos a discutir en el equipo técnico de la asociación, no solo intentaban ofrecer un trabajo de salud sexual más completo que la promoción del uso del preservativo. Ofrecían, también, información sobre cómo reducir el riesgo en prácticas como la penetración anal sin preservativo o la eyaculación en la boca<sup>2</sup>. Desde el equipo veíamos que en algunas encuestas (*cf.* Stop Sida, 2006) se observaba un interés muy elevado en los HSH por obtener información sobre VIH y que, simultáneamente, muchos de los encuestados habían tenido prácticas sexuales que sabían que eran de riesgo con parejas sexuales casuales.

Por todo ello, creía que la gente estaba interesada en tener información y en saber cómo funcionaba la transmisión del VIH (y de otras ITS), pero

---

<sup>2</sup> Una muestra de los materiales que elaboramos en Stop sida son el portal Navega Seguro, accesible en [navegaseguro.es](http://navegaseguro.es), y dos guías de promoción de la salud sexual para HSH: «Esta guía va de culo» y «Esta guía es la polla», disponibles en [stopsida.org/publicaciones](http://stopsida.org/publicaciones).

también sabía que era difícil mantener, en todo momento, el uso del preservativo y, por ello, era necesario acercarse a las personas con otro tipo de discursos. Sin embargo, esta percepción —subjetiva— no coincidía, en muchos casos, con el trabajo que se llevaba a cabo desde otras entidades dedicadas a la prevención del VIH. En diferentes reuniones estatales y congresos pude ver una gran reticencia de técnicos de otras asociaciones e instituciones por hablar de *barebacking* o por promover campañas de reducción de riesgos como las que se empezaban a trabajar en organizaciones como Stop sida. Esto me sorprendía entonces y me sigue sorprendiendo ahora: como hombre que tengo sexo con otros hombres, me he encontrado en varias situaciones en las que otro chico, o yo mismo, no ha querido utilizar el preservativo. También veía (y veo), en las páginas de contacto de internet o en las aplicaciones que existen para contactar a otras parejas (sexuales), a personas que se definen como *barebackers* y existen usuarios que utilizan como apodo nombres como «a\_pelo». Entonces, ¿por qué ese miedo moral a hablar de algo que sucede?

Como decía, no se trata solo de la reserva de algunas personas particulares a hablar de la asunción del riesgo en las prácticas sexuales entre HSH, sino de que el mayor esfuerzo de los programas de prevención de VIH se dirige a aumentar el uso del preservativo de forma sistemática (dando información y facilitando el acceso al preservativo) y a detectar de forma precoz el VIH. Además, hay una ausencia clara de campañas institucionales que aborden de forma específica el *barebacking* —explicando, por ejemplo, los riesgos reales de cada una de las prácticas sexuales y cómo reducirlos en caso de no utilizar preservativo—. De hecho, muchas de las campañas existentes, directivas o simplistas, eran criticadas por algunas de las personas que usaban los servicios de la asociación. Recuerdo varias situaciones en las que alguien se quejó de los mensajes que recibía desde la prevención. Esta crítica no solo llegaba de parte de las personas que asumían un alto grado de riesgo en sus prácticas sexuales, sino también de las personas que no lo asumían. De hecho, este descontento sigue llegándome, ahora, de compañeros, de amigos, de conocidos y de parejas sexuales. Por ello, empecé a preguntarme cuál era el papel que jugaba la prevención en el rechazo que algunas personas sentían por su discurso.

Sin embargo, a principios de 2008 tuve que marchar de la asociación y decidí retomar los estudios de Psicología que había dejado abandonados durante un tiempo. Al volver a la licenciatura, me matriculé en varias asignaturas de Psicología Social que me ayudaron a profundizar en temas sobre los que había ido trabajando en la asociación desde una perspectiva menos reflexiva.

El hecho de estudiar estas materias con la experiencia de haber participado en la intervención social (y en salud) me permitió cuestionar muchas de las prácticas que yo mismo había llevado a cabo dentro de la organización y a repensar la intervención social directiva. Y esa reflexión, supongo, fue el otro germen de esta tesis. Empecé a estudiar perspectivas como la del *Desarrollo comunitario y el empoderamiento* (Powell, 1990; Zimmerman, 2000), la *Investigación Acción Participativa* (Fals Borda, 1993; Villasante, Montañés y Martín, 2000) o la *Teoría Queer* (Butler, 1990) en varias de las últimas asignaturas de la licenciatura. Me preocupé por cómo repensar la promoción de la salud sexual para que fuera efectiva, pero, sobre todo, para que tuviera en cuenta los derechos e intereses de las personas a quienes iba dirigida. Esa ha sido una de las preocupaciones que ha estado presente a lo largo de todo el trabajo: he querido cambiar la presión por frenar la infección por VIH —presente en la mayoría de la intervención social actual y la investigación sobre prevención, y reforzada por el valor moral que se le da a esta opción—, por trabajar desde un enfoque de garantía de derechos sociales y sexuales (Aedo, García, Pineda y Povedano, 2011).

Hablar del VIH desde una perspectiva de derechos en este contexto comporta situar a los hombres que tenemos sexo con otros hombres como sujetos poseedores de esos derechos y al Estado como agente que debe garantizar que se cumplan. Tal como se señala en la *Declaración Universal de los Derechos Sexuales*, recogida por la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, estos «son derechos humanos universales basados en la libertad inherente, la dignidad y la igualdad para todos los seres humanos». Este planteamiento asume que cada uno debe tener derecho a decidir y elegir libremente cómo vivir y entender sus relaciones sexuales, atendiendo a las limitaciones que se pueden dar en los modelos educativos, las sociedades, las familias y las identidades (para encontrar un desarrollo concreto sobre los derechos sexuales en España, véase, García y Pineda, 2011). El papel de la investigación y la intervención, por lo tanto, es el de entender cómo se construyen las relaciones de poder en nuestra sociedad y cómo estas influyen en nuestra propia salud (Aggleton y Parker, 2002). En el caso de la prevención del VIH, como veremos más adelante, la mayoría de enfoques de investigación/intervención actuales se centran en vigilar y regular las prácticas de los sujetos: qué hacemos y cómo lo hacemos. Una perspectiva basada en los derechos sexuales, sin embargo, pretende delimitar qué mecanismos del poder están suponiendo un problema para la salud.

Desde asociaciones como Terrence Higgins Trust ya se abordaba la promoción de la salud sexual desde un enfoque integral, definiendo, por ejemplo, la salud sexual como «la capacidad de disfrutar y adaptar el comportamiento sexual y reproductivo de acuerdo con una ética personal y de respeto al otro. Esto incluye liberarse del miedo, vergüenza, culpa, falsas creencias y otros factores psicológicos que inhiben la respuesta sexual y deterioran las relaciones sexuales. La Salud Sexual también incluye prevenir y tratar las enfermedades y otros trastornos que interfieren en la sexualidad. Se trataría de equiparar a las personas en las habilidades, conocimientos y recursos para estar informadas y conocer todo aquello que tiene que ver con su salud sexual» (Dixon, 2001). Pero hablar del derecho que tenemos las personas a tener prácticas sexuales que sabemos que pueden transmitir el VIH no es sencillo. Cuestiona varios de los esquemas sociales con los que nos movemos, como discutiré más adelante. Sobre todo, si las personas que tienen estas prácticas son personas con VIH. Y entiendo que no es sencillo porque para mí mismo ha sido un camino difícil y he tenido que parar en varios momentos a pensar qué estaba escuchando y qué estaba diciendo. Pero la perspectiva desde la que parto no es tan simple como la defensa de un neoliberalismo que defiende que cada uno puede hacer lo que quiera. Lo que propongo es pensar la acción prestando atención a factores de la propia organización social que pueden tener relación con la asunción del riesgo en las prácticas sexuales. Factores como la presión social por el sexo más seguro en homosexuales, el hecho de que exista un estigma alrededor del VIH —o, más en concreto, de las personas con VIH— y la sobrerrepresentación del riesgo en las prácticas de sexo entre hombres.

La investigación que presento a continuación, parte del reconocimiento de que la intervención sobre la salud sexual está enmarcada en un contexto cultural e institucional y, por lo tanto, es necesario reflexionar sobre los efectos de la acción social a la hora de plantearse la situación del VIH en HSH. Por ello, está altamente influido por la investigación de las personas con las que inicié la investigación: Marisela Montenegro, Joan Pujol y el grupo de investigación Fractalidades en Investigación Crítica (véase, un ejemplo de su trabajo en Montenegro y Pujol, 2003). Este trabajo se distingue de otros estudios sobre el *barebacking*, sobre todo, porque se sitúa en conexión con las personas que asumen riesgo en sus prácticas y se nutre de estas conexiones para pensar la acción. No quiero, entonces, cuestionar el discurso de quienes asumen riesgo en sus prácticas sexuales, ni intentar delimitar qué características personales les identifican o cuáles son los factores que facilitan que asuman riesgo en sus

prácticas. Eso, como desarrollaré en el siguiente epígrafe, lo han hecho otros autores. En mi caso, la investigación empezó desde la promoción de la salud sexual, desde mi interés por revisar críticamente nuestra intervención. Por ello, en este trabajo ha sido necesario establecer conexiones —escuchar y ser escuchado— con las personas que, presumiblemente, más iban a cuestionar la prevención: quienes practican *barebacking*.

### **1.1. Mi primer acercamiento al tema de investigación: revisión bibliográfica sobre el *barebacking***

Mientras empezaba a establecer estas conexiones fue necesario, como en cualquier investigación, revisar lo que se había dicho hasta el momento sobre *barebacking*. Por ello, antes de desarrollar las preguntas y objetivos de esta investigación, introduciré en este epígrafe una revisión actualizada de la literatura. Aunque este trabajo de documentación se plasma en cada uno de los artículos que componen la tesis, me parece necesario parar en este punto para presentar una visión panorámica sobre cómo se ha conceptualizado el *barebacking* en la literatura científica (biomédica y sociológica) actual. Quiero ofrecer, en este punto, un acercamiento al tema de esta investigación para que quienes no conocen qué es el *barebacking* puedan ver cómo se ha estudiado, pero también quiero dar a conocer los motivos que me llevaron a estudiar su relación con los discursos de la prevención del VIH desde una perspectiva crítica.

Aunque es difícil establecer cuándo se empezó a utilizar el término, la mayor parte de la bibliografía actual coincide en que se dio a conocer a partir del artículo de Stephen Gendin (1997), un activista de la prevención del VIH. Gendin empleó la palabra *bareback* —que podría traducirse como «montar a pelo»<sup>3</sup>— en la revista POZ, especializada en temas relacionados con la vivencia de las personas con VIH. En el texto, el autor utiliza esta expresión para hablar de una práctica de sexo anal sin preservativo que había tenido con otro chico con VIH. Explica que, aunque había tenido sexo anal sin preservativo en otras ocasiones, el hecho de poder hacerlo de forma intencionada le había liberado de la culpa que había sentido en las situaciones en las que había ocurrido como

---

<sup>3</sup> El término *bareback* proviene de la hípica y, según el Diccionario Collins, su descripción literal es «(of horse-riding) without a saddle», esto es, no usar montura en un caballo (Collins, 2014; s.v. *bareback*).



un error no planificado. El hecho de que un activista en la prevención del VIH y en la reivindicación de los derechos de las personas con VIH hablara abiertamente de tener sexo sin preservativo supuso un cuestionamiento claro a los supuestos que habían guiado los discursos anti-sida hasta el momento. De hecho, en el texto, Gendin incluso cuestiona algunos de los presupuestos biomédicos de la época —como la reinfección de las personas con VIH<sup>4</sup>—.

There's even something empowering about the idea of sharing someone else's HIV. It's like being thrown into jail for life and then, while serving your time, having the warden threaten to extend your sentence. The threat has no power because nothing can make a life sentence any worse. You can laugh at the threat, even spit in the warden's face. That time I got fucked by another positive guy, I felt I didn't have to fear HIV any longer. I could taunt it, challenge it by taking it into my body without being further hurt. I know reinfection is a danger. Tons of positive men (including me) are walking storehouses of mutant, multi-drug resistant (MDR) virus. [...] But for some of us, that's beside the point, and reinfection isn't a major worry. It's such a vague concept. And not easy to measure: How do you know if you've been reinfected anyway? [Incluso hay algo de empoderamiento en la idea de compartir el VIH de otra persona. Es como haber sido condenado a prisión de por vida y, después, mientras estás cumpliendo tu pena, que el alcaide te amenace con extender tu condena. La amenaza no tiene ningún poder porque nada puede empeorar una cadena perpetua. Puedes reírte de la amenaza, incluso escupir a la cara del alcaide. Cuando me folló otro chico positivo, sentí que ya no tenía que temerle al VIH. Podía mofarme de él, desafiarlo introduciéndolo en mi cuerpo sin dañarme más. Sé que la reinfección es un peligro. Montones de hombres con VIH (incluido yo) son almacenes andantes de virus mutantes y multiresistentes a la medicación. [...] Pero para algunos de nosotros, eso no viene al caso y la reinfección no es una gran preocupación. Es un concepto vago. Y no es fácil medirla: ¿cómo sabes que te has reinfestado?] (Gendin, 1997)

Esta reflexión por parte de Gendin también se ha llevado a cabo por parte de otros autores en diversos países occidentales. Aunque en España solo se pueden encontrar críticas al *barebacking* (cf. Carrascosa, en línea; Sáez y

---

4 Durante muchos años, se ha incidido en la necesidad de protegerse en las relaciones entre personas con VIH por el riesgo a infectarse por una nueva variante viral —lo que se conoce como reinfección—. Esta reinfección puede traer consigo una evolución más rápida de la enfermedad y, en algunos casos, la adquisición de nuevas cepas del virus resistentes a la medicación que la persona está tomando. Sin embargo, en los últimos años, desde diferentes fuentes se ha puesto en cuestión la probabilidad de que se origine una reinfección, puesto que la mayoría de casos registrados se han producido en momentos muy cercanos a la infección. Con todo, no está claro si esta falta de reporte de nuevos casos tiene que ver con la baja frecuencia de reinfecciones o con la complejidad de realizar análisis que permitan documentar tal efecto (cf. Cheonis, 2006; Piantadosi, Chohan, Chohan, McClelland y Overbaugh, 2007).



Carrascosa, 2011), en Francia, por ejemplo, Erik Rémès ha dedicado parte de su obra a hablar abiertamente de ello (véase, por ejemplo, Rémès, 2003). El autor también trata, entre otras cuestiones, la sensación de liberación que alguien con VIH puede encontrar en el sexo sin preservativo. Pero amplía este sentimiento a cualquier hombre que tiene sexo con otros hombres: tenga o no el VIH. Este posicionamiento, altamente crítico, supuso un gran revuelo en la promoción de la salud sexual francesa. De hecho una de las asociaciones más conocidas en la prevención del VIH, Act-Up Paris, llegó a atacar a la editorial en la que Rémès publicaba sus textos (motivo por el que Act-Up París acabó siendo condenada) (Act-Up Paris, 2003, 2007).

Ahora bien, el uso de este término no está restringido a la obra de activistas o escritores, como Gendin o Rémès, sino que ha proliferado en distintos espacios y contextos sexuales para HSH en la mayoría de países occidentales, entre ellos España. Por una parte, existen blogs y foros<sup>5</sup> en los que las personas explican sus experiencias a la hora de tener sexo sin protección, generalmente de forma morbosa. En estas páginas también hay una alta presencia de fotografías o vídeos de personas no profesionales teniendo sexo sin protección. Por otra parte, en portales y aplicaciones<sup>6</sup> pensados para establecer contactos (sexuales) entre hombres, algunas personas se autoidentifican como *barebackers* (Wolitski, 2005) —o su equivalente en español *apelero*—. Es decir, *bareback* es un término conocido entre los HSH, no tanto porque mucha gente practique el *barebacking*, sino porque la mayoría sabemos qué es y qué significa —tanto si lo practicamos como si no lo hacemos—. Para mí, un buen ejemplo de esto es que cuando he explicado el tema de esta tesis a mis amigos gays o bisexuales no ha sido necesario definir qué era el *barebacking*. Sin embargo, cuando lo he hecho a cualquier otra persona que no estaba familiarizada con estos códigos (sexuales), sí que he tenido que definir qué es y cómo se entiende.

Uno de los agentes que creo que más claramente ha influido en este conocimiento generalizado sobre el *barebacking* es la industria pornográfica homosexual. Por una parte, algunas productoras han adaptado sus códigos a lo que estaba sucediendo socialmente: muchas personas habían dejado de usar el preservativo en sus relaciones sexuales o la posibilidad de tener sexo sin pro-

---

5 En el anexo 1 se ha elaborado un listado con diferentes direcciones web cuyo contenido principal es el sexo sin preservativo entre HSH.

6 Pueden consultarse aplicaciones como Grindr o Scruff, o plataformas como gayromeo.com o bakala.org, altamente utilizadas para encontrar a otras parejas sexuales (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

tección les daba morbo. Mientras que en los primeros años del sida ninguna productora se hubiera atrevido a filmar escenas de porno gay sin un preservativo, a partir de finales de los años 90 y, sobre todo, desde principios de 2000, muchas personas querían ver escenas de sexo en las que no se usara el preservativo o en las que hubiera eyaculaciones en la boca —las dos prácticas de alto riesgo para la transmisión del VIH— (McKittrick, 2010). Pero, por otra parte, esta adaptación de códigos no ha sido un mero reflejo del deseo de muchos HSH, sino que también ha ayudado a (re)producir un imaginario de lo que es excitante, como pasa con cualquier otro tipo de prácticas que se potencia desde esta industria (véase, por ejemplo, Mercer, 2003). Si bien la constante amenaza de la infección hace que muchas personas no se sientan cómodas al ver pornografía gay en la que se retratan prácticas de riesgo, muchas otras se sienten atraídas por este tipo de imaginario (Mowlabocus, Harbottle y Witzel, 2013). De hecho, existen, actualmente, algunas productoras que se dedican exclusivamente al sexo *bareback* (como Treasure Island Media o Dark Alley Media) o que dedican parte de sus producciones a este tipo de sexo (como BelAmi o Jalif Studio).

En cualquier caso, la preferencia por las prácticas sexuales sin protección no es algo reservado a los HSH, por lo que el deseo de algunos hombres por tener sexo sin preservativo, por ejemplo, no es algo sorprendente. En palabras de Tim Dean, «wether gay or straight, who wouldn't admit to preferring intimacy free from the muted sensations and interruptions of rubber or latex? [con independencia de ser gay o hetero, ¿quién no admitiría preferir una intimidad libre a las interrupciones y sensaciones debilitadas de la goma o el látex?]» (2009: 1) Probablemente, en ausencia de riesgo para la transmisión de infecciones de transmisión sexual (o de embarazo), la mayoría de personas manifestaría una preferencia por tener sexo sin preservativo. Entonces, ¿cuál es la diferencia entre el *barebacking* y tener sexo sin protección? El *barebacking* es una manera de identificar el sexo sin protección en el colectivo que más ha estado relacionado, históricamente, con el sida y las relaciones sexuales: los hombres gais y bisexuales<sup>7</sup>. Por ejemplo, no es lo mismo hablar de *barebacking* que hablar de sexo sin protección en parejas heterosexuales, porque esta etiqueta solo se reconoce como propia entre HSH y porque solo algunos HSH la utilizan para identificarse a sí mismos —o, mejor dicho, para definirse

---

7 En el capítulo 2 se ofrece un análisis detallado de la relación histórica entre homosexualidad y sida en el que se presta especial atención a las prácticas de gubernamentalidad que se despliegan en la promoción de la salud sexual en HSH.

en contextos de encuentro sexual—. Pero no se trata únicamente de una forma de identificarse; como veremos, esta práctica está muy relacionada con los conceptos de riesgo.

Entonces, ¿cómo podría definirse el *barebacking*? Una gran cantidad de estudios han intentado delimitar qué es desde perspectivas como la sociología (Adam, 2005; Shernoff, 2006; Holmes, O’Byrne y Gastaldo, 2006), la antropología (Junge, 2002), la psicología (Cole, 2007; Mansergh et al., 2002; Suarez y Miller, 2001; Holmes y Warner, 2005), el derecho (Holmes y O’Byrne, 2006) o la salud pública (Berg, 2008; Elford et al., 2007; Halkitis, 2007; Wilton, Halkitis, English y Roberson, 2005) en el ámbito internacional<sup>8</sup>. Lo han hecho, principalmente, a partir de encuestas o entrevistas a HSH (que podían o no tener prácticas *barebackers*). La mayoría de estos estudios conviene que para que el sexo anal sin protección entre HSH se considere *barebacking* debe existir un riesgo para la transmisión del VIH (Carballo-Diéguez, 2001) y debe darse con una pareja sexual ocasional (Mansergh et al., 2002). En términos generales, muchos artículos han definido el *barebacking* como una práctica sexual de riesgo entre HSH en parejas casuales.

Aunque la discusión sobre los problemas de esta definición en el contexto español es objeto de análisis del artículo que se presenta en el capítulo 3 (Ávila y Montenegro, 2011), cabe señalar en este punto que la revisión bibliográfica demuestra que la propia definición está en controversia. El término *bareback* ha evolucionado semánticamente y algunas investigaciones muestran cómo, para algunas personas que tienen prácticas *bareback*, el riesgo de transmisión del VIH no es un indicador (Dawson, Ross, Henry y Freeman, 2005) y el *barebacking* podría ser un sinónimo de sexo sin protección (Halkitis, Wilton y Galatowitsch, 2005; Huebner, Proescholdbell y Nemeroff, 2006). En definitiva, podría decirse que hablar de *barebacking* es una forma de manifestar una preferencia por prácticas sexuales de riesgo en HSH, tanto de sexo anal sin preservativo como de eyaculación en la boca.

---

8 En España, no se han encontrado estudios sistemáticos cuyo tema central sea el *barebacking*. Solo alguna comunicación de congreso, desde el ámbito de la salud pública (Rojas, 2005, 2007). En un libro de reciente publicación también se ofrece una reflexión sobre las implicaciones del *barebacking* para la prevención del VIH (cf. Sáez y Carrascosa, 2011). En artículos científicos, lo que sí aparecen son referencias a esta práctica, en tanto que sexo anal sin protección entre HSH de forma intencional, en investigaciones generalistas sobre prevención del VIH (véase, por ejemplo, Fernández-Dávila, 2009; Fernández-Dávila y Zaragoza, 2011; Folch, Muñoz, Zaragoza y Casabona, 2009).

Más allá de la definición del término, otros estudios (desde la investigación cuantitativa y cualitativa) se han encargado de intentar entender por qué, a pesar del riesgo para la propia salud —y para la colectiva—, las numerosas campañas de prevención y el nivel de información social sobre la infección por VIH, algunos hombres asumen riesgo en sus relaciones sexuales con otros hombres (Odets, 1995; Crossley, 2002). Con el objetivo de ordenar la información existente acerca de los motivos que se han establecido en la literatura científica, he decidido agrupar las explicaciones que se han aportado en sociales —si afectan a la organización macrosocial—, comunitarias —si tienen que ver con la formación de la comunidad homosexualidad o del *barebacking*, en tanto que colectivos—, interpersonales —si son factores relacionales, especialmente en las relaciones sexuales— e intrapersonales —si dependen de características psicosociales del individuo—. Si bien estas categorías se desprenden de la propia revisión bibliográfica, soy consciente de que la taxonomía que presento a continuación es arbitraria y responde, sobre todo, a la intención de ordenar mi presentación. Por ejemplo, aunque, por cuestiones de claridad expositiva, he ubicado los estudios sobre *masculinidad* en el nivel social —dado que es un aspecto estructural de nuestra sociedad—, podría haberlos situado en el nivel comunitario o en el individual.

En primer lugar, en (i) el nivel social podrían identificarse como una de las explicaciones que se da al fenómeno, sobre todo, los avances en cuanto a las terapias para la infección por VIH. Para algunos autores (Halkitis et al., 2003; Wolitski, 2005), el avance en el tratamiento, y su consiguiente impacto en la mejora de la calidad de vida de personas con VIH, ha ayudado a que varias personas que practican *barebacking* no consideren que la infección por VIH vaya a tener un impacto tan negativo sobre su salud. Otros estudios (Elford et al., 2007), además, señalan que los HSH que asumen riesgo en sus prácticas sexuales, en general, estaban menos preocupados por la infección a causa de los avances en las terapias HAART (Highly Active Anti-Retroviral Therapies [terapias antirretrovirales de gran eficacia]).

En este mismo nivel, podrían situarse los estudios que tratan de establecer una conexión entre el *barebacking* y la emergencia de espacios en internet para encontrar parejas sexuales (Groß, 2006; Carballo-Diéguez et al., 2006). Según estos estudios el hecho de que existan portales, foros y salas de chat exclusivas para *barebackers* facilita que las personas que quieren practicarlo encuentren compañeros sexuales (Dowsett et al., 2008). Así, se enseña cómo existe una variabilidad de maneras de encontrar otras parejas sexuales que quieren

practicar sexo sin protección y donde este pueda ser expresado como marca de identidad de forma mucho más pública (Wolitski, 2005). De hecho, algunos estudios identifican internet como el espacio más común para conocer a otras parejas sexuales *barebackers* (Mansergh et al., 2002).

Siguiendo esta misma línea, varios autores han identificado que parte del discurso del *barebacking*, sobre todo el recogido a partir de extractos de textos en internet, reproduce algunos discursos heteronormativos (Haig, 2006; Dowsett et al., 2008). Para estos autores, las expresiones que se utilizan —como, por ejemplo, «voy a preñarte»— reproducen un esquema de masculinidad clásico (Dowsett et al., 2008). Por el contrario, para otros autores (Odets, 1995; Crossley, 2002, 2004; Riggs, 2006), el *barebacking* es una forma de transgresión frente a una sociedad opresiva en cuanto a la sexualidad de los hombres gays y bisexuales. En estos estudios, el *barebacking* es una representación de protesta inconsciente de algunos HSH frente a la visión que existe del sexo entre hombres.

En segundo lugar, en (ii) un nivel de generación de comunidad, se encuentran las explicaciones que tienen que ver con cuál ha sido la evolución de la vivencia sobre el sida en la comunidad homosexual. Para algunos de los participantes en estudios (Carballo-Diéguez, 2002; Crossley, 2004), el *barebacking* tiene que ver con que entre los homosexuales se está viviendo una disminución en la percepción de la responsabilidad en el control de la infección por VIH. Se argumenta, así, que en los años 80 y principios de los 90 los hombres gays y bisexuales se protegían de forma mucho más sistemática porque entendían que el VIH era un problema comunitario. Actualmente, este sentimiento colectivo no estaría tan presente y, por ello, se produciría una desafección por el sexo más seguro. Se defiende, en estos artículos, que en los HSH más jóvenes la falta de implicación por la prevención del VIH tiene que ver con que no han vivido los efectos del sida en los primeros años de enfermedad. Por su parte, la falta de implicación de los HSH mayores estaría relacionada con una fatiga por el uso constante del preservativo en sus relaciones sexuales con otros hombres (Halkitis, Wilton y Drescher, 2005). En algunos artículos, por ejemplo, se argumenta que las personas que más cansadas están por el uso del preservativo —o por los discursos de la prevención— son las personas que más prácticas de riesgo tienen (Ostrow et al., 2002) o que más critican los efectos de los discursos simplistas de prevención sobre el cuidado de las propias prácticas sexuales (Leonard, 2012).

También en un nivel comunitario, estarían los estudios que desarrollan la idea de que el hecho de que exista un contexto definido como una comunidad *barebacker* ayuda a que las personas se identifiquen con este tipo de prácticas. Para algunos autores, el hecho de pertenecer a esta comunidad diluye la responsabilidad sobre el sexo seguro —muy presente en el sexo entre hombres— (Berg, 2008) o, incluso, construye nuevos códigos sobre el sexo sin protección (Parsons y Bimbi, 2007). Así, por ejemplo, por el hecho de pertenecer a una comunidad *barebacker*, es mucho más difícil negociar el uso del preservativo con las parejas sexuales. Cuando alguien asiste a fiestas *barebackers* o contacta con personas que quieren tener prácticas sexuales sin protección, es mucho más difícil que acabe usando el preservativo, aunque cambie de opinión en el momento de la práctica sexual. Según estos estudios, por este motivo, se afianzan todavía más las prácticas de riesgo en esta comunidad. En este mismo sentido, la investigación de autores como Tim Dean (2009, 2011) analiza el *barebacking* como subcultura y describe aquellos rasgos que la identifican. A diferencia del resto de trabajos que se analizan en este apartado, Dean analiza el *barebacking* como participante y trata de identificar aquellos rasgos que cree que definen su contexto comunitario. De este modo, tanto Dean como otros autores que siguen su trabajo describen el lenguaje, los rituales, las etiquetas, las instituciones y la iconografía propia de la subcultura del *barebacking* (Dean, 2009, 2011; Mowlabocus, Harbottle y Witzel, 2013).

En tercer lugar, en la bibliografía pueden identificarse características que podrían situarse en (iii) un nivel interpersonal: aquellas cuestiones que tienen que ver con la relación entre la persona que tiene la práctica de riesgo y su(s) pareja(s) sexual(es). Por una parte, algunos estudios resaltan el carácter simbólico de las relaciones sexuales en las que no se utiliza el preservativo: para muchas personas, no «ponerse el condón» favorece un grado mayor de intimidad con su pareja sexual (Lowy y Ross, 1997; Rhodes y Cusik, 2000; Mansergh et al.; 2002). Esto se une a la mayor excitación que supone el juego con el semen en las relaciones sexuales —tanto anales como orales— (Yep et al., 2002; Dean, 2009, 2010). En suma, con independencia del riesgo que entrañan, el sexo anal sin preservativo y el sexo oral con eyaculación en la boca suponen para algunas personas un mayor grado de satisfacción que las prácticas de sexo más seguro, debido a que implican una mayor conexión con la pareja sexual y una mayor variación del tipo de prácticas sexuales que alguien puede tener. Este tipo de estudios también se ha llevado a cabo desde un análisis psicoanalítico (Forstein, 2002; Holmes y Warner, 2005).



Del mismo modo, se ha estudiado como factor relacional la comunicación sobre la situación frente al VIH, esto es, explicar/preguntar a la pareja si tiene o no tiene VIH. La mayoría de estudios coinciden en que las personas que practican *barebacking* y desconocen su estado frente al VIH suelen tener relaciones sexuales con otras personas que suelen ser seronegativas. Por su parte, estos estudios combienen que los *barebackers* con VIH suelen tener sexo con otros hombres con VIH (Bimbi y Parsons, 2005; Starks et al., 2013). Sin embargo, también se ha visto que no siempre se discute la situación frente al VIH antes de la relación sexual. Aunque en Estados Unidos, una gran mayoría lo hace (Dawson et al., 2005; Ridge, 2004), puesto que no hacerlo sería un delito, se ha visto que en el contexto europeo no es tan usual que las personas hablen de ello antes de una relación sexual, sobre todo, por el estigma que supone para las personas con VIH (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013). Sin embargo, dado que en internet es más fácil comunicar el seroestatus, se ha visto que muchas personas, sobre todo las personas con VIH, lo comunican a través de los portales de contacto sexual, para seleccionar otras parejas sexuales con VIH con las que tener relaciones sexuales sin preservativo (Haig, 2006; Shernoff, 2006).

Finalmente, en cuarto lugar, se identifican algunos factores que tienen que ver con (iv) un nivel intrapersonal. Más allá de aquellos que tienen que ver con las características étnicas y de procedencia de las personas que practican *barebacking*, que probablemente no coincidan con el contexto español, sí que se ha visto que algunas personas que pertenecían a colectivos en mayor riesgo de exclusión sexual asumen un mayor riesgo en sus relaciones sexuales (Huebner et al., 2006). Algo similar se ha visto en algunos estudios en España, en los que se muestra, según los autores, que las personas de origen extranjero tienen relaciones sexuales sin protección con mayor frecuencia (Fernández-Dávila et al., 2013). Este tipo de estudios, mayoritariamente demográficos, han establecido, también, la edad de las personas que practican *barebacking* como factor relevante. Así, para estos autores, los HSH de menor edad mantienen más relaciones sexuales de riesgo que los HSH mayores (Elford et al., 2007; Halkitis et al., 2005). Según algunos estudios, de hecho, existe la creencia de que los jóvenes no se preocupan por la infección porque nunca han visto cómo sus amigos cercanos han muerto o han enfermado a causa del sida (Harpaz, 1999; Crossley, 2002)

Como factores intrapersonales también se han delimitado los motivos por los que la gente practicaba el *barebacking*. Así, a partir de cuestionarios

o entrevistas, se han establecido algunos de los motivos que aportaban las personas para asumir riesgo en sus prácticas. Estos motivos, que tienen mucho que ver con lo que se ha hablado hasta el momento, son el deseo de aumentar el placer sexual (Carballo-Diéguez, 2001; Mansergh et al., 2002), la necesidad de sentirse más cercano a la pareja sexual (Bimbi y Parsons, 2005) o el hecho de sentirse más masculino por tener prácticas sexuales sin protección (Adam, 2005; Carballo-Diéguez y Bauermeister, 2004; Cheuvront, 2002; Haig, 2006; Shernoff, 2006). A la hora de determinar estos factores, algunos estudios también han relacionado algunos rasgos de personalidad con el *barebacking*, principalmente, la necesidad de búsqueda de sensaciones en el sexo (Berg, 2008; Bimbi y Parsons, 2005; Carballo-Diéguez, 2001; Halkitis y Parsons, 2003; Halkitis et al., 2005; Ridge, 2004). Así, se delimita en estos estudios a la persona que practica *barebacking* como alguien que busca sensaciones extremas y que encuentra en el sexo sin protección una forma de exposición al riesgo.

Finalmente, se ha relacionado en muchos estudios la asunción de riesgo en las prácticas sexuales con el uso de drogas de forma recreacional, por ejemplo (Berg, 2008; Elford et al., 2007; Halkitis et al., 2005; Parsons y Bimbi, 2008; Wilton et al., 2008). Aunque este factor lo he incluido dentro del nivel individual, también podría considerarse en un nivel contextual. Según estos autores, el uso de drogas y de alcohol se conecta con el *barebacking* tanto en personas que tienen prácticas de riesgo de forma sistemática, como en personas que, de forma esporádica, tienen prácticas sin protección porque se dejan llevar tras haber consumido alguna sustancia. Esta relación se ha visto tanto a la hora de tener sexo sin protección, como a la hora de encontrar parejas sexuales o contactar por internet para conocer a otras parejas sexuales (Berg, 2009). Es decir, el hecho de consumir alcohol u otras drogas afecta a las estrategias de autocuidado en el momento de la práctica sexual —por las dificultades de negociación del uso del preservativo y por la desinhibición asociada al consumo de sustancias—, pero también a la hora de contactar con otras parejas sexuales con las que se pueden acordar prácticas sexuales sin protección.

Como puede verse, la mayor parte de las investigaciones sobre *barebacking* ponen el foco en el individuo —o el grupo de individuos— que tienen prácticas sin protección en sus relaciones sexuales. A través del análisis de las personas —los HSH que asumen (o no) riesgo en sus prácticas sexuales—, estas investigaciones intentan definir la práctica del *barebacking*



y delimitar los factores facilitadores. En términos generales, la mayoría de investigación pretende, en definitiva, disminuir la frecuencia de las prácticas de riesgo y analizan, para ello, las circunstancias asociadas a estas prácticas.

## **1.2. Cuestionamientos como puntos de partida: las preguntas de esta investigación**

Sin embargo, las descripciones sobre *barebacking* y los factores que se han asociado a esta práctica en el apartado anterior no son neutros. Como se ha comentado, la mayor parte de estas investigaciones responden a una lógica de salud pública concreta: frenar los casos de nuevas infecciones por VIH en las relaciones sexuales entre hombres. Dicho en otras palabras, «[l]as versiones de un mundo ‘real’ no dependen [...] de una lógica de ‘descubrimiento’, sino de una relación social de ‘conversación’ cargada de poder». (Haraway, 1995: 329). En este caso, sobre todo, del lugar desde el que se han redactado los informes que se han examinado en el apartado anterior: el interés por reducir las prácticas de riesgo entre HSH a partir del estudio demográfico y psicosocial de las personas que tienen sexo sin protección.

Al leer la mayoría de artículos que he presentado, uno puede ver que el *barebacking* se identifica como una conducta negativa, como una decisión cuestionable o, en el mejor de los casos, poco reflexionada. Me molestaba mucho —y me molesta— el hecho de que se asuma en estos estudios que los HSH que tenemos prácticas sexuales sin protección somos inconscientes e irresponsables: o estamos desinformados (si no tenemos el VIH), o somos malos e inmorales, cuando no delincuentes (si vivimos con el VIH). Sobre todo, porque esta vigilancia sobre las prácticas sexuales seguras no está connotada tan negativamente en otros colectivos. Pero también porque es similar a lo que venía viendo en la intervención social: el autocuidado se asume como un valor casi moral, mucho más en el caso de la prevención del VIH en hombres gays y bisexuales.

Por ejemplo, en las investigaciones en las que se establece el avance en el tratamiento como uno de los factores asociados a la asunción de riesgo, no se tiene en cuenta que el hecho de que las personas estén más informadas sobre los riesgos del VIH para su salud en la actualidad no es algo que, necesariamente, tenga que ser negativo. Desde un punto de vista de salud pública, esto supone un reto para la prevención de la infección por VIH, pero desde un punto de

vista social es comprensible que las personas decidan qué riesgo quieren asumir en función de los efectos que puedan tener sus prácticas para su salud.

Del mismo modo, dado que estas investigaciones ponen el foco en el *barebacking*, en ocasiones no tienen en cuenta que la mayor parte de los factores que establecen como favorecedores de esta práctica podrían aplicarse a otro tipo de conductas cuestionadas socialmente. Así, por ejemplo, si bien es probable que la mayor parte de los contactos con otros *barebackers* se hagan utilizando internet, también lo es que, actualmente, se utilicen los portales web para establecer contactos sexuales BDSM (Rambukkana, 2007), que es también una práctica que recibe una connotación social negativa. El anonimato de la red permite que las personas expresen gustos o preferencias que no admitirían en público en muchas ocasiones. Además, internet se ha convertido en una herramienta que permite encontrar personas con gustos, inquietudes o prácticas similares, con independencia de su valoración social. Por otra parte, aunque probablemente la masculinidad esté presente en los discursos *barebackers*, esta no se limita a los HSH que practican *barebacking*. La masculinidad está presente en el discurso de las páginas de contacto de muchos HSH, independientemente de si tienen prácticas de sexo seguro o no. Así, algunos hombres que no tienen prácticas de riesgo se describen a partir de frases como «busco tíos sin pluma, como yo» o «solo masculinos»<sup>9</sup>.

Sin cuestionar en este punto la necesidad de la intervención e investigación social sobre la promoción de la salud sexual, esta investigación nace de la convicción de que los discursos de prevención actuales no están funcionando, ya que muchas personas los sienten lejanos y agresivos. «If they wonder why popular support for AIDS groups is plummeting among gay men (not those associated), they need look no further than their own press releases, media statements, and prevention brochures. If you patronize and defame gay men, don't act shocked when we no longer support you. [Si se preguntan por qué el apoyo popular a los grupos de lucha contra el sida se está desplomando en los hombres gais (no aquellos que están asociados), solo tienen que mirar sus notas de prensa, sus declaraciones a medios de comunicación y sus folletos de prevención. Si difamas a los hombres gais y los tratas con condescendencia, no te sorprendas cuando no te seguimos apoyando]» (Rofes, 1999).

Aunque estoy de acuerdo con que se trata de decisiones personales que no todo el mundo toma, para que algunas personas necesiten definirse en con-

---

<sup>9</sup> Este tipo de textos está presente de forma bastante mayoritaria en los portales de contacto y en las aplicaciones destinadas a conocer parejas sexuales.

tra del sexo seguro debe existir un contexto de presión por el cuidado de la salud sexual. Aunque todavía no se han introducido los conceptos teóricos que se manejarán en esta tesis, podríamos decir que para poder entender una práctica de resistencia, es necesario conocer el contexto social en el que está teniendo lugar y sus estructuras de poder (Foucault, 1989, 1991). Así, siguiendo los análisis más críticos de las investigaciones presentadas en el apartado anterior (Dean, 2009, 2011; Leonard, 2012; Mowlabocus, Harbottle y Witzel, 2013), en este trabajo quiero reflexionar sobre los efectos de los discursos de la promoción de la salud sexual en las decisiones que los HSH tomamos sobre nuestra propia salud sexual. No se trata de cuestionar la necesidad de la intervención o de responsabilizar a la promoción de la salud sexual de que haya personas que asumamos riesgo —de forma esporádica o constante— en nuestras prácticas sexuales, sino de parar un momento para pensar si los discursos actuales de la intervención social (y biomédica) en la prevención del VIH dirigida a los HSH puede estar teniendo un efecto contrario al deseado.

En concreto, la pregunta directriz que guía el contenido de esta tesis podría sintetizarse así: ¿cuál es el papel que juegan los discursos de la promoción de la salud sexual dirigidos a HSH en España en la construcción de un contexto social en el que el *barebacking* aparece y qué relación tiene este contexto con la asunción de riesgo por parte de las personas que practican *barebacking*? De este modo, mi principal preocupación en esta investigación ha sido la de cambiar el foco de atención de la investigación actual sobre *barebacking*: pasar de investigar a las personas que asumen riesgo en sus prácticas o los discursos de quienes practican *barebacking*, a analizar la relación que existe entre el *barebacking* y el contexto social en el que este emerge. Pero ¿cómo hacerlo?, ¿con quién hablar? Como desarrollaré en los siguientes apartados, en esta tesis propongo una mirada (situada) desde el acercamiento a quienes practican *barebacking* en España.

### 1.3. Los objetivos de esta investigación

Para comenzar, se detallan, a continuación, los objetivos que he establecido para poder dar respuesta a la pregunta directriz de la tesis. Un único objetivo general que se concreta en cinco objetivos específicos —cada uno de ellos desarrollado en un capítulo de esta tesis—.

### 1.3.1. Objetivo general

Analizar la relación entre la asunción de riesgo para la transmisión del VIH en las prácticas sexuales de algunos hombres gais y bisexuales, y los discursos de la promoción de la salud sexual dirigida a HSH.

### 1.3.2. Objetivos específicos

1. Revisar la influencia de la relación entre homosexualidad y sida en los discursos sobre prevención del VIH dirigidos a HSH (§2)
2. Ofrecer una visión general sobre la manera en que se configuran los significados del término *bareback* en narrativas de personas que lo practican, poniéndolas en relación con textos científico-académicos que incorporan parte de los principios que guían las políticas sanitarias. (§3)
3. Poner en diálogo los discursos de la prevención del VIH y de las narrativas de las personas que practican *barebacking* y explorar la relación que existe entre ambos. (§4)
4. Delimitar el discurso de las campañas de prevención de VIH y otras ITS dirigidas a HSH, prestando especial atención a cómo se construye el destinatario de las campañas, quién es el responsable de asumir o no asumir riesgo en sus prácticas sexuales y cuáles son las estrategias discursivas que se utilizan en los materiales (§5)
5. Analizar las connotaciones referentes a la subjetividad o práctica de *barebacking* en los diferentes agentes relevantes en la promoción de la salud sexual dirigida a hombres que tienen sexo con otros hombres: promotores de salud, hombres que tienen sexo con hombres y adoptan prácticas de sexo seguro y personas que practican el *barebacking*. (§6)

## 1.4. Primeros momentos de la investigación: el acercamiento al campo-tema

En los primeros momentos de esta investigación, proliferaban las lecturas sobre el tema, las conversaciones con personas que trabajaban en la prevención del VIH, la búsqueda de textos de personas que decidían tener sexo sin protección, el acercamiento a los manifiestos de personas con VIH que rechazaban algunos de los presupuestos biomédicos, la tarea de documentación sobre la relación entre homosexualidad y VIH y los cuestionamientos con compañeros que trabajaban y discutían los efectos de la intervención social. Todas estas

eran acciones que de algún modo me conectaban con el fenómeno y ayudaban a definir las relaciones desde las que acabaría presentando mi propuesta de investigación. Un acercamiento al campo-tema (Spink, 2003) que ha estado muy mediado por mi recorrido personal en la prevención del VIH (expuesto en los apartados anteriores) y por mi preocupación de que la promoción de la salud sexual para los hombres que tenemos sexo con hombres no esté reservada a frenar las nuevas infecciones. Sobre todo porque, como desarrollaré a lo largo de toda esta tesis, eso solo refuerza la percepción social de que el sexo entre hombres tiene un alto grado de riesgo (tanto si se utiliza como si no se utiliza el preservativo) y de que tener el VIH es algo reprochable.

Los límites de este campo-tema son difusos y el dinamismo de mi acercamiento se ha visto influido por las referencias y conversaciones que han ido surgiendo a lo largo de toda la investigación. Con todo, podrían identificarse dos ejes centrales: el *barebacking* y el estudio de las prácticas de gubernamentalidad sobre la salud sexual de los hombres gays y bisexuales. En concreto, para esta investigación he realizado una búsqueda bibliográfica tanto de los estudios sobre *barebacking*, como de la documentación que trata la relación entre homosexualidad y sida en las sociedades occidentales, especialmente en España. Para revisar y sistematizar este material, utilicé el gestor de referencias Mendeley<sup>10</sup>. Más allá de las muestras de toda esta búsqueda en las publicaciones que componen el cuerpo de esta tesis (§§3-5), la información sobre *barebacking* se ha presentado en el apartado 1.1 y la información sobre salud sexual y homosexualidad se presentará en el siguiente capítulo (§2).

## 1.5. Estableciendo conexiones parciales: las producciones narrativas

Mi primer acercamiento partía, en cualquier caso, de mi interés por conocer cómo hacer intervención. Las motivaciones iniciales de esta investigación hicieron que me preocupara, principalmente, por acceder a los discursos de las personas que practicaban *barebacking*. Como ya he comentado, para mí era esencial establecer conexiones con las personas que, con sus prácticas, ponían

---

<sup>10</sup> La base de datos incluye 259 referencias que abarcan libros, capítulos de libro, artículos y trabajos inéditos. Cada referencia va acompañada de un breve resumen y una lista de palabras clave, que permite la búsqueda posterior.

en cuestión los presupuestos de salud sexual dirigidos a HSH y ver desde qué perspectiva lo hacían. Algunas investigaciones internacionales han discutido el discurso del *barebacking* a partir de sus textos públicos (cf. Crossley, 2002) o del análisis de la información que aparecía en los perfiles de internet (cf. Carballo-Diéguez et al., 2006). Sin embargo, en esta investigación, no me interesaba tanto acceder a sus discursos públicos para analizarlos desde fuera, sino poder dialogar para generar un producto en colaboración con las perspectivas que pudieran aportar. Quería, así, poder tensionar mi propio discurso —como HSH y como persona que trabajaba en la promoción de la salud sexual— con el de algunas personas que practicaban *barebacking*.

Se trataba, pues, de ver de qué manera podía establecer *conexiones parciales*. Quería facilitar un proceso de investigación en el que tejer una cierta afinidad, pero también una cierta tensión, para llegar a un nuevo producto que permitiese reflexionar sobre los efectos de los discursos de prevención del VIH. En términos de Haraway (1988, 1995), se trataba de acercarme a una objetividad encarnada y situada que requería de esa conexión con otros actores, con el fin de evitar una mirada externa y despersonalizada del *barebacking*, mucho más propia de discursos positivistas en las ciencias sociales. «Debemos buscar la perspectiva de puntos de vista que nunca conoceremos de antemano [...] para conseguir un compromiso con sentido que consiga versiones fidedignas de un mundo ‘real’ que pueda ser parcialmente compartido y favorable a los efectos de libertad» (Haraway, 1991/1995: 329). En definitiva, he querido buscar conexiones que enriquezcan la visión que tenemos del fenómeno para conseguir llegar a un producto que permita que la investigación consiga unos efectos políticos únicos.

Sin embargo, desde un primer momento presupuse que esta sería la tarea menos fácil. En aquel momento —y todavía ahora—, algunas de las personas que tenían sexo sin protección estaban cansadas de que sus perfiles se utilizaran desde las investigaciones y las intervenciones en materia de salud sexual. Un ejemplo de ello es que varios perfiles en páginas de contactos tienen avisos para prohibir el uso de sus textos o imágenes en investigaciones. Entonces, ¿cómo acceder a los discursos de personas que practican *barebacking* respetando su privacidad? Lo primero que hice fue crear un perfil específico para la investigación en una página de contactos muy utilizada en España, pidiendo permiso al administrador (que conocía de mi trabajo en Stop sida). Contacté, así, con aquellos perfiles de personas que vivían en España y que en su perfil tenían nombres como *apelero* o *barebacker*. Pero la experiencia

no funcionó muy bien. Solo algunos de ellos respondieron y ninguno quiso participar en la investigación. Así que tenía que pensar en nuevas opciones.

Mientras pensaba en cómo conseguir que las personas quisieran participar, tuve la oportunidad de conocer una metodología que me atrajo, por su cuestionamiento epistemológico, pero que, además, creía que podría ayudarme a establecer esas conexiones que me estaban costando: la propuesta de las *producciones narrativas* desarrollada por Marcel Balasch y Marisela Montenegro. Según sus autores, esta metodología afirma «la parcialidad de la mirada y apuesta por el establecimiento de conexiones/articulaciones parciales» (Balasch y Montenegro, 2003: 48). En concreto, la técnica consiste en elaborar un texto entre los participantes de la investigación y el investigador que sirva para generar reflexión sobre un tema concreto. Un tema sobre el que los participantes tienen algo que decir.

Esta metodología era interesante para la investigación porque, en lugar de realizar una entrevista (o una encuesta) a unas personas y luego analizarla desde fuera con cierto grado de superioridad, propone elaborar un producto coparticipado. Esto es lo que creía que más podría acercarme a las personas que practicaban *barebacking* de una manera más ética. No tanto preguntarles sobre sus prácticas o sobre lo que pensaban del sexo sin protección, sino involucrarme en la investigación cuestionando mis posicionamientos. En definitiva, podía utilizar las producciones narrativas para reflexionar sobre los discursos de la promoción de la salud sexual con personas que asumen riesgo de transmisión del VIH en sus prácticas sexuales.

La elaboración de producciones narrativas pone énfasis en las dimensiones *heteroglósica* y *responsiva* del lenguaje. Por una parte, el carácter heteroglósico (Bajtin, 1979) se refiere a que el discurso de los participantes de la investigación —y el del investigador— recrea situaciones comunicativas anteriores (de forma parcial o total), es decir, nuestro discurso reproduce discursos sociales sobre el tema que se esté tratando, en este caso, la prevención del VIH y el *barebacking*. Por otra parte, el carácter responsivo (Sisto, 2003) se refiere a que nuestro uso del lenguaje es interactivo y que los discursos que se generan tienen mucho que ver con la situación comunicativa que se crea y, sobre todo, con las personas que están participando en esa situación. Es decir, al hablar con los participantes de la investigación, se presupone que entrarán en juego los discursos de los participantes y del investigador, pero también otros discursos que irán apareciendo en la conversación y que serán, en cierto modo, reproducciones interesantes para la investigación. Se genera, entonces,



un producto que se encuentra «coparticipado en el contexto más inmediato de la participante y la investigadora, y está coparticipado en un sentido ulterior al entenderlo en términos responsivos respecto de un contexto social más amplio» (Balasch y Montenegro, 2003: 46).

Pero, ¿cómo concretar la elaboración de producciones narrativas en mi investigación? Y más importante, ¿cómo utilizarla para acercarme a las personas que practican *barebacking*? En mi primer contacto a través de los perfiles había notado una reticencia por parte de varias personas a encontrarse en persona o a realizar entrevistas cara a cara, por lo que lo primero fue pensar en una manera de acercamiento que permitiera cierto anonimato<sup>11</sup>. Así que para contactar con los participantes decidí conectarme a salas de chat<sup>12</sup> en las que la gente estuviera buscando encuentros sexuales. El hecho de conectarme a salas de chat permitía que los participantes pudieran conservar su anonimato. En estas salas de chat buscaba a participantes que utilizaran apodosos con referencia al *barebacking* o al sexo sin protección (por ejemplo, *bb\_BCN28* o *lefamelabocas2*). Para contactar, escribía un mensaje en la sala general explicando el objetivo de la investigación y, activamente, contactaba con aquellos usuarios que tenían apodosos como los que he mencionado. En caso de que manifestaran un interés por participar en la investigación, les explicaba cuál sería el proceso y les pedía su compromiso. Para poder mantener el contacto con los participantes, se les solicitaba un correo electrónico y se mantenía el contacto con ellos por Messenger o por Skype.

En concreto, pedía que se comprometieran con tres sesiones de interacción en línea y con la lectura de los documentos que se derivaban. En la primera sesión realizaba una entrevista semiestructurada a partir de un guion<sup>13</sup> que se había preparado con la información bibliográfica, en el que les preguntaba por las prácticas que asociaban al *barebacking*, por las propias prácticas sexuales, por la concepción que se tenía del riesgo y por la

---

11 Aunque la mayoría de experiencias en línea reportan comunicación asíncrona (O'Connor et al., 2008; Fox et al., 2008), opté por la comunicación en tiempo real, porque se asemeja más a la entrevista presencial (O'Connor et al., 2008).

12 En concreto, me conecté a los chats de sexo de Barcelona y Madrid de *chueca.com* y de IRC-Hispano.

13 En el anexo 2 se presenta el guion para todas las entrevistas, los materiales usados para las narrativas y las textualizaciones resultantes aprobadas y firmadas por los participantes. Estos productos son visiones parciales del fenómeno que han ayudado a construir las discusiones que se presentan en este trabajo.



propia posición respecto a los discursos de la salud sexual. Tras esta primera entrevista, yo realizaba una *textualización* (Balasch y Montenegro, 2003) sobre lo que se había estado hablando (a partir de la transcripción íntegra de la entrevista) y se la enviaba a los participantes, concertando una segunda sesión. La textualización consiste en la redacción de un texto recoge las ideas que han aparecido en la entrevista y las ordena de forma temática en un tono similar al de la entrevista pero con un discurso más cercano al escrito que al oral.

En la segunda sesión, se revisaba la textualización y se introducían los cambios pertinentes. La intención era que los participantes pudieran reflexionar sobre su propia entrevista y decidir qué discurso querían hacer público en la investigación, aunque, como ya he señalado, sería anónimo. Como se ha explicado anteriormente, la intención de esta sesión era la de participar en la construcción de un discurso reflexivo sobre la prevención desde el acercamiento a las personas que practican *barebacking* y no tanto analizar su discurso espontáneo desde una posición externa. Además, en esta segunda sesión, quise introducir un texto que cuestionaba directamente el *barebacking*. En las primeras sesiones había visto que muy pocos participantes criticaban los discursos de la promoción sexual aunque había incluido preguntas sobre el tema, por lo que quería introducir un elemento que interpelara directamente a su posición. Lo hice con un texto de una persona que firmaba como responsable de la promoción de la salud sexual dirigida a HSH y que criticaba abiertamente la decisión de algunos por practicar *barebacking* con frases como «gracias, insisto, al *barebacking* las personas que trabajamos como técnic@s de prevención tenemos nuestro puesto de trabajo asegurado. No podemos, pues, más que congratularnos por el aumento que dicen tiene este tipo de prácticas. Basta visitar cualquier página web o club para darse cuenta de que con esa ingenuidad o ignorancia —más propia de los discursos blandos y lánguidos de los amores heterosexuales que caracterizan los perfiles de los participantes—, las transmisiones seguirán aumentando más y más» (Carrascosa, en línea). El hecho de presentar este texto fue una decisión consciente de traer un discurso más a la discusión: el de quienes criticaban, desde la prevención del VIH, la posición de las personas que decidían tener prácticas de riesgo.

Tras esta segunda sesión, revisé las textualizaciones y volví a enviar el texto a los participantes. Una vez revisado el texto por todos los participantes, volvíamos a acordar una última sesión para aprobar el producto final o hacer los cambios pertinentes. En esta cita se acordaba la versión definitiva que serviría para la reflexión posterior. Además, los participantes decidían el nombre que

querrían utilizar para identificar sus textos y los títulos que querían darle a sus producciones. Finalmente, seis participantes acabaron todo el proceso y sus producciones narrativas son las que se han utilizado para el análisis de esta tesis (§§3-4). El producto resultante es eminentemente situado entre la posición de los participantes y la mía propia. Se trata de una visión parcial y situada de discusión sobre el *barebacking*. Siguiendo la propuesta de Haraway, se entiende que «[e] yo que conoce es parcial en todas sus facetas, nunca terminado, total, no se encuentra simplemente ahí y en estado original. Está siempre construido y remendado de manera imperfecta y, por lo tanto, es capaz de unirse a otro, de ver junto al otro sin pretender ser el otro» (1995: 331-332). Por lo tanto, estas textualizaciones no tienen la intención de ser una representación del fenómeno, sino de ser comprensiones alrededor de las experiencias de cada uno de los participantes en una situación concreta: la de la investigación.

Aunque los textos finales son revisiones sobre el fenómeno que en sí mismas tienen sentido, se propuso un método de análisis para las producciones narrativas inspirado en las propuestas de Maria Tamboukou (2008) y de Heather Fraser (2004). La idea principal, como se desarrollará en los capítulos 3 y 4, fue la de ver qué temas emergían en las textualizaciones e identificar los puntos de tensión entre las diferentes textualizaciones y con los discursos de la propia promoción de la salud sexual. Fue así como se identificaron como temas relevantes aquellos que tenían que ver con la gubernamentalidad de la salud sexual en el trabajo dirigido al sexo entre hombres. Emergió, entonces, un nuevo discurso relevante para el análisis: el de las campañas de prevención del VIH dirigidas a los HSH.

## **1.6. Análisis de los discursos de las campañas de prevención del VIH dirigidas a HSH**

Si bien las conexiones parciales con los participantes me han ayudado a repensar la intervención, también era necesario analizar, en concreto, cómo se construían los discursos de la prevención del VIH dirigida a los HSH. En las producciones narrativas había una crítica explícita a los discursos de la promoción de la salud sexual, pero ¿cómo se podía profundizar en esta crítica? ¿Qué posibilidades para pensar la prevención del VIH dirigida a HSH traían las producciones narrativas? Era relevante prestar atención al discurso de la intervención y, más en concreto, a cómo se conceptualizaban la transmisión

del VIH, el riesgo de infección y los efectos en la vida de las personas con VIH. Para ello, tenía que tomar dos decisiones: la elección del corpus y la metodología. Por una parte, tenía que pensar cuál iba a ser el material que iba a analizar, y esta no era una decisión fácil, porque son múltiples los agentes que generan discursos de prevención en situaciones distintas: los médicos de familia que recomiendan a un paciente hacerse la prueba, los medios de comunicación que difunden noticias relacionadas con el VIH y la salud sexual, los organismos públicos que diseñan políticas de prevención, los técnicos de organizaciones dirigidas al colectivo HSH que atienden directamente a usuarios y demás. Cada uno de estos discursos desempeña un papel en cómo la prevención es percibida y en las creencias sobre prevención que los HSH nos formamos. Sin embargo, como se desarrolla en el capítulo 5, para un trabajo como el que me proponía, era necesario elegir un discurso que pudiera considerarse representativo de la prevención y no de personas u organismos particulares, y que, a su vez, estuviera llegando a los HSH. El discurso que reunía estas características era el conjunto de campañas de prevención del VIH dirigidas a los HSH que se realizaron en España entre 2006 y 2011, como fruto de la colaboración del Gobierno de España y los principales colectivos LGTB. Además, se trata de campañas que tuvieron una amplia difusión nacional en los lugares de asociación y ocio de los HSH.

La segunda decisión tenía que ver con cómo abordar el análisis de estas campañas. A diferencia de las producciones narrativas, las campañas no eran textos elicitados en esta investigación, sino discursos (presumiblemente) muy planificados, discutidos y revisados por los técnicos de los ministerios implicados y las asociaciones colaboradoras, con una función social relevante: intentar intervenir en las prácticas y creencias de los HSH en materia de salud sexual, en general, y de la transmisión del VIH, en particular. En tanto que textos públicos y oficiales, consideré que era necesario analizar cuál era la representación que en ellos se hacía de la prevención: quiénes eran los destinatarios de la prevención (y quiénes, no), cuáles eran las medidas de prevención o cómo se representaba el proceso de transmisión del VIH. Para ello, pensé que el acercamiento apropiado era el Análisis Crítico del Discurso, un acercamiento interdisciplinar que intenta entender el discurso (y su análisis) como una práctica social situada, que tiene implicaciones en cómo se representan los fenómenos sociales (Martín Rojo, 2003, 2006). En ese punto, tuve la suerte de contar con Pedro Gras, un especialista del análisis del discurso que podría ayudar en el análisis de los materiales.

El proceso que condujo al capítulo 5 fue largo porque la unión entre dos disciplinas como la Lingüística y la Psicología Social llevaba horas de conversaciones y discusiones sobre lo que cada uno veía en las campañas y sobre aquello que considerábamos relevante para el análisis. Sin embargo, después de cerca de dos años de investigación en los que han colaborado otros especialistas del ámbito de la lingüística y de la prevención del VIH, pudimos presentar el análisis de las campañas (Ávila y Gras, 2014). Un análisis que es parcial y que se presenta desde las conexiones entre estas dos disciplinas, pero también desde el eco de las reflexiones de las producciones narrativas y de la propia intervención en la promoción de la salud sexual. Con él, se cerraba el proceso de la investigación.

### **1.7. Cierre del trabajo: la importancia de una narrativa final**

Pero, ¿cómo darle unidad al contenido de todas estas conexiones? ¿Cómo concluir o devolver parte de lo que se había trabajado hasta el momento? El resultado de este proceso se ha traducido en la elaboración de una narrativa polifónica en forma de conclusiones. Si bien cada uno de los capítulos son, en parte, muestras de esta narrativa, también es cierto que responden a una lógica de producción del conocimiento científico actual. Por ello, quería elaborar un texto que fuera de esta lógica pudiera recuperar las distintas comprensiones sobre el *barebacking* que me han ido tocando a lo largo de todo el proceso, que han ido cambiando mi posición. Para esta elaboración, que se presenta en el capítulo 6 de esta tesis, he contado con los diferentes productos que se han elaborado a lo largo de todo el proceso de investigación. Pero también quería establecer nuevas conexiones. Conexiones con agentes que tenían mucho que ver en este análisis y que, sin embargo, no había incorporado en forma de discurso coparticipado en la tesis: las personas que trabajan en la promoción de la salud sexual dirigida a HSH en España.

Casi al final de la elaboración de la tesis, y cuando solo quedaban las revisiones de los dos últimos artículos, retomé el contacto con algunos compañeros de Stop sida. Tras varias conversaciones, cafés y reconciliaciones —personales y temáticas—, volví a animarme por colaborar en la prevención. A principios de 2013 volví a conectar con la promoción de la salud sexual y tuve la oportunidad de presentar a la organización algunos de los resultados a

los que había llegado con esta investigación. Mi sorpresa fue que algunos de los compañeros de esta y otras organizaciones coincidían con mis planteamientos: estos no les resultaban ajenos y habían identificado en sus servicios de atención a los usuarios algunas de las críticas que habían aparecido en la investigación<sup>14</sup>. Por ello, me animé a realizar una última producción narrativa con dos compañeros<sup>15</sup> que serviría para ampliar las conexiones parciales que he decidido establecer para analizar la relación entre los discursos de la promoción de la salud sexual y los de las personas que practican el *barebacking*.

He llegado, así, a una producción narrativa propia que me permite ofrecer unas conclusiones parciales de esta investigación. Puesto que con ella no busco generar efectos de representación del «otro» sino de conexión con otros, esta producción resultante no es un reflejo de un hecho externo o una exposición descriptiva incuestionable de la experiencia de la investigación, sino una comprensión particular y situada que pretende ser honesta. Un texto que se presenta como coparticipado con las personas que han ido entrando y saliendo de esta investigación. Siguiendo el trabajo de otras compañeras en ámbitos de la Psicología Social distintos (véase, por ejemplo, Callén, 2010), esta narrativa visibiliza la multiplicidad de voces, la discontinuidad del proceso de investigación y pretende ofrecer una visión abierta al fallo que permita, sobre todo, cuestionar la acción de la promoción de la salud sexual en HSH. He intentado elaborar un discurso de «hibridismo explícito, sugerente, polifónico, promiscuo y profundamente abierto a la acción» (Casado, 1999: 46). Lo que me ha interesado destacar, por encima de todo, en este texto son los efectos innovadores de las diferentes perspectivas de esta investigación, a la vez que situaba la discusión en la situación de la promoción de la salud sexual dirigida a HSH en la actualidad. En definitiva, se presenta en el capítulo 6 un texto que trae diferentes argumentos —teóricos, vivenciales, prácticos y demás— y que articula la relación entre los diferentes capítulos de la tesis y que da cuenta, en parte, de las mutaciones de mi propia perspectiva a lo largo de esta investigación.

---

14 Si bien es cierto que cuando he presentado esta investigación en foros científicos con activistas de otras organizaciones no todos han reconocido estas críticas y seguían considerando que hablar de *barebacking* suponía criticar desde la ignorancia la prevención del VIH.

15 En el anexo 3 se presenta el guion de las sesiones, los materiales usados para la primera entrevista y la producción narrativa final aceptada y firmada por los participantes.

## Referencias

- Act-Up Paris (2003). *Les raisons d'un zap*. Recuperado el 15 de septiembre de 2014, de <http://www.actupparis.org/spip.php?article1097>.
- Act-Up Paris (2007). *Act Up-Paris condamnée pour violation de domicile aux Editions Blanche*. Recuperado el 15 de septiembre de 2014, de <http://www.actupparis.org/spip.php?article2973>.
- Adam, B. D. (2005). Constructing the neo-liberal sexual actor: Responsibility and care of the self in the discourse of barebackers. *Culture, Health and Sexuality*, 7(4), 333-346.
- Aedo, M.; García, M.L.; Pineda, M.; & Povedano, R. (2011). *Orientádonos en derechos*. Barcelona: Creación Positiva.
- Aggleton, P.; & Parker, R. (2002). *Estigma y discriminación relacionados con el VIH/sida. Marco conceptual y base para la acción*. Ginebra: ONUSIDA.
- Ávila, R.; & Gras, P. (2014). "No sin él": análisis crítico del discurso de las campañas de prevención del VIH dirigidas a hombres que tienen sexo con hombres en España (2006-2011). *Discurso & Sociedad*, 8(2): 137-181.
- Ávila, R.; & Montenegro, M. (2011). Barebacking: condiciones de poder y prácticas de resistencia en la biopolítica de la salud sexual. *Athenea Digital*, 11(3), 27-49.
- Bajtín, M. (1979). *Estética de la creación verbal*. México: Siglo XXI.
- Balash, M.; & Montenegro, M. (2003). Una propuesta metodológica desde la epistemología de los conocimientos situados: Las producciones narrativas. *Encuentros En Psicología Social*, 1(3), 44-48.
- Berg, R. C. (2008). Barebacking among MSM Internet users. *AIDS and Behavior*, 12(5), 822-833.
- Berg, R. C. (2009). Barebacking: a review of the literature. *Archives of Sexual Behavior*, 38(5), 754-764.
- Bimbi, D.S.; & Parsons, J.T. (2005). Barebacking among Internet based male sex workers. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 9, 85-105.
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble*. New York: Routledge.

- Callén, B. (2010). Tecnoactivismo. La experiencia política de Riereta.net. *Tesis doctoral*. Departamento de Psicología Social, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Carballo-Diéguez, A. (2001). HIV, barebacking, and gay men's sexuality, circa 2001. *Journal of Sex Education and Therapy*, 26, 225-233.
- Carballo-Diéguez, A.; & Bauermeister, J. (2004). "Barebacking": intentional condomless anal sex in HIV-risk contexts. Reasons for and against it. *Journal of Homosexuality*, 47(1), 1-16.
- Carballo-Diéguez, A.; Dowsett, G. W.; Ventuneac, A.; Remien, R. H.; Balan, I.; Dolezal, C. et al. (2006). Cybercartography of popular internet sites used by New York City men who have sex with men interested in bareback sex. *AIDS Education and Prevention*, 18, 475-489.
- Carrascosa, S. (en línea). Estoy a favor del barebacking. *Hartza*. Extraído el 15 de septiembre de 2014 de <http://www.hartza.com/bareback.htm>
- Casado, E. (1999). Cyborgs, nómadas, mestizas... Astucias metafóricas de la praxis feminista. En G. Gatti & I. Martínez (Coords.) *Las astucias de la identidad. Figuras, territorios y estrategias de lo social contemporáneo* (pp. 41-59). Bilbao: UPV/EHU.
- Cheonis, N. (2006). Dual HIV infection. *BETA*, 18(2): 36-40.
- Chevront, J. P. (2002). High-risk sexual behavior in the treatment of HIV-negative patients. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 6, 7-25.
- Cole, G. W. (2007). Barebacking: Transformations, dissociations, and the theatre of countertransference. *Studies in Gender and Sexuality*, 8, 49-68.
- Crossley, M. L. (2002). The perils of health promotion and the 'barebacking' backlash. *Health*, 6, 47-68.
- Crossley, M. L. (2004). Making sense of 'barebacking': Gay men's narratives, unsafe sex, and the 'resistance habitus'. *British Journal of Social Psychology*, 43, 225-244.
- Dawson, A.G.; Ross, M.W.; Henry, D.; & Freeman, A. (2005). Evidence of HIV transmission risk in barebacking men-who-have-sex-with-men: Cases from the Internet. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 9, 73-83.



- Dean, T. (2008). Breeding Culture: barebacking, Bugchasing, Giftgiving. *The Massachusetts Review*, 49(1), 80–94.
- Dean, T. (2009). *Unlimited Intimacy: Reflections on the Subculture of Barebacking*. Chicago, University of Chicago Press.
- Dean, T. (2011). Bareback Time. En E.L. McCallum & M. Tuhkanen (Eds.), *Queer Times, Queer Becomings*, New York, University of New York Press, pp. 75–99.
- Dowsett, G.W.; Williams, H.; Ventuneac, A.; & Carballo-Diéguez, A. (2008). “Taking it Like a Man”: Masculinity and Barebacking Online. *Sexualities*, 11, 121–141. doi:10.1177/1363460707085467
- Elford, J.; Bolding, G.; Davis, M.; Sherr, L.; & Hart, G. (2007). Barebacking among HIV-positive gay men in London. *Sexually Transmitted Diseases*, 34, 93–98.
- Fals Borda, O. (1981). *Investigación participativa y praxis rural*. Bogotá: Tercer Mundo Ed.
- Fernández-Dávila, P. (2009). The Non-sexual Needs of Men that Motivate them to Engage in High-Risk Sexual Practices with Other Men. *Forum: Qualitative Social Research*, 10(2), Art. 21.
- Fernández-Dávila, P.; & Zaragoza, K. (2011). Trust and Sexual Interaction: The Significance of the Internet on the Sex life and Sexual Risk Behaviors Of Gay and Bisexual Men in Spain. *International Journal of Sexual Health*, Routledge, 23(2), 120–138.
- Fernández-Dávila, P.; Folch, C.; Ferrer, L.; Soriano, R.; Diez, M.; & Casabona, J. (2013). Who are the men who have sex with men in Spain that have never been tested for HIV? *HIV Medicine*, 14(3), 44–48.
- Folch, C.; Muñoz, R.; Zaragoza, K.; & Casabona, J. (2009). Sexual risk behaviour and its determinants among men who have sex with men in Catalonia, Spain. *Eurosurveillance*, 14(47), 19415.
- Forstein, M. (2002). Commentary on Chevront’s ‘High-risk sexual behavior in the treatment of HIV-negative patients’. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 6, 35–43.
- Foucault, M. (1989). *Resumé des cours (1970–1982)*. Paris, Juillard.
- Foucault, M. (1991). Governmentality. En G. Burchell, C. Gordon & P.



- Miller (Eds.), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, Chicago, University of Chicago Press.
- Fox, F. E.; Morris, M.; & Rumsey, N. (2008). Doing synchronous online focus groups with young people: methodological reflections. *Qualitative Health Research*, 17(4), 539–547.
- Fraser, H. (2004). Doing Narrative Research: Analysing Personal Stories Line by Line. *Qualitative Social Work*, 3(2), 179–201.
- García, M.L.; & Pineda, M. (2011). *Salud sexual, derechos y placer. Apuntes en prevención del VIH para mujeres*. Barcelona: Creación Positiva.
- Gendin, S. (1997, June). Riding bareback. *POZ Magazine*, 64–66. Recuperado el 15 de septiembre de 2014, de [http://www.poz.com/articles/241\\_12394.shtml](http://www.poz.com/articles/241_12394.shtml)
- Grov, C. (2006). Barebacking websites: Electronic environments for reducing or inducing HIV risk. *AIDS Care*, 18, 990–997.
- Haig, T. (2006). Bareback sex, masculinity, silence, and the dilemmas of gay health. *Canadian Journal of Communication*, 31, 859–877.
- Halkitis, P. N. (2007). Behavioral patterns, identity, and health characteristics of self-identified barebackers: Implications for HIV prevention and intervention. *Journal of GLBT Health Research*, 3, 37–48.
- Halkitis, P. N.; & Parsons, J. T. (2003). Intentional unsafe sex (barebacking) among HIV-positive gay men who seek sexual partners on the Internet. *AIDS Care*, 15, 367–378.
- Halkitis, P. N.; Parsons, J. T.; & Wilton, L. (2003). Barebacking among gay and bisexual men in New York City: Explanations for the emergence of intentional unsafe behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 351–358.
- Halkitis, P. N.; Wilton, L.; & Drescher, J. (Eds.). (2005). *Barebacking: Psychosocial and public health approaches*. New York: Haworth Medical Press.
- Halkitis, P. N.; Wilton, L.; & Galatowitsch, P. (2005). What's in a term? How gay and bisexual men understand barebacking. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 9, 35–48
- Haraway, D.J. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575–599.

- Haraway, D.J. (1995). *Ciencia, Cyborg y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Haraway, D.J. (1997). *Modest\_Witness@Second\_Millennium.FemaleMan© Meets\_OncoMouse™: Feminism and Technoscience*. New York, Routledge.
- Harpaz, B.J. (1999). *Risky business*. Extraído el 15 de septiembre de 2014, de <http://204.202.137.111/sections/living/DailyNews/safesex990131.html>
- Holmes, D.; & O'Byrne, P. (2006). Bareback sex and the law: The difficult issue of HIV status disclosure. *Journal of Psychosocial Nursing*, 44(7), 26-33.
- Holmes, D.; & Warner, D. (2005). The anatomy of a forbidden desire: Men, penetration and semen exchange. *Nursing Inquiry*, 12, 10-20.
- Holmes, D.; O'Byrne, P.; & Gastaldo, D. (2006). Raw sex as limit experience: A Foucauldian analysis of unsafe anal sex between men. *Social Theory & Health*, 4, 319-333.
- Huebner, D. M.; Proescholdbell, R. J.; & Nemeroff, C. J. (2006). Do gay and bisexual men share researchers' definition of barebacking? *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 18, 67-77.
- Junge, B. (2002). Bareback sex, risk, and eroticism: Anthropological themes (re-)surfacing in the post-AIDS era. In E. Lewin & W. L. Leap (Eds.), *Out in theory: The emergence of lesbian and gay anthropology* (pp. 186-221). Chicago: University of Illinois Press.
- Leonard, W. (2012). Safe sex and the aesthetics of gay men's HIV/AIDS prevention in Australia: From Rubba me in 1984 to F\*\*k me in 2009. *Sexualities*, 15(7), 834-849. doi:10.1177/1363460712454079
- Lowy, E.; & Ross, M. (1994). 'It'll never happen to me'. Gay men's beliefs, perceptions and folk constructions of sexual risk. *AIDS Education and Prevention*, 6(6), 467-82.
- Mansergh, G.; Marks, G.; Colfax, G. N.; Guzman, R.; Rader, M.; & Buchbinder, S. (2002). 'Barebacking' in a diverse sample of men who have sex with men. *AIDS*, 16, 653-659.
- Martín, R. (2010). *El cuerpo enfermo: arte y VIH/sida en España*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid: Facultad de Bellas Artes.

- Martín Rojo, L. (2003). *Análisis crítico del discurso*. Barcelona: Ariel.
- Martín Rojo, L. (2006). El análisis crítico del discurso. Fronteras y exclusión social en los discursos racistas. En L. Íñiguez (Ed.) *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales* (pp. 161–196). Barcelona: Editorial UOC.
- McKittrick, C. (2010). “Brothers’ Milk: The Erotic and the Lethal in Bareback Porn” *Porn Philosophy for Everyone: How to Think With Kink*. Ed. Dave Monroe. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Mercer, J. (2003). Homosexual Prototypes: Repetition and the Construction of the Generic in the Iconography of Gay Pornography. *Paragraph*, 26(1-2): 280-290.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Ed.). (2011). *Prevención del VIH a través de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de Publicaciones.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Encuesta europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (EMIS)*. Resultados en España. Madrid: Secretaria General Técnica, Centro de Publicaciones.
- Montenegro M.; & Pujol, J. (2003). Conocimiento Situado: Un Forcejeo entre el Relativismo Construccionalista y la Necesidad de Fundamentar la Acción. *Revista Interamericana de Psicología*, 37(2), 295–307.
- Mowlabocus, S.; Harbottle, J.; & Witzel, C. (2013). Porn laid bare: Gay men, pornography and bareback sex. *Sexualities*, 16(5-6), 523–547.
- O’Connor, H.; Madge, C.; Shaw, R.; & Wellens, J. (2008). Internet-based Interviewing. In N. Fielding, R. M. Lee, & G. Blank (Eds.), *The SAGE Handbook of Online Research Methods* (pp. 271–289). London: Routledge.
- Observatori Contra l’Homofòbia (2013). *Memòria antidiscriminatòria 2013*. Barcelona: FAGC.
- Odets, W. (1995). *In the Shadow of the Epidemic: Being HIV-negative in the Age of AIDS*. North Carolina: Duke University Press.
- Ostrow, D. E.; Fox, K. J.; Chmiel, J. S.; Silvestre, A.; Visschr, B. R.; Vanable,

- P. A.; & Strathdee, S. A. (2002). Attitudes towards highly active antiretroviral therapy are associated with sexual risk taking among HIV-infected and uninfected homosexual men. *AIDS*, 16, 775-780.
- Parsons, J.T.; & Bimbi, D.S. (2007). Intentional unprotected anal intercourse among who have sex with men: Barebacking, from behavior to identity. *AIDS and Behavior*, 11, 277-287.
- Piantadosi, A.; Chohan, B.; Chohan, V.; McClelland, R.S.; & Overbaugh, J. (2007). Chronic HIV-1 Infection Frequently Fails to Protect against Superinfection. *PLoS Pathogens*, 3(11): 1745-1760.
- Powell, T.J. (1990). *Working with self-help*. Silver Spring, MD: National Association of Social Workers.
- Rambukkana, N. (2007). Taking the Leather Out of Leathersex: The Internet, Identity, and the Sadomasochistic Public Sphere. En K. O’Riordan y D.J. Phillips (Eds.). *Queer online: media technology & sexuality* (pp. 67-80). New York: Peter Lang.
- Rémès, E. (2003) *Serial Fucker. Journal d’un barebacker*. París: Bibliothèque Blanche.
- Rhodes, T.; & Cusick, L. (2000). Love and intimacy in relationship risk management: HIV positive people and their sexual partners. *Sociology of Health and Illness*, 22(1), 1-26.
- Ridge, D.T. (2004). ‘It was an incredible thrill’: The social meanings and dynamics of younger gay men’s experiences of barebacking in Melbourne. *Sexualities*, 7, 259-279.
- Riggs, D.W. (2006). ‘Serosameness’ or ‘serodifference’? Resisting polarized discourses of identity and rationality in the context of HIV. *Sexualities*, 9, 409-422.
- Rofes, E. (1999). *Gay Men are Neither Dumb nor Self-Destructive*. Recuperado el 15 de septiembre de 2014, de <http://gaytoday.badpuppy.com/garchive/health/030899he.htm>.
- Rojas, D. (2005). *Conducta sexual de riesgo para las infecciones de transmisión sexual en hombres que practican el sexo con hombres (HSH): Desarrollo de un modelo predictivo*. Hospital Monte Naranco: Médicos del Mundo.
- Rojas, D. (2007). *Factores asociados a conductas de riesgo en HSH: Barebacking, serosorting, ...* San Sebastián: X Congreso Nacional Sobre El SIDA.

- Sáez, J.; & Carrascosa, S. (2011). *Por el culo. Políticas anales*. Madrid: Editorial Egales.
- Shernoff, M. (2006). Condomless sex: Gay men, barebacking, and harm reduction. *Social Work, 51*, 106–113.
- Spink, P. (2003). Pesquisa de campo em Psicologia Social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia e Sociedade, 15*(2), 23–35.
- Starks, T. J.; Payton, G.; Golub, S. A.; Weinberger, C. L.; & Parsons, J.T. (2013). Contextualizing Condom Use: Intimacy Interference, Stigma, and Unprotected Sex. *Journal of Health Psychology, 19*(6): 711-720.
- Stop Sida (2006). *Cuidate.info. El sexo que practicamos*. Barcelona: Stop sida.
- Suarez, T.; & Miller, J. (2001). Negotiating risks in context: A perspective on unprotected anal intercourse and barebacking among men who have sex with men. Where do we go from here? *Archives of Sexual Behavior, 30*, 287–300.
- Tamboukou, M. (2008). A Foucauldian approach to Narrative. En M. Andrews, C. Squire y M. Tamboukou (Eds.) *Doing Narrative Research* (pp. 102-120). London: Sage Publications.
- Villasante, T.; Montañés, M.; & Martín, J. (2000). *La investigación social participativa. Construyendo ciudadanía, vol. 1*. Madrid: El viejo topo.
- Wilton, L.; Halkitis, P.N.; English, G.; & Roberson, M. (2005). An exploratory study of barebacking, club drug use, and meanings of sex in Black and Latino gay and bisexual men in the age of AIDS. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 9*, 49–72.
- Wolitski, R. J. (2005). The Emergence of Barebacking Among Gay and Bisexual Men in the United States: A Public Health Perspective. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 9*(3/4), 9–34.
- Yep, G. A.; Lovaas, K. E.; & Pagonis, A. V. (2002). The case of riding 'bareback': Sexual practices and the paradoxes of identity in the era of AIDS. *Journal of Homosexuality, 42*, 1–14.
- Zimmerman, P. (2000). Empowerment Theory: Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis. En J. Rappaport y E. Seidman (Eds.) *Handbook of Community Psychology* (pp. 43-63). Nueva York: Kluwer Academic Plenum.



## CAPÍTULO 2

## Nuestra responsabilidad: VIH y homosexualidad

Chaque lutte se développe autour d'un foyer particulier de pouvoir [...]. Et si désigner les foyers, les dénoncer, en parler publiquement, c'est une lutte, ce n'est pas parce que personne n'en avait encore conscience, mais c'est parce que prendre la parole à ce sujet, forcer le réseau de l'information institutionnelle, nommer, dire qui a fait quoi, désigner la cible, c'est un premier retournement du pouvoir, c'est un premier pas pour d'autres luttes contre le pouvoir. [Cada lucha se desarrolla alrededor de un centro particular de poder [...]. Y si designar los núcleos, denunciarlos, hablar públicamente de ellos, es una lucha, no es porque nadie tuviera conciencia de ello, sino porque hablar de este tema, forzar la red de información institucional, nombrar, decir quién ha hecho qué, designar el blanco, es una primera inversión del poder, es un primer paso para otras luchas contra poder] (Foucault, 1972: 9)

Hace poco más de 10 años me acerqué a una organización de prevención del VIH que dirigía sus acciones a las personas LGTB. Había estado en otras organizaciones de activismo comunitario —sobre todo, para conocer gente— pero, en este caso, llegué porque quería cambiar algo de lo que me sentía responsable. Había conocido Stop sida el año anterior, gracias a un trabajo de licenciatura, y decidí acercarme para participar como voluntario poco después de que uno de mis mejores amigos muriera. La mayoría de gente y estudios coinciden en afirmar que lo que sabemos sobre la infección por VIH y los tratamientos que existen para tratarla han evolucionado significativamente en los últimos años, al menos en las sociedades occidentales (véase, por ejemplo, Richardson, Grant y Zolopa, 2014), pero mi mejor amigo había muerto por la infección. No fue la evolución del virus en su *cuerpo*, sino el diagnóstico y el *discurso* sobre la enfermedad la causa de su muerte. Los dos habíamos ido a

hacernos la prueba de detección de los anticuerpos y, al recibir el resultado positivo, decidió no seguir. Para mí aquello supuso un gran revés. Yo venía de una ciudad en la que ser homosexual no había sido nada fácil y era una de las pocas personas que había conocido en Barcelona y a quien podía contarle cómo me sentía. Cuando recibió el resultado positivo no se sintió acompañado, no sabía cómo afrontarlo, estaba perdido y no pudo seguir adelante.

Este ha sido uno de mis motores para trabajar en el campo del VIH/sida. No ha sido el de *luchar* por frenar las infecciones —una de las motivaciones que más he escuchado en el trabajo de voluntariado en prevención—, sino el de contribuir a que tener el VIH no siga siendo un estigma social. Muchos de los estudios que he mencionado en el capítulo anterior, por ejemplo, asumen que los chicos más jóvenes, al no haber vivido el impacto del sida en los primeros años de enfermedad, están/estamos mucho menos informados o asustados por la infección por VIH. Este es uno de los argumentos que, como veremos en el capítulo 5, se utilizan para seguir mandando mensajes alarmistas en campañas de prevención dirigidas a los HSH. Probablemente esta despreocupación por la infección aparezca en sus investigaciones, pero también existen trabajos que señalan que el miedo por la transmisión del virus está muy presente en las relaciones entre hombres (Lorenc et al., 2011). Muchas de las prácticas sexuales que algunos de nosotros tenemos no son convencionales y es difícil saber hasta qué punto estás asumiendo riesgo o no en ellas. Como desarrollaré con más detalle a lo largo de todo el trabajo, es angustiante vivir con esa presencia del riesgo en el sexo. Algunos trabajos, por ejemplo, hablan de que para algunos HSH es difícil enfrentarnos a situaciones en las que, por cualquier motivo, hemos dejado de utilizar el preservativo con un chico al que acabábamos de conocer (Shernoff, 2006: §§1-2). En otros casos, los estudios hablan de que el miedo a haberse infectado por el VIH es tan grande que algunas personas retrasan o evitan realizarse la prueba (Dowson, Kober, Perry, Fisher y Richardson, 2012). También existen artículos que señalan que el hecho de que pensar que es inevitable infectarse cuando eres homosexual es uno de los motivos por los que algunos hombres dejan de usar el preservativo en sus relaciones sexuales (Morin et al., 2003).

Esta sensación de alarma sobre la infección, y de sobrerrepresentación del riesgo en las relaciones sexuales entre hombres, no solo afecta a quienes no están infectados: también tiene un efecto sobre las personas con VIH. En el terreno personal, he visto cómo muchas personas cercanas lo han pasado



mal a la hora de plantearse los cambios en su vida, de adaptarse a la medicación y, sobre todo, de pensar sus relaciones sociales y sexuales. En ciudades en las que ha habido un gran activismo en el trabajo relacionado con los derechos de las personas con VIH, como San Francisco, todavía algunas personas siguen sin hablar de su situación con amigos por las consecuencias sociales que pueden comportar el rechazo o el aislamiento (Skinta, Brandrett, Schenk, Wells y Dille, 2014). Tal vez estar infectado hoy en día no es tan devastador como lo era hace treinta años, pero los sentimientos de culpa, de vergüenza o de miedo siguen acompañando, en muchos casos, a la infección por VIH (*cf.* Courtenay-Quirk, Wolitski, Parsons y Gómez, 2006). Algunos estudios, por ejemplo, hablan del dilema al que puede enfrentarse una persona con VIH a la hora de tener que comunicar su situación a un compañero sexual (Shciltz y Sandfort, 2000) o del miedo que algunas personas con VIH tienen de poder infectar a su pareja, aun cuando han utilizado el preservativo (Rhodes y Cusick, 2001).

En este capítulo se presentan estas situaciones, reflexionando sobre cómo la identidad homosexual se ha visto influida por la historia del sida. La bibliografía sobre cómo el VIH se introdujo en nuestras vidas es abundante y examina el fenómeno en varios momentos históricos, desde diferentes contextos sociales y con múltiples posturas ideológicas (Grmek, 1989; Weeks, 1993; Butler, 1992; Llamas, 1995, 1998; Villaamil, 2004; Larrazabal, 2011; Hardens, 2012, entre muchos otros). A continuación, recojo aquellos aspectos de la historia que son necesarios para entender lo que se trabaja en los siguientes capítulos. Presento, así, el resumen de los momentos que, probablemente, han tenido un mayor impacto en cómo entendemos actualmente nuestra salud sexual y el riesgo los hombres que tenemos sexo con otros hombres. En adelante, usaré referencias al Estado español, por las implicaciones en cómo entendemos la salud sexual en nuestro contexto social e histórico, pero también referencias a los Estados Unidos y otros países occidentales, por la influencia que el devenir de los hechos en estos territorios ha tenido en el discurso globalizado sobre la infección por VIH y el sida.

He querido dividir el capítulo en diferentes apartados que no siguen un orden estrictamente cronológico. Los siguientes epígrafes se corresponden, más bien, con la relevancia que determinados acontecimientos han tenido en la configuración social de la prevención del VIH dirigida a los hombres que tenemos sexo con otros hombres. En primer lugar, se presentan las implicaciones

de la relación entre homosexualidad y sida para la formación de las identidades homosexuales. En segundo lugar, se justifica y reconoce la labor comunitaria de las organizaciones LGTB en lo que se conoce como la *lucha contra* el sida, vinculándola a las discusiones basadas en los trabajos de Michael Foucault sobre el *poder*. En tercer lugar, se sitúa históricamente el concepto *HSH* y se revisan las implicaciones que el avance biomédico ha tenido en la prevención del VIH. Finalmente, presento una discusión sobre la situación actual en la promoción de la salud sexual en la que se desarrolla otro de los conceptos teóricos que se utiliza de forma transversal en los artículos que componen el cuerpo de la tesis: la *gubernamentalidad*.

## 2.1. La constitución del binomio «sidoso»/«marica»

Todo apunta a que fue en 1981 cuando se detectaron, en Estados Unidos, los primeros casos de neumonía por neumocistis en varios jóvenes homosexuales. Además de estas neumonías, empezaron a detectarse, también en hombres que habían tenido relaciones sexuales con otros hombres, algunas enfermedades poco frecuentes y que solo podían explicarse por un nivel bajo de defensas. Estas enfermedades empezaron a causar varias muertes y la prensa local, y la literatura especializada, se apresuró a afirmar que no existía «riesgo aparente de contagio entre no homosexuales» (The New York Times, 3 de julio de 1981). Este fue, seguramente, el origen de la relación entre sida y homosexualidad<sup>1</sup>. Cuando el virus no se había aislado todavía y no se sabían muy bien las causas de la bajada de defensas, la sintomatología asociada a estas enfermedades se bautizó como «cáncer gay» o «gay-related immune deficiency, GRID» (Arrizabalaga, 1995). En España, el primer caso se reportó en Barcelona en 1981 también en un joven homosexual (Vilaseca et al., 1982), aunque, probablemente, la asociación entre homosexualidad y sida en nuestro país tuviera más que ver con cómo se manejaron los discursos científicos, sociales y mediáticos sobre la enfermedad en todo el contexto occidental —especialmente en los Estados Unidos—: el número de personas (homosexuales o no) con sida

---

1 Aunque estos son los primeros casos reportados, no se sabe hasta qué punto varias personas habrían podido morir antes de sida sin saber que se trataba de esta enfermedad. Parece que la proliferación de diagnósticos y, ante todo, el hecho de que se dieran en comunidades específicas impulsaron la preocupación por estos nuevos casos, a pesar de que el virus habría podido transmitirse desde hacía décadas (cf. Nájera, 1990: 115-163).

fue muy inferior en España que en otros estados, al menos en los primeros años de infección (Bayés, 1995). En todo caso, el homosexual pasó a ser considerado el paciente cero del sida, en parte, como consecuencia de las primeras descripciones de los centros de control de enfermedades que resaltaban la importancia de la asociación entre el estilo de vida de los homosexuales y la enfermedad.

*Pneumocystis pneumonia* in the United States is almost exclusively limited to severely immunosuppressed patients. The occurrence of pneumocystis in these 5 previously healthy individuals without a clinically apparent underlying immunodeficiency is unusual. The fact that these patients were all homosexuals suggests an association between some aspect of a homosexual lifestyle or disease acquired through sexual contact and *Pneumocystis pneumonia* in this population. [La neumonía por neumocistis en los Estados Unidos está prácticamente limitada de forma exclusiva a pacientes inmunodeprimidos. La aparición de neumocistis en estos cinco individuos previamente sanos y sin ningún síntoma aparente de inmunodepresión es inusual. El hecho de que todos estos pacientes fueran homosexuales sugiere una asociación entre algún aspecto de un estilo de vida homosexual o enfermedad adquirida por contacto sexual y la neumonía por neumocistis en esta población.] (CDC, 1981: 3)

En poco tiempo, fueron apareciendo nuevos casos en personas que no eran homosexuales. Primero en un grupo de heterosexuales usuarios de drogas inyectadas, después en personas que habían recibido transfusiones de sangre y, finalmente, en un grupo de inmigrantes de Haití (en los Estados Unidos). Esto favoreció que el sida pasase a considerarse la enfermedad de las «cuatro haches»: homosexuales, heroinómanos, haitianos y hemofílicos<sup>2</sup> (Chavez, 2012; Ioan, 2013). Aunque, la enfermedad se pensaba acotada a determinados contextos sociales y a personas específicas, el desconocimiento sobre cómo se transmitía el virus hizo que el miedo por infectarse y el rechazo a quienes estaban infectados se propagaran casi tan rápido como la propia infección (Larrazabal, 2011). Por ello, en 1982, un grupo de asociaciones de homosexuales, hemofílicos y funcionarios federales se reunió en Washington para establecer una denominación menos peyorativa de *la enfermedad de las cuatro haches* y se empezaron a usar las siglas del Síndrome de InmunoDeficiencia Humana (SIDA, en inglés *AIDS*), para definir un conjunto de enfermedades —como el sarcoma de Kaposi— que solo podían explicarse por una drástica bajada en el nivel de las defensas de las personas afectadas (Kher, 1982; CDC, 1982). Para

---

<sup>2</sup> En algunos textos, la hache reservada a las personas hemofílicas se usa para las *prostitutas* (*hookers*, en inglés ‘putas’) (Stolley y Glass, 2009: 65).

cuando se empezó a identificar el virus, a mediados de los años 80<sup>3</sup>, el conjunto de síntomas y enfermedades derivadas de su infección ya tenía nombre, y se identificaron las relaciones sexuales y el intercambio sanguíneo como las dos vías principales de transmisión (Bayés, 1995).

Pese a que el sida había afectado a diferentes personas y se había relacionado con diferentes comunidades —que pasaron a considerarse *grupos de riesgo*—, los casos en la comunidad homosexual tuvieron un gran impacto en la escena social de la década de los 80. La homosexualidad ya venía siendo una patología para disciplinas como la Psiquiatría<sup>4</sup>, de modo que la aparición de los casos de sida en hombres que habían tenido sexo con hombres hizo que los insultos *sidoso* y *marica* se yuxtapusieran (Butler, 1992). El sida fue considerado, en definitiva, como un efecto del carácter patológico de la homosexualidad. La ecuación Homosexualidad = Sida (o, más en concreto, Maricón = Peligro/Muerte) se cristalizó y tuvo efectos para todos los cuerpos afectados: los homosexuales estaban enfermos y eran *contagiosos*; el resto de personas con VIH eran homosexuales o, al menos, sospechosos de serlo<sup>5,6</sup> (Watney, 1987; Llamas, 1998).

3 El descubrimiento del virus ha traído también discusiones en los ámbitos comerciales y políticos. En 1983 el equipo de investigadores del Doctor Luc Montagnier en Francia identificaba un virus que se presuponía responsable de las enfermedades asociadas al sida y al que se le denominó LAV (Lymphadenopathy Associated Virus). Un año más tarde, el equipo del Doctor Robert Gallo confirmó la existencia de este virus y lo renombraron como HTLV-III (Human T Lymphotropic Virus, type III). No fue hasta 1985 que los gobiernos estadounidense (Reagan) y francés (Chirac) abortaron las disputas legales por derechos de patentes y decidieron cooperar en la investigación de la transmisión y el tratamiento para la infección causada por el virus (Kingman y Connor, 1988). Tal vez fuera esta una de las primeras muestras de los intereses comerciales que han acompañado la investigación e intervención en cuanto a la transmisión del VIH.

4 No fue hasta 1986, en la revisión del DSM-III que la asociación norteamericana de Psiquiatría (APA) decidió retirar por completo la homosexualidad de sus manuales de diagnóstico. (Katz, 1995) Desde 1973 se había retirado la *homosexualidad* como enfermedad, pero se había mantenido la *homosexualidad egodistónica*.

5 De hecho, la asociación entre sida y homosexualidad masculina era tal que la prevención del VIH dirigida a mujeres en los primeros años de VIH fue casi inexistente (Llamas, 1995)

6 El insulto «sidoso» no se reservó únicamente a los hombres homosexuales. Así, por ejemplo, los usuarios de drogas también sufrieron una vinculación entre este insulto y el de «yonqui» (Rengel, 2005). Sin embargo, las referencias consultadas coinciden en señalar que hubo una

El sida se utilizó para retomar muchos discursos en contra de los hombres gais y *sus* derechos. «El sida, categorizado simbólicamente como enfermedad de transmisión sexual (ignorando otras vías de transmisión), solidifica la encarnación fantasmática del ‘homosexual’» (Llamas, 1995: 179). La enfermedad sirvió a los discursos de la época para seguir cuestionando la validez moral de la homosexualidad marcándola con el castigo de la muerte pero, sobre todo, con el estigma de la infección. Para el sociólogo Jean Baudrillard, por ejemplo, el hecho de que el sida hubiera «afectado en primer lugar a los ambientes homosexuales o de drogadicción dependía de la incestuosidad de los grupos que funcionan en circuito cerrado» (1991: 72). El rechazo al modo de vida de los homosexuales se vería reforzado, así, por los efectos del sida (Mars-Jones y White, 1988; Santana, 2009). Si a finales de los 70 y principios de los 80, los homosexuales habían empezado a significarse en la escena social, con la aparición del sida, las muestras de homofobia rebrotaron e influyeron negativamente en la lucha de derechos que se habían alcanzado hasta el momento (Weeks, 1993).

El binomio «sidoso»/«marica» tendría una impronta en la formación de sujetos homosexuales: a partir de mediados de los 80, sería difícil identificarse como homosexual sin relacionarse con el sida. La función de ambos insultos —como la de cualquier otro insulto (Sedgwick, 1990; Eribon, 1999)— era la de establecer o redefinir los márgenes entre las identidades *sanas* y las *enfermas*. Hay que tener en cuenta que las personas que habían desarrollado algunas de las enfermedades asociadas al sida tenían algunos síntomas visibles que les hacían fácilmente identificables, de modo que la imagen de la persona enferma, debilitada y con manchas en la piel se usó para poder reconocer quiénes eran y quiénes no eran homosexuales. Tal como señala Fernando Villaamil, «la sociedad normal se dispone a contemplar, entre fascinada y horrorizada, la visibilización forzosa de los cuerpos homosexuales de peluqueros, bailarines y artistas, pero no se siente ‘realmente concernida’» (2004: 45).

---

asociación mayor entre homosexualidad y sida. Probablemente, el hecho de que se destaque esta *ecuación* también tiene que ver con los mecanismos de producción del conocimiento en materia de VIH y, sobre todo, del activismo LGTB. El hecho de que se destaque el papel de la comunidad homosexual por encima de otros seguramente también tiene que ver con que nuestra presencia como colectivo —activista y académico— es mayor que la de los usuarios de drogas, por ejemplo. En cualquier caso, la vinculación entre gay y VIH sí se encuentra muy presente en la identidad (individual y colectiva) homosexual, por lo que el estudio de sus efectos sigue resultando interesante para el debate que mantengo en este capítulo.

Además, el elevado número de muertes de homosexuales haría que la mayoría de hombres que tenían sexo con otros hombres tuvieran miedo a los efectos del sida en su propio cuerpo (Bersani, 1987). Las discusiones sobre el sexo (entre hombres gais) pasaron de ser charlas sobre las prácticas que cada uno había tenido a un discurso moral sobre la promiscuidad y sobre el riesgo de transmisión del VIH. Había un sentimiento de preocupación sobre lo que se podía y no se podía hacer, que se reflejaba en fragmentos como los reproducidos por Jeffrey Escoffier: «The entire time you're having sex, you're thinking: 'I'm having sex with everybody this person ever had sex with. I wonder what he's done and where he's been and if he's positive or negative. I wonder if I'm giving him anything'. If you can keep a hardon while all this is going in your head, you're better than I am. [Todo el tiempo que estás teniendo sexo, estás pensando: 'estoy teniendo sexo con todo el mundo con el que esta persona ha tenido sexo. Me pregunto qué habrá hecho, dónde habrá estado y si será positivo o negativo. Me pregunto si le estoy transmitiendo algo'. Si puedes mantener una erección mientras todo esto pasa por tu cabeza, eres mejor que yo]» (2009: 178-179). Este miedo se vería reforzado por la cantidad de mensajes oficiales que estaban dirigidos, principalmente, al rechazo del sexo entre hombres (Larrazabal, 2011), por lo que la implicación de las asociaciones LGTB en el campo del sida fue clave.

## **2.2. La implicación de los homosexuales en el campo del sida**

El binomio anterior se vio reforzado por la connivencia de los gobiernos de la época. Según recogen varios testimonios, en los primeros años de enfermedad no hubo un interés por prevenir la transmisión del VIH (Larrazabal, 2011; Llamas, 1995) y desde los propios gobiernos se institucionalizaba el rechazo al sida y a la homosexualidad, con manifestaciones como las de Jesse Helms: «[n]o hay ni un solo caso de sida en este país cuyo origen no pueda atribuirse la sodomía» (1987) o «[l]a única manera de detener el sida es detener las repugnantes e inmorales actividades que siguen extendiendo la enfermedad». Solo cuando el VIH empezó a ser una fuente de ingresos rentable, el sida pasó a formar parte de la agenda política (Butler, 1992). El hecho de que hasta ese momento no se invirtiera en investigación, no se promoviera la prevención o la atención a las personas con sida e, incluso, se negara la importancia de las

muerres que se estaban produciendo, puso de manifiesto los intereses de los gobiernos occidentales (Carrascosa y Vila, 2005). Así, se reforzó desde el Estado una matriz de poder sobre la vida —o *biopoder*— que delimitaba quiénes podían seguir viviendo y quiénes estaban en los márgenes.

En su primer volumen de *Historia de la sexualidad*, Foucault (1976) introduce el término *biopoder* para referirse al conjunto de mecanismos del Estado que se utilizan en las sociedades contemporáneas para administrar los cuerpos y gestionar la vida de las poblaciones. En esta obra el biopoder se conceptualiza como un elemento indispensable del capitalismo que, mediante el establecimiento de *instituciones de poder* —tales como la familia, el ejército, la escuela, la medicina o las administraciones públicas— asegura el mantenimiento de las relaciones de producción social. Aunque este concepto lo desarrollaré más detenidamente en el capítulo 3, me interesa destacar en este punto que para el autor, el poder no era tanto una estructura pensada, sino más bien una forma de conformación del tejido social. En palabras de Gilles Deleuze, «las grandes tesis de Foucault sobre el poder se desarrollan en tres apartados: el poder no es esencialmente represivo (puesto que incita, suscita, produce); se ejerce más que se posee (puesto que solo se posee bajo una forma determinable, clase, y determinada, Estado); pasa por los dominados tanto como por los dominantes (puesto que pasa por todas las fuerzas en relación)» (1987: 100).

Esta matriz de biopoder tuvo sus efectos, a principio de los años 80, en «la indiferencia de la sociedad, de los medios de comunicación, de la opinión pública, porque entonces todavía se podía hacer creer que el sida solo golpeaba en los márgenes: allí donde estaban los maricas, los drogadictos, toda esa gente de la que se podría decir, *a posteriori*, que la enfermedad que padecían no era sino el signo de una vida corrompida. Pero también indiferencia de los poderes públicos» (Act Up París, 1994: 254). La ausencia de políticas sanitarias y el desapego social por la infección por VIH y los casos de sida hicieron necesaria la implicación de la comunidad homosexual. Del mismo modo, el hecho de que los primeros discursos institucionales en los Estados Unidos y gran parte de Europa estuvieran dirigidos, sobre todo, a lanzar mensajes en contra de las prácticas de sexo entre hombres hizo que la mayoría de asociaciones LGTB con incidencia política de la época empezara una lucha por la supervivencia y la imagen pública de los hombres gays y bisexuales (Butler, 1992). En Nueva York se fundó la *Gay Men's Health Crisis* para atender a las personas que vivían con el sida y prevenir la infección por VIH, mientras que en Europa se cons-



tituyeron varios grupos que llevaron a cabo su labor con relativa prudencia y justificando su necesidad (Llamas, 1995).

En España, como desarrollaré con más detalle en el capítulo 4, el final del franquismo y el inicio de la democracia trajeron consigo una época de reivindicación de las libertades entre las que también se incluían las libertades sexuales. Esta era una época de eclosión de las reivindicaciones feministas y también de los derechos homosexuales. En este contexto, el hecho de que la transmisión del virus se hubiera asociado a la vía sexual —y, ante todo, a la homosexual— no ayudaba a dar una buena imagen del hombre gay a la sociedad (Llamas, 1995; Mira, 2004). Por aquel entonces, el activismo homosexual español no estaba en su mejor momento y para muchas personas era importante no dar la imagen de que ser homosexual implicaba tener sida. Algo no muy distinto a lo que pasó en los movimientos homosexuales que no quisieron que se les identificara con transexuales, hombres amanerados o mujeres camioneras (Llamas y Vidarte, 1995). Además, entre 1980 y 1985, muchas organizaciones que habían reivindicado los derechos de los homosexuales durante la dictadura franquista desaparecieron. Solo había algunas asociaciones demasiado pequeñas y con poca capacidad de movilización a las que la crisis del sida les cogió por sorpresa (Aliaga y Cortés, 1997). Por ello, parece que hasta principios de 1990 no hubo algo de activismo por los derechos de las personas con VIH y para la inversión en materia de sida (Carrascosa y Vila, 2005).

La lucha por la supervivencia y, sobre todo, contra la inacción de las instituciones públicas aglutinó a las personas que se vieron afectadas por el sida (Sáez, 2005)<sup>7</sup>. Su trabajo fue necesario en varios niveles. La mayoría de estas asociaciones se encargaron de cuidar de las personas que estaban enfermas y a las que mucha otra gente no quería acercarse. Del mismo modo, empezaron una labor de prevención importante en la comunidad: aportando información sobre la transmisión del virus y distribuyendo preservativos en espacios de encuentro sexual —o impulsando programas de intercambio de jeringuillas—. Pero, seguramente, su trabajo más importante y difícil fue el de luchar contra las estructuras políticas y sociales para que se destinaran recursos para la prevención y el tratamiento del VIH<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Tal vez fuera Act-Up la coalición que mejor supo reunir a grupos que nunca se hubieran pensado juntos: gays, lesbianas, transexuales, afroamericanos, latinos, trabajadores sexuales y consumidores de drogas, entre otros (Sáez, 2005)

<sup>8</sup> La bibliografía sobre quiénes hicieron qué en España no dejan claras las fechas y asociaciones implicadas en los primeros años de infección en el contexto español. Parece que la primera



Las revisiones históricas sobre el sida coinciden en que el trabajo de las asociaciones homosexuales en este sentido fue clave. Para ello fue necesaria la implicación de los homosexuales, para quienes el sida estaba adquiriendo cada vez más importancia. Los efectos del VIH en su fase más avanzada se reflejaban en las vidas de sus ligues, de sus amigos, de sus parejas y en las suyas propias. Los testimonios de homosexuales que vivieron esos años se reflejan en mucha de la literatura sobre el tema (Núñez, Sotelo y Recoder, 2005). Testimonios de experiencias de dolor, de vergüenza y de miedo. Pero, también, testimonios de compañía y de responsabilidad, de trabajo conjunto y de superación o supervivencia. Su implicación supuso un cambio en la manera de entender la enfermedad en la comunidad homosexual y, sobre todo, en nuestra manera de entendernos a nosotros mismos. Un ejemplo de ello, son los manifiestos de Act-Up en los que se ponía de relieve esta responsabilidad comunitaria: «And now of course it [being queer] means fighting a virus as well, and all those homo-haters who are using AIDS to wipe us off the face of the earth. Being queer means leading a different sort of life. [Y ahora, por supuesto, [ser marica] significa luchar contra un virus también, y contra todos esos homófobos que están usando el SIDA para borrarnos de la faz de la tierra. Ser marica significa llevar otro tipo de vida]» (Queer Nation, 1990).

El interés por las formas de transmisión del virus y la preocupación por el autocuidado empezaron a ser, pues, una prioridad para cualquier tipo de acción homosexual comunitaria, pero, sobre todo, para los hombres homosexuales (Boehmer, 2002). En algunos casos estas acciones se llevaron a cabo, como he señalado, por la gran cercanía con la enfermedad y sus efectos en las vidas de los homosexuales. Pero, en otros, por intentar que la homosexualidad no fuera vista como un sinónimo de promiscuidad y enfermedad. Así, se intentaba también romper ese binomio social que tanto estaba pesando. Pero, ¿de qué manera podía evitarse que la imagen del gay no estuviera ligada a las relaciones liberales y a la promiscuidad? Era necesario crear una imagen de un buen homosexual que vivía en pareja (cerrada), no estaba enfermo y, si lo

---

asociación que trabajó de forma asistencial y en la prevención de la transmisión del virus fue Gais per la Salut, en 1986 en Barcelona (Larrazabal, 2011). Por su parte, grupos como LSD o La Radikal Gay (en Madrid) y Act-Up Barcelona o Actúa (en Barcelona) pusieron sus esfuerzos en luchar contra las estructuras políticas y sociales que estigmatizaban y criminalizaban los casos de VIH en la década de los 90 (Carrascosa y Vila, 2005).

estaba, no podía *contagiar* a la sociedad<sup>9</sup>. Se buscaba, de este modo, la aceptación, desvinculándose de la imagen que la sociedad no quería ver. Si la ausencia del preservativo en las relaciones sexuales entre hombres había sido una de las muestras de liberación hasta la aparición del sida, ahora el uso del preservativo iba a ser un símbolo de responsabilidad personal y colectiva (Butler, 2004; Villaamil, 2004).

### 2.3. El término HSH y el avance biomédico

Desde mediados de la década de los 90, la infección por VIH empieza a ser tratada eficazmente (Larrazabal, 2011). El avance en los tratamientos antirretrovirales (HAART) favorece que el sida se conciba socialmente como una “enfermedad crónica”, lo que contribuye a una relativa normalización del VIH en la comunidad homosexual (Villaamil, 2004) y tiene diversos efectos en el modo en que se elaboran tanto la promoción de la salud sexual dirigida a los HSH como las estrategias en el cuidado de la salud de las personas con VIH. En primer lugar, paulatinamente el sida deja de ser considerado una enfermedad propia de determinados grupos poblacionales para convertirse en una consecuencia de determinadas *prácticas de riesgo*. Por ello, se despliegan una serie de herramientas de autocuidado que permiten que el ciudadano se *proteja* frente al virus (Bloor, 1995), como desarrollaré en el siguiente apartado. Sobre la base de este paradigma, se delimitan las relaciones que suponen una mayor probabilidad de infección: la promiscuidad, el intercambio de jeringuillas, el trabajo sexual o las relaciones sexuales (sin protección) entre hombres. Este tipo de estrategias modela el discurso que se venía llevando hasta el momento. «Es, primero, mucho más acorde con la idea de derechos individuales, es parte de una estrategia de legitimación de quien lo enuncia, en la medida que permite, a bajo costo, desplazar indefinidamente la figura de contraidentificación del discurso de discriminación, y es así la condición de existencia de un discurso neutral, explícitamente no ideológico, técnico. Gracias al sida, la sociedad española se comprende a sí misma como seronegativa, tolerante y solidaria. Por otro lado, conecta con toda una lógica neoliberal de la individualidad postmoderna en relación al riesgo, y con una representación de la ciudadanía

---

<sup>9</sup> Cabe señalar que esto no solo sucedió en el contexto español. Rommel Mendès-Leite, por ejemplo, explica cómo en Francia se negaba la existencia del sida y de que las prácticas sexuales que uno tenía pudieran estar vinculadas con la transmisión del virus (1992).

ligada al consumo (como la propia identidad gay, o las múltiples identidades fragmentadas y particulares de nuestra época)». (Villaamil, 2004: 50)

Lo más importante de este nuevo discurso que se va conformando a partir de los años 90 es que la vigilancia sobre los grupos de riesgo se transforma: ya no se señala directamente a una serie de grupos de población (homosexuales, heroinómanos, hemofílicos, haitianos), sino que la vigilancia se realiza mediante una serie de mecanismos epidemiológicos que señalan a las prácticas y, de forma indirecta, a las personas que realizan esas prácticas. Es en este momento en el que aparece el término *hombres que tienen sexo con otros hombres* (Young y Meyer, 2005). Por una parte, el término se empieza a usar por técnicos en epidemiología que buscan establecer categorías de comportamiento que permitan delimitar relaciones causales y factores asociados a la infección por VIH en las prácticas de sexo entre hombres (con independencia de su orientación sexual). La decisión de optar por un término como este responde, sobre todo, a la lógica de agrupar aquellas relaciones sexuales que se suponen de mayor riesgo para la transmisión del virus: la penetración anal en un *grupo poblacional* en el que la incidencia de VIH es mayor. Por ello, desde esta perspectiva se recogen, bajo este término, las prácticas sexuales de hombres gays, bisexuales, heterosexuales, trabajadores sexuales y transexuales (Operario et al., 2008). Por otra parte, el uso del término *HSH* también se promovió desde un enfoque construccionista que criticaba la identidad sexual y que defendía que un hombre podía tener relaciones con otros hombres, sin pensarse como homosexual (o bisexual, o heterosexual) (Pathela, Hajat y Schillinger, 2009).

Se empezó a hablar, así, tanto en la intervención como en la investigación en materia de prevención de VIH, de HSH en lugar de hombres gays y bisexuales. El hecho de usar este término, como señalaba, tiene que ver con una lógica de desvinculación de la identidad con el riesgo de infección, pero no necesariamente desvincula la relación entre el homosexual y el sida. La sobrerrepresentación del riesgo en las relaciones sexuales entre hombres sigue presente aunque, desde este enfoque, no es la identidad homosexual la que posibilita la infección, sino las prácticas sexuales entre hombres. Es decir, el riesgo no está en *ser* homosexual, sino en *tener sexo* con hombres. Por otra parte, como señalan Young y Meyer (2005), en lugar de ayudar a desmitificar la imagen de homosexual enfermo, el hecho de hablar de hombres que tienen sexo con otros hombres hace que se preste menos atención a los factores

sociales relacionados con la transmisión del virus, como la homofobia o el miedo a las relaciones sexuales entre hombres.

Además de este cambio en la concepción de las prácticas de riesgo, ha habido un gran avance en los tratamientos antirretrovirales y en las pruebas de detección de anticuerpos para el virus. Este avance ha supuesto un cambio, también, en el modelo de prevención. Si en los primeros años, como ya hemos señalado, la intervención se dirigía, sobre todo, al cuidado (casi) paliativo de los enfermos de sida y al reparto de preservativos en los locales de ambiente, posteriormente el discurso biomédico permeó en la intervención. Tanto la intervención institucional como el asociacionismo en materia de VIH empezaron a dirigir sus acciones a instaurar la realización de la prueba como una medida de autocuidado más para la persona no infectada, y la adhesión terapéutica como el principal eje de intervención para las personas con VIH (*cf.* Pilcher et al., 2004). Se instauran, así, una serie de prácticas saludables para los hombres que tenemos sexo con otros hombres, que se refuerzan mediante las intervenciones específicas en materia de VIH. Por una parte, una persona sin VIH debe protegerse en sus relaciones sexuales utilizando, principalmente, el preservativo, y debe realizarse la prueba de forma periódica. Por otra, la atención hacia la persona con VIH está dirigida, sobre todo, a que siga las pautas de tratamiento y se mantenga estable en su carga viral y su nivel de defensas. En definitiva, es esta una época en la que los significados sobre el VIH y su relación con la homosexualidad mutan para dar lugar a un conjunto de estrategias gubernamentales de control de la salud sexual de los hombres que tenemos sexo con otros hombres.

#### **2.4. Estrategias gubernamentales en la comprensión del VIH en la actualidad**

Como ya adelantaba al principio de este capítulo, algunos estudios señalan que, en la actualidad, la gente no está tan afectada por perder su entorno más cercano y no tiene el mismo miedo por cómo el VIH afecta a su estado de salud. Sin embargo, tal como veremos a lo largo de todo el trabajo, la historia del sida sigue teniendo efectos en cómo entendemos el sexo los HSH. En un terreno personal, he vivido diferentes situaciones en las que la gente de mi entorno ha pensado que siendo homosexual era muy probable *ser seropositivo*. Por ejemplo, una de las preocupaciones más importantes de mis padres cuan-

do salí del armario fue la de que pudiera infectarme del VIH. En un terreno más institucional, he vivido, también, visitas impacientes a los centros de salud o a las organizaciones que realizan la prueba de los anticuerpos en España para saber si me había infectado o no<sup>10</sup>; discusiones con especialistas de atención primaria en hospitales públicos que, supongo que avalados por el criterio de mi *pluma* y siguiendo un protocolo médico<sup>11</sup>, me han preguntado si me había realizado las pruebas recientemente y me han sugerido que era importante que me las realizara, cuando he acudido por cualquier resfriado o dolor de espalda —sin importarles que yo hubiera tenido alguna práctica sexual (de riesgo)—. Tampoco me he salvado de que, trabajando en el campo de la prevención del VIH, a muchas personas les haya interesado mi estado serológico. También he acompañado —tanto en el terreno profesional como en el personal— a personas que han recibido un resultado positivo y se han sentido responsables de su infección. En muchos casos, el hecho de que los propios médicos de VIH les pidieran explicaciones sobre cuándo, cómo o con quién se habían infectado ha reforzado, todavía más, esta sensación de culpabilidad.

Este trabajo se sitúa en ese contexto. Un contexto en el que ser un buen gay implica tener sexo seguro (Villaamil, 2004) y tener VIH significa haber fracasado<sup>12</sup>. Un momento histórico<sup>13</sup>, si se quiere, en el que el preservativo está muy presente en todos los espacios homosexuales: espacios de encuentro sexual, páginas web de contactos, revistas gays y locales de ambiente, entre otros (Villaamil y Jociles, 2008). Pero, también, un contexto en el que no dejamos

---

10 Algo muy similar a lo que algunos autores han estudiado en otras ciudades (véase, por ejemplo, Straks et al., 2013)

11 En la *Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario*, elaborada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, por ejemplo, se recomienda la oferta de dirigida de la prueba del VIH a los «HSH y sus parejas sexuales (hombres o mujeres)» (2014: 17).

12 Además de todas las dificultades sociales, si no jurídicas, con las que puede encontrarse una persona con VIH, a saber, dificultades a la hora de contratar un seguro de vida, dificultades a la hora de faltar al trabajo de forma regular para acudir al médico, dificultades con el tratamiento y sus efectos, dificultades en la negociación del uso del preservativo, dificultades a la hora de encontrar pareja y un sinfín de etcéteras

13 Esta época también está marcada por la evolución del VIH que he venido desarrollando hasta aquí, pero, también, por la situación epidemiológica de la transmisión del VIH. En España, por ejemplo, de los 3.210 nuevos casos de infección por VIH en 2013, el 51,10% fue por una práctica de sexo entre hombres (Centro Nacional de Epidemiología, 2014).

de ser impulsados a pensar sobre la gran probabilidad que hay de tener el VIH cuando eres homosexual. Actualmente, no es extraño que podamos leer textos en los que se intentan promocionar estrategias de control de la infección alarmando sobre los nuevos casos de infección en HSH. Para algunas asociaciones, por ejemplo, «[s]i no conseguimos frenar el aumento de nuevos casos de VIH en este grupo de población [los HSH], en 10 años podríamos encontrarnos con una alarmante situación en la que más del 40% de los HSH en la franja de edad de 40 a 50 años vivirían con el VIH, tal como demuestra un estudio realizado en Estados Unidos, donde la situación es similar a la nuestra» (cf. Cáscara amarga, en línea). En primer lugar, esta información es controvertida porque, en la actualidad, se estima que solo el 10% de los HSH vive con el VIH en España (Plan Nacional sobre el SIDA, 2014). En segundo lugar, aun asumiendo que se trata de un estudio de proyección social y que probablemente se use el informe con el objetivo de trabajar por la salud de un colectivo con una alta incidencia de VIH, este tipo de discursos no ayuda a las personas que deben enfrentarse a un resultado positivo. Por ejemplo, el Plan Nacional sobre el SIDA ha elaborado en los últimos meses (julio, 2014)<sup>14</sup> una nueva campaña de prevención del VIH: «El sida no es algo del pasado, tenlo presente». La imagen gráfica del cartel de esta campaña es un virus (VIH) que golpea, a modo de péndulo, a varias personas, y los argumentos que se usan para justificar su necesidad son los siguientes:

Según los datos de vigilancia de epidemiológica disponibles se estima que actualmente viven en España entre 130.000 y 160.000 personas con infección por el VIH, de las cuales aproximadamente el 30%, desconocen su situación porque no han sido diagnosticadas. Esto supone un problema de salud pública por varias razones: (i) no les permite beneficiarse precozmente de los tratamientos disponibles y (ii) aumenta el riesgo de transmisión a otras personas. Aproximadamente uno de cada diez Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) tiene el VIH, y de estos, uno de cada tres no lo sabe. Por estos motivos, la campaña de prevención de VIH se centra en la Promoción de la *prueba del VIH*, con el objetivo de detectar el 30% de casos que siguen sin diagnosticar. (Plan Nacional sobre el SIDA, 2014, marcado en negrita y cursivas en el original)

Este contexto, como veremos a lo largo de todo el trabajo, tiene una implicación directa en la reflexión que hacemos los HSH sobre el riesgo y sobre nuestras prácticas sexuales. En mi caso, por ejemplo, la decisión sobre usar o

14 El material de esta campaña puede consultarse, íntegramente, en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: [msssi.gob.es/campañas/campana14/Sida.htm](http://msssi.gob.es/campañas/campana14/Sida.htm)

no usar preservativo ha estado muy presente; sobre todo, en los casos en los que establecía un vínculo emocional con la otra persona. No me refiero solo al sexo en pareja —que también—, sino a las prácticas sexuales con amigos con los que tenía confianza y donde hemos negociado el (no) uso del preservativo en función, por ejemplo, de si nos habíamos hecho recientemente la prueba de los anticuerpos para el VIH. Esto coincide con el reporte de una sensación de cuestionamiento moral sobre las prácticas de autocuidado en HSH en otros contextos sociales (*cf.* Rangel y Adam, 2014). La situación actual de la prevención del VIH, por lo tanto, no pasa tanto por un control de la vida de las personas que están infectadas, sino por una regulación de nuestras prácticas sexuales desde diferentes escenas sociales en las que se establece lo que es deseable y lo que no. A finales de los años 70, Foucault desarrolla un concepto menos centrado en las relaciones de control disciplinario, y básicamente estatal, que el biopoder, para focalizarse en las técnicas y prácticas sistemáticas orientadas a la producción de subjetividades: la *gubernamentalidad*. Este concepto sirve para definir aquellas convenciones de control social protagonizadas por las diferentes instituciones del Estado, pero, también, por nuestras costumbres de autocontrol y por la forma de producción de conocimiento contemporánea.

*Gubernamentalidad*, con esta palabra aludo a tres cosas. Entiendo el conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, los análisis y las reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esa forma bien específica, aunque muy compleja de poder, que tiene por blanco principal la población, por forma mayor de saber la economía política y por instrumento técnico esencial los dispositivos de seguridad. Segundo, por *gubernamentalidad* entiendo la tendencia, la línea de fuerza que en todo Occidente no dejó de conducir, y desde hace mucho, hacia la preeminencia del tipo de poder que podemos llamar ‘gobierno’ sobre todos los demás: soberanía, disciplina, que indujo, por un lado, el desarrollo de toda una serie de aparatos específicos de gobierno y, por otro, el desarrollo de toda una serie de saberes. Por último, creo que habría que entender la *gubernamentalidad* como el proceso, o mejor, el resultado del proceso, por el cual el Estado de justicia de la Edad Media convertido en el Estado administrativo durante los siglos xv y xvi, se *gubernamentalizó* poco a poco (Foucault, 2006: 136)

Así, la prevención del VIH en la actualidad no se desarrolla únicamente a partir de prácticas del Estado para la regulación de la sexualidad de los hombres que tenemos sexo con otros hombres. El binomio «sidoso»/«marica» y la implicación del activismo LGTB desde los primeros años de enfermedad han ayudado a que este control se refuerce mediante estrategias de la propia comunidad homosexual y a partir de tecnologías de autocontrol, como veremos en



el capítulo 4. Este tipo de matriz de control de las prácticas sexuales es similar a la forma en que se maneja el riesgo en las sociedades neoliberales. Tal como señala Robert Castel (1991), en los últimos años la construcción de sujetos contemporáneos pasa por anticipar y prevenir la emergencia de eventos indeseables, tales como la enfermedad, la anormalidad o los comportamientos desviados. Así, se pasa del control —o la represión— de individuos concretos a controlar los factores de riesgo de que algo indeseable ocurra, ampliando, así, las posibilidades de acción de las estrategias gubernamentales. «Instead of segregating and eliminating undesirable elements from the social body, or reintegrating them more or less forcibly through corrective or therapeutic interventions, the emerging tendency is to assign different social destinies to individuals in line with their varying capacity to live up to the requirements of competitiveness and profitability. [En lugar de separar y eliminar elementos indeseables del cuerpo social, o reintegrarlos más o menos a la fuerza a través de intervenciones correctivas o terapéuticas, la tendencia emergente consiste en asignar diferentes destinos sociales a las personas de acuerdo con su capacidad variable a la altura de las exigencias de la competitividad y la rentabilidad]» (Castel, 1991: 294).

En el caso del VIH, podríamos decir que las estrategias de gobierno pasan por la delimitación de qué prácticas tendrán un mejor impacto en la vida de la persona y en su propia identidad. Por ejemplo, el hecho de utilizar el preservativo en las relaciones sexuales coloca, supuestamente, al sujeto fuera de la posibilidad de infección y ahí es donde se configuran los efectos de lo que es deseable y lo que no. Sin embargo, el hecho de no hacerlo lo coloca en un espacio de *víctima y responsable*: por una parte, *sufre* (o puede sufrir) una enfermedad determinada; por otra, ha asumido un cierto grado de riesgo en sus prácticas y eso ha sido su propia decisión. Este juego se da en los tres niveles de gubernamentalidad que propone Foucault (2006). Por una parte, el Estado —junto a los expertos— define cuáles son los factores que suponen un mayor riesgo de transmisión del virus y establece unas políticas sanitarias que, como veremos, tienen un efecto en la propia prevención. Por otra parte, el tejido comunitario y el activismo asociativo están claramente implicados en la promoción de la salud de su propio colectivo y ponen en marcha acciones concretas. Finalmente, nosotros mismos (los HSH) participamos de forma autoregulatoria sobre nuestras prácticas sexuales y nos posicionamos acerca del sexo seguro (a favor o en contra).



En este contexto, no es de extrañar que emerjan discursos como los que se han mostrado al inicio del capítulo, para los que es importante seguir examinando las prácticas sexuales entre hombres y el riesgo que se asumen en ellas. Esta vigilancia es tal que, en algunos países, como en los Estados Unidos, es obligatorio comunicar si se tiene el VIH a la pareja sexual (Global Network of People Living with HIV/AIDS Europe and Terrence Higgins Trust, 2005). Pero, ¿cómo afecta esta estructura gubernamental a nuestro acercamiento a las estrategias preventivas y a cómo nos pensamos a nosotros mismos después de haber tenido una práctica de riesgo? ¿Cómo repensar la acción en la promoción de la salud sexual para que las tecnologías de regulación no sean coercitivas ni favorezcan el estigma de quienes tienen VIH? En los capítulos que siguen propongo ir a analizar el poder allí donde produce, más claramente, sus efectos concretos. En el capítulo 3, se discute el poder a partir del pensamiento de quienes se sitúan explícitamente en un espacio de resistencia: las personas que asumen, de forma consciente y sostenida en el tiempo, riesgo en sus prácticas sexuales. En el capítulo 4, se analizan varias de las prácticas gubernamentales que están más implicadas en la configuración del sexo seguro como aspecto central en nuestra identidad y, en consecuencia, que más están relacionadas con la asunción del riesgo. Por último, en el capítulo 5 se presenta un estudio de uno de los discursos del poder —institucionales, pero también de la propia comunidad— que está más claramente dirigido a la regulación de conductas sexuales: el de las campañas de prevención.

## Referencias

- Act-Up París. (1994). Una nueva idea de la lucha contra el SIDA. In R. Llamas (Ed.), *Construyendo sidentidades: Estudios desde el corazón de una pandemia* (pp. 255–260). Madrid: Siglo XXI.
- Aliaga, J.V.; & Cortés, J.M. (1997). *Identidad y diferencia sobre la cultura gay en España*. Madrid: Egales.
- Arrizabalaga, J. (1995). El fenómeno del sida. *Cuadernos del mundo actual*, 1, 4-31.
- Baudrillard, J. (1991). *La transparencia del mal*. Barcelona: Anagrama.
- Bayés, R. (1995). *Sida y Psicología*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Bersani, L. (1987). Is the rectum a grave? *October*, 43, 197–222.

- Bloor, M. (1995). *The Sociology of HIV transmission*. London: Sage Publications.
- Boehmer, U. (2002). Twenty years of public health research: inclusion of lesbian, gay, bisexual and transgender populations. *American Journal of Public Health*, 92(7), 1125-1130.
- Butler, J. (1992). Sexual Inversions. In: Hekman SJ (ed.), *Feminist Interpretations of Michael Foucault*, University Park, The Pennsylvania State University Press, pp. 59-76.
- Butler, J. (2004). *Undoing Gender*. New York: Routledge.
- Carrascosa, S.; & Vila Núñez, F. (2005). Geografías víricas: hábitats e imágenes de coaliciones y resistencias. En C. Romero Bachiller, S. García Dauder, C. Bagueiras Martínez, & Grupo de Trabajo Queer (Eds.), *El eje del mal es heterosexual* (pp. 45-60). Madrid: Traficantes de sueños.
- Cáscara Amarga (en línea). "Una nueva campaña que recomienda a gays hacerse la prueba del VIH cada tres meses". Recuperado el 15 de septiembre de 2014, de <http://www.cascaraamarga.es/salud/8952-una-nueva-campana-que-recomienda-a-gays-hacerse-la-prueba-del-vih-cada-tres-meses.html#.VCiC75SHCc>
- Castel, R. (1991). From dangerous to risk. In G. Burchell, C. Gordon, & P. Miller (Eds.), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality* (pp. 181-298). Chicago: The University of Chicago Press.
- CDC (1981). Pneumocystis Pneumonia. Los Angeles. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 30(21), 1-3.
- CDC (1982). Update on acquired immune deficiency syndrome (AIDS), United States. *MMWR Morb Mortal Weekly Report*, 37, 513-514.
- Centro Nacional de Epidemiología (2014). *Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España. Situación a 30 de septiembre de 2014*. Madrid.
- Chávez, K.R. (2012). ACT UP, Haitian Migrants and Alternative Memories of HIV/AIDS. *Quarterly Journal of Speech*, 98(1), 63-68.
- Courtenay-Quirk, C.; Wolitski, R.J.; Parsons, J.T.; Gómez, C.A.; & The Seropositive Urban Men's Study Team (2006) Is HIV/AIDS Stigma Dividing the Gay Community? Perceptions of HIV-positive Men Who Have Sex With Men. *AIDS Education and Prevention*, 18(1), 56-67.

- Deleuze, G. (1987). *Foucault*. México: Editorial Paidós.
- Dowson, L.; Kober, C.; Perry, N.; Fisher, M.; & Richardson, D. (2012). Why Some MSM Present Late for HIV Testing: A Qualitative Analysis. *AIDS care*, 24, 204-209.
- Eribon, D. (1999). Reflexiones sobre la cuestión gay. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Escoffier, J. (2009). *Bigger than life: the history of gay porn cinema from beefcake to hardcore*. Philadelphia: Rinning Press.
- Foucault, M. (1972). «Les intellectuels et le pouvoir», entretien de Michel Foucault avec Gilles Deleuze. *Arc*, 49, 3-10.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité. 1. La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio y población*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Global Network of People Living with HIV/AIDS Europe and Terrence Higgins Trust (2005) *Criminalisation of HIV transmission in Europe: A rapid scan of the laws and rates of prosecution for HIV transmission within signatory States of the European Convention of Human Rights*. Recuperado el 15 de septiembre de 2014, de <http://www.chip.dk/portals/0/files/rapidscan.pdf>.
- Grmek, M.D. (1989). *Histoire du sida: début et origine d'une pandémie actuelle*. Paris: Payot.
- Hardens, V.A. (2012). *AIDS at 30: a history*. United States: Potomac Books.
- Ioan, B.G. (2013). Risk Groups. En S. Loue (Ed.), *Mental Health Practitioner's Guide to HIV/AIDS* (pp. 359-362). Cleveland: Springer.
- Katz, J. (1995). *Gay and American History: Lesbians and Gay men in the United States*. New York: Thomas Crowell.
- Kher, U. (1982). "A Name for the Plague". *Time*, July 27.
- Kingman, S.; & Connor, S. (1988). *The search for the virus*. Ringwood: Penguin.
- Larrazabal, I. (2011). *El paciente ocasional: una historia social del sida*. Barcelona: Ediciones Península.

- Llamas, R.; & Vidarte, P. (1998). *Homografías*. Madrid: Espasa Calpe.
- Llamas, R. (1995). «La reconstrucción del cuerpo homosexual en tiempos de sida». En R. Llamas (Comp.) *Construyendo sidentidades* (pp. 153–189). Madrid: Siglo XXI.
- Llamas, R. (1998). *Teoría torcida. Prejuicios y discursos en torno a la “homosexualidad”*. Madrid: Siglo XXI.
- Lorenc, T.; Marrero-Guillamón, I.; Llewellyn, A.; Aggleton, P.; Cooper, C.; Lehmann, A.; & Lindsay, C. (2010). HIV testing among men who have sex with men (MSM): systematic review of qualitative evidence. *Health Education Research*, 26(5), 834–846.
- Mars-Jones, A.; & White, E. (1988). *The Darker Proof: Stories from a Crisis*. New York: Faber and Faber.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Guía de Recomendaciones para el diagnóstico Precoz del VIH en el ámbito sanitario*. Madrid: Secretaria General Técnica, Centro de Publicaciones.
- Mira, A. (2004) *De Sodoma a Chueca*. Madrid: Egales.
- Morin, S.F. et al. (2003) Why HIV Infections Have Increased Among Men Who Have Sex with Men and What to Do About It: Findings from California Focus Groups. *AIDS and Behavior*, 7(4), 353–362.
- Nájera, R. (1990). *Sida: de la biomedicina a la sociedad*. Madrid: Eudema.
- Núñez, F.; Sotelo, J.; & Recoder, M.L. (2005). *Experiencias de estigma y discriminación en personas homosexuales/gays, bisexuales y trans*. Buenos Aires: Ministerio de Sanidad.
- Operario, D.; Burton, J.; Underhill, K.; & Sevelius, J. (2008). Men who have sex with transgender women: challenges to category-based HIV prevention. *AIDS Behaviour*, 12(1): 18–26.
- Pathela, P.; Hajat, A.; & Schillinger, J. (2009). Discordance between Sexual Behavior and Self-Reported Sexual Identity: A Population-Based Survey of New York City Men. *Annals of Internal Medicine*, 145(6): 416–425.
- Plan Nacional sobre el SIDA (2014). *El sida no es algo del pasado. Tenlo presente*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Queer Nation (1990). *Queers read this*. Recuperado en línea el 15 de septiembre de 2014, de [historyisaweapon.com/defcon1/queernation.html](http://historyisaweapon.com/defcon1/queernation.html).
- Rangel, J.C.; & Adam, B.D. (2014). Everyday moral reasoning in the governmentality of HIV risk. *Sociology of Health & Illness*, 36(1):60-74.
- Rengel, D. (2005). La construcción social del 'otro'. Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de sida. *Gaceta de Antropología*, 21, artículo 25.
- Rhodes, T.; & Cusick, L. (2001). Love and intimacy in relationship risk management: HIV positive people and their sexual partners. *Sociology of Health & Illness*, 22(1), 1-26.
- Richardson, E.T.; Grant, P.M.; & Zolopa, A.R. (2004). Evolution of HIV treatment guidelines in high- and low-income countries: Converging recommendations. *Antiviral Research*, 103, 88-93.
- Sáez, J. (2005). El contexto sociopolítico de surgimiento de la Teoría Queer. De la crisis del SIDA a Foucault. In D. Córdoba, J. Sáez, & P. Vidarte (Eds.), *Teoría Queer: Políticas Bolleras, Maricas, Trans, Mestizas* (pp. 67-76). Madrid: Editorial Egales.
- Santana, G. (2009). Políticas QUEER, hacia una teoría de la (a) normalidad. *Cuadernos del Ateneo*, (26), 11-28.
- Schiltz, M.A.; & Sandfort, Th.G.M. (2000). HIV-positive people, risk and sexual behaviour. *Social Science & Medicine*, 50(11), 1571-1588.
- Sherhoff, M. (2006). *Whithout condoms: unprotected sex, gay men and barebacking*. New York: Routledge.
- Skinta, M.D.; Brandrett, B.D.; Schenk, W.C.; Wells, G.; & Dilley, J.W. (2014). Shame, self-acceptance and disclosure in the lives of gay men living with HIV: An interpretative phenomenological analysis approach. *Psychology & Health*, 29(5), 583-597.
- Sedgwick, E.K. (1990) *Epistemología del armario*. Madrid: Ediciones la tempestad, 1998.
- Stolley, K.S.; & Glass, J.E. (2009). *HIV/AIDS: Health and Medical Issues Today*. California: ABC Clio.

- Starks, T. J.; Payton, G.; Golub, S. A.; Weinberger, C. L.; & Parsons, J. T. (2013). Contextualizing Condom Use: Intimacy Interference, Stigma, and Unprotected Sex. *Journal of Health Psychology*, 19(6): 711-720.
- Vilaseca, J.; Arnau, J.M.; Bacardí, R.; Mieras, C.; Serrano, A.; & Navarro, C. (1982). Kaposi's sarcoma and Toxoplasma gondii brain abcess in a Spanish homosexual. *The Lancet*, 1, 572.
- Villaamil, F.; & Jociles, M.I. (2008). Diferencias y desigualdades entre los HSH usuarios de locales comerciales de encuentro sexual: algunas contribuciones a las estrategias comunitarias de prevención del VIH. *Etnográfica*, 12(2): 285-321.
- Villaamil, F. (2004). *La transformación de la identidad gay en España*. Madrid: Catarata.
- Watney, S. (1987). *Policing Desire: Pornography, AIDS and the Media*. Comedia.
- Weeks, J. (1993). *El Malestar de la Sexualidad: Significados, Mitos y Sexualidades Modernas*. Madrid: Talasa Ediciones.
- Young R.M.; & Meyer I.H. (2005). The trouble with "MSM" and "WSW": erasure of the sexual-minority person in public health discourse. *American Journal of Public Health*, 95(7): 1144-1149.

Typically the emergence of bareback subculture has been viewed as a case of pathological self-destructiveness or, at best, gross irresponsibility on the part of those who should know better. [...] I would like to make explicit from the start that [I will try to] resist the easy comfort of demonizing individuals who bareback. [...] Blaming bareback sex on homophobia is as politically and intellectually inadequate as blaming it on barebackers themselves. Rather than either condemning or excusing bareback sex, I would like to defer judgement about it in order to open a space in which real thinking can occur.

[Típicamente la emergencia de la subcultura bareback se ha visto como un caso de autodestrucción patológica o, en el mejor de los casos, como una gran irresponsabilidad por parte de los que deberían tener mayor conocimiento. [...] Me gustaría hacer explícito desde el principio que voy a intentar resistir la comodidad de demonizar a las personas que practican barebacking. [...] Echar la culpa del barebacking a la homofobia es tan inadecuado política e intelectualmente como culpabilizar a las personas que practican barebacking. En lugar de condenar o justificar el sexo bareback, me gustaría evitar ofrecer un juicio con el objetivo de abrir un espacio en el cual pueda generarse un pensamiento auténtico.]

(Dean, 2009: 2-3)







BLOQUE 2

# Las publicaciones



## CAPÍTULO 3

*Barebacking*: condiciones de poder y  
prácticas de resistencia en la biopolítica  
de la salud sexual

Rubén Ávila  
Marisela Montenegro

Publicado en *Athenea Digital*, 2011



# Barebacking: condiciones de poder y prácticas de resistencia en la biopolítica de la salud sexual

## Barebacking: conditions of power and resistance practices on the biopolitics of Sexual Health

Rubén Ávila Rodríguez; Marisela Montenegro Martínez

Universitat Autònoma de Barcelona

ruben.avila@me.com ; marisela.montenegro@uab.cat

### Resumen

La mayoría de estudios sobre *barebacking* coinciden en definirlo como una práctica intencionada de sexo anal sin protección en 'hombres que tienen sexo con otros hombres' (HSH), lo que entra en contradicción con la multiplicidad de significados que adquiere este término para algunas de las personas que lo utilizan en primera persona. En este trabajo ofrecemos una mirada situada sobre la manera en que se configuran los significados del término *bareback* en narrativas de personas que lo practican. Esto nos permite desplazar las responsabilidades individuales de la práctica establecidas desde los principios que guían las políticas de salud sexual, a responsabilidades sociopolíticas de una actitud que sólo tiene sentido en el actual contexto de biopolítica de la salud sexual.

**Palabras clave:** Poder; Resistencia; Biopolítica; Salud sexual

### Abstract

*Most of the studies agree barebacking can be defined as an intentional practice of unprotected anal sex in 'men who have sex with other men' (MSM), despite the multiplicity of meanings that this term takes to some of the people who use it first hand. In this paper we look located on the way the meanings of the term bareback shapes in narratives of people who practice it. This allows us to move from the individual responsibilities of a practice established since the guiding principles of sexual health policies to the socio-political responsibilities of an attitude that only makes sense in the current context of biopolitics of sexual health.*

**Keywords:** Power; Resistance; Biopolitics; Sexual health

### ***Barebacking: puntos de partida***<sup>1</sup>

Hace un año y medio escuché una conferencia de un tipo seropositivo muy mono, sobre la diversión del sexo no seguro con otros tíos seropositivos. Era guapo, el tema morboso, y en poco tiempo acabé follado por él sin condón. Cuando se corrió, estaba en el paraíso, extasiado. Había tenido sexo no seguro antes, pero nunca intencionalmente. (Gendin, 1997, p. 64).

Escrito por Stephen Gendin –un activista del SIDA vinculado a entidades como ACT UP o POZ Magazine–, *Riding bareback* es el primer artículo en el que se presenta el *barebacking* como una opción

<sup>1</sup> Este artículo es parte de un proyecto de investigación realizado en el marco del Programa de Doctorado de Psicología Social de la Universitat Autònoma de Barcelona.

sexual con “beneficios” como “una mayor sensación física” o “una conexión más cercana e íntima”. En este artículo, el autor reflexiona sobre las posibilidades de agenciamiento sexual que, a su juicio, ofrece el *sexo no seguro* intencionado entre hombres seropositivos.

El trabajo de Gendin nos parece especialmente interesante, puesto que ha marcado un punto de inflexión en la comprensión de la práctica. Desde su publicación ha incrementado tanto la frecuencia de uso del término *bareback* como sus contextos de empleo (Halkitis, 2001; Carballo-Diéguez y Bauermeister, 2004; Oltramari, 2005; Shernoff, 2006; Silva, 2008; Paula, 2010), alarmando a algunas personas y cautivando a otras. Lo que en un primer momento sólo se nombraba en algunas situaciones privadas –y lo suficientemente morbosas– ha entrado a formar parte del debate científico-académico en el mundo occidental<sup>2</sup>.

En España existe poca información sobre el *barebacking*. Sólo algunas comunicaciones en congresos lo estudian (Rojas, 2007), algunos artículos de opinión lo reprueban (Carrascosa, s/f) y algún artículo de prevención lo nombra (Fernández-Dávila, 2009). Sin embargo, existen estudios en el ámbito internacional que se han ocupado tanto de delimitar el concepto, como de intentar comprender el porqué de las prácticas intencionales de sexo no seguro. En el territorio anglosajón, puede encontrarse una buena panorámica de ello en Crossley (2002) o Shernoff (2006). Por su parte, los trabajos de Oltramari (2005), Silva (2008) y Paula (2010), ofrecen una revisión crítica en el territorio latinoamericano.

En cuanto a la *definición de barebacking*, la mayoría de estudios existentes coinciden en determinar que se trata de una práctica intencionada de sexo anal sin protección en 'hombres que tienen sexo con otros hombres' (HSH)<sup>3</sup> con parejas sexuales casuales.

En cuanto a las *motivaciones para practicarlo*, existe una diferencia entre quienes definen el *barebacking* como una práctica facilitada por factores circunstanciales, y quienes lo definen como una forma de transgresión.

Para los primeros, los factores que “facilitan” el *barebacking* son variados. En un estudio llevado a cabo por Richard J. Wolitski (2005), por ejemplo, se narra cómo los avances en la farmacoproducción de antirretrovirales (para el VIH) han contribuido a un cambio en la percepción de la severidad de la infección y, como consecuencia, a un aumento en la asunción de riesgo en las prácticas sexuales.

Otros autores, en cambio, relacionan el *barebacking* con la edad: los HSH más jóvenes no se preocupan por el VIH porque no han visto morir a sus amistades a causa del SIDA, mientras que los HSH mayores lo hacen, precisamente, por la 'miseria del SIDA' y la fatiga respecto al sexo seguro –según estudios como los de Michele L. Crossley (2002) o David E. Ostrow et al. (2002) –.

---

<sup>2</sup>No hemos encontrado referencias al *barebacking*, o a un concepto similar, fuera de las sociedades occidentales. Probablemente esto esté relacionado con el hecho de que fuera de las sociedades occidentales, los *hombres homosexuales* no han sido considerados como un grupo poblacional con mayor riesgo de infección por VIH por los planes de acción en la promoción de la salud sexual (cf. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). Pese a que la posible relación entre ambos fenómenos merece un análisis detallado y justificado, no podemos abordarlo en este trabajo.

<sup>3</sup>Cuando hablamos de HSH no nos referimos a un grupo homogéneo de personas; puesto que el término se refiere a cualquier hombre que haya reportado, en algún momento, prácticas sexuales con otro(s) hombre(s), con independencia de su opción sexual –gay, bisexual, heterosexual o cualquier otra–. Nos referimos, más bien, a una representación heterogénea, con estilos de vida, prácticas sexuales y *necesidades de salud*, sino distintas, no necesariamente iguales. Sin embargo, utilizaremos en este artículo este término, ya que su uso generalizado en el campo de la salud sexual, nos permite (a) una mayor agilidad en la redacción y (b) una mayor cercanía *lingüística*.

En otros trabajos se responsabiliza a las páginas web, foros y salas de chat exclusivas sobre *barebacking*, alegando que la comunicación en línea facilita la negociación de prácticas no seguras (Wolitski, 2005).

También existen estudios en los que se relaciona el sexo no seguro intencionado con el consumo de drogas. Por una parte, autores como Ron Stall et al. (2001) argumentan que el consumo de drogas es mayor en HSH que en otros colectivos y, por otra, otros autores defienden que existe una relación directamente proporcional entre el consumo de drogas y la intencionalidad de las prácticas de riesgo –como se recoge en la introducción al libro de Perry N. Halkitis, Leo Wilton y Jack Drescher (2005)–.

Por otra parte, autoras como Michele J. Crossley (2002, 2004) o Walt Odets (1995) definen el *barebacking* como una forma de transgresión interiorizada. Para estas autoras, el *barebacking* “puede constituir un ‘habitus’ de ‘resistencia’ o ‘transgresión’, lo que se ha mantenido como una característica constante en la psique individual y social de los hombres homosexuales, desde los primeros días de la liberación gay” (Crossley, 2004, p. 225). Crossley (2004, p. 242), por ejemplo, considera que la forma de cambiar estos *comportamientos* “contraproducentes, dañinos e incluso suicidas” es incorporar en el “habitus de resistencia” de la cultura gay algunos aspectos “reprimidos” de la realidad material del VIH/SIDA, la moralidad y la responsabilidad individual. Incluso, tal y como muestra Paulo Sergio Rodrigues de Paula, en algunas investigaciones brasileñas el sujeto *barebacker* es visto como alguien que posee algún tipo de patología psíquica (Paula, 2010, p. 83).

Ahora bien, todos estos estudios siguen los principios que guían las políticas de salud sexual, por cuanto la finalidad de delimitar el *barebacking* y sus motivaciones es la búsqueda de un cambio conductual: que la incidencia de prácticas de riesgo disminuya.

En este trabajo, por el contrario, no tratamos de contribuir a la promoción de la salud sexual generando un nuevo conocimiento que guíe la acción, sino que pretendemos, por una parte, cuestionar las condiciones de poder en las que se ha generado el conocimiento existente acerca del *barebacking*, desde narrativas de personas que lo practican, y, por otra, ver cómo estas condiciones de poder interactúan con la práctica de *barebacking*. Este objetivo, está en consonancia con otros estudios realizados en ámbitos locales, como Brasil, en los que, del mismo modo, se cuestionan los presupuestos acerca de lo que es el *barebacking* –véase, Oltramari (2005), Silva (2008) y Paula (2010)–.

Nuestro objetivo en este trabajo, por lo tanto, es el de ofrecer una mirada situada sobre la manera en que se configuran los significados del término *bareback* en narrativas de personas que lo practican, poniéndolas en relación con textos científico-académicos que incorporan principios que guían las políticas sanitarias. No es objeto de este trabajo, por lo tanto, cuestionar las argumentaciones que ofrecen las personas que practican el *barebacking*, sino que pretendemos comprender la forma en que se articulan las políticas de salud sexual en narrativas producidas por estas personas.

Para ello, en primer lugar, hacemos un breve repaso de conceptos útiles –binomio poder/resistencia (Michel Foucault, 1976/2006) y sexopolítica (Beatriz Preciado, 2003, 2008)– para analizar la constitución del régimen de sexualidad y salud sexual en la actualidad. En segundo lugar, presentamos la metodología utilizada: producciones narrativas, explicitando sus principios teóricos, epistemológicos y metodológicos, así como las consideraciones ético-políticas que han guiado la investigación. Posteriormente, ofrecemos una discusión acerca de cómo los principios que guían las políticas sanitarias se articulan en las narrativas de los participantes para acabar con una reconceptualización del

*barebacking* como una forma de cuestionamiento de la situación actual de las políticas sanitarias y de una Salud Sexual con mayúsculas que, en muchos casos, ha pasado por alto las complejidades psicosociales derivadas de la epidemia del SIDA.

## **Sexopolítica en el cuerpo homosexual y seropositivo**

---

### **Poder, resistencia y sexopolítica**

Uno de los puntos de máxima tensión en la comprensión de la sexualidad desde las ciencias sociales es el quiebre que supone la noción de poder desde la tesis foucaultiana. El poder, lejos de ser una estructura piramidal y objetivada, como se había concebido desde posiciones como la de Max Weber (1922/1975), pasa a concebirse en términos relacionales, a suponerse como una serie de “relaciones de fuerza múltiples que se forman y actúan en los aparatos de producción” (Foucault, 1976/2006, p. 99). Se trata de un poder que opera en el tejido social y que es immanente a todo el conjunto de relaciones. El poder se entiende como omnipresente y los sujetos sólo existen en tanto que son producto de ese poder. “[L]as relaciones de poder son a la vez intencionables intencionales y no subjetivas” (Foucault, 1976/2006, p. 100), son productivas; uno debe inscribirse en el poder y en el estudio de sus relaciones para lograr comprenderlo (Córdoba, 2005).

Asimismo, “donde hay poder hay resistencia, y no obstante (precisamente por esto), ésta nunca está en posición de exterioridad” (Foucault, 1976/2006, p. 100). Los puntos de resistencia se localizan y cumplen su papel de oponente en cualquiera de los espacios de poder. Ambos, resistencia y poder, se encuentran inevitablemente entrelazados; la resistencia colocaría al poder en una suerte de cuestionamiento continuo, que posibilitaría y exigiría su negociación para su producción.

Partir de estas ideas nos permite reflexionar acerca de las relaciones de poder que operan en la construcción del término *barebacking*. Si existe una forma de resistencia, es precisamente porque existe un contexto social de poder. No se trata, pues, de expresiones aisladas de comportamiento, sino que son, más bien, “mecanismos de rebote” justo en los cuerpos en los que el poder se encuentra imbricado de forma más intensa (Foucault, 1976/2006).

Desde este concepto de poder, y en referencia a los cambios de la sociedad occidental de finales del siglo XVIII, Foucault narra el paso de una “sociedad soberana” a una “sociedad disciplinaria”; se trata de un cambio que opera, sobre todo, en la naturaleza de las relaciones de poder. Si para la sociedad soberana el poder y su resistencia se entendían, ante todo, en términos de ritualización de la muerte, para las sociedades modernas, la muerte no es sino un límite del poder que ahora se (re)produce por el cálculo y la gestión de la vida. A esta forma de poder, reguladora de la vida, la denomina *biopoder*: un despliegue de tecnologías sociales asumidas por “instituciones de poder”, tales como “la familia, el ejército, la escuela, la policía, la medicina individual o la administración de colectividades” (Foucault, 1976/2006, p. 149).

Utilizando esta noción de poder sobre la vida, Foucault (1976/2006) destacó la centralidad del sexo en esta biopolítica. Se defiende que el sexo es acceso a la vida del cuerpo y a la vida de la especie. La primera, porque gestiona la construcción de los significantes de esos cuerpos; la segunda, porque mediante esa construcción gestiona y regula las sociedades capitalistas.



Sobre la base de la noción de poder desarrollada por Foucault, Beatriz Preciado (2003) introduce el concepto de sexopolítica. Para la autora, la sexopolítica opera a través de tres “ficciones somáticas” únicas, las más importantes del mundo occidental (post)moderno: (i) el sexo, sus formas de visibilización y exteriorización y su normalidad dual y dicotómica; (ii) la sexualidad, y la construcción de los deseos deseables o abyectos; (iii) y la raza, con sus muestras de pureza hegemónica o exiliada y mestizaje (Preciado, 2008). A la luz de los casos de SIDA en la comunidad homosexual, estas ficciones somáticas no sólo se construyen sobre la base de la vida, sino también gestionando la muerte (Butler, 1992/1995). Estas herramientas teóricas son útiles para analizar la sexopolítica implicada en las comprensiones sobre el SIDA desarrolladas en las sociedades occidentales.

El SIDA ha estado presente en la construcción social de la homosexualidad masculina en los países occidentales desde la década de los ochenta. El hecho de que las primeras infecciones se atribuyeran a HSH marcó la homosexualidad masculina –aunque no todos los HSH fueran homosexuales–. El SIDA pasó a ser la enfermedad de la “concupiscencia”, la “promiscuidad” y las “drogas” –como ha señalado Jesús Rojas-Marcos (2005)– y el “hombre enfermo”, el marica, pasó a ser considerado un “sólido vector de transmisión” del cáncer gay (Llamas, 1995, p. 179). Si la homosexualidad ya era una patología para los saberes biomédicos, cualquier enfermedad que se le asociase, se yuxtaponería (Butler, 1992/1995).

La “ausencia” de políticas sanitarias dirigidas al VIH/SIDA o la “mezquindad” política en la catalogación de los grupos de riesgo<sup>4</sup> pusieron de manifiesto los intereses, miedos y prejuicios de la institución médica (Llamas, 1995; Guasch, 2000), de las burocracias públicas y del capital farmacéutico (Carrascosa y Vila, 2005), para quienes la enfermedad sólo afectaba a personas en los márgenes: maricas, putas y drogadictos. No existió un consenso ni una propuesta real dirigida a la investigación y asistencia de las causas y consecuencias del SIDA durante los primeros años de la enfermedad (Sáez, 2005), sino de la mano del activismo homosexual.

## Micropolíticas corporales

En un manifiesto de Act-Up París –*Una nueva idea de la lucha contra el SIDA*– se puede ver, claramente, cuál era la rabia que se sentía, precisamente, desde el activismo homosexual por la indiferencia y desprecio que se estaba viviendo en relación a la infección por VIH.

Indiferencia de la sociedad, de los medios de comunicación, de la opinión pública, porque entonces todavía se podía hacer creer que el SIDA sólo golpeaba en los márgenes: allí donde estaban los maricas, los drogadictos, toda esa gente de la que se podría decir, a *posteriori*, que la enfermedad que padecían no era sino el signo de una vida corrompida. Pero también indiferencia de los poderes públicos, porque la política en materia de SIDA consistía, todo lo más, en pequeños bricolajes (...), sobre todo, [porque] se podía prescindir de los enfermos de SIDA político: no existe un voto

<sup>4</sup>Aunque mucho se ha discutido sobre la categoría *grupos de riesgo*, propuesta por las políticas sanitarias occidentales, cabe destacar que el actual Plan Nacional sobre el SIDA del Gobierno de España, distingue entre población general y ‘subgrupos que requieren una atención específica’ (MSC, 2008): ‘hombres que tienen sexo con hombres’, ‘personas que ejercen la prostitución y sus clientes’, ‘inmigrantes’, ‘jóvenes y adolescentes’, ‘mujeres’, ‘prisiones’, ‘medio sanitario’ y ‘personas que viven con el VIH’. Estos subgrupos no están necesariamente relacionados con la incidencia de nuevos casos de VIH (Casabona y CEEISCAT, 2008), por lo que se recuerda que ‘[l]a visibilidad del SIDA, desde sus inicios, se homosexualizó. Todo cuerpo con SIDA pasó a ser un cuerpo homosexual o, en todo caso, un cuerpo desalmado (cuerpo de mujer, de drogadicto, cuerpo pobre, negro o de inmigrante)’ (Llamas, 1995, p. 178-79).

homosexual o toxicómano (...). En general, constituía un problema secundario. (Act-Up París, 1994/1995, p. 256).

Así, la respuesta al desinterés o desprecio social y político que suscitó el SIDA sólo vino, en un primer momento, del activismo homosexual<sup>5</sup>. Esta respuesta fue más que necesaria; se trataba de la atención de personas que vivían con SIDA y la prevención de la infección por VIH (Llamas, 1995). Nació la lucha por la supervivencia en una comunidad que estaba siendo diezmada. La lucha contra el SIDA se convirtió en “un combate contra las estructuras de toma de decisiones y contra los poderes públicos, económicos y simbólicos que constituyen, cada uno a su manera, las sólidas correas de transmisión que permiten la progresión del SIDA” (Act-Up París, 1994/1995, p. 260).

De este modo, el VIH/SIDA pasa a formar parte de la vivencia cotidiana de la homosexualidad y la homofobia puede ser considerada “un peligroso virus que portaban grupos, que enseguida catalogamos en nuestro manual de supervivencia como de alto riesgo” (Carrascosa y Vila, 2005, p. 48).

En la actualidad, la presencia del VIH/SIDA se hace patente en diferentes ámbitos, como la alta presencia de mensajes preventivos en cualquier espacio dirigido al colectivo gay<sup>6</sup>, y llega a un grado de asunción tal que, como Fernando Villaamil y María Isabel Jociles (2006, p. 20) han señalado en un estudio sobre locales de sexo, para algunas personas *ser un buen gay* implica mantener relaciones seguras. No es necesario, así, encerrar a los sujetos enfermos para saber que lo están, del mismo modo que la prevención no sólo pasa por la toma de decisiones informada o el encierro de las personas enfermas, sino por el uso de cuerpos y subjetividades marcadas con un estigma, como la de homosexual-*maricón* o la de seropositivo-*sidoso*.

De este modo:

El contexto somatopolítico (...) parece estar dominado por un conjunto de nuevas tecnologías del cuerpo (biotecnologías, cirugía, endocrinología, etc.) y de la representación (fotografía, cine, televisión, cibernética, etc.) que infiltran y penetran la vida cotidiana como nunca lo habían hecho antes (Preciado, 2008, p. 66).

El nuevo mecanismo de acción sobre el cuerpo actúa mediante micromoléculas (Preciado, 2008) que nos permiten identificarnos. Se trata de neurotransmisores que nos permiten sentir o actuar, de hormonas que controlan nuestros ciclos vitales y nuestro sexo y sexualidad, de genes que nos marcan, predisponen o determinan o, en este caso, de células de nuestro sistema inmunológico que nos definen.

Creemos que esta visión nos aporta una nueva comprensión de la forma en que opera la sexopolítica en los cuerpos. No se trata ya de un aparato cuya acción repercute en los cuerpos, sino, más bien, de tecnologías que forman parte del cuerpo y, por tanto, operan a través de él (Preciado, 2008). El poder deviene cuerpo y el cuerpo poder, se convierten en un tándem inseparable, indistinguible. En el caso del SIDA, teniendo en cuenta que su acción recae directamente en el cuerpo, pensar en estos términos nos

---

<sup>5</sup>Alguno de los ejemplos de la actuación en el colectivo gay será *Gay Men's Health Crisis* (que surgió en 1982 en Nueva York); en 1987 se formó el grupo de activistas AIDS Coalition to Unleash Power (ACT UP); o la Radical Gai en la escisión de COGAM de 1992 en España.

<sup>6</sup>Un ejemplo de ello, es el hecho de que en las revistas gays exista siempre una sección dedicada al VIH/SIDA o un espacio de salud. Asimismo, algunas ONG homosexuales (p. e., Coordinadora Gai-Lesbiana, Cogam, Fundación Triángulo) tienen una política de acción para la 'lucha contra el SIDA'.

ofrece posibilidades de la comprensión de las relaciones de poder (y resistencia) que están operando en y mediante el cuerpo.

### **Metodología: narrativas virtuales y *barebacking***

---

Ahora bien, para ofrecer una mirada sobre las maneras en que se configuran los significados del término *bareback*, en un primer momento, realizamos una revisión bibliográfica que recogiese: (i) textos sobre *teoría queer*, sexualidad, promoción de la salud sexual y sida; (ii) textos biomédicos que hablan sobre *barebacking*; (iii) y textos de opinión, tanto de personas que lo practican, como de personas que lo critican. Dado que este tipo de material es accesible –suele ser público, al menos para la comunidad científica– también fue necesario, en un segundo momento, poner en práctica una metodología que diera acceso a narraciones –privadas– de personas que practicasen el *barebacking* y que pusiese dichas narraciones en pie de igualdad con las demás. La propuesta de producciones narrativas (Balasch y Montenegro, 2003) cumple estos dos requisitos y, por ello, ha sido la metodología por la que se ha optado en esta investigación.

Esta metodología, que se basa en la perspectiva de los conocimientos situados (Haraway, 1991/1995), “afirma la parcialidad de la mirada y apuesta por el establecimiento de conexiones/articulaciones parciales” (Balasch y Montenegro, 2003, p. 48). De este modo, con las producciones narrativas, se buscan efectos de una conexión parcial (Haraway, 1991/1995) entre las distintas posiciones sobre el *barebacking*, que permitan difractar el conocimiento de –en lugar de reflexionar sobre– esta práctica.

De este modo, se entiende que la visión que exponemos en este artículo, si bien es objetiva desde nuestra posición, no es incuestionable y está determinada por la responsabilidad política que se acoge a dos aspectos cruciales (Balasch y Montenegro, 2003, p. 45): (i) la determinación de la posición de uno de los autores del artículo, como persona que ha trabajado en la promoción de la salud sexual y (ii) el establecimiento de conexiones parciales con otras miradas sobre el fenómeno –cercana a algunas personas que practican el *barebacking*–.

Asimismo esta metodología pone énfasis en la dimensión heteroglósica y responsiva de cualquier producción lingüística (Balasch y Montenegro, 2003, p. 46). Esto es, pone de relieve que nuestro uso del lenguaje recrea, siempre, situaciones comunicativas anteriores (parcial o totalmente). Así, por ejemplo, las personas que practican el *barebacking* (re)producen en sus formulaciones discursos existentes referidos tanto a las experiencias relacionadas con dicha práctica (p. e. “me gusta que me preñen” (Dean, 2008), donde preñar significa eyacular en el ano), como a los discursos al uso sobre salud sexual y reproductiva.

Se genera, pues, un producto que se encuentra “coparticipado en el contexto más inmediato de la participante y la investigadora, y está coparticipado en un sentido ulterior al entenderlo en términos responsivos respecto de un contexto social más amplio” (Balasch y Montenegro, 2003, p. 46).

### **Elaboración y tratamiento de las producciones narrativas**

La elaboración de las producciones narrativas con personas que practican el *barebacking* fue realizada a través de Internet, teniendo en cuenta que en la red existen páginas web, foros y salas de chat exclusivas para *barebacking* (Dowsett, Williams, Ventuneac, y Carballo-Diéguez, 2008). La selección de

participantes la hicimos conectándonos a chats de contacto (salas de contacto sexual entre hombres en chueca.com, s/f, y en IRC-Hispano, s/f), seleccionando a seis participantes: dos que en su nick se reconocieran como *barebackers* (p. e., barebackerbcn28), dos que no se reconocieran, pero que hicieran alusión al sexo no seguro (p. e., melotragotodo, lefameenlaboca) y dos que no hicieran alusión al sexo no seguro, pero que admitieran tener o haber tenido prácticas *barebackers*.

Aunque la mayoría de experiencias en-línea reportan comunicación asincrónica (O'Connor, Madge, Shaw y Wellens, 2008; Fox, Morris y Rumsey, 2008), hemos optado por la comunicación síncrona (mediante salas de chat y mensajería instantánea), ya que, como apunta Henrietta O'Connor et al. (2008), por una parte, se asemeja más a la entrevista presencial, pero, por la otra, la persona no tiene que desvelar su identidad –algo a lo que se han mostrado reacios la mayoría de los participantes–.

Una vez realizado el contacto con los participantes, les explicamos las características de la investigación y que la producción de las narrativas tenía previstas, como mínimo, tres sesiones. En la primera sesión se realizaba una entrevista semi-estructurada a partir de un guión que se había preparado con la información bibliográfica, en el que se preguntaba por las prácticas que asociaban al *barebacking*, por las propias prácticas sexuales, por la concepción que se tenía del riesgo y por la propia posición respecto a los discursos de la salud sexual. Tras esta primera entrevista, realizábamos una textualización (Balasch y Montenegro, 2003) sobre lo que se había estado hablando (a partir de la transcripción íntegra de la entrevista) y se la enviábamos a los participantes, concertando una segunda sesión.

En la segunda sesión, se revisaba la textualización y se introducía una nueva narración (una crítica explícita acerca del *barebacking*<sup>7</sup>). Posteriormente se hacían las correcciones pertinentes a la textualización anterior y se concertaba una última sesión para la revisión de la producción narrativa definitiva.

Una vez realizadas todas las narrativas se pasó a su interpretación a partir de las categorías que fueron emergiendo. Así, tomando la propuesta de Heather Fraser (2004), hemos analizado las producciones, teniendo en cuenta: (i) qué temas emergen en las textualizaciones; (ii) cómo se revelan las diferentes posiciones; (iii) y cómo se enuncian las diferencias entre las posiciones (Fraser, 2004, p. 195).

## Consideraciones éticas y políticas

En esta investigación se han tenido en cuenta los aspectos éticos en diferentes momentos de la investigación: (i) en la selección de los participantes; (ii) en la obtención de consentimiento; (iii) las sesiones; (iv) en el análisis de los datos; (v) y en la redacción del informe final (Smythe y Murray, 2000, p. 329-33).

En la selección de participantes se ha tenido en cuenta que, si bien contar historias puede ayudar a dar sentido a las propias experiencias (Gergen & Gergen, 1986; McAdams, 1993), en la investigación con narrativas puede que las personas se involucren en exceso. Por ello, intentamos no presionar en la participación y explicitar desde un primer momento en qué consistía la investigación.

---

<sup>7</sup>Esta crítica podía encontrarse en Carrascosa (s/f). Como explicaremos más adelante, se optó por este texto, en lugar de por uno científico, porque, aunque es un artículo de opinión, se trata de un texto divulgativo que recoge la idea de un técnico de prevención del VIH y otras ITS.

Sobre la obtención de consentimiento, se pidió consentimiento a las personas que participaron en la investigación para utilizar las narraciones, explicando que, aunque se les informaría en todo momento del proceso, sus narraciones podrían ser utilizadas para la redacción de diferentes informes de investigación.

Por otra parte, en las sesiones, se hablaba con los participantes de aquellos aspectos relacionados con la prevención que adquirieran relevancia; esto es, si surgían preguntas relacionadas con la prevención de la (re)infección por VIH, se respondían o se derivaba al servicio sanitario oportuno. Del mismo modo, si en el proceso de elaboración de las producciones narrativas alguno de los participantes realizaba cualquier pregunta relacionada con la actitud frente al *barebacking* por parte de los investigadores, en lugar de evadir la pregunta, se respondía partiendo de un mismo nivel de implicación. Esta consideración ética habrá modificado las producciones narrativas, puesto que no se han producido desde la imparcialidad, sino desde las conexiones parciales entre investigador y participante (Haraway, 1991/1995, 1999), tal y como ya se ha comentado anteriormente.

Para el análisis de los datos, se ha contado con uno de los participantes de la investigación, así como se ha compartido el análisis con otros investigadores, de modo que la posición del análisis fuera fruto del mayor número de conexiones, aún reconociendo que éste se hacía desde la perspectiva de un testigo modesto (Haraway, 1997/2004).

Por último el informe final se ha compartido con tres participantes, que han dado su conformidad antes de utilizarlo para la redacción parcelada del mismo (Smythe y Murray, 2000).

## **Discusión: articulaciones de poder en el barebacking**

---

A partir de las producciones narrativas realizadas con los participantes, presentamos, a continuación, tres aspectos que consideramos fundamentales en este diálogo, por cuanto ejemplifican diferentes formas en las que las políticas de la salud sexual se articulan en el término y/o la práctica del *barebacking*.

Para ello, hemos dividido este apartado en tres epígrafes en los que hablaremos de (i) la definición del término *bareback*, (ii) las consideraciones acerca de los motivos para “follar a pelo”, (iii) y la crítica *barebacking* explícita de los participantes a las políticas de salud sexual y la presencia de conceptos propios de los discursos de promoción de la salud sexual en las narrativas.

### **Cuestión de actitud: disertaciones acerca del término**

“Las versiones de un mundo 'real' no dependen [...] de una lógica de 'descubrimiento', sino de una relación social de 'conversación' cargada de poder” (Haraway, 1991/1995, p. 342). En términos de Foucault: la verdad y el conocimiento se han producido como efectos de poder. El poder, por lo tanto, interviene en la creación de condiciones de posibilidad para que determinadas narrativas se constituyan como dominantes y otras como marginales (Tamboukou, 2008).

Como ya hemos señalado anteriormente, una gran parte de las narraciones científico-académicas han conceptualizado el *barebacking* en términos de prácticas, generalmente delimitándolo como una práctica intencionada de sexo anal sin protección en HSH con parejas casuales, mientras otras autoras lo han

conceptualizado como la expresión de una subcultura (Rojas, 2007; Dean, 2009) que, en algunos casos, entraría en conflicto con una cultura heterocentrada y que respondería a sus propias reglas (Dean, 2009, p. 60).

Sin embargo, en las narrativas realizadas aparece una reticencia a considerar el *barebacking* como algo meramente conductual o como un espacio en el que se comparten unas reglas comunes. Por una parte, el *barebacking* recoge un sentimiento de libertad para la transformación del concepto de sexualidad saludable. “Para mí *bareback* es follarse a pelo entre dos tíos: sexo sin ningún tipo de barreras, totalmente libre. Se trata de dejarse llevar, de follarse sin presiones ni barreras.” (BB\_consciente<sup>8</sup>, producción narrativa, mayo de 2009)

Se entiende el *barebacking* como una forma de acercarse al sexo, de entenderlo y de disfrutarlo, que se alejaría de la visión médica con connotaciones más unívocas. Folloapelo50 habla de *lo que es* desde una posición ética: “no creo que la definición de *barebacking* tenga tanto que ver con las prácticas que haces, sino que es, más bien, una cuestión de actitud” (Folloapelo50, producción narrativa, junio de 2009).

“El *barebacking* es sexo puro, puro placer sin nada más, sin nada por el medio. Se trata de practicar el sexo como siempre se hizo, sin gomas. Es sentirlo todo, sentir todas las sensaciones sin preocuparse de nada más.” (BuscandoPlacer, producción narrativa, mayo de 2009)

Esta concepción, en la que se pretende un *sexo libre* o *sexo puro*, “por la liberación de la politización que significa el sexo (entre tíos)” (Sinconsecuencias, producción narrativa, mayo de 2009) supone una escisión de la marcación empírica y plantea un rechazo a las barreras que separan al *cuerpo* del *placer*, algo que desarrollaremos con más detenimiento en el siguiente epígrafe.

Por otra parte, un participante reconoce que “definirse como *barebacker* [...] es una manera de reconocerse, de ahorrar tiempo. Cuando conoces a alguien que se define como tú sabes que vas a tener en común algunos gustos” (Folloapelo50, producción narrativa, junio de 2009). Sin embargo, también explicita que sólo utiliza el término “como forma de defensa o como contraseña: para buscar a otros tíos a los que les vaya el mismo rollo que a mí, para indicar que no descarto nada” (Folloapelo50, producción narrativa, junio de 2009), lo que distaría de la definición de subcultura tal y como la definen algunos autores (Dean, 2009).

Con esto, no pretendemos cosificar la definición que se da de *barebacking* en las narrativas, sino, más bien, problematizar la definición cristalizada que se pretende sostener en las narraciones científico-académicas, para poder replantear la manera en que estas últimas se legitiman en un discurso de intervención sexual. El hecho de que el *barebacking* se defina como una práctica delimitada con precisión no se aleja de las bases de una promoción de la salud contemporánea basada en la premisa de que la adopción –o no– de comportamientos saludables está determinada por las percepciones, creencias y conocimientos conscientes de una persona y su decisión racional al ponderar los costes y beneficios de una práctica determinada (Odgen, 2007).

---

<sup>8</sup> Una vez finalizada cada una de las producciones narrativas, solicitamos a las personas que participaron en esta investigación que eligieran un apodo (o *nickname*) con el que se sintieran cómodas si se publicaba algún dato referente a la investigación. Por ello, en adelante, utilizaremos este apodo para referirnos a los participantes y, de este modo, asegurar su anonimato, tanto dentro como fuera de la red.

Bajo esta concepción, se puede definir el *barebacking* como (i) una práctica de sexo anal sin preservativo (ii) entre HSH (iii) en encuentros casuales. Esto sitúa a quienes lo practican en un espacio de responsabilidad máxima, asumiendo que la decisión individual de alejarse de la salud –el símbolo clave de organización del *self* bueno, moral y responsable (Crawford, 1994)– está determinado por (i) *practicar* sexo anal, (ii) *ser* un “hombre homosexual” y (iii) promiscuo.

Si hablamos de las prácticas concretas, esto es aún más claro. Aunque los participantes no concebían el *barebacking* como una práctica específica, en el proceso de elaboración de las narrativas preguntamos qué es lo que hacían cuando practicaban el *barebacking*. Nuestra intención era la de averiguar si, en cualquier caso, se trataba de una forma de acercarse al sexo anal o si se recogían otros *morbos sexuales*. En todas las narrativas se identifica el sexo sin preservativo, oral o anal como *barebacking*, sin llegar a un consenso en cuanto a la presencia del semen. En ningún caso se habló de otros morbos –como *piss* o *fist-fucking*–. En resumen, desde las posiciones de las narrativas se perturba el significado del término *barebacking* en las narraciones legitimadas por y en las políticas sanitarias para abrir un espacio a nuevos significados en los que las fronteras son más difusas.

La cuestión que se desprende de este apartado es la siguiente: ¿cómo es que sólo se habla de sexo anal sin protección en encuentros casuales, cuando algunas personas que lo practican no creen que se trate ni sólo de una práctica, ni sólo de sexo anal, ni sólo de encuentros casuales? No nos parece arbitrario que la definición de *barebacking* en las narraciones científicas sea la de práctica de sexo anal sin preservativo entre HSH en encuentros casuales, puesto que lo se señala es, precisamente, lo que, desde la salud (sexual), es visto como más *peligroso*.

Como señalábamos anteriormente, en la definición científica de *barebacking* se dan la mano tres grandes amenazas para la sexopolítica: el sexo anal, la homosexualidad y la promiscuidad. Aunque podría argumentarse que el sexo anal sin protección es la práctica de mayor riesgo para la infección por VIH –premisa que valdría la pena replantearse<sup>9</sup>–, lo que nos parece más importante es que lo que se delimita y recoge en los discursos científicos no siempre se corresponde con las definiciones de personas que lo practican. Por lo tanto, estas tres amenazas potenciales vuelven a ser objeto de vigilancia y regulación sexopolítica, tras la justificación de la pertinencia de un determinado modelo de salud pública.

El sexo anal cumplió una función biopolítica en la pandemia del siglo XX, ya que ofrecía “una nueva señal a la maquinaria de la represión simbólica, haciendo del recto una tumba” (Watney, 1991/1995, p. 126). Si para la sexopolítica el sexo anal era una práctica perversa e invertida (Preciado, 2008), el SIDA sirvió de justificación gubernamental para convertirlo en una práctica incomprensible y reprobable; una práctica que acabaría, inevitablemente, en muerte. El *barebacking* también permite justificar un posicionamiento del sexo anal sin protección como un insaciable deseo de muerte, como una búsqueda de transmisión y recepción del virus (cf. Tomso, 2004). Se construye, así, un imaginario de *subjetividad barebacker* que incorpora tres de los rasgos más castigados en la literatura científico-homofóbica y que, por si fuera poco, subvierte la presunción de salud sexual, reforzando la “asociación heterosexual del

<sup>9</sup>Por ejemplo, en el Informe Epidemiológico Bienal del CEEISCAT (Casabona y CEEISCAT, 2008) se explica que la codificación de los nuevos casos de infecciones por VIH se realiza siguiendo un criterio jerárquico. Esto es, si un hombre ha tenido relaciones sexuales mayoritariamente con mujeres y, en algún caso, con otros hombres se entiende que la infección ha sido por “transmisión homosexual”. Sin embargo, si una mujer ha tenido relaciones sexuales mayoritariamente con otros mujeres y, en algún caso, con hombres se entiende que la infección ha sido por “transmisión heterosexual”; siempre que no sean “Usuarios de Drogas por Vía Parenteral”.

sexo anal como autoaniquilación<sup>10</sup>. Se reifica, así, la categoría de homosexual sodomita y promiscuo. Algo que, además, se recoge en una de las narrativas:

Desde algunos puestos de la salud pública te dan a entender que si eres gay vas a acabar siendo seropositivo, sí o sí. En parte, tienen razón, en el sentido que los homosexuales somos más promiscuos, tenemos parejas abiertas, etc. Aunque hay excepciones [...] creo que en general los gays somos más promiscuos, más degenerados con el tema de follar a pelo. (ApeleroJovencito, producción narrativa, abril de 2009).

Sin embargo, como mostraremos a continuación, la apropiación que se hace del sexo sin protección en las narrativas, no se acerca a una búsqueda de muerte, sino, más bien, a una necesidad de liberación.

### Rompiendo las barreras para el sexo puro: liberación en el *barebacking*

Como en casi cualquier fenómeno que cuestione las prácticas biotecnopolíticas, se han desplegado numerosos estudios que tratan de entender las motivaciones para practicar el *barebacking* (Crossley, 2002, p. 55), a la vez que algunos artículos de opinión reclaman la investigación que dé los datos e indicadores “para intervenir en, desde y con las propias prácticas y personas” (Carrascosa, 2007).

Desde esta perspectiva, que subsume una visión higienista de la salud sexual, se han intentado hablar de motivos tales como los avances en la medicación antirretroviral (Wolitski, 2005), la ignorancia de los jóvenes (Harpaz, 1999) o el cansancio en HSH de mayor edad (Ostrow et al., 2002), Internet como espacio de encuentro sexual (Dowsett et al., 2008) o el mayor consumo de drogas durante las relaciones sexuales (Stall et al., 2001). También se ha interpretado el *barebacking* como un deseo de muerte, ofreciendo una panorámica de identificaciones como la de la búsqueda del bicho –*bugchaser*– y la donación del regalo –*giftgiver*<sup>11</sup>–.

Nuevamente, existe una diferencia entre las explicaciones teóricas para el *barebacking* y las referencias de las producciones narrativas<sup>12</sup>. En este caso, las personas que han participado en la investigación hablaban de motivos relacionados con el morbo de las prácticas sexuales sin el preservativo, la incomodidad del uso del preservativo y la atracción por el juego con el semen:

En realidad me da morbo por el hecho de poder meterla y sacarla de un culo e irme a follar otro sin tener que estar cambiando de goma; entrar en un culo, luego en otro, sin perder tiempo y sin que se baje. (ApeleroJovencito, producción narrativa, abril de 2009).

---

<sup>10</sup>Una asociación de la que ya había hablado Leo Bersani en los primeros años de SIDA: “[t]rágicamente, el sida ha transformado ese potencial en una certidumbre literal de muerte biológica, y ha reforzado, de este modo, la asociación heterosexual del sexo anal como autoaniquilación”. (Bersani, 1988/1995, p. 115).

<sup>11</sup>Se utilizan en algunos casos esta terminología para referirse a personas que buscan recibir la infección por VIH –*bugchasers*; buscadores del bicho– y los que buscan transmitir el virus –*giftgivers*; los que dan el regalo–. Esta terminología es utilizada tanto en narraciones científico-académicas sobre el *barebacking*, como en narraciones de personas que lo practican (Dean, 2008, 2009).

<sup>12</sup>En otros estudios realizados en Latinoamérica (cf. Silva, 2008), también puede verse esta disonancia.



“Para mí es fundamental la atracción por el semen, el fetichismo por compartir el semen con tu pareja. Eso es lo que más me atrae”. (Apóstata79, producción narrativa, junio de 2009).

Otra de las explicaciones que da Apóstata79 para hablar del *barebacking* es que supone una materialización del sexo, que en el sexo anal con preservativo o en el sexo oral sin eyaculación no se da del mismo modo. Se trata de una “recompensa” –materializada en el semen– que convierte el placer sexual en algo “más real”:

Es como si fuera la recompensa por un buen trabajo. [...] Si no hay eyaculación en la boca, también me gusta, pero no es lo mismo. [...] Me parece mucho más real, más cercano penetrar o que me penetren directamente, sin ningún intermediario. Y me excita mucho saber que al final voy a llenar a la otra persona con mi semen o la otra persona me va a llenar a mí. Es también como una recompensa, y también lo hace más real, más intenso. Me gusta notar que tengo el semen de mi compañero en el culo, después del sexo. (Apóstata79, producción narrativa, junio de 2009).

Esta definición, en la que se muestra el sexo sin protección como una forma de acercarse al *sexo real*, encaja con la de los demás participantes, para quienes el *barebacking* permite un sexo “libre”, “sin barreras”. Aunque en algunos casos se hace referencia a cuestiones prácticas como las que se acaban de señalar, la motivación común a todas las narrativas es la *liberación* que suponen las prácticas *barebackers*:

[L]o que me excita es el hecho de hacerlo sin preservativo, por lo que se siente y por lo que se puede hacer: por la excitación que produce la libertad. [...] El *barebacking* me gusta –yo no diría que me excita– porque te liberas de ese miedo, al menos durante el tiempo que dura el sexo. Te liberas de esos condicionamientos y puedes hacer lo que quieres. (Sinconsecuencias, producción narrativa, mayo de 2009).

Se trata de entender el *barebacking* como una actitud ante el sexo que permitiría romper las barreras y acercar el cuerpo al placer. En las narrativas, el uso de preservativos o la ausencia de semen en las prácticas sexuales son vistos como profilácticos que a la vez que previenen del virus alejan al cuerpo del “placer” “real” del sexo:

[Y]o diría que me gusta “sentir” cómo se corren dentro de mí. Cuando hablo de “sentir”, me refiero a una sensación bastante amplia. No es sólo la sensación física, sino que también está la excitación del momento, el morbo por estar haciéndolo a pelo y recibiendo el semen del otro. (BuscandoPlacer, producción narrativa, mayo de 2009).

El *barebacking*, por lo tanto, se entiende como una necesidad de liberación. Se trata de una necesidad de liberarse de algo, de alguna situación que es percibida como opresora. En estas narrativas, las motivaciones para practicar el *barebacking* no se reducen a aspectos conductuales o cognitivos, sino que se explican desde necesidades emocionales que emergen en y de un contexto de regulación sexopolítica:

“Considero que estas políticas, en general, ven mal el *barebacking*. Les parece mal que tengamos sexo puro, prefieren poder controlarlo, aunque sea mediante una goma.” (BuscandoPlacer, producción narrativa, mayo de 2009).

No es nuestro objetivo en este trabajo valorar si los comportamientos *barebackers* implican un mayor o menor riesgo para la transmisión de infecciones sexuales, lo que queremos destacar es la necesidad de los participantes de liberarse de una situación que se vive como opresora y, además, de hacerlo a través de una ruptura de lo que se supone una política sanitaria.

Como señala Preciado (2008), la sexopolítica opera a través de la ficción somática de la *sexualidad* regulando los deseos naturales y los abyectos. Los deseos abyectos han sido objeto de control de los límites sexopolíticos, a la vez que se han desplegado numerosas prácticas gubernamentales para poner al cuerpo en manos de la ciencia, otorgándole a ésta toda potestad sobre su control (Llamas, 1995).

Con el VIH/SIDA, se han desplegado un gran número de micropolíticas que han permitido situar al cuerpo homosexual en manos de la *necesaria medicina*. En un primer momento la aplicación del desarrollo tecnológico se utilizó para salvar algunas vidas, condenando otras (Butler, 1992/1995). Los poderes políticos y morales participaron en la extensión de la enfermedad, ya que se sirvieron de pequeñas discriminaciones y formas de aislamiento para las personas enfermas o las que podrían estarlo: homosexuales masculinos, usuarias de drogas y trabajadoras sexuales (Act-Up París, 1994/1995).

Hoy en día estas micropolíticas insertadas o, mejor dicho, construidas en nuestro cuerpo permiten que el régimen sexopolítico opere con mayor fuerza; por lo que la respuesta del poder ante una resistencia será la intervención en el cuerpo, a la vez que el único modo de ofrecer resistencia será mediante su corporeización (Pujol, Montenegro y Balasch, 2003). Las nuevas lógicas de control socioeconómico se articulan como “nuevas formas de gobernar a los individuos, gobernar sus relaciones con otros y consigo mismos, sus conductas, sus formas de decir, de decirse, comportarse y desear” (Vitores, 2007, p. 46).

Lo que nos parece más interesante es que estas micropolíticas son identificadas en las narrativas. Reconocer estas micropolíticas genera en los participantes un rechazo al modelo de salud cuya consumación es una forma agentiva de resistencia al poder mediante el propio cuerpo: el *barebacking*. Se trataría de un “mecanismo de rebote” (Foucault, 1977)<sup>13</sup>, una forma de resistencia, de los cuerpos en los que el poder se encuentra imbricado de forma más intensa: *maricas promiscuas* que cuestionan la norma que supone la salud sexual. De hecho, BuscandoPlacer dice:

[H]ay prácticas que están censuradas, hay cosas que es mejor no hablarlas. Una de ellas es el sexo sin protección. La gente prefiere no hablarlo, puede ser que tenga que ver con que hablarlo es hacerlo consciente y, con la consciencia del sexo no seguro, viene el miedo por la infección. Por ejemplo, la práctica de correrse dentro es mucho más censurada que las otras. (BuscandoPlacer, producción narrativa, mayo de 2009).

Con el *barebacking*, por lo tanto, puede cuestionarse la normalidad del sexo seguro, desde una *necesidad de liberación*, de *sentir el sexo puro*. En palabras de Sinconsecuencias:

Creo que el *barebacking* ha aparecido como resistencia a esa presión social por el sexo seguro. A esa política del miedo en el sexo entre tíos. Me refiero al miedo en el sexo entre tíos, porque se asume directamente que las lesbianas ni siquiera lo hacen – cuando no es así-. (Sinconsecuencias, producción narrativa, mayo de 2009).

---

<sup>13</sup>Foucault habla de las reacciones de histeria en este sentido: “Las explosiones de histeria que se manifestaron en los hospitales psiquiátricos de la segunda mitad del siglo XIX han sido un mecanismo de rebote” (Foucault, 1977).

Con independencia de la valoración personal que se haga del *barebacking* queremos destacar el contexto de poder que es percibido por los participantes. Unos participantes hacia los que las políticas de salud sexual están dirigiéndose –o, al menos, deberían de estar haciéndolo– y no sólo no son asumidas, sino que son percibidas como amenazadores y estigmatizantes.

## El modelo de salud sexual: la crítica al poder y la incorporación de sus términos

En las primeras sesiones con los participantes no existía una crítica directa a las políticas de salud sexual, más allá de lo que hemos expuesto en el epígrafe anterior. De hecho, en la mayoría de sesiones se consideraba que era conveniente un sistema de información adecuado. Por ello, en las segundas sesiones, decidimos incorporar un texto que descalifica el *barebacking*<sup>14</sup>. Lo que queríamos saber era si conocían este tipo de discursos y cuál era su opinión al respecto.

Elegimos este texto –en lugar de un texto científico-académico– porque (i) es un discurso al que los participantes podrían haber tenido acceso y (ii) el autor firma como “Técnico en prevención de VIH e ITS”. Una vez habían leído el texto, la mayoría de los participantes mostraron un discurso elaborado en contra de estas asunciones de las políticas sanitarias. Se trataba, pues, de una discusión que no se construía en esa misma sesión, sino que los participantes ya habían tenido que elaborar con anterioridad al estudio.

En general, creo que muchos de los discursos médicos (sobre todo) y de las ONG dedicadas a la prevención del VIH (en menor medida) son inquietantes para una persona que tenga una vida sexual no convencional (es decir, no heteronormativa); al menos, así es como me siento yo. Esta inquietud pasa a ser insulto si hablamos del *barebacking*. (Apóstata79, producción narrativa, junio de 2009).

Se recoge en esta crítica uno de los puntos que nos cuestionábamos anteriormente; Sinconsecuencias percibe una intención política en una mayor vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en los HSH, por encima de otros *grupos de riesgo sexual*: “creo que algo de intención política habrá cuando la mayoría de la población mundial lo hace sin preservativo y, por lo que respecta al VIH, lo que más preocupa es lo que hacemos los hombres homosexuales occidentales.” (Sinconsecuencias, producción narrativa, junio de 2009).

Esta crítica se recoge también en la narrativa de Apóstata79, para quien la intencionalidad de las campañas de salud de introducir la crisis en el sexo de los hombres homosexuales, abogando por un sexo seguro al 100% resulta opresivo, a la vez que perjudicial –la persona, al no percibir las medidas de prevención como asumibles, puede acabar por rechazar la idea de salud sexual–:

El resultado es que, durante muchos años, me he sentido intranquilo con respecto a mi salud sexual, por el hecho de practicar sexo oral sin preservativo. Además, cuando he ido a unidades especializadas en ITS [...] el médico no me ha preguntado por las prácticas que realizo, sino por mis hábitos sexuales (si tengo relaciones sexuales con una pareja estable, si frecuento saunas o cuartos oscuros, si conozco a mis parejas

---

<sup>14</sup>Se trataba de un artículo de opinión que se podía encontrar en Internet: 'Estoy a favor del *Barebacking*' (Carrascosa, s/f).

sexuales, etc.), y, en alguna ocasión, me han llegado a decir que, por ser promiscuo, tenía una probabilidad altísima de infectarme por el VIH. Eso me ha hecho pensar que o tenía una vida sexual convencional (heteronormativa) o estaba condenado a infectarme del VIH. (Apóstata79, producción narrativa, junio de 2009).

Vemos en estas narrativas la sensación de que el hecho de ser hombre y tener relaciones sexuales con otros hombres está relacionado con ser seropositivo, o, al menos, así lo transmiten desde los discursos asociados a las políticas sanitarias. De hecho, incluso algunos profesionales de la salud cuestionan los hábitos –y actitudes– sexuales para informar acerca del riesgo de infección.

Además, en algunas narrativas se expone una visión de las políticas sanitarias higienistas como preocupantes e interesadas en materia de la intervención. En concreto, existe toda una crítica directa a las campañas de prevención, por cuanto “totalitarias”, “simplistas” e “inadecuadas”:

En cuanto a las campañas dirigidas exclusivamente a los HSH, me parecen bastante simplistas. La mayoría son mensajes autoritarios e incuestionables: *¡Con pelos, sí! ¡A pelo, no!, ¿Sin condón? Pues va a ser que no*. La idea es que, si quieres ser un buen homosexual, tienes que ponerte el condón. (Apóstata79, producción narrativa, junio de 2009).

En general la información que se da es casi nula, las campañas están destinadas al “póntelo, pónselo” y lo poco que se da a conocer es que es un virus de inmunodeficiencia adquirida, que no hay vacuna para este virus, que antes había mucha gente que se moría cuando era seropositiva o que era cosa de maricones. (ApeleroJovencito, producción narrativa, abril de 2009).

De este modo, comprobamos en las narrativas que las campañas de prevención son vistas como una práctica sexopolítica, que se vale de (i) la estigmatización del cuerpo seropositivo –marica y enfermo– y (ii) el establecimiento de una norma sexual que establece que para ser un *buen homosexual* una debe seguir estas políticas impuestas y protegerse:

Implícitamente lo que te están diciendo es: el VIH –y, por lo tanto, los que lo tienen– es algo malo, no es deseable, cuidado porque como lo seas lo pasarás mal –o, lo que es peor, nosotros te lo haremos pasar mal–. (Sinconsecuencias, producción narrativa, mayo de 2009).

Marcar estos límites en la definición de homosexualidad masculina tiene implicaciones, pues, en la manera en que las personas acaban entendiéndose a sí mismas. “En las sociedades biopolíticas gubernamentales la constitución de lo ‘normal’ está siempre entretrejida con lo hegemónico” (Lorey, *sf*). Y es en la propia constitución de lo *normal* y lo *marginal*, respecto a la normalidad hegemónica, donde entran en juego las propias tecnologías de poder, que permiten controlar y regular los discursos y prácticas de cada uno de nosotros. “Lo que intento mostrar es cómo las relaciones de poder pueden penetrar materialmente en el espesor mismo de los cuerpos, sin tener incluso que ser sustituidos por la representación de los sujetos” (Foucault, 1976/2006).

Sin embargo, si existe una norma hegemónica, no es casual que existan unos sujetos abyectos. Cuerpos que incorporan estigmas sociales –maricas, enfermos, promiscuos, moribundos– y que, por lo tanto, se encuentran en el polo opuesto del “buen homosexual”: *barebackers*. Además, en este caso, el poder

hegemónico y, por tanto las discriminaciones, no es ejercido desde la biopolítica heteronormativa, sino también desde el colectivo homosexual, puesto que, como hemos señalado, la lucha contra el SIDA ha imprimido un *leiv motiv* incuestionable en la propia subjetividad homosexual-masculina.

Pero la crítica hacia las políticas sanitarias que se encuentra en las narrativas no está exenta, en algún sentido, de una adecuación al mismo modelo. Un ejemplo de ello es la alta presencia de términos del discurso de las mismas políticas sanitarias para delimitar el riesgo que cada uno asume en sus prácticas. Constantemente se hace referencia al riesgo y a la protección para hablar de las prácticas sexuales.

La noción de riesgo se modula en función de las prácticas que cada una está dispuesta a asumir y, precisamente por esto, siempre se maneja una concepción de riesgo para referirse a las prácticas sexuales. Un ejemplo de ello, es la resignificación del riesgo en la narrativa de Sinconsecuencias, para quien la práctica que escoge es más adecuada porque entraña menos riesgo que otras prácticas:

Creo que el problema más grande es si hay desinformación, si lo haces de forma inconsciente. Pero creo que los que lo hacen de forma inconsciente no hablan de *barebacking*, hablan de amor. Los que dejan de utilizar el preservativo sin saber los riesgos que eso comporta, suelen ser quienes confían en sus parejas –a los dos meses de conocerles– y deciden dejar de utilizar el preservativo para mostrarles su amor. Eso me parece peligroso: no hay una consciencia sobre lo que se está haciendo, sino que se deja a la confianza que se tiene en el otro. Sin embargo, hacerlo sin preservativo sabiendo a lo que te enfrentas, me parece menos naif, más respetable –será porque soy yo quien lo hace–. (Sinconsecuencias, producción narrativa, mayo de 2009).

En suma, aunque existe una crítica explícita y elaborada al modelo de salud sexual, las narrativas sólo logran explicarse los morbos sexuales del *barebacking* incluyendo términos característicos de las políticas sanitarias; como *riesgo*, *protección* o *barreras*.

## Conclusiones

---

Frente a otros estudios actuales en los que se ha abordado el *barebacking* como una práctica que atenta contra los supuestos de salud sexual y que, por tanto, necesita ser controlada, este artículo se ha acercado al *barebacking* con el objetivo de problematizar las micropolíticas sexuales que se despliegan en la significación del término.

El hecho de que, como hemos visto, el SIDA y, posteriormente, la promoción de la salud sexual se hayan incrustado en la subjetividad homosexual ha constituido un contexto de poder lo suficientemente firme como para que hayan emergido mecanismos de resistencia. En las producciones narrativas que hemos revisado en este artículo, vemos que estos mecanismos no se cristalizan en una práctica determinada –como se define en la literatura científica–; lo máximo que podría decirse es que el *barebacking* comprende variadas actitudes frente al sexo (no) seguro que responden a la búsqueda de la fruición plena resultado de la liberación de las barreras impuestas en el sexo. Se trata de barreras, en parte, materiales, fundamentalmente, el preservativo; pero también semióticas: la presión de seguir un modelo hegemónico de salud sexual, esto es, la necesidad de practicar sexo seguro para poder definirse y ser definido como un buen homosexual.

Ahora bien, como hemos visto en las narrativas, estos mecanismos de rebote no están fuera del contexto de poder; por un lado, responden de algún modo a la interpelación del sexo seguro en la subjetividad homosexual y, por otro, incorporan ciertas lógicas de las mismas políticas sanitarias.

Las prácticas de “sexo menos seguro” por parte de los participantes no responden necesariamente a un activismo político de salud sexual. Así, aunque en este artículo no se ha abordado la forma en que los sujetos construyen sus propias prácticas y discursos, su forma de decir y decirse, está claro que el *barebacking* no puede situarse en una posición de exterioridad con respecto a los mecanismos de la biopolítica en los que está operando. De hecho, esta línea de investigación seguida por otros autores –véase, por ejemplo, Dowsett et al. (2008) y Silva (2008)– puede y debe ser un objetivo de investigación en sí mismo.

Asimismo, para algunas de las personas participantes en la investigación, las campañas preventivas son vistas como ineficaces, lo que resulta problemático, teniendo en cuenta que las personas que tienen prácticas de riesgo son los destinatarios preferentes de las políticas de prevención (ONUSIDA, 2008). El alcance de esta investigación nos permite entender que el *barebacking* pone en cuestión algunos de los presupuestos de la actuación de políticas sanitarias. Si, como se recoge en la web del Plan Nacional sobre el SIDA:

Los grandes objetivos de la prevención en nuestro país siguen siendo los que ya en 1987 aprobó la Asamblea Mundial de la Salud: prevenir nuestras infecciones, reducir el impacto negativo personal y social de la epidemia y movilizar y coordinar los esfuerzos contra la infección por el VIH/sida”, hay que concluir que algo no está funcionando, puesto que, para algunas personas que tienen prácticas de riesgo, las campañas no solo no resultan eficaces, sino que son percibidas, en cierto modo, como una agresión. (MSPI, s/f, parr. 3).

Una de las conclusiones que puede extraerse de este trabajo es que la reflexión sobre el *barebacking* no puede girar únicamente alrededor de las responsabilidades individuales de la práctica: la promoción de la salud sexual no puede ir dirigida, en exclusiva, a provocar un cambio cognitivo-conductual individual. Por el contrario, esta promoción de la salud sexual debe repensarse. El *barebacking* sólo tiene sentido en un contexto de poder determinado, como demuestra el hecho de que sólo se acuñe el término *bareback* en subjetividades sociohistóricamente asociadas al VIH/SIDA cuando las prácticas de riesgo son asumidas —o, al menos, practicadas— por una gran parte de la población. Entonces, es necesario realizar estudios de mayor alcance que puedan dar cuenta de la forma en que los discursos de prevención están participando, precisamente, en la conformación de esos (buenos/malos) sujetos homosexuales en relación a la adopción (o no) de medidas de protección.

En síntesis, este artículo propone diferentes discursos que, por una parte, cuestionan la definición cristalizada de *barebacking* que guía gran parte de los estudios actuales sobre el tema. Asimismo, sitúa un escenario de discusión en el que entran en conflicto los discursos de prevención y las narraciones de personas que practican el *barebacking*. Por último, plantea la necesidad de seguir abordando la dimensión individual en el proceso de autoconstitución de la subjetividad *barebacker*, entendiendo que en este gesto de resistencia está implicado un grado de reproducción de lo hegemónico.

## Referencias

---

- Act-Up París (1994/1995). Una nueva idea de la lucha contra el SIDA. En Ricardo Llamas (Comp.), *Construyendo sidentidades: Estudios desde el corazón de una pandemia* (pp. 255-260). Madrid: Siglo XXI.
- Balash, Marcel y Montenegro, Marisela (2003). Una propuesta metodológica desde la epistemología de los conocimientos situados: Las producciones narrativas. *Encuentros En Psicología Social*, 1(3), 44-48.
- Bersani, Leo (1988/1995). ¿Es el recto una tumba? En Ricardo Llamas (Comp.), *Construyendo sidentidades: Estudios desde el corazón de una pandemia*. (pp. 79-115). Madrid: Siglo XXI.
- Butler, Judith (1992/1995). Las inversiones sexuales. En Ricardo Llamas (Comp.), *Construyendo sidentidades: Estudios desde el corazón de una pandemia* (pp. 9-28). Madrid: Siglo XXI.
- Carballo-Diéguez, Álex, y Bauermeister, Jose (2004). Barebacking: Intencional condomless anal sex in HIV risk contexts. *Journal of Homosexuality*, 47(1), 1-16.
- Carrascosa, Sejo y Vila, Fefa (2005). Geografías víricas. En Carmen Romero, Silvia García y Carlos Bargeiras (Eds.), *El eje del mal es heterosexual* (pp. 45-60). Madrid: Traficantes de sueños.
- Carrascosa, Sejo (2007, noviembre). Entrevista por Bernat Salas. *Infogai*, 157, 18-19.
- Carrascosa, Sejo (s/f). Estoy a favor del barebacking. *Hartza*. Extraído el 2 de febrero del 2009, de <http://www.hartza.com/bareback.htm>
- Casabona, Jordi y CEEISCAT (2008). *Informe epidemiològic biennal CEEISCAT. Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya (SIVES)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Chueca (s/f). Recuperado el 1 de octubre de 2011, de chat.chueca.com.
- Córdoba, David (2005). Teoría queer: reflexiones sobre sexo, sexualidad e identidad. Hacia una politización de la sexualidad. En David Córdoba, Javier Sáez y Paco Vidarte (Eds.), *Teoría Queer. Políticas bolleras, maricas, trans y mestizas* (pp. 21-66). Madrid: Editorial Egales.
- Crawford, Richard (1994). The boundaries of the self and the unhealthy other: Reflections on health, culture and AIDS. *Social Science and Medicine*. 38(10), 1347-1365.
- Crossley, Michele L. (2002). The perils of health promotion and the 'Barebacking' backlash. *Health*, 6, 47-68.
- Crossley, Michele L. (2004). Making sense of 'barebacking': Gay men's narratives, unsafe sex and the 'resistance habitus'. *British Journal of Social Psychology*, 43, 225-244.
- Dean, Tim, (2008). Breeding Culture: barebacking, Bugchasing, Giftgiving. *The Massachusetts Review*, 49(1), 80-94.
- Dean, Tim (2009). *Unlimited intimacy: Reflections on the subculture of barebacking*. Chicago: University of Chicago Press.

- Dowsett, Gary W.; Williams, Herukhuti; Ventuneac, Ana y Carballo-Diéguéz, Álex (2008). 'Taking it like a man': Masculinity and barebacking online. *Sexualities*, 11, 121-141.
- Fernández-Dávila, Percy (2009). The Non-sexual Needs of Men that Motivate them to Engage in High-Risk Sexual Practices with Other Men. *Forum of Qualitative Social Research*, 10(2), Art. 21. Extraído el 8 de Diciembre del 2009, de <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902219>
- Foucault, Michel (1976/2006). *Historia de la sexualidad. vol. I: La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, Michel (1977). *Language, Counter-memory, Practice: Selected Interviews and Essays* (D. F. Bouchard, Ed.). New York: Cornell University Press.
- Fox, Fiona E.; Morris, Marianne y Rumsey, Nichola (2008). Doing synchronous online focus groups with young people: methodological reflections. *Qualitative Health Research*, 17(4), 539-547.
- Fraser, Heather (2004). Doing Narrative Research: Analysing Personal Stories Line by Line. *Qualitative Social Work*, 3, 179-202.
- Gendin, Stephen (1997, junio). Riding bareback. *POZ Magazine*, 64-66
- Gergen, Kenneth J., y Gergen, Mary M. (1986). Narrative form and the construction of psychological science. En Theodore R. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (pp. 22-44). New York: Praeger.
- Guasch, Òscar (2000). *La crisis de la heterosexualidad*. Laertes: Barcelona.
- Halkitis, Perry N. (2001). An exploration of perceptions of masculinity among gay men living with HIV. *Men's Studies*, 9(3), 413-429.
- Halkitis, Perry N., Wilton, Leo y Drescher, Jack (Ed.) (2005). *Barebacking: psychosocial and public health approaches*. New York: Harwoth Medical Press.
- Haraway, Donna J. (1991/1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Haraway, Donna J. (1997/2004). *Testigo\modesto@segundo\milenio, HombreHembra@\conoce oncoratón@: Feminismo y tecnociencia*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Haraway, Donna J. (1999). Las pomesas de los monstruos: Una política regeneradora para otros inapropiados/bles. *Política y Sociedad*, 30, 121-163.
- Harpaz, Beth J. (1999). *ABC Living News: Risky business*. Extraído el 15 de junio de 2009, de <http://204.202.137.111/sections/living/DailyNews/safesex990131.html>.
- IRC-Hispano* (s/f). Recuperado el 4 de octubre de 2011, de <http://www.irc-hispano.es/>.
- Llamas, Ricardo (1995). La reconstrucción del cuerpo homosexual en tiempos de SIDA. En Ricardo Llamas (Comp.) *Construyendo sidentidades: Estudios desde el corazón de una pandemia* (pp. 153-189). Madrid: Siglo XXI.



- Lorey, Irene (s/f). *Gubernamentalidad y Orecarización de Sí*. Extraído el 9 de febrero de 2009, de <http://transform.eipcp.net/transversal/1106/lorey/es>
- McAdams, Dan P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: Guilford.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Plan multisectorial frente a la infección VIH y el SIDA. España 2008-2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [MSPSI] (s/f). *Prevención: una prioridad*. Extraído el 4 de octubre de 2011, de <http://www.mspsi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/presentacion.htm>
- O'Connor, Henrietta; Madge, Clare; Shaw, Robert and Wellens, Jane (2008). Internet-based interviewing, in Nigel Fielding, Raymond Lee y Grant Blank (Eds.) *The SAGE Handbook of Online Research Methods* (pp. 271-289). London. Routledge.
- Odets, Walt (1995). *In the shadow of the epidemic: Being HIV negative in the age of AIDS*. North Carolina: Duke University Press.
- Ogden, Jane (2007). *Health Psychology*. Berkshire: Mc-Graw Hill Education.
- Oltamari, Leandro (2005). Barebacke: Roleta russa ou ética Sadeana. *Cadernos Interdisciplinar em Ciências Humanas*, 72. Extraído el 6 de agosto de 2011, de <http://www.journal.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/1946>
- ONUSIDA (2008). *Informe sobre la epidemia mundial de Sida*. Extraído el 8 de diciembre del 2009, de [www.unaids.org](http://www.unaids.org)
- Ostrow, David E.; Fox, Kelly J.; Chmiel, Joan S.; Silvestre, Anthony; Visschr, Barbara R.; Vanable, Peter A.; Jacobson, Lisa P. y Strathdee, Steffanie A. (2002). Attitudes towards highly active antiretroviral therapy are associated with sexual risk taking among HIV-infected and uninfected homosexual men. *AIDS*, 16, 775-780.
- Paula, Paulo Sergio Rodrigues (2010). *Bareback sex: discursividades na mídia impressa brasileira e na Internet*. Disertación doctoral sin publicar, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Preciado, Beatriz (2003). Multitudes queer. notas para una política de los "anormales". *Revista Multitudes*, 12. Extraído el 8 de diciembre del 2009, de <http://multitudes.samizdat.net/Multitudes-queer.1465>
- Preciado, Beatriz (2008). *Testo yonqui*. Madrid: Espasa Calpe.
- Pujol, Joan; Montenegro, Marisela y Balasch, Marcel (2003). Los límites de la metáfora lingüística. implicaciones de una perspectiva corporeizada para la práctica investigadora e interventora. *Política y Sociedad*, 40(1), 57-70.

- Rojas, Daniela (2007, junio). *Factores asociados a conductas de riesgo en HSH: Barebacking, serosorting*. Comunicación presentada en el X Congreso Nacional Sobre El SIDA, San Sebastián, España.
- Rojas-Marcos, Jesús (2005). *Prólogo en Vidas*. Barcelona: Fundació de Lluita contra la Sida.
- Sáez, Javier (2005). El contexto sociopolítico de surgimiento de la teoría queer. De la crisis del sida a Foucault. En David Córdoba, Javier Sáez y Paco Vidarte (Eds.), *Teoría Queer. Políticas bolleras, maricas, trans y mestizas* (pp. 67-76). Madrid: Editorial Egales.
- Shernoff, Michael (2006). Why do men bareback? no easy answers. En Michael Shernoff (Ed.), *Without condoms: Unprotected sex, gay men & barebacking* (pp. 65-100). New York: Routledge.
- Silva, Luís Augusto Vasconcelos (2008). Masculinidades transgresivas: uma discussão a partir das práticas de barebacking. En Luiz Mello y Antonio Cristian Saraiva Paiva (Coords.) *Fazendo Género - Corpo, Violência e Poder*. Extraído el 4 de octubre de 2011, de <http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/st46.html>.
- Smythe, William E. y Murray, Maureen J. (2000). Owning the Story: Ethical Considerations in Narrative Research. *Ethics & Behaviour*, 10(4), 311–336.
- Stall, Ron; Paul, Jay P.; Greenwodd, Greg; Pollack, Lance M.; Bein, Edward; Crosby, G. Michael; Mills, Thomas C.; Binson, Diane; Coates, Thomas J y Catania, Joseph A. (2001). Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: The Urban Men's Health Study. *Addiction*, 96, 1589-1601.
- Tamboukou, Maria (2008). A Foucauldian approach to Narrative. En Molly Andrews, Corinne Squire y Maria Tamboukou (Eds.) *Doing Narrative Research* (pp 102-120). London: Sage Publications.
- Tomso, Gregory (2004). Bugchasing, barebacking and the risks of care. *Literature and medicine*, 23(1), 88-111.
- Villaamil Fernando y Jociles, María Isabel (2006). *Los locales de sexo anónimo como instituciones sociales: Discursos y prácticas ante la prevención y el sexo más seguro entre HSH*. Madrid: Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
- Vitores, Ana (2007). Pulseras y vigilancia electrónica: Perfilando los contornos de las sociedades de control. En Francisco Tirado y Miquel Domènech (Eds.), *Lo social y lo virtual: Nuevas formas de control y transformación social* (pp. 46-60). Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Watney, Simon (1991/1995). El espectáculo del sida. En Ricardo Llamas (Comp.), *Construyendo sidentidades: Estudios desde el corazón de una pandemia* (pp. 33-54). Madrid: Siglo XXI.
- Weber, Max (1922/1975). *El político y el científico*. Madrid: Alianza.
- Wolitski, Richard J. (2005). The emergence of barebacking among gay and bisexual men in the united states: A public health perspective. En Perry N. Halkitis, Leo Wilton y Jack Drescher (Eds.) *Barebacking: psychosocial and public health approaches* (pp. 9-34). New York: Haworth Medical Press.

## Historia editorial

---

**Recibido:** 27/06/2010

**Primera revisión:** 26/10/2010

**Aceptado:** 29/09/2011

## Formato de citación

---

Ávila Rodríguez, Rubén Manuel y Montenegro Martínez, Marisela (2011). Barebacking: condiciones de poder y prácticas de resistencia en la biopolítica de la salud sexual. *Athenea Digital*, 11(3), 27-49. Disponible en

<http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/752>



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons](#).

Usted es libre de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra bajo las siguientes condiciones:

**Reconocimiento:** Debe reconocer y citar al autor original.

**No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

**Sin obras derivadas.** No se puede alterar, transformar, o generar una obra derivada a partir de esta obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)



## CAPÍTULO 4

*Bareback sex: breaking the  
rules of sexual health and the  
assumption of risks*

Rubén Ávila

Aceptado para publicación en *Sexualities*, 2014



# Bareback sex: Breaking the rules of sexual health and the assumption of risks

Sexualities

0(0) 1–25

© The Author(s) 2014

Reprints and permissions:

sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/1363460714550903

sex.sagepub.com



**Rubén Ávila**

Universitat Autònoma de Barcelona, Spain

## Abstract

Many studies have provided information about different individual, social and cultural factors for the deliberate assumption of risk in sex practices among men who have sex with other men (MSM). However, there has been little analysis of the role of sexual health programmes in the understanding of bareback sex. Following sociological debates about the effects of governmentality in health promotion, this article examines the extent to which HIV prevention campaigns addressed to MSM in Spain are implicated in the construction of a social context where bareback sex is possible. It argues that the implication of Spanish LGBTI activism and the social link between AIDS and masculine homosexuality from the outset of the epidemic have given safer sex a moral value. At the same time, the creation of a scenario where sexual care is perceived as desirable also raises a subjection process where individuals are urged to answer whether they engage in safer sex practices or not. This article concludes that a new perspective of intervention is necessary to address the realities of HIV infections among MSM in contemporary western culture.

## Keywords

bareback, governmentality, HIV prevention, interpellation, safer sex

## Introduction: Dialogical relationship between sexual health and bareback sex<sup>1</sup>

Recently, a substantial research effort has been devoted to understanding why gay and bisexual men engage in risky sexual behaviours (Brennan et al., 2010; Jacobs et al., 2010; Mirandola et al., 2009; Starks et al., 2013). This question is quite

---

### Corresponding author:

Rubén Ávila, Universitat Autònoma de Barcelona, Department of Social Psychology, B Building, Campus de la UAB, Bellaterra, Cerdanyola del Vallès 08193, Spain.

Email: ruben.avila@me.com

complex, since it comes with the risk of stigmatizing sexual practices between two (or more) consenting men. In addition, focusing on individual responsibilities may have the problem of blaming HIV-positive people. As Paul Flowers points out, 'processes of risk constructions are far from innocuous, they provide a readily available framework of responsibility and blame which posits the burden of the epidemic increasingly upon the shoulders of the infected' (Flowers, 2001: 68).

In an attempt to answer this question, almost every recent reference about HIV prevention for men who have sex with other men (MSM)<sup>2</sup> has been devoted to understanding the personal and social underlying factors that cause members of this group to engage in sexual practices that are considered to be risky. Specifically, 'bareback sex' is one of the factors that has been studied in relation to this assumption of risk in sexual practices. Steven Gendin introduced for the first time the term 'bareback' in *POZ* magazine, talking about the benefits of having unprotected anal sex (between HIV-positive gay men). Being an HIV/AIDS activist he discusses the empowering possibilities of this practice (Gendin, 1997). Since this publication, many men started using the word to refer to a different kind of unprotected sex and use it to get to know other men with the same interests (Dean, 2008, 2009, 2011; Harvey, 2011), not only in Anglophone countries but also in other geographical sites like Spain. Therefore, scientific literature started paying attention to this so-called 'phenomenon' or 'study problem'.

On the one hand, considerable attention has been given to the role of psychosocial factors in bareback sex. Some authors (e.g. Galatowitsch et al., 2005; Remien et al., 1995; Wolitski, 2005) have noticed external factors such as the advance of highly active therapies for HIV (HAART therapies) (Crepaz et al., 2004; Stephenson et al., 2003), the spread of new cyber-spaces to find partners who do not want to engage in safer sex practices (Blackwell, 2008; Halkitis and Parsons, 2003; Ross et al., 2005) and even the role of the use of recreational drugs to engage in unprotected anal intercourse (Greenwood et al., 2001; Wilton, 2011; Wilton et al., 2005). In the particular case of Spain, since data reports a huge increase in new HIV-infections between MSM (Centro Nacional de Epidemiología, 2012),<sup>3</sup> many studies have tried to determine individual and social reasons for engaging in unprotected sex but have talked obliquely about bareback sex practices (Centro Nacional de Epidemiología, 2012; Fernández-Dávila, 2007, 2009; Rojas, 2004, 2007).

On the other hand, studies from critical perspectives have multiplied greatly in recent years, producing some internal or community explanations. These contributions examine different reasons, such as the ignorance of the consequences of AIDS among young people or the weariness of warnings about AIDS experienced by those MSM who have been using safer sex practices for more than 30 years now (Crossley, 2002), individual need of transgression (Crossley, 2002; Odets, 1995), the spread of masculinity roles in gay spaces (Davis, 2002; Dowsett et al., 2008) or even the emergence of a bareback subculture (Dean, 2009; Mowlabocus et al., 2013). The effort of all these studies has been crucial to understand the importance of the intersection of the above factors as the causes of conscious enrolment in risky



sexual practices by some gay and bisexual men. All the more since ‘research on barebacking is often said to produce “moral panic” because it can seem as though large numbers of gay men are aiming to become HIV positive or at least that gay men are careless about their sexual health’ (Clarke et al., 2010: 132).

Following this second critical approach, I (Ávila and Montenegro, 2011) started a study with the aim of understanding the different meanings of the term ‘bareback’ for those who practice it in Spain, linking their discourses with those of the principles that guide Spanish sexual health promotion addressed to gay and bisexual men. In a preliminary analysis, I suggested that the definitions of bareback sex were quite different between both points of view. In addition, some of the participants in our research levelled fierce criticism at the prevailing sexual health model, amongst other findings. That led me to a new research question: what role is sexual health prevention playing in the construction of bareback sex and the bareback subject? In this paper I will, therefore, argue for the influence of HIV intervention policies on the creation of a social space in which bareback sex is both possible and desirable: ‘Much of the current literature on barebacking provides a good example of why it is important to examine how sexual health is measured, and the social contexts surrounding sexual health’ (Clarke et al., 2010: 131). Thus, the aim of this article is to generate and explore the dialogic relationship between bareback sex discourse and the discourse articulated by sexual health promotion policies addressed to gay men in Spain.

When studying a resistance practice – such as intentional unsafe sex – it is essential to pay attention to the context of power in which it takes place (Foucault, 1989, 1991). The effects of sexual health discourse on people’s behaviours, which have been argued in other areas (e.g. Leonard, 2012), are crucial to understand a practice such as bareback, constructed as a reaction to hegemonic sexual health discourses. Following similar research (Dean, 2009, 2011), this paper seeks to fill a small but significant gap in the extensive literature devoted to this issue. As I will argue later, it is not by chance that intentional unprotected sex has emerged as a new social category among MSM, whereas it is just another practice for other groups that have not been historically related to AIDS. However, bareback sex will not be seen as a distinct subculture with its language, rituals, etiquette, institutions and iconography, as Tim Dean’s novel analysis does (2009). Although I share the same respectful and caring spirit in approaching bareback sex, the present paper defines this phenomenon as a sexual practice with multiple dimensions that call into question contemporary sexual health promotion. Therefore, I seek to highlight an overlooked aspect of bareback sex: the role of Spanish HIV prevention discourses addressed to MSM in the constitution of barebacking.

In this article I will follow a Foucauldian critical approach to the understanding of governmentality practices in the sexual health arena and, more specifically, I will discuss how the safer sex moral value is connected with the assumption of risk for gay and bisexual men. Understanding that ‘power is not an institution, and not a structure; neither is it a certain strength we are endowed with; it is the name that one attributes to a complex strategic situation in a particular society’ (Foucault,

1976: 93), governmentality will be understood hereafter as the different practices where power is not a hierarchical structure but different conventions of social control carried out by several institutions, self-regulating manners and the contemporary way of knowledge production. A theoretical discussion of governmentality in sexual health promotion in Spain will be developed below, paying special attention to the concepts of risk factor construction in public health discourse and the process of interpellation in the construction of a bareback subject. Therefore, I will study governmentality practices in both institutional public discourse and the technologies of the self in the construction of a bareback subject.

After this introduction, which defines the problem under consideration and presents a brief review of barebacking research approaches, the complete investigation is then described as well as the different types of evidence that have been taken into account. In the third and fourth sections, the findings of the investigation are presented, followed by, in the final section, the conclusion of the paper where I set out the limits of this article and recommend areas for future research and intervention goals.

### **Methodology: Construction of narrative productions, HIV prevention campaigns analysis and other evidence**

In order to contribute to the development of the feminist discussion about ‘what we might mean by the curious and inescapable term “*objectivity*”’, Donna Haraway lays the foundation for what will be her understanding in what is well-known today as ‘situated knowledge’ (Haraway, 1988: 575). According to Haraway (1997), a researcher participates in the performance of an investigation with different and yet linked social partners. The researcher does not start from a naïve point of view, but establishes relations with some specific actors (and not others) depending on her/his own interests and background. This epistemological position has immediate implications for methodological design. First, the researcher must define her/his own located position in order to ensure research objectivity. Second, as a consequence, the author must specify the social actors to whom the topic of study is connected.

Regarding my position, while working (as a health promoter and as a volunteer) for an NGO aimed at LGBTI sexual health promotion and non-stigmatization of HIV-positive people, I noticed that many people who considered themselves as barebackers were concerned about safer sex and, more specifically, how to reduce the possibility of infection when not using a condom. At the same time, I noticed that there were few programmes or specific information available about these matters. The silence of health promotion for bareback sex in Spain or the moral fear of talking about the conscious assumption of the risk that some MSM were engaging in was the starting point of this investigation.

As for the social actors relevant to the topic of this study, in the present paper I try to set up a dialogue between public sexual health promotion discourses and those who engage in bareback sex as is outlined above. In order to do so,

I considered two different sources: Spanish Ministry HIV prevention campaigns specifically addressed to MSM, and written texts produced – for the purpose of this investigation – by men that considered themselves as barebackers in Spain. While the first texts are publicly distributed, my work intended to elaborate written discourse, which includes, on equal footing, the political point of view and theoretical reflection of barebackers. In doing so, participants are not objects of this research, but active agents in the production of knowledge. Given that I wanted to access bareback discourse and their tensions with public sexual health promotion discourse, no interviews with health promoters were conducted at this stage of the investigation.<sup>4</sup>

Using a qualitative methodology for the construction of political discourses (Balasch and Montenegro, 2003), I carried out several interviews and produced a final text validated by all of the interviewees – which will be referred to as ‘narrative production’. Since some studies show that the Internet is the most common place to manage bareback sex (Dowsett et al., 2008; Fernández-Dávila and Zaragoza Lorca, 2011), all participants were connected by a well-known online chat space designed for meeting people and arranging sex encounters in Spain.<sup>5</sup> I contacted eight men whose nicknames included terms such as ‘bareback sex’, ‘raw sex’, ‘cum in my mouth’ and so on. Once the study was presented and they agreed to participate, I carried out simultaneous online interviews (O’Connor et al., 2008) with them – three per participant. The intention was to create a similar atmosphere as in a face-to-face interview but without them having to reveal their identities, since most of the participants were unwilling to do so.

For the first session a script had been prepared in order to conduct a semi-structured online interview. This script included the most relevant topics on the barebacking academic literature, for example, the sexual practices participants associated with barebacking, their definition of risky sex and their own point of view in relation to sexual health discourses. After this first interview, I produced a text per interviewee that turned the chat into expository prose (from a full log of the interview). This text was returned to participants, arranging a second session where the text was reviewed. In addition, in this session I gave the participants a second text<sup>6</sup> signed by a sexual health promoter, which contained an explicit criticism of bareback sex and barebackers. The goal of introducing this second text was to establish a dialogical tension between the discourse of interviewees and the one carried out on this text. After introducing the modifications and additions to the text provided by the participant, a final version of the document was sent to participants arranging a third interview. In the last interview, participants could change whatever they wanted and give final approval to the text. This last version will be referred to as ‘narrative production’ (Balasch and Montenegro, 2003).

Only six participants completed the process and, therefore, six final narratives were produced. Each narrative production will be referred to with the nickname chosen by each participant:<sup>7</sup> Young Barebacker (2,275 words), Apostate (2,414 words), Conscious barebacker (2,659 words), Pure sex (1,513 words), No consequences (1,708 words) and Fucking raw (1,779 words). These six texts summarize

the interviewees' points of view while theorizing about bareback sex and arguing about sexual health promotion. Each text develops different topics selected and approved by the participants.<sup>8</sup> In such a way, participants are not treated as subjects for the investigation purposes but as actors implicated in bareback sex whose discourse should be equally taken into account. Power participates in the creation of possibilities for some discourses to be considered as dominant and others as marginal (Tamboukou, 2008: 104) and using this methodology may help me establish new and elaborated connections with barebackers.

Finally, following Fraser's (2004) proposal, we considered the different topics that emerged from all the narrative productions and tried to reveal tensions and similar positions between them. Particularly, we examine the narrative productions 'for commonalities and differences that exist among and between participants' (Fraser, 2004: 194). This was done contrasting general topics through the produced material of the six participants and highlighting both similarities and differences – topics related to governmentality practices will be presented below. Moreover, in this research we have taken into account ethical issues at different stages: (i) the selection of participants, (ii) in obtaining consent, (iii) the sessions themselves, (iv) analysis of data, (v) and in the drafting of the final report, following William Smythe and Maureen Murray's (2000: 329–333) recommendations.

Regarding participant selection, I chose barebackers because I believe their discourse has generally been analysed from the outside. Furthermore, I tried not to force participation and not be too explicit from the beginning about the objective of the research. Once participants agreed to get involved, clear consent was requested, and I explained that their texts could be used for writing various research reports. However, I informed them that the process of producing a text was different from analysing plain interviews, that is to say, participants could elaborate their discourse and reflect on deciding the way they wanted to present their point of view. I got involved in the sessions, following guidance given by Balasch and Montenegro (2003), so when participants asked me about my point of view I answered from the same position as them. This explicit positioning during narrative production may have changed the final product of this research and yet has helped me produce narrative texts from partial connections between researcher and participant (Haraway, 1991, 1992), as already mentioned above. Finally, one participant collaborated in the analysis of data and a final report with the examination of commonalities and differences was sent to all of them.

I reminded them that pieces of their narrative productions could be used in further papers and they all agreed to such use. I made it clear that their identities at all times would be protected and they would remain anonymous throughout the process and in any texts emanating from the work.

After a first phase of research with barebackers, I noticed that an accurate analysis of HIV prevention campaigns addressed to MSM in Spain was necessary to define the biopolitics of safer sex as presented in institutional health discourse (Ávila and Gras, submitted). Therefore, I decided to include in my analysis all campaigns produced by the Spanish National AIDS Plan addressed specifically

to MSM, which would give a sense of the discourse gay men receive from public institutions. The corpus contains a total amount of six campaigns from 2006 to 2011.<sup>9</sup> For each campaign there was a single sided poster, a complete brochure with further information<sup>10</sup> and several postcards with similar design and information as in the poster. Following a critical discourse analysis (Fairclough et al., 2011), I analysed how the HIV campaigns' discourse selects their targets – and, therefore, excludes other possible addressees – and defines socially desirable behaviour, regarding male-to-male sexual practices. In particular, this paper (Ávila and Gras, submitted) examines (i) the discursive construction of the target of these specific campaigns, (ii) the description of the roles of HIV positive/negative MSM in the processes of prevention and infection of HIV and (iii) the type of arguments offered to justify the need for safer sex practices. I will exemplify some of the findings by the analysis of an HIV campaign.

In addition to narrative productions and HIV campaigns analysis, the paper includes other evidence such as field diary annotations, observations about sexual meeting places, and pieces of conversations with colleagues. These examples will be used to discuss the 'theory' led by the investigation in order to contemplate the possibilities of the disruption of barebackers' discourse in questioning some of the taken for granted assumptions of sexual health promotion. The aim here is not to demonstrate how things are, but to discuss how the hegemonic public health discourse and its governmental practices may be activating some reactions. Following Haraway (1991): I will be using these experiences from my everyday life – as a health promoter and as a man who has sex with other men – as points of diffraction<sup>11</sup> for thinking about and theorizing how bareback sex discourse offers a chance to rethink sexual health promotion today.

### **'Taking the risk': Governmentality in HIV prevention addressed to MSM**

The issue of risk and its implications in sexual health featured prominently in the barebackers' narrative productions. Thorough analysis of the narrative shows that risk was a social construction used by all participants. All narratives discussed what is considered as risky or safe – whether participants had a good understanding of the topic or not – and risk reduction in relation to unprotected sex. Furthermore, participants referred to the sexual arousal of risky sex, as addressed below:

Anyway, risk is *horny*. We like danger, what's forbidden. Generally, since having sex without protection is something wrong – prohibited – I think this is what makes it *hotter*<sup>12</sup> (Young Barebacker, narrative production, April 2009; emphasis added)

Sociological writings show a growing debate about the effects of governmentality in health promotion. In particular, Robert Castel (1991), highly influenced by Foucault's theory, started a discussion about new strategies of health promotion by central government. To the author, over the last century there has been a shift

from the need to control the risky individual in face-to-face interventions to the anticipation and prevention of the emergence of undesirable events such as disease, abnormality or even deviant behaviour:

There is, in fact, no longer a relation of immediacy with a subject because there is no longer a subject. What the new preventive policies primarily address is no longer individuals but factors, statistical correlations of heterogeneous elements. They deconstruct the concrete subject of intervention, and reconstruct a combination of factors liable to produce risk. (Castel, 1991: 288)

However, this assumption cannot be totally applied to HIV prevention addressed to MSM, as will be seen later. There has been an obvious change from preventive policies that were addressed to a specific subject – the so called 4H club: homosexuals, haemophiliacs, heroin users and Haitians (Chávez, 2012; Ioan, 2013) – to an intervention that tries to change people's actions with respect to safer sex. Efforts to achieve a reduction in HIV transmissions through sexual contact were mostly addressed to gay men at first (Oppenheimer, 1988). Principally, this occurred because the first cases of AIDS were reported in men who had had sex with other men, but also because homosexual activism carried out most of these HIV/AIDS prevention actions. Thus, most of the actions carried out by gay activism were design to show the importance of deaths caused by AIDS and how central governments should invest in research and health care for people living with the disease (Brier, 2009; Treichler, 1999).

More than 30 years ago, the first deaths caused by AIDS had no repercussions for governments all over the developed world since this syndrome was considered a disease that was only affecting gay men (Brier, 2013; Oppenheimer, 1988). Particularly, in 1981 the first identified man who died of AIDS in Spain was a young gay man (López, 2001; Sida Studi, 2011). Yet, Spanish governments in the 1980s were more concerned about denying the existence of homosexuality and, therefore, little attention was paid to gay men living with AIDS (Carrascosa and Vila Núñez, 2005; Llamas, 1995). As Judith Butler (1996) points out, political decisions about technological, social or medical foundations are circumscribed within the exercise of modern power. The author states that those who do not deserve to live may suffer the silenced withdrawal of required resources that prevent death. The fact that almost all governments did not act quickly enough after the first cases of AIDS (non-investing in HAART therapies, sexual health promotion, or non-stigmatization of HIV-positive people) resulted in the delimitation of an abject individual whose life was not worthy of receiving public investment. Furthermore, establishing homosexual men as those who were responsible for new HIV infections easily constructed the gay community and its practices – especially the sexual ones – as the virus carrier (Bersani, 1987; Butler, 1996).

Since there was no guaranteed support for the first people affected by this disease, several and varied social organizations were created in Spain to assist them, from neighbourhood to LGBTI or drug users associations (Larrazabal, 2011).



The Spanish LGBTI movement was quite weak in those years and associations were mainly concerned with the social link between male homosexuality and AIDS that was being spread by media (Carrascosa and Vila Núñez, 2005). In 1986 *Gais per la Salut* (Gay people for health) was founded in Barcelona to help decrease new infections and take care of people living with AIDS. Their first actions consisted of condom distribution and campaigns to promote safer sex.<sup>13</sup>

Some other associations, which had emerged to promote LGBTI rights, were engaged by the HIV/AIDS activism. In the early 1990s radical activist groups such as LSD and La Radikal Gay turned their efforts to fight against political structures that stigmatized, criminalized and made invisible the first cases of AIDS amongst the gay community (Carrascosa and Vila Núñez, 2005; Mira, 2004). They followed the main strands of actions initiated by other renowned worldwide groups like ACT UP (Larrazabal, 2011). The work of many of these activists was not only important, but was essential in launching initiatives to look after members of their own communities. As shown by many studies (Llamas, 1995; Mira, 1993), Spanish media blocked homosexual images even when talking about AIDS suggesting that although homosexuality existed, it was undesirable and, therefore, AIDS information in the media was not taking into account homosexual people (Carrascosa and Vila Núñez, 2005; Mira, 2004). This means that all the initial campaigns to reduce new infections among MSM were conceived by LGBTI associations themselves, that is to say, La Radikal Gay and Gais per la Salut. Thanks to community work the importance of prevention for gay and bisexual men and the experience of living with AIDS was emphasized (Carrascosa and Vila Núñez, 2005).

But after some years of fighting against AIDS and once Spanish governments of the middle and late 1990s started to pay attention to specific needs of the community, LGBTI associations were aware of the consequences of the social link between HIV infection and male homosexuality and they started discussing the side effects of the so-called risk groups. Efforts were made to change the attention from the subject (homosexual or bisexual men) to the practices involving a high level of risk for HIV infection or, once someone was infected, for the evolving of the acquired immune deficiency syndrome (UNAIDS, 2000). On the one hand, this switch was made not only as a result of the stigma of this connection but also because of the increased number of new infections among many men who had sex with other men but did not consider themselves as gay or bisexual. On the other hand, this change was necessary to focus on prevention programmes with other vulnerable individuals (such as women or heterosexual men). This development, studied through other health arenas (Castel, 1991), still impacts the subject today.

Unprotected anal intercourse among MSM is considered the most risky sexual behaviour for HIV epidemiology since MSM is the group with the highest level of HIV prevalence in North America and Western and Central Europe today (UNAIDS, 2010). In fact, 56% of new HIV diagnoses reported in Spain occurred through men who had sex with other men (Centro Nacional de Epidemiología, 2012), as has been the case in other European countries (Lattimore et al., 2008). Likewise, a Catalan study shows that 32% of MSM reported recently they had had

unprotected anal sex with a casual partner (Folch et al., 2009). Despite the effort made not to stigmatize the homosexual subject, there is still some sort of surveillance of sexual practices of men who have sex with other men. Many of the participants in my study agreed:

When you are a homosexual and you get involved in a 'gay way of life' you have lots of information that reminds you of your lack of freedom. Or what is worse, that allows you to be free by accepting to live a monogamous life... I'm sick of seeing a [sexual health] campaign poster even when I am in a café. (No consequences, narrative production, May 2009)

Thus, the intrusion of sexual health promotion in the life of all gay and bisexual men has multiplied the number of spaces in which prevention actions take place; the above comment exemplifies the perception that participant has in his daily life. It is not just about the prevention of HIV carried through specialized campaigns or the institutional discourses, but also one's own community discourse governing desirable practices (safer sex).

Alan Petersen (2002) rethinks certain general prevention campaigns and the role of different health promoters in this same sense: 'Health promoters are helping to forge a new conception of the political and see themselves as closely allied to the new social movements in their concern to "empower" citizens' (Petersen, 2002). As has been said before, the embodied fight carried out by marginal bodies has somehow influenced the way gay community members understand sexual health. By way of an example, David Harvey presents an in-depth review of how different AIDS activists have been considered as transgressors of gay social mores when they admitted to loving anal sex without condoms (Harvey, 2011: 168). The presence of HIV is evident in different areas of a gay man's life. Similarly, a study carried out in Madrid showed that for most Spanish gay men being a 'good homosexual' involves maintaining safer sex practices (Villaamil and Jociles, 2006).

Fucking without condoms is reproved, even for gay people. I've just talked about it with men with whom I've had unprotected sex. Safe sex is a dogma of faith. Decreasing HIV prevalence among gay men is seen as a triumph of civilization. (Fucking raw, narrative production, June 2009)

This sexual health surveillance around MSM practices may contribute to the creation of a governmentality scenario where gay and bisexual men are perceived to make a conscious decision about their sexual behaviour. In the next section I will discuss how this governmentality practice is helping to construct a social context where one must decide whether to engage in safer sex or not.

Likewise, the fact that the desirable behaviour is having healthy sex turns unprotected sex into an undesirable practice and HIV-positive individuals into those who have failed in their prevention and self-care strategies. Since 'the terms "healthy" and "unhealthy" have become signifiers of normal and abnormal identity; of one's



moral worth' (Petersen, 1992: 198), individuals whose conduct is risky are likely to be seen as irresponsible citizens who lack self-control. These implications in the boundaries of selfhood are even more obvious when talking about AIDS: people living with the HIV infection have been historically outcast and are commonly treated as responsible for the infection: 'It's not the disease that hurts you. It's society. People glare at you when they know you are HIV-positive . . . your friends, your family . . . you can't talk to them about it, you feel alone, *you feel guilty*' (Conscious barebacker, narrative production, May 2009; emphasis added). Furthermore, there has been a significant debate about the responsibility of seropositive people in new HIV infections. Health promoters can be sympathetic to why uninfected people fail in their prevention measures, but condemn risky sex activities of those who are infected<sup>14</sup> (Marks et al., 2006). When talking about barebackers infected with HIV having sex with HIV-negative barebackers it can even turn into legal problems in some countries (Global Network of People Living with HIV/AIDS Europe and Terrence Higgins Trust, 2005).<sup>15</sup>

As many authors have noted for general health issues (e.g. Petersen, 1992; Scott and Williams, 1992), there has been an intervention shift away from the notion that the state should protect the sexual health of individuals to the idea that individuals should take responsibility to protect themselves – and others – from HIV and the risk from other sexually transmitted infections (STIs). Moreover, specific oversight of MSM might lead to the understanding that engaging in man-to-man sex practices involves a higher risk of HIV infection regardless of preventions taken: 'Somehow, some public health approaches seem to assume that when one is gay one will end up being HIV-positive, no matter what' (Young Barebacker, narrative production, April 2009). Since all participants supported similar affirmations, I carried out a critical analysis of the dominant discourse in Spanish HIV prevention campaigns addressed to MSM. Though its results will be published soon, I will discuss the preliminary analysis of one of the preventive programmes for illustrative purposes: 'Get a medal'<sup>16</sup> (Plan Nacional Sobre el SIDA, 2010).

The purpose of this campaign was to give information about HIV infections in MSM. To be specific, 'the aim of this campaign is to draw your attention to the alarming rise in new HIV infections among men who have sex with men' (Plan Nacional Sobre el Sida, 2010). Messages like 'get a medal: protect yourself' and signs such as a rainbow coloured medal and a pink condom define the following target of the campaign: an HIV-negative homosexual man whose challenge is to protect himself from the infection. The analysis of the image also shows a healthy good-looking young man. This is supported by other messages where sex practices under surveillance are not practices at all but identities. For instance, the footnote to the figure of new HIV infections distinguishes homosexual infections from heterosexual or drug infections instead of talking about unprotected anal intercourse between men. Even though the intention of the selection of these terms may have been their simplification, it can easily lead to the understanding that gay men are more likely to be infected. In fact, the use of the LGBTI symbols and other messages like 'in studies carried out in Spain ONE IN TEN MEN who have sex with

men are infected' intensifies this idea. This last quotation as well as others – for instance, 'when the proportion of infected men is higher, as now, lowering your guard poses a greater risk of infection' – constructs HIV-positive individuals as those who have failed in prevention, on the one hand, and as the responsible subjects of infection, on the other.

Furthermore, this programme had a website where detailed information about risky sex practices was given. This website included a quiz for the evaluation of levels of personal awareness in respect to HIV prevention information with several multiple-choice questions such as: 'Select the correct option: when the proportion of HIV-infected men is higher, as now: (a) drop your guard poses a greater risk of infection; (b) the risk of infection is the same; (c) the risk of infection is independent of the proportion of HIV-infected men'. The right option was (a).

If the answer was correct the user not only had his consequent positive feedback but also could give a virtual medal to someone on Facebook. That was a way to involve community work into HIV prevention. In this same sense, some cards with the above mentioned messages also had the following text: 'Do not keep this card! Pass it on a friend or a sexual partner. This way, you help to stop the spread of HIV'. In short, such programmes show some governmentality strategies: constructing the positive image of a desirable subject of intervention who is responsible for his own practices and, in opposition, constructing the image of those who have not succeeded in taking care of themselves and therefore are beyond the reach of sexual health campaigns. Moreover, there is a sense of community responsibility that urges individuals to help other people by spreading information or raising public awareness.

But, obviously, consuming poppers or having raw sex is not the right thing to do for a gay man. It's criminalized. Then, we all do it, because I'm pretty sure that almost everyone has had sex without using a condom with a stranger . . . But it's not the right thing. It's punished, damned, reproved. Even gay men think it's wrong. (Conscious barebacker, narrative production, May 2009)

The analysis of the narrative productions suggested that most participants shared this feeling of 'imposition' of safer sex among MSM not only by government policies but also by the gay community itself. What is more, some of the participants appealed to a political attitude towards risky practices in response to a social pressure for using protection in the gay community (Ávila and Montenegro, 2011):

Most people react violently ('What are you saying?' or 'Are you mad?') when you talk about barebacking, both homosexual and heterosexual. Almost everyone justifies unprotected sex if it has been a slip, but doing it consciously seems to be a suicidal political position or an immoral attitude if the barebacker is HIV-positive . . . Prevention is present in everyday gay life: when reading a gay newspaper, when going to a gay cafe or even going to a sauna<sup>17</sup> . . . In general terms, I think most medical discourses . . . are disturbing for someone that doesn't adopt a conventional

sexual life; at least this is how I feel. This disturbing turns into an insult when talking about barebacking. At best, campaigns bid you not to have risky practices (‘Don’t do it raw!’). At worst, they insult you. Honestly, I think that the text that has been provided insult us. (Apostate, narrative production, May 2009)

I am not suggesting that HIV prevention policies are consciously or maliciously designed to restrain gay male sex. In fact most of these campaigns are driven by LGBTI associations and intend to reduce new infections and their consequences. What I am discussing is how this governmentality practice participates in constructing a context of power where sexual health is playing a leading role. The sexual health promotion arena and all agents in this zone (government policies, scientists and medical institutions, pharmacists and pornography industry, LGBTI and AIDS activism, and so forth) play a key role in the imposition of a specific ‘healthy gay sex life’, as opposed to an unhealthy or undesirable one. Moreover, regulatory bodies do not only pay attention to MSM practices but also the subjects that participate in these practices – for instance, a heterosexual woman is not the subject of intervention in this matter. This sexual health surveillance has an impact on how people conceive their sexual life. As I have shown in this section, HIV prevention addressed to MSM is sometimes perceived as coercive governmentality action. Therefore, what I am suggesting is that sexual health promotion addressed to MSM plays a key role in the emergence of a specific way of understanding unprotected sex.

### **‘Do you play it safe?’: The act of interpellation on a safer sex context**

If one wants to analyze the genealogy of the subject . . . he has to take into account not only techniques of domination but also techniques of the self . . . he has to take into account the points where the technologies of domination of individuals over one another have recourse to processes by which the individual acts upon himself. And conversely, he has to take into account the points where the techniques of the self are integrated into structures of coercion and domination. (Foucault, 1993: 203)

As it has been stated before, Foucault’s concept of governmentality not only pays attention to societal regulation but also to self-subjection. Governmentality can be conceived as a contact point between technologies of the self and technologies of domination (Petersen, 2002: 202–203). Up to this point I have argued the different societal regulation strategies perceived by different participants of the study. In this section I therefore propose a deeper analysis of the technologies of the self in the construction of bareback subjectivities, that is to say, ‘the versatile equilibrium, with complementarity and conflicts between techniques which assure coercion and processes through which the self is constructed or modified by himself’ (Foucault, 1993: 204).

I have always fucked without condoms with strangers... but now this has a word... I believe defining yourself as barebacker... is a way to be recognized, to save some time... I think that the naming is helpful when it works as a password... I'd say it is a contrastive identity, something defensive. (Pure sex, narrative production, June 2009)

In this regard, the explanation of interpellation by Judith Butler and its consequences in her theory is essential to understand such a process. According to the reading of Butler, 'the theory of interpellation appears to stage a social scene in which a subject is hailed, the subject turns around, and the subject then accepts the terms by which he or she is hailed' (1997a: 106). The ideological interpellation explanation of Althusser (1976) helps Butler to explain the forming of a sexual subject:

[T]he divine power of naming structures the theory of interpellation that accounts for the ideological constitution of the subject... To the extent that the naming is an address, there is an addressee prior to the address; but given that the address is a name which creates what it names. (Butler, 1997a: 110–111)

Butler explains how the subject becomes a subject when he or she gives an answer to the call of power. Such a call may occur in different social contexts – whether implicit or explicit – since this interpellation is not always a concrete event but a social need to be positioned next to contextual rules. When talking about a concrete scene, the turning around of a subject is both the doctrine of interpellation and the place where the effects of power take place. Not only the call of the power acts in the context of interpellation, but also the answer of the subject itself: 'Although there would be no turning around without first having been hailed, neither would there be a turning around without some readiness to turn' (Butler, 1997a: 108). Thus, the existence of the subject is only possible because of the responsive dimension of language, so there would be no subject without a possibility of his actuality (Butler, 1997b).

Beyond the limits of this discursive theory, it might be helpful to understand the turning around act in the sexual health arena. One of the questions this research started with was: why is the designation of bareback sex only related to MSM sexual practices as a social category well known by most of the members of this group?<sup>18</sup> Even though engaging in risky sex practices (oral sex with ejaculation or unprotected anal or vaginal sex) is something everybody does, the emergence of the word 'bareback' only took place in the group most historically associated with HIV: homosexual (and bisexual) men. An HIV-positive gay activist blog was one of the first places where the term 'bareback' appeared. The intention of the author was talking about the sense of 'liberation' of practising sex without protection with another HIV-positive man (Gendin, 1997). Since then, the word has achieved many other meanings but it may still have the sense of the liberation connotation of its first uses (Ávila and Montenegro, 2011; Berg, 2009). So, what is it in the gay

context associated with HIV prevention that is perceived as coercive and how is this context coming into play on the self-technologies strategies of subjection?

As I have been arguing, gay and bisexual men have been called to answer whether their sexual practices are healthy or risky. Considering gay and bisexual men as a group with a special vulnerability for HIV infection sets MSM as a target of sexual health promotion policies. Besides, the overlap of sexual health and gay identity, as has been shown before, implies the need for definition towards health prescriptions. This context facilitates an inquiry: 'do you play it safe or do you play it raw?' Yet, the subject turns around to answer the question. It is in this movement where the construction of the healthy/unhealthy subject takes place – where subjectivity germinates. To take this argument further, I will take into account some of the turning around scenes that I think are crucial to understanding the forming of a bareback subject. By way of illustration, I will explain one of the questions one may answer when registering a profile in a gay and bisexual male Internet platform for dating, cruising or even making friends. This kind of platform, popular among MSM, has different and varied fields to be filled in when signing up: age, weight and height, sexual orientation, interests, activity, sexual practices you like, and so on. One of the fields commonly used in these websites is 'safer sex', which often presents different choices as 'always', 'needs discussion', 'never' or even 'yes except with my boyfriend'.<sup>19</sup> The importance of this example is not the fact that there is a field in a registration form, it also shows what frequently arises when establishing a sexual contact or even when thinking about one's identity. In line with this argument, Crossley (2002, 2004) has reported how sexual health has become a key concept for gay and bisexual men when being in a sex situation with other men.

This is why I feel restrained about explaining my sexual practices. I feel self-conscious about talking of sex with multiple partners as well as showing attraction towards bareback sex. (Apostate, narrative production, June 2009)

The importance of sexual health for the LGBTI community has been demonstrated over the last 30 years. Since the first cases of AIDS associated with gay men, there has been an understandable need for the focus of gay activism to work for HIV prevention and all its consequences. Thus, safer sex and, particularly, adopting a positive attitude towards safer sex practices if you are a gay or bisexual man, are crucial to understanding the emergence of bareback sex. As has been shown before, the work of many HIV prevention campaigns has been devoted to urging homosexual men to adopt preventive measures. In fact, healthcare programmes have tried to help gay men decide on their safer sex practices before the real sex situations to reduce difficulties of negotiating the use of condoms once sexual activity has started (Eisenberg et al., 2011). We could say there is a call to the individual about safer sex practices. Gay men are being called to adopt preventive measures not to be infected by HIV or other STIs.<sup>20</sup> What happens then when in the turning around the answer of the subject is 'no'? How does the subject formation occur

when the individual says, for example, 'I like eating cum'? In the call to define one's sex as healthy there is also the call to define one's sex as risky.

For many years the strategy of working with the position of the subject towards safer sex and its moral value – even its social community implications – could be useful. Nevertheless, the actual context of HIV prevention is quite different. Naming just some of the differences, there has been a lot of progress on the side effects of HAART therapies and the intention of many public policies is promoting HIV tests to detect new cases as soon as possible and thus decrease the homosexual community viral load to reduce new HIV infections among MSM. From a non-biomedical point of view, the fear of dying is not as strong as it was in the first years of AIDS.<sup>21</sup> And yet there is still a huge pornography industry and other widely available images that help to establish risky practices as erotic (Mowlabocus et al., 2013).

What I am highlighting here is that the effort of making risky sex an unacceptable practice and helping individuals choose preventive methods as a moral value might not be useful today. In fact, a deeper analysis of concrete situations suggests that the call to safer sex may not only produce subjects willing to protect themselves from HIV infection but also subjects that assume they like risky practices – because of the risk or because of the eroticism of the practice.

My experience has been weird. I started thinking about fucking raw when some guy asked me if I did bareback . . . I'd never thought about it before. Actually, I'd always fucked without condoms, because I had sex with people I had confidence in . . . And now I've made some little changes. I'd say the most evident is changing my nickname . . . for one that says I'm a barebacker (Fucking raw, narrative production, June 2009)

As is shown by the above quotation, a certain responsive category emerges within the surveillance project prescription of MSM sexuality that rejects consciously the request for safety in the terms set up by sexual health initiatives and accepts the risky position. In a practical sense, the answer of belonging to such a category not only makes it easier to make contact with other men who want to share unsafe practices but also delimitates the practices one will have. This effect can be explained in two ways. On the one hand, having a nickname or a profile description that states you are barebacker will complicate the situation when you want to get in touch with other men who want to enrol in safer sex practices and will facilitate the situation to meet other men who want to engage in risky sex practices. On the other hand, constant adoption of high-risk practices can predispose the individual not to find stimulation in other situations that involve the use of a condom or exclude other erotic elements like the presence of semen.

I think that I have become a barebacker within a short period of time . . . First of all, I always used a rubber . . . soon after, I started watching some bareback porn 'cause it turned me on . . . Now, most of my porn is raw and when I'm looking for sex on the

Internet I always ask whether they use a condom or not. (Young Barebacker, narrative production, April 2009)

Summing up, MSM sexual health policies discourse has contributed to a social scene where a gay (or bisexual) man is asked to – or not to – adopt preventive measures. By means of the ideological intervention of interpellation a barebacker can become what he is when he is recognized in this role, so that the subject has the sense of existence in a prior space than before the act of interpellation or socialization. The turning around of the barebacker can be considered as a self-classification language, as a blame ownership. The most interesting thing is that this ‘here I am’ response contributes to the forming of a subject. One could ‘choose’ not to answer to the hailing of safer/riskier sex, but answering to that hail eases, in some sense, sexual decision-making.

Defining yourself as a barebacker . . . is a way of saving time, of getting to know people like you. If you say you do it raw, you will get in touch with similar guys. You won’t have to decide once and again if you pass on condoms. (Fucking raw, narrative production, June 2009)

Since this process of interpellation has been studied in different government practices, I suggest that sexual health promotion addressed to MSM should be reconsidered. Comforting as it can be to blame individuals who bareback, bareback sex is a complex phenomenon that puts into question the main strategy in sexual health: the construction of a desirable subjectivity willing to protect himself – and others – from HIV infection. The different kinds of evidence shown in the last two sections (development of narrative productions, analysis of HIV prevention campaigns and further exemplifications and discussions) supports the need for rethinking HIV preventive programmes and brings to the fore the effects of sexual health campaigns in the construction of barebacking.

### **Conclusions: Moving forward on HIV prevention**

The present study has examined the effect of governmentality practices on the construction of so-called bareback sex. The paper has highlighted contemporary safer sex programmes addressed to MSM are implicated in the construction of a social context where accepted individuals are those who protect themselves from HIV infection. Thus, the moral value set in this framework punishes risky sex practices and individuals who have failed in the adoption of preventive measures. At the same time, it has been shown that the actual surveillance of MSM practices is somehow a sociological and medical stakeout of homosexual and bisexual men since these practices are only possible within this group. Not least in this picture is the importance of subject construction processes. Establishing a model where individuals must answer to the call of safer sex not only produces subjects that will perceive themselves as people adopting safer sex practices but also at the same time



subjects that will perceive themselves as people who engage in risky sex practices. A bareback subject is even more likely to be constructed in a Western social context where unprotected sex is shown as exciting and pleasant (not only for sexual activities between two or more men) and the effects of being HIV-positive are not as severe as they were 30 years ago. In addition, stereotyped prevention messages like 'use a condom' or 'get tested for HIV' have helped to create a moral value of safer sex.

These critical reflections on current sexual health promotion addressed to MSM do not answer a significant question: What can be done? Exploration of specific alternatives is crucial in this matter. Other authors (Crossley, 2002; Dean, 2009, 2011) clearly point towards a new line of interventions and reflections in the creation of opportunities for discussion within gay communities. This article should help in this same direction. Safer sex promotion will not be effective in practice unless its programmes take account of this context. Based on this research and similar investigations, some discussions could be launched in different health promotion spaces. That is to say, safer sex policies are trying to reinforce protected sex between gay and bisexual men in order to reduce new cases of infection and the way health promotion is being carried out delimitates a space where bareback sex is possible and desirable. Considering the effects of power and mandatory statements in the construction of subjects (both normal and abject) is crucial to redirect intervention policies.

If government and activists are worried about reported deliberate unprotected sex, they should stop pointing fingers or studying bareback subjects and start recognizing their own mistakes.<sup>22</sup> For instance, I recently participated in a discussion with an NGO about how to deal with the situation of bareback sex. This debate not only included the questioning of individual factors for the assumption of risky practices (drug use, risk seeking, masculinity and so on), but also the responsibility or implication of preventive discourses on the emergence of a need for liberation in sex practices among MSM. Opportunities to challenge actual campaigns and rethink health promotion discourses are a step forward in the rights of individuals to decide their sexual practices. Thus, this will help in the reconstruction of a social context where health promotion is not a binomial decision between safe sex and risky sex. It is important to consider that not using a condom is not a failure of prevention, but an understandable behaviour. Thus, engaging or getting interested in unprotected sex is not the exclusive preserve of barebackers.

New research initiatives are required to make an in-depth analysis to evaluate specific HIV prevention programmes. These initiatives should not only be intended to reduce unprotected sex but to understand the management of risk and understand how failures are being perceived. Furthermore, there is a huge lack of information about how gay and bisexual men perceive HIV infection (both HIV positives and HIV negatives) and how governmental policies are delimitating this infection and, therefore, infected subjectivities. However the aim of this article is not to condemn health promotion but to offer evidence that shows some failures in



contemporary HIV prevention in Spain addressed to MSM. Likewise, this paper has the intention of providing some new discussion threads that could guide future research and intervention strategies.

### **Acknowledgements**

An earlier version of this paper was presented at the 1st Critical Social Psychology conference at the Universitat Autònoma de Barcelona and at a group discussion carried out at the Spanish NGO, STOP SIDA (Stop AIDS). I am grateful for comments from participants at those meetings and, especially, from my colleagues Pedro Gras, Carolina Figueras, Anna López, Rubén Mora and Luis Villegas. I am also indebted to Marisela Montenegro, my doctoral advisor, for her helpful suggestions. This article would not have been possible without the co-operation of Steven Mallon, who gave a final revision of the English paper. The author accepts responsibility for the interpretation of all used data and further analyses.

### **Funding**

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

### **Notes**

1. The present paper is part of a research project within the framework of the Doctorate Programme in Social Psychology at the Universitat Autònoma de Barcelona. The doctoral advisor of this research is Marisela Montenegro.
2. Terms like 'Men who have Sex with other Men (MSM)' or 'LGBTI' are quite common and, therefore, unavoidable when talking about HIV/AIDS activism and gay rights literature. These words will be used in the present paper but should be understood not as identity categories but as specific sexual practices or work done on a community basis. I understand that the use of these words might sound distant from the present research point of view. The intention of using them is not to entrench the use of identity categories but to make the text easier to read.
3. New diagnoses of HIV in Spain reveal that at least half of new infections are associated with men who have sex with other men (MSM). In fact, 64.3% of new HIV infections occurred within this group (Centro Nacional de Epidemiología, 2012). What is even more alarming is that new cases have increased between MSM while they have decreased among other groups such as intravenous drug users and people who have only had heterosexual sex encounters. Not only is there an increase of HIV infections through sexual practices between MSM, but also some studies reveal an increase in unprotected sex. While accepting that the general trend is troubling, the picture of the epidemiology cannot be considered without paying attention to the way these numbers have been constructed. Particularly, this epidemiology is constructed within groups that are intended to be mutually exclusive. New infections will be explained by the man-to-man encounter if a man has had sex with both same gender and different gender partners and no serostatus is reported. Besides, new HIV infections data reveal new diagnoses but do not take into account all the infections that are not being informed. A portion of the increase of this new HIV-positive MSM rate could be related to specific MSM campaigns to raise public awareness about the need to check out serostatus.

4. Later in this research several interviews with sexual health promoters and with MSM who do not define their practices as bareback sex were conducted. Results of these interviews will be presented in Ávila (2014).
5. The URL of the chat room is <http://chat.chueca.com>
6. A Spanish version of this text is available at <http://www.hartza.com/bareback.htm>
7. Participants named in this paper do not refer to real nicknames. Participants chose the names they wanted to be used for scientific data once the narrative productions were accomplished. Translation by the author.
8. For instance, topics of Young barebacker are 'Bareback sex definitions', 'Bareback practices', 'Risk in the practice', 'Catching something', 'Prevention campaigns', 'Gay and straight', 'Bareback experience' and 'Family and couple'.
9. All campaigns can be accessed at: <http://www.msssi.gob.es/campannas/campanas11/homeHSH2011.htm>
10. Two of these campaigns also included a webpage in which text was the same as in the brochure.
11. The metaphor of '*diffraction*' used by Donna Haraway (1991) tries to present the act of investigation as a way to produce and complicate social theories instead of representing an external reality.
12. I have decided to use 'hotter' and 'horny' as a translation for the Spanish word 'morbo' since there is not an equivalent term. Nevertheless, the word in Spanish not only means 'sexual interest' but also unhealthy curiosity for unpleasant things, events or situations – 'morbid curiosity'.
13. In 1990 *Gais per la Salut* changed its name to *Stop SIDA* (Stop AIDS). In addition this organization, a group of seropositive gay men, constituted the first self-help group in Spain: Gais Positius (HIV-positive Gays). From then until budgets were cut to social and healthcare programmes, Stop SIDA has carried out annual safer sex information campaigns specifically addressed to MSM (Larrazabal, 2011; Stop SIDA, 2007).
14. This reflection has been taken into account thanks to some extensive discussions with a health promoter of one of the most important NGOs working in sexual health in Spain: Stop Sida.
15. For instance, in many countries that have signed the European Convention of Human Rights, knowingly infecting others with HIV can lead to criminal prosecution (Global Network of People Living with HIV/AIDS Europe & Terrence Higgins Trust, 2005). Furthermore, withholding serostatus while using a condom has recently resulted in legal action in Iowa: an HIV-positive man, who had an undetectable viral load, was sentenced to 25 years after a single sexual encounter during which he used a condom but did not disclose his HIV status (see Rhoades v. State of Iowa). In Spain, 52 associations fighting AIDS have adhered to a consensus against the criminalization of HIV transmission (Red VIH, 2010) while only the intentional infection of a person with HIV is considered to be a crime. Similarly, the Oslo Declaration on HIV Criminalization asks Ministries of Health and Justice and other relevant policymakers and criminal justice system actors not to use criminal law in HIV-related cases with 1698 supporters at the time of writing (Oslo Declaration, 2012).
16. A card with the main information spread by this specific campaign can be downloaded from the following webpage: <http://www.ponteunamedalla.es/materiales/folleto/Z-CARDwebIngles.pdf>

17. Here the participant refers to local policies. For instance, most LGBTI cafeterias in Barcelona offer brochures with information about safer sex. Similarly, a local health programme in Barcelona intended to supply HIV tests in saunas at the time that interviews with participants were taking place. Here the participant disagrees with these practices.
18. As the literature on bareback shows (see all the references cited in this paper), both specialized literature and everyday discourse of MSM use the term 'bareback' to refer to unprotected sex amongst men in different countries. In particular, in the Spanish context, the word bareback is only used and recognized when talking about sex between men. However, it has been pointed out to me that it has also been used as youth heterosexual vernacular in the UK (anonymous referee).
19. For instance, the most popular Spanish sex webpages ([www.bakala.org](http://www.bakala.org), [www.bearwww.com](http://www.bearwww.com), [www.gaydar.co.uk](http://www.gaydar.co.uk), [www.gayromeo.com](http://www.gayromeo.com), [www.tuamo.net](http://www.tuamo.net)) show this field in the sexual preferences section.
20. In participants' narratives one can observe the awareness they have in relation to safer-sex practices and the urge to respond to such interpellation.
21. Actually, all HIV-negative participants argued that they were less worried about medical consequences of being HIV-positive and more worried about social consequences (i.e. telling people that you know, finding sex partners, etc.).
22. I recently had the chance to read some Spanish Internet profiles of gay barebackers who were tired of being treated as research objects and advised researchers not to use their information for investigation purposes.

## References

- Althusser L (1976) *Idéologie et appareils idéologiques d'État: Notes pour une recherche*. In: Althusser L (ed.) *Positions*. Paris: Les Éditions Sociales, pp. 67–125.
- Ávila R (2014) "Bareback sex": The Study of Governmentality in HIV prevention addressed to men who have sex with other men. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Ávila R and Gras P (2014) "No sin él": análisis crítico del discurso de las campañas de prevención del VIH dirigidas a hombres que tienen sexo con otros hombres en España (2006-2011). *Discurso y sociedad* 8(2): 137-181.
- Ávila R and Montenegro M (2011) Barebacking: Condiciones de poder y prácticas de resistencia en la biopolítica de la salud sexual. *Athenea Digital* 11(3): 27–49.
- Balash M and Montenegro M (2003) Una propuesta metodológica desde la epistemología de los conocimientos situados: Las producciones narrativas. *Encuentros en Psicología Social* 1(3): 44–48.
- Berg RC (2009) Barebacking: A review of the literature. *Archives of Sexual Behavior* 38(5): 754–764.
- Bersani L (1987) Is the rectum a grave? *October* 43: 197–222.
- Blackwell CW (2008) Men who have sex with men and recruit bareback sex partners on the internet: Implications for STI and HIV prevention and client education. *American Journal of Men's Health* 2(4): 306–313.
- Brennan DJ, Welles SL, Miner MH, Ross MW and Rosser BRS (2010) HIV treatment optimism and unsafe anal intercourse among HIV-positive men who have sex with men: Findings from the positive connections study. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education* 22(2): 126–137.

- Brier J (2009) *Infectious Ideas: US Political Responses to the AIDS Crisis*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Butler J (1996) Sexual inversions. In: Hekman SJ (ed.) *Feminist Interpretations of Michael Foucault*. University Park: Pennsylvania State University Press, pp. 59–76.
- Butler J (1997a) *The Psychic Life of Power: Theories in Subjection*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Butler J (1997b) *Excitable Speech: A Politics of the Performative*. New York: Routledge.
- Carrascosa S and Vila Núñez F (2005) Geografías víricas: Hábitats e imágenes de coaliciones y resistencias. In: Romero Bachiller C, García Dauder S, Bagueiras Martínez C, et al. (eds) *El eje del mal es heterosexual*. Madrid: Traficantes de sueños, pp. 45–60.
- Castel R (1991) From dangerous to risk. In: Burchell G, Gordon C and Miller P (eds) *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Chicago: University of Chicago Press, pp. 181–298.
- Centro Nacional de Epidemiología (2012) *Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España. Situación a 30 de junio de 2012*. Madrid.
- Chávez KR (2012) ACT UP, Haitian migrants and alternative memories of HIV/AIDS. *Quarterly Journal of Speech* 98(1): 63–68.
- Clarke V, Ellis SJ, Peel E and Riggs DW (2010) *Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Queer Psychology: An Introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Crepaz N, Hart TA and Marks G (2004) Highly active antiretroviral therapy and sexual risk behavior: A meta-analytic review. *Journal of American Medical Association* 292(2): 224–236.
- Crossley ML (2002) The perils of health promotion and the ‘barebacking’ backlash. *Health* 6(1): 47–68.
- Crossley ML (2004) Making sense of ‘barebacking’: Gay men’s narratives, unsafe sex and the ‘resistance habitus’. *The British Journal of Social Psychology* 43(2): 225–244.
- Davis M (2002) HIV prevention rationalities and serostatus in the risk narratives of gay men. *Sexualities* 5(3): 281–299.
- Dean T (2008) Breeding culture: Barebacking, bugchasing, giftgiving. *The Massachusetts Review* 49(1): 80–94.
- Dean T (2009) *Unlimited Intimacy: Reflections on the Subculture of Barebacking*. Chicago: University of Chicago Press.
- Dean T (2011) Bareback time. In: McCallum EL and Tuhkanen M (eds) *Queer Times, Queer Becomings*. New York: University of New York Press, pp. 75–99.
- Dowsett GW, Williams H, Ventuneac A and Carballo-Diéguez A (2008) ‘Taking it like a man’: Masculinity and barebacking online. *Sexualities* 11: 121–141.
- Eisenberg A, Bauermeister J, Johns MM, Pingel ES and Matthew L (2011) Achieving safety: Safer sex, communication, and desire among young gay men. *Journal of Adolescent Research* 26(5): 645–669.
- Fairclough N, Mulderrig J and Wodak R (2011) Critical discourse analysis. In: van Dijk TA (ed.) *Discourse Studies. A Multidisciplinary Introduction*. London: Sage, pp. 357–378.
- Fernández-Dávila P (2007) ‘Amigos con derecho a roce’: Una oportunidad para contraer la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en hombres homo/bisexuales con prácticas sexuales de alto riesgo. *Gaceta sanitaria* 21(6): 471–478.
- Fernández-Dávila P (2009) The non-sexual needs of men that motivate them to engage in high-risk sexual practices with other men. *Forum: Qualitative Social Research* 10(2): Art. 21.

- Fernández-Dávila P and Zaragoza Lorca K (2011) Trust and sexual interaction: The significance of the Internet on the sex life and sexual risk behaviors of gay and bisexual men in Spain. *International Journal of Sexual Health* 23(2): 120–138.
- Flowers P (2001) Gay men and HIV/AIDS risk management. *Health* 5(1): 50–75.
- Folch C, Muñoz R, Zaragoza K and Casabona J (2009) Sexual risk behaviour and its determinants among men who have sex with men in Catalonia, Spain. *Eurosurveillance* 14(47): 19415.
- Foucault M (1976) *Histoire de la sexualité: 1. La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- Foucault M (1989) *Resumé des cours (1970–1982)*. Paris: Juillard.
- Foucault M (1991) Governmentality. In: Burchell G, Gordon C and Miller P (eds) *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Chicago: University of Chicago Press.
- Foucault M (1993) About the beginning of the hermeneutics of the self: Two lectures in Dartmouth. *Political Theory* 21(2): 198–227.
- Fraser H (2004) Doing narrative research: Analysing personal stories line by line. *Qualitative Social Work* 3(2): 179–201.
- Galatowitsch P, Wilton L and Halkitis PN (2005) What's in a term? How gay and bisexual men understand barebacking. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy* 9(3/4): 35–48.
- Gendin S (1997) Riding bareback. *POZ Magazine*. Available at: [http://www.poz.com/articles/241\\_12394.shtml](http://www.poz.com/articles/241_12394.shtml)
- Global Network of People Living with HIV/AIDS Europe and Terrence Higgins Trust (2005) Criminalisation of HIV transmission in Europe: A rapid scan of the laws and rates of prosecution for HIV transmission within signatory States of the European Convention of Human Rights. Available at: <http://criminalisation.gnpplus.net/site/rapidscan.pdf>
- Greenwood GL, White EW, Page-Shafer K, Bein E, Osmond DH, Paul J, et al. (2001) Correlates of heavy substance use among young gay and bisexual men: The San Francisco Young Men's Health Study. *Drug and Alcohol Dependence* 61(2): 105–112.
- Halkitis PN and Parsons JT (2003) Intentional unsafe sex (barebacking) among HIV-positive gay men who seek sexual partners on the internet. *AIDS care* 15(3): 367–378.
- Haraway DJ (1988) Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies* 14(3): 575–599.
- Haraway DJ (1991) *Simians, Cyborgs, and Women: The Reinvention of Nature*. New York: Routledge.
- Haraway DJ (1992) The promises of monsters: A regenerative politics for inappropriate/d others. In: Grossberg L, Nelson C and Treichler PA (eds) *Cultural Studies*. New York: Routledge, pp. 295–337.
- Haraway DJ (1997) *Modest\_Witness@Second\_Millennium.FemaleMan@Meets\_OncoMouse<sup>TM</sup>: Feminism and Technoscience*. New York: Routledge.
- Harvey DO (2011) Calculating risk: Barebacking, the queer male subject, and the deformation of identity politics. *Discourse* 33(2): 156–183.
- Ioan BG (2013) Risk groups. In: Loue S (ed.) *Mental Health Practitioner's Guide to HIV/AIDS*. Cleveland: Springer, pp. 359–362.
- Jacobs RJ, Fernandez MI, Ownby RL, Bowen GS, Hardigan PC and Kane MN (2010) Factors associated with risk for unprotected receptive and insertive anal intercourse in men aged 40 and older who have sex with men. *AIDS Care* 22(10): 1204–1211.
- Larrazabal I (2011) *El paciente ocasional: una historia social del SIDA*. Barcelona: Ediciones Península.

- Lattimore S, Yin Z, Logan L, et al. (2008) Situation of HIV infections and STIs in the United Kingdom in 2007. *Eurosurveillance* 13(19): 1909.
- Leonard W (2012) Safe sex and the aesthetics of gay men's HIV/AIDS prevention in Australia: From Rubba me in 1984 to F\*\*k me in 2009. *Sexualities* 15(7): 834–849.
- Llamas R (1995) La reconstrucción del cuerpo homosexual en tiempos de SIDA. In: Llamas R (ed.) *Construyendo sidentidades: Estudios desde el corazón de una pandemia*. Madrid: Siglo XXI, pp. 153–189.
- López I (2001) Cinco momentos clave en la historia del sida. *Jano: medicina y humanidades* 1411: 49–53.
- Marks G, Crepez N and Janssen RS (2006) Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS* 20(10): 1447–1450.
- Mira A (1993) Esta noche sida: Comentarios a algunos tratamientos del sida en la prensa y la televisión. In: Aliaga JV and Cortés JM (eds) *De amor y rabia: acerca del arte y el sida*. Valencia: Universidad Politécnica de Valencia, pp. 145–165.
- Mira A (2004) *De Sodoma a Chueca. Una historia cultural de la homosexualidad en España en el siglo XX*. Madrid: Editorial Egales.
- Mirandola M, Folch Toda C, Krampac I, et al. (2009) HIV bio-behavioural survey among men who have sex with men in Barcelona, Bratislava, Bucharest, Ljubljana, Prague and Verona, 2008–2009. *Eurosurveillance* 14(48): 19427.
- Mowlabocus S, Harbottle J and Witzel C (2013) Porn laid bare: Gay men, pornography and bareback sex. *Sexualities* 16(5–6): 523–547.
- O'Connor H, Madge C, Shaw R and Wellens J (2008) Internet-based interviewing. In: Fielding N, Lee RM and Blank G (eds) *The SAGE Handbook of Online Research Methods*. London: Sage, pp. 271–289.
- Odets W (1995) *In the Shadow of the Epidemic: Being HIV-negative in the Age of AIDS*. Durham, NC: Duke University Press.
- Oppenheimer GM (1988) In the eye of the storm: The epidemiological construction of AIDS. In: Fee E and Fox DM (eds) *AIDS: The Burdens of History*. Berkeley: University of California Press, pp. 267–292.
- Oslo Declaration (2012) Oslo declaration on HIV criminalisation. Available at: <http://www.hivjustice.net/oslo/oslo-declaration/> (accessed 14 September 2014).
- Petersen A (2002) Risk, governance and the new public health. In: Petersen A and Buntun R (eds) *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge, pp. 189–206.
- Plan Nacional Sobre el SIDA (2010) Get a medal. *Specific HIV Prevention Campaign Addressed to MSM*. Available at: <http://www.ponteunamedalla.es> (accessed 14 September 2014).
- Red VIH (2010) Consenso sobre la criminalización de la transmisión del VIH. Available at: [http://www.gnpplus.net/criminalisation/sites/default/files/consenso\\_criminalización.pdf](http://www.gnpplus.net/criminalisation/sites/default/files/consenso_criminalización.pdf) (accessed 14 September 2014).
- Remien RH, Carballo-Diéguez A and Wagner GJ (1995) Intimacy and sexual risk behaviour in serodiscordant male couples. *AIDS* 7(4): 429–438.
- Rojas D (2004) *Conducta sexual de riesgo para las infecciones de transmisión sexual en hombres que practican el sexo con hombres (HSH): Desarrollo de un modelo predictivo*. Hospital Monte Naranco, Médicos del Mundo.
- Rojas D (2007) Factores asociados a conductas de riesgo en HSH: Barebacking, serosorting... San Sebastián, X Congreso Nacional Sobre El SIDA.



- Ross MW, Freeman A, Dawson AG and Henry D (2005) Evidence of HIV transmission risk in barebacking men-who-have-sex-with-men: Cases from the Internet. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy* 9(3-4): 73-83.
- Scott S and Williams G (1992) Introduction. In: Scott S, et al. (eds) *Private Risks and Public Dangers (Explorations in Sociology)*. Aldershot: Avebury.
- Sida Studi (2011) *30 años de VIH/sida, 30 años de luchas*. Available at: [http://www.sidastudi.org/resources/doc/111122-30anos30luchas\\_completo-1564589582560396970.pdf](http://www.sidastudi.org/resources/doc/111122-30anos30luchas_completo-1564589582560396970.pdf)
- Smythe WE and Murray MJ (2000) Owing the story: Ethical considerations in narrative research. *Ethics & Behavior* 10(4): 311-336.
- Starks TJ, Payton G, Golub SA, Weinberger CL and Parsons J (2013) Contextualizing condom use: Intimacy interference, stigma, and unprotected sex. *Journal of Health Psychology* 19(6): 711-720.
- Stephenson J, Imrie J, Davis M, et al. (2003) Is use of antiretroviral therapy among homosexual men associated with increased risk of transmission of HIV infection? *Sexually Transmitted Infections* 79(1): 7-10.
- Sida Stop (2007) *20 anys d'Stop Sida*. Barcelona: Stop Sida.
- Tamboukou M (2008) A Foucauldian approach to narrative. In: Andrews M, Squire C and Tamboukou M (eds) *Doing Narrative Research*. London: Sage, pp. 102-120.
- Treichler PA (1999) *How To Have Theory in an Epidemic: Cultural Chronicles of AIDS*. Durham, NC: Duke University Press.
- UNAIDS (2000) *AIDS and Men who have sex with men*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Available at: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub03/mentu2000\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub03/mentu2000_en.pdf)
- UNAIDS (2010) *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Available at: [http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123\\_GlobalReport\\_full\\_en.pdf](http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf)
- Villaamil F and Jociles MI (2006) *Los locales de sexo anónimo como instituciones sociales: Discursos y prácticas ante la prevención y el sexo más seguro entre HSH*. Madrid.
- Wilton L (2011) Perceived health risks and psychosocial factors as predictors of sexual risk-taking within HIV-positive gay male seroconcordant couples. *Dissertation Abstracts International* 61(7b): 3867.
- Wilton L, Halkitis PN, English G and Roberson M (2005) An exploratory study of barebacking, club drug use, and meanings of sex in Black and Latino gay and bisexual men in the age of AIDS. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy* 9(3/4): 49-72.
- Wolitski RJ (2005) The emergence of barebacking among gay and bisexual men in the United States: A public health perspective. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy* 9(3/4): 9-34.

**Rubén Ávila**, is a research support technician and PhD Student at Universitat Autònoma de Barcelona. He has a BA degree in Psychology and a MA in Social Psychology Research at the same university. He is a member of the group Fractalities in Critical Research. He has published several research articles, communications and opinion pieces about HIV prevention addressed to MSM and violence in LGBTI community matters. He has also coordinated different sexual health promotion programmes in a Spanish LGBTI NGO. His main lines of research and social intervention include sexual health, sexual rights and freedoms, governmentality practices and subjection processes.





## CAPÍTULO 5

*No sin él*: análisis crítico del discurso de  
las campañas de prevención del VIH  
dirigidas a HSH en España (2006-2011)

Rubén Ávila  
Pedro Gras

Publicado en *Discurso & Sociedad*, 2014





DISCURSO

& Sociedad

Copyright © 2014  
ISSN 1887-4606  
Vol. 8(2) 137-181  
[www.dissoc.org](http://www.dissoc.org)

---

*Artículo*

---

**“No sin él”: análisis crítico del discurso de  
las campañas de prevención del VIH  
dirigidas a hombres que tienen sexo con  
hombres en España (2006–2011)<sup>1</sup>**

*Rubén Ávila*

Departamento de Psicología Social  
Universitat Autònoma de Barcelona

*Pedro Gras*

Department of Linguistics  
KU Leuven

## Resumen

Varios estudios han ofrecido información acerca de los diferentes motivos (individuales, sociales y culturales) por los que siguen aumentando los casos de infección por VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). Sin embargo, no se ha prestado atención al papel que desempeñan las campañas de prevención en este contexto. Siguiendo los debates acerca de los efectos de los discursos en la construcción de la realidad de la promoción de la salud sexual, este artículo examina el discurso de las últimas campañas de prevención en España, a partir de tres niveles de análisis: (i) pragmático-enunciativo, (ii) semántico-predicativo y (iii) retórico-argumentativo. Vemos que existen muestras de dos discursos diferenciados. Por una parte, el discurso mayoritario de las campañas define un destinatario VIH-, pone la agencia de la infección en la persona con VIH y emplea estrategias de recomendación con un alto grado de obligatoriedad. Por otra, se puede ver un intento por convertir a la persona con VIH en público de la campaña y ofrecer más opciones a la hora de promocionar estrategias de salud sexual. Por ello, el artículo concluye que es necesario revisar los discursos de prevención para adaptarse a la realidad de la infección por VIH entre HSH en el contexto actual español.

**Palabras clave:** salud sexual, prevención VIH, interpelación, construcción del destinatario, agentividad, estrategias directivas

## Abstract

Many studies have provided information about different individual, social and cultural factors for the increase of new cases of HIV infection among men who have sex with other men (MSM). However, little attention has been paid to the role of sexual health campaigns in this context. Following debates about the effects of social intervention discourses in the construction of the sexual health promotion, this paper examines the discourse of HIV prevention campaigns addressed to MSM in Spain in three different levels of analysis: (i) pragmatic, (ii) semantic-predicative and (iii) rhetoric-argumentative. Two conflicting discourses can be identified. The mainstream discourse is addressed to HIV-negative MSM, construes HIV-positive MSM as the agent of the infection process and makes use of low optionality directive strategies. On the other hand, there is an attempt to include HIV-positive men as equal addressees of prevention messages and to offer more options when promoting sexual health strategies. This article concludes that it is necessary to rethink sexual health promotion discourses in order attend the realities of HIV infections among MSM in contemporary Spanish context.

**Keywords:** sexual health, VIH prevention, interpellation, construction of the addressee, agentivity, directive strategies

## Introducción

En España, los últimos diagnósticos de infección por VIH revelan que el 56% de nuevos casos tuvieron lugar a través de una práctica sexual entre hombres (Centro Nacional de Epidemiología, 2012), de forma similar a lo que sucede en otros países occidentales (*cf.* Lattimore et al., 2008). Los artículos científicos sobre prevención de VIH relacionan este aumento en la prevalencia de la infección con un incremento en el número de prácticas sexuales de riesgo —como el sexo anal sin preservativo o el sexo oral con eyaculación en la boca— entre hombres que tienen sexo con otros hombres (en adelante, HSH) (Beyrer et al., 2012; European Centre for Disease Prevention and Control, 2012, 2013; Fernández-Dávila y Morales, 2013). En concreto, teniendo en cuenta los datos de un estudio reciente realizado en Europa, cuyo objetivo era el de obtener información sobre conocimientos, actitudes y conductas sexuales en HSH (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013), se observa que cerca del 70% de los hombres encuestados ha practicado el sexo anal sin protección con parejas ocasionales y sobre las que desconocía su situación frente al VIH, en el último año.

El aumento de los casos de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) supone un desafío para las instituciones públicas y para las organizaciones que, desde hace años, se dedican a la promoción de la salud sexual en HSH. Por ello, numerosos estudios se han centrado en conocer las razones por las que algunos hombres asumen riesgo en sus prácticas sexuales con otros hombres y en delimitar las situaciones en las que esto ocurre (por ejemplo, Brennan et al., 2010; Jacobs et al., 2010; Mirandola et al., 2009; Starks et al., 2013; Wolitski et al., 2003, 2007). La mayoría de estos estudios han puesto el foco en la persona que asume el riesgo y en sus circunstancias personales, estableciendo, así, relaciones entre algunos factores individuales y situacionales (como el consumo de drogas para el sexo ocasional o la confianza depositada en la pareja sexual) y las prácticas de sexo con alto riesgo de infección (para un resumen, véase Berg, 2009; Drescher, Halkitis y Wilton, 2006). En estas investigaciones se delimita un objeto de estudio: la persona (HSH) que tiene (o no) prácticas de riesgo y las situaciones en las que es más probable que se olviden las estrategias de prevención.

Ahora bien, desde estos estudios se ha prestado poca atención al papel que juega la propia intervención social en la prevención de la transmisión del VIH. Aunque algunas investigaciones de ámbito internacional han reflexionado sobre la importancia de la prevención en el fallo del proceso de autocuidado sexual (Crossley, 2002, 2004; Odets, 1999), en España la poca investigación realizada desde una perspectiva reflexiva sobre la promoción

de la salud sexual se centra en el análisis de la recepción y el impacto de las tareas de prevención, fijándose, por ejemplo, en cómo las personas recuerdan las campañas (Martín et al., 2012; Stop Sida, 2002), de manera que vuelve a ponerse el foco en el individuo. Existe, pues, un vacío en las investigaciones actuales acerca del análisis del discurso de la intervención social en materia de prevención de la infección por VIH dirigida a HSH.

Desde la Psicología Social Crítica, puede considerarse que las intervenciones sociales construyen, desde sus discursos y acciones, los parámetros de cómo deben comportarse las personas (Burman, 1999; Montenegro y Pujol, 2003; Rose, 1996). El hecho de que los discursos de las políticas de intervención social definan los papeles de lo que es correcto o incorrecto tiene efectos, necesariamente, en cómo las personas perciben sus mensajes. En este punto, es especialmente relevante la discusión de Judith Butler sobre los procesos de sujeción y, en concreto, sobre el concepto de *interpelación* (véase, especialmente, 1997: §4). Para la autora, la escena social en la que alguien es llamado a responder sobre una acción concreta participa en el proceso de construcción del sujeto. En la prevención del VIH, las situaciones en las que una persona es llamada a responder sobre si se protege (o no se protege) participan en el proceso de construcción de comportamientos correctos e incorrectos. De la misma manera, los discursos de la promoción de la salud sexual interpelan a las personas en función de su situación frente al VIH y construyen, así, modelos de comportamientos deseables y no deseables. Este artículo pretende analizar cuáles son los mecanismos de interpelación que se ponen en marcha en la intervención en materia de VIH en HSH.

La intervención social que se ha llevado a cabo en España desde los diferentes Ministerios de Sanidad<sup>2</sup> en la última década ha pretendido frenar el aumento de nuevos casos de infección por VIH en HSH<sup>3</sup> afianzando sus prácticas de sexo más seguro a través de diversos tipos de iniciativas, entre las que se encuentran las campañas de promoción de la salud sexual. Tal como ha sucedido en otros campos de la promoción de la salud contemporánea (Beck, 1992, 1995; Castel, 1991; Giddens, 1991; Petersen, 2002), las políticas de salud pública definen una serie de destinatarios y comportamientos deseables en sus discursos. Este mismo principio se aplica a los Planes Multisectoriales frente a la infección por VIH y sida (Plan Nacional sobre el Sida, 2001, 2008). Es necesario analizar los discursos de promoción de la salud para conocer qué comportamientos —y sujetos— se establecen como deseables y delimitar las estrategias de persuasión que se están llevando a cabo para conseguir un cambio de actitud frente al riesgo de la transmisión del VIH.

Los Planes Multisectoriales de 2001 y 2008 establecen las directrices generales que orientan las actuaciones concretas en materia de prevención

de la infección por VIH. Tal vez las dos apuestas más importantes del último Plan han sido la inclusión de un modelo que proporciona herramientas alternativas al uso del preservativo en HSH (reducción de riesgos) y la incorporación de una perspectiva de salud menos restrictiva, que pretende tener en cuenta a las personas con VIH en los mensajes de prevención (prevención positiva) (Plan Nacional sobre el Sida, 2008: 43-65). Ahora bien, es necesario analizar hasta qué punto estas directrices generales de la prevención tienen un impacto en las prácticas concretas, en este caso, en las campañas de prevención dirigidas a HSH. En una investigación reciente (Ávila y Montenegro, 2011; Ávila, en prensa), se muestra cómo algunas personas, especialmente personas con VIH, perciben los mensajes de prevención como directivos y simplistas hasta el punto de que, en algunos casos, generan un discurso contrario y se reafirman en su decisión de no usar el preservativo, tal como ha pasado en otros contextos culturales (Dean, 2009, 2011; Harvey, 2011; Mowlabocus, Harbottle y Witzel, 2013). Dado que desde las políticas públicas se intenta no estigmatizar a las personas con VIH y dirigir las acciones a la promoción de la salud, y no solo a la prevención del VIH, incluyendo nuevas estrategias de autocuidado, cabe plantearse si efectivamente las campañas de prevención incorporan estas perspectivas.

La presente investigación pretende contribuir, así, al conocimiento del papel de las campañas en la propia intervención en materia de prevención de VIH en HSH. Cabe señalar que no es nuestra intención cuestionar la necesidad de la intervención. De hecho, las campañas analizadas suponen el mayor esfuerzo dedicado a la prevención de la infección por VIH para HSH en España, en el marco de un gobierno que apostó claramente por los derechos sociales, en general, y de las personas lesbianas, gais, transexuales y bisexuales (LGTB), en particular. El objetivo que nos proponemos en este artículo es el de delimitar el discurso de las campañas de prevención de VIH y otras ITS dirigidas a HSH, prestando especial atención a cómo se construye el destinatario de las campañas, quién es el responsable de asumir o no asumir riesgo en sus prácticas sexuales y cuáles son las estrategias discursivas que se utilizan en los materiales. De este modo, podemos dar a conocer hasta qué punto el discurso de las campañas está definiendo unos comportamientos de riesgo (no deseables) y otros saludables (correctos), y sobre quién y de qué manera lo está haciendo. Para ello, desarrollamos, en los siguientes apartados, nuestro análisis y discusión de los datos, informando antes del método que se ha seguido. Finalmente, presentamos unas conclusiones que pretenden abrir el debate sobre la intervención social en la promoción de la salud sexual para HSH en el contexto español.

## Metodología

La propuesta que se realiza en este artículo se enmarca en el Análisis Crítico del Discurso (ACD), en tanto que persigue establecer relaciones entre los discursos y las relaciones de poder que actúan en las sociedades que producen tales discursos (Van Dijk, 2000). En concreto, perseguimos ver qué estrategias de regulación se (re)producen en los discursos de la promoción de la salud sexual dirigida a hombres gays y bisexuales y, para ello, presentamos el análisis de los distintos modos —principalmente, texto escrito e imagen gráfica— que componen el discurso de las campañas de prevención de VIH dirigidas a HSH en España. En línea de lo propuesto por Norman Fairclough (2008: 175), hemos realizado un análisis de forma y contenido de estas campañas, teniendo en cuenta la interdependencia entre ambos niveles. Esta combinación de forma y contenido nos permite comprender cómo las elecciones lingüísticas tienen implicaciones ideológicas, delimitando, así, cómo las campañas de prevención responden a un determinado contexto social de poder y participan, por lo tanto, en la configuración de dicho contexto. En cuanto a la forma, en el análisis hemos tenido en cuenta aspectos relacionados con la formulación del texto escrito en todas sus dimensiones (léxica, gramatical, textual), así como ciertos recursos semióticos de la imagen gráfica (las imágenes propiamente y la selección de los colores)<sup>4</sup>. Con respecto al contenido, nuestro análisis ha considerado aspectos tales como los atributos que contribuyen a la construcción discursiva del destinatario o la tipología de los argumentos empleados para justificar las estrategias de prevención propuestas.

El modelo de análisis que hemos seguido en este artículo integra herramientas de trabajo procedentes de diversas disciplinas enmarcadas en la Lingüística y el Análisis del Discurso, desde una perspectiva social (Íñiguez y Antaki, 1994). En particular, nos hemos inspirado en los trabajos de Luisa Martín Rojo (2003, 2006) sobre el análisis de la construcción discursiva de las acciones de las representaciones sociales. Para la autora, el ACD y, más concretamente, sus herramientas de análisis permiten “conocer cómo se lleva a cabo esta construcción discursiva de los acontecimientos, de las relaciones sociales y del propio sujeto, a partir del análisis de los aspectos lingüísticos y del proceso comunicativo en un tiempo y lugar determinados” (Martín Rojo, 2006: 169). Siguiendo su propuesta, en la que focaliza su atención en las estrategias de referencia y nominación, las estrategias predicativas, las estrategias de argumentación y las estrategias de legitimación de las acciones y de los propios discursos (véase, Martín Rojo, 2003, 2006), el modelo que proponemos se articula en torno a tres niveles de análisis: (i) pragmático-enunciativo, (ii) semántico-predicativo y (iii) retórico-argumentativo.



En el nivel pragmático-enunciativo, nuestro interés inicial ha sido investigar cómo las campañas crean su destinatario potencial, su *lector modelo* (Eco, 1979). Este nivel nos permite ver cómo la forma y el contenido de las campañas restringen los destinatarios posibles (y excluyen, por tanto, a otros). Para comprender con mayor profundidad cómo se construye este lector modelo, es necesario analizar, asimismo, cómo se caracteriza el emisor en el texto —puesto que, en muchas ocasiones, el destinatario se crea a partir del alineamiento u oposición con el emisor de la campaña— y, muy especialmente, qué tipo de destinatarios quedan excluidos a partir de las elecciones del texto. En esta fase del análisis, hemos adoptado una perspectiva semiótico-discursiva (Charadeau, 1995; Eco, 1979), que atiende no solo a las marcas formales de inscripción de las personas en el texto (deixis personal o referencia de persona<sup>5</sup>), sino que también presta atención a los intereses, conocimientos o identidades que se atribuyen a estas personas (en este caso, la orientación sexual o la situación personal frente al VIH). Asimismo, en el análisis del emisor, hemos adoptado una perspectiva dialógica (Bajtín, 1979); en particular, hemos incorporado conceptos procedentes de la teoría de la polifonía (Ducrot, 1984), que nos han permitido distinguir los autores materiales del texto (los *sujetos empíricos*) de las entidades discursivas que hacen uso de la primera persona (los *locutores*) en diversas campañas<sup>6</sup>.

En el nivel semántico-predicativo, hemos analizado la dimensión representativa de las campañas a través del estudio de la construcción discursiva de dos eventos centrales en el discurso de la promoción de la salud sexual dirigida a HSH: la prevención y la infección. La finalidad de este análisis es conocer cómo se conceptualizan ambos eventos, así como el grado de responsabilidad que se otorga en ellos a las personas VIH+ y VIH-. Para ello, hemos analizado en los enunciados de las campañas los procesos de selección léxica (Van Dijk, 2003), el empleo de metáforas (Musolff, 2012) y el grado de agentividad (De Cock y Michaud, en prensa; Martín Rojo, 2003, 2006)<sup>7</sup> asignado a cada colectivo en estos dos eventos, teniendo en cuenta las propiedades argumentales de los predicados (tipo de argumentos) y la estructura gramatical (construcciones activas, pasivas, nominalizaciones, etc.).

Por último, en el nivel retórico-argumentativo, hemos analizado la dimensión persuasivo-directiva del discurso (De Santiago, 2005). Los discursos de prevención del VIH tienen como objetivo principal generar un cambio (o un mantenimiento) de unas conductas determinadas. Desde esta perspectiva, resultan especialmente relevantes dos aspectos: el grado de obligatoriedad de los comportamientos descritos y la justificación que se da en el texto para la adopción de dichos comportamientos y para legitimar el propio discurso. Con respecto al grado de obligatoriedad, hemos

considerado tanto el nivel de imposición de la formulación lingüística elegida<sup>8</sup> (el imperativo *usa* frente a la perífrasis *puedes usar*, por ejemplo), como la mención explícita de estrategias de reducción de riesgos. En cuanto a la justificación de los comportamientos descritos, hemos identificado los principales tipos de argumentos en función de su contenido (Lo Cascio, 1991; Weston, 2005).

Estos tres niveles de análisis se han aplicado a las campañas de prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual en HSH dirigidas por el Plan Nacional Sobre el Sida (2006-2011). Hemos tenido en cuenta estas campañas por tres motivos. En primer lugar, hemos analizado campañas, y no otro tipo de textos (como los Planes Multisectoriales), porque creemos que recogen el discurso impulsado por las instituciones públicas y que, en cierto modo, llega a las personas a las que va dirigido de forma más directa, puesto que la difusión de las campañas se ha realizado tanto en espacios de ocio homosexual como en diferentes organizaciones LGTB y/o de prevención del VIH. En segundo lugar, las campañas han sido elaboradas, tal como se muestra en los propios materiales (ver *Anexo*), de forma conjunta entre los Ministerios de Sanidad y diversas organizaciones LGTB; es decir, recogen el discurso de los dispositivos sociales más relevantes implicados en la promoción de la salud sexual en HSH: las instituciones públicas y las organizaciones sociales y activistas. Es por ello por lo que son una buena muestra del discurso de las políticas generales de prevención del VIH en HSH. Finalmente, en cuanto a la selección temporal, estos son los años en que se produjeron campañas estatales dirigidas a HSH en el marco del Plan Nacional sobre el Sida y son las únicas de este tipo accesibles desde la página web de este Plan<sup>9</sup> —de hecho, desde 2011 no se ha elaborado ninguna campaña específica dirigida a HSH desde el Gobierno de España en colaboración con las organizaciones LGTB—, de modo que con su análisis podemos revisar de forma crítica los problemas que reproduce el propio discurso preventivo.

**Tabla 1. Descripción del corpus**

Año	Eslogan	Imagen	Materiales
2006	"Nosotros disfrutamos seguros. Tú decides." ( <i>Anexo, imagen 1</i> )	Cuatro parejas de chicos. Diferentes tipologías de estereotipos gay (jóvenes, <i>leather</i> , osos, mayores). Preservativo magenta y un texto sobreimpreso: "disfrútalo". Paleta de colores rosa y bandera LGTB formada con preservativos.	1. Cartel 2. 5 postales 3. Folleto

<b>Año</b>	<b>Eslogan</b>	<b>Imagen</b>	<b>Materiales</b>
2007	“Entre nosotros: usa preservativo.” (Anexo, imagen 2)	Aparecen tres personajes famosos (B. Izaguirre, J. Vázquez, F. Grande-Marlaska). Preservativo rosa acompañado de un texto: “¡No sin él!”. Paleta de colores rosa y colores de la bandera LGTB en un texto.	1. Cartel 2. Folleto
2008	“Por ti, por mí, hazte la prueba.” (Anexo, imagen 3)	Aparecen tres chicos jóvenes desconocidos. Preservativo rosa acompañado de un texto: “¡No sin él!”. Paleta de colores rosa y colores de la bandera LGTB en un texto.	1. Cartel 2. Folleto
2009	“Frente al VIH no bajas la guardia” (Anexo, imagen 4)	Chico joven con unos guantes de boxeo lilas. Preservativo lila. Paleta de colores morada y bandera LGTB.	1. Cartel 2. Folleto 3. Página web
2010	“Ponte una medalla” (Anexo, imagen 5)	Torso chico joven deportista. Preservativo rosa como medalla y bandera LGTB como colgante de la medalla. Paleta de colores morada.	1. Cartel 2. 3 postales 3. Folleto 4. Página web
2011	“De hombre a hombre, habla del VIH” (Anexo, imagen 6)	Aparecen tres personajes famosos (B. Izaguirre, J. Vázquez, Í. Lamarca). Preservativos rosa y naranja. Paleta de colores azul oscuro, imagen oscura y no aparece la bandera LGTB.	1. Cartel 2. 1 postal 3. Folleto

El corpus contiene, como se describe en la tabla anterior (*tabla 1*), un total de 6 campañas. Cada una de ellas está compuesta por diferentes materiales, aunque no todas las campañas cuentan con exactamente los mismos elementos (la información específica por campaña se encuentra en la tabla):

- (i) un póster, que desarrolla la imagen gráfica de la campaña y contiene un breve eslogan;
- (ii) una postal —dos caras—, que se compone de un anverso que coincide con el póster y un reverso que contiene un breve texto dedicado a un asunto específico —la prueba del VIH, por ejemplo—;
- (iii) un folleto, que desarrolla la campaña en su totalidad y sigue la línea gráfica del póster y se compone de diversas secciones dedicadas a diferentes aspectos relacionados con la salud sexual —justificación de la propia campaña, aspectos generales de la infección por VIH, descripción de diversas prácticas sexuales y sus riesgos, etc.—;
- (iv) y, finalmente, una página web, que presenta de forma estática<sup>10</sup> la información de la campaña y cuyo contenido coincide con el del folleto.

### **Las personas del discurso: los papeles del emisor y el destinatario en las campañas**

La selección del público objetivo de las campañas de prevención del VIH define quiénes son los destinatarios del discurso. Esta elección tiene implicaciones sobre la propia tarea de la intervención social: algunas personas se sentirán llamadas por el discurso y otras no (Althusser, 1976; Butler, 1997). Tal como hemos señalado, un análisis pragmático-enunciativo nos permite dar cuenta de cómo se delimita a este destinatario en las campañas.

En primer lugar, analizamos hasta qué punto el discurso incluye a cualquier tipo de hombre que tiene sexo con hombres. En los últimos años, se ha intentado acuñar el término *hombres que tienen sexo con hombres* con dos objetivos: (i) no situar el riesgo en la orientación sexual de las personas, como había sucedido en la anterior existencia de los *grupos de riesgo*<sup>11</sup>, y (ii) llamar la atención sobre el riesgo en el sexo anal sin preservativo a aquellos hombres que, aun teniendo prácticas sexuales con otros hombres, no se definen como homosexuales o bisexuales (UNAIDS, 1998, 2010). En este sentido, hemos analizado si el discurso de las campañas es sensible a esta denominación o si, por el contrario, sigue estableciendo una relación entre las prácticas sexuales y la orientación sexual del destinatario, como había pasado hasta ahora (Carrascosa y Vila, 2005; Larrazabal, 2011; Llamas, 1995).

En términos generales, el destinatario del texto escrito es un hombre que tiene sexo con otros hombres. Sin embargo, llama la atención la existencia de un contraste entre el texto escrito y la imagen gráfica. Mientras que el texto escrito es consistente con la denominación a HSH (a excepción de algunos fragmentos en los que se habla de la vulnerabilidad por la discriminación por orientación sexual), la imagen gráfica contiene referencias a la homosexualidad. En concreto, pudimos identificar los siguientes recursos en cada una de las campañas: (i) aparición del texto "ONG del movimiento homosexual/LGTB" en el apartado de logos de colaboración de la campaña (2006, 2007 y 2008); (ii) paletas de colores rosados y morados (2007, 2008, 2009 y 2010); (iii) uso de la bandera LGTB (arcoíris) (2006, 2007, 2008, 2009 y 2010); (iii) pie de gráficas diferenciando las infecciones homosexuales de las heterosexuales (2010); y, por último, (iv) uso de fotografías de famosos homosexuales en España o de parejas gays como imagen general de la campaña (2006, 2007, 2008 y 2011).

Puede observarse, por lo tanto, que, aunque hay un intento por no dirigir las campañas únicamente hacia los hombres homosexuales y bisexuales, el diseño construye, en cierto modo, un destinatario homosexual. Esta tensión entre práctica (HSH) e identidad (gay, bisexual) está presente

en el texto del último Plan Multisectorial que orienta las políticas públicas en materia de VIH, entre las que se incluyen las campañas que analizamos. Aunque el texto del Plan define como grupo que requiere una atención específica a los "hombres que tienen sexo con hombres", el apartado dedicado a este tipo de prevención tiene varias referencias a la orientación sexual: "un 3,9% de los hombres manifiesta haber tenido relaciones homosexuales con penetración" o "la comunidad gay disminuyó de forma importante sus prácticas sexuales con riesgo como respuesta a la infección por el VIH", por ejemplo (Plan Nacional sobre el Sida, 2008: 41).

Otro de los aspectos que se ha analizado en el discurso de las campañas en cuanto al destinatario es si estas están enfocadas únicamente a personas VIH- o si también van dirigidas a personas con VIH. Uno de los objetivos del Plan Nacional sobre el Sida (2008) era el de dirigir la promoción de la salud sexual hacia personas con VIH, enmarcando la intervención en lo que ha venido llamándose *prevención positiva*. Sin embargo, hemos podido comprobar que en la mayoría de las campañas el destinatario es un hombre no infectado por el VIH. Sorprende, por ejemplo, que en la campaña de 2007 el texto sí pueda estar dirigido a un destinatario con VIH, con formulaciones como "si quieres evitar la infección/reinfección del VIH" y, sin embargo, la campaña del año posterior esté compuesta por el mismo texto que la del 2007 pero se eliminan, en algunos casos, las referencias a la reinfección, dirigiendo, así, el texto de forma exclusiva a una persona VIH-. Del mismo modo, se eliminan las frases de "si eres positivo" que se habían incluido en la campaña de 2007 (a continuación se muestran dos ejemplos de este cambio).

- (1a) La penetración anal sin preservativo es una práctica sexual de alto riesgo para la infección/reinfección<sup>12</sup> por el VIH y otras ITS. (Campaña 2007)
- (1b) La penetración anal sin preservativo es una práctica sexual de alto riesgo para la infección por el VIH y otras ITS. (Campaña 2008)
- (2a) Estos fármacos sólo deben tomarse de forma excepcional una vez que hayas valorado con tu médico los riesgos y los beneficios del tratamiento. Son gratuitos y se dan en el hospital. *Si eres VIH positivo y has tenido prácticas de sexo no seguro existe la posibilidad de que te infectes por un virus distinto al tuyo.* (Campaña 2007)
- (2b) Estos fármacos sólo deben tomarse de forma excepcional una vez que hayas valorado con tu médico los riesgos y los beneficios del tratamiento. Son gratuitos y se dan en el hospital. (Campaña 2008)

Además, como se desarrollará con más detalle en los apartados siguientes, los enunciados dirigidos específicamente a personas con VIH suelen incluir un mensaje de alerta acerca del riesgo de infección para otras personas<sup>13</sup>. Tomemos como ejemplo la campaña de 2010 en (3), que está compuesta de un cartel y tres postales. Solo una de las postales está dirigida a una persona con VIH (el resto excluyen a este destinatario) y el mensaje de prevención

incluye una alerta sobre la responsabilidad de la persona con VIH en el proceso de infección.

- (3) Si vives con el VIH, practicar sexo más seguro sigue siendo lo más positivo, para ti y para los demás. (Campaña 2010)

También desempeña un papel importante en la delimitación del destinatario la construcción discursiva de la propia imagen del emisor, puesto que, como mostraremos a continuación, el discurso pone en marcha estrategias de alineamiento (u oposición) entre emisor y destinatario (Martín Rojo, 2006). El emisor no adopta una voz única en el texto; sino que se desdobra en distintas voces. Siguiendo a Oswald Ducrot (1984), hemos distinguido en el análisis del emisor las entidades discursivas de sujeto empírico y locutor, y hemos identificado la funcionalidad discursiva de cada una de estas entidades en la construcción discursiva del destinatario de las campañas.

Los sujetos empíricos de las campañas son los Ministerios de Sanidad y las ONG del "movimiento homosexual" o "movimiento LGTB" (FELGTB, Coordinadora Gai-Lesbiana, Fundación Triángulo y Colegas), y están representados en el texto mediante sus respectivos logotipos. La aparición de sujetos empíricos cumple una doble función en las campañas. Por una parte, su presencia contribuye a legitimar el discurso, que está avalado por las máximas instituciones y por la propia comunidad LGTB. Por otra, como ya hemos señalado, la presencia explícita de las asociaciones contribuye a definir la identidad del destinatario, en tanto que hombre homosexual o bisexual.

Por su parte, los locutores se representan en el discurso a través de dos recursos: el uso de imágenes y la inscripción lingüística en el texto escrito (deixis de persona). Las imágenes de las campañas representan a hombres homosexuales, ya sea figuras homosexuales públicamente reconocibles (como el presentador de televisión Jesús Vázquez, por ejemplo) o personas anónimas con algún atributo que les hace reconociblemente gays (actitud afectuosa con otro hombre, por ejemplo). Estos locutores son, asimismo, las entidades a las que se atribuyen los eslóganes de las campañas, que contienen marcas de referencia a la primera persona: singular explícita ("Por tí, por mí, hazte la prueba"), singular implícita<sup>14</sup> ("Ponte una medalla"), plural inclusiva ("Entre nosotros: usa preservativo") o plural exclusiva ("Nosotros disfrutamos seguros. Tú decides"). La presencia de estos locutores en las campañas puede entenderse como una estrategia que persigue el alineamiento con el destinatario potencial de las campañas. En la tabla 2 puede verse, específicamente, la inscripción del emisor en el texto y sus posibles efectos en la construcción del destinatario.

**Tabla 2. Inscripción lingüística del emisor y efectos sobre el destinatario del texto**

<b>Campaña</b>	<b>Inscripción del emisor</b>	<b>Estrategia</b>
2006: “ <b>Nosotros disfrutamos seguros. Tú decides.</b> ”	Primera persona plural exclusiva.	Invitar al alineamiento con los locutores.
2007: “ <b>Entre nosotros: usa preservativo.</b> ”	Primera persona plural inclusiva.	Invitar al alineamiento con los locutores: el destinatario forma parte del grupo al que pertenecen los locutores (hombres públicamente homosexuales).
2008: “ <b>Por tí, por mí, hazte la prueba.</b> ”	Primera persona singular.	Buscar la empatía con el locutor ( <i>por mí</i> ). Recrea una situación de intimidad (sexual).
2009: “ <b>Frente al VIH no bajas la guardia.</b> ”	Primera persona singular (implícita en el imperativo).	Llamar la atención del destinatario e interpelarlo directamente en un mismo contexto social/sexual: relaciones sexuales entre HSH.
2010: “ <b>Ponte una medalla.</b> ”	Primera persona singular (implícita en el imperativo).	Llamar la atención del destinatario e interpelarlo directamente en un mismo contexto social/sexual: relaciones sexuales entre HSH.
2011: “ <b>De hombre a hombre, habla del VIH.</b> ”	Primera persona singular (implícita en el imperativo).	Invitar al alineamiento con los locutores: el destinatario forma parte del grupo al que pertenecen los locutores (hombres que tienen sexo con hombres).

Los enunciados atribuidos a los locutores interpelan directamente al lector a adoptar un estilo de vida saludable: disfrutar del sexo de manera segura, usar el preservativo, realizarse la prueba de los anticuerpos para el VIH periódicamente, etc. Asimismo, desde un punto de vista visual, los locutores constituyen modelos deseables —hombres sanos y atractivos— con los que el lector potencial podría identificarse. Ahora bien, como sucede con las interpelaciones en general (Althusser, 1976), estas pueden dar pie a respuestas positivas —la aceptación de la llamada y el consiguiente alineamiento con el locutor— o negativas —el rechazo del requerimiento y la oposición al locutor—. Esto puede verse claramente en el eslogan de la campaña de 2006: el destinatario puede decidir disfrutar seguro, que es la invitación de la campaña, o, por el contrario, puede decidir disfrutar de forma no segura, construyendo, de este modo, una identidad reactiva.

Este alineamiento del locutor con el destinatario del discurso contrasta con lo que sucede en los segmentos más extensos de texto (en los folletos,

postales, páginas web), que contienen la parte más informativa de las campañas. En los segmentos informativos, la figura del emisor aparece en todas las campañas (del 2006 al 2010) como una entidad desfocalizada, esto es, el texto está redactado en tercera persona, de manera que los HSH no son "nosotros" sino "ellos" aparecen como los otros en el discurso, como se muestra en el siguiente ejemplo (4).

- (4) El porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) infectados por el VIH es muy alto. Los estudios realizados en hombres que acuden a locales de ambiente gay hace ya años que señalan que está aumentando. Uno de cada tres diagnósticos de VIH en España se debe a prácticas de riesgo entre hombres. Todo esto hace que aumente la probabilidad que tienes de tener sexo con hombres que tienen el VIH y, por lo tanto, de que puedas infectarte o reinfectarte. (Campaña 2008)

El carácter transaccional de este apartado del discurso, sumado al intento de legitimar el contenido del discurso presentándolo como algo objetivo, explican la elección de la tercera persona, frente al empleo de las primeras personas en los eslóganes. Solo de forma muy esporádica, el emisor aparece en el cuerpo del texto como la primera persona, con valor generalizador, como muestra (5), en el que la primera persona no se refiere a los HSH, sino a la humanidad.

- (5) El VIH actúa sobre nuestro organismo [...] El VIH destruye las defensas de nuestro organismo de forma progresiva y nos hace vulnerables a las infecciones. (Campaña 2007)

Por su parte, en la campaña de 2011, que tiene como objetivo fomentar el discurso acerca del VIH en la comunidad gay, sí existe una coincidencia entre el emisor y el locutor del texto. Se usan en el texto frases declarativas ("1 de cada 10 tenemos el VIH"), pero, sobre todo, frases exhortativas que invitan al destinatario a realizar una acción con el emisor ("hablemos sobre el VIH", "hablemos de la prueba", por ejemplo). En esta campaña, además, el locutor se representa como alguien con VIH: "algunos no saben que tienen el VIH, otros lo sabemos pero tenemos miedo a ser rechazados si lo decimos. Todos, VIH positivos o no, tenemos derecho a disfrutar de una sexualidad plena". Cabe destacar, que esta campaña utiliza colores oscuros y una tipografía más seria que las anteriores (ver *Anexo*).

En definitiva, del análisis se desprende que en las campañas existe una tensión en la construcción del destinatario en cuanto a su identidad y estado serológico: por una parte, coexisten la denominación de HSH con referencias lingüísticas y visuales a la identidad gay y bisexual; por otra, aunque muchos enunciados presuponen un estado negativo frente al VIH, también se documentan esfuerzos por incluir explícitamente a un



destinatario con VIH. Asimismo, el destinatario también se construye a partir de la interpelación al alineamiento con los locutores de las campañas, que se presentan como hombres homosexuales, sanos y atractivos. Se construye de este modo un modelo correcto de HSH, que es aquel que tiene de manera consistente prácticas de sexo más seguro.

### **La construcción lingüística de la responsabilidad**

El discurso de las campañas de promoción de la salud sexual dirigidas a HSH no solo construye a su destinatario ideal en relación con la imagen que se define del emisor, sino que también tiene una dimensión representativa, esto es, ofrece una visión particular de una serie de acontecimientos y de los actores sociales implicados en su desarrollo. En particular, las campañas de prevención definen quiénes son los agentes en quienes recae la responsabilidad de la prevención. Del mismo modo, estas cuestiones están estrechamente relacionadas con la infección por VIH, puesto que la existencia de este proceso es necesaria para poder hablar de prevención. Así, después de analizar el papel de los destinatarios y emisores en las campañas de promoción de la salud sexual, abordamos el estudio de la representación de los eventos de infección y prevención del VIH que se desprende de los textos. Sobre estos dos eventos giran la mayoría de los enunciados que componen las campañas, y el modo en que se construyen tiene implicaciones acerca de los mensajes de salud que se están transmitiendo en las campañas y, muy especialmente, sobre la construcción social de la responsabilidad de la infección por VIH.

La importancia de la responsabilidad es tal que la mayoría de las campañas (2006, 2007, 2008, 2010 y 2011) dedica un apartado a este tema. En este apartado, la responsabilidad se relaciona con el uso del preservativo en las relaciones sexuales y el cuidado de la salud sexual.

- (6) Todos tenemos el derecho a comunicar o no nuestro estado serológico. También tenemos el derecho y la *responsabilidad* de usar el preservativo en nuestras relaciones sexuales. Asume la *responsabilidad* del cuidado de tu salud. No esperes que otros la asuman por ti. (Campaña 2006)
- (7) Todos compartimos nuestra vida con personas que tienen VIH, nos lo digan o no. Pueden ser amigos, compañeros de trabajo o de fiesta, nuestra pareja u otros hombres con los que tenemos sexo... Algunos no saben que tienen el VIH, otros lo sabemos pero tenemos miedo a ser rechazados si lo decimos. Todos, VIH positivos o no, *tenemos derecho* a disfrutar de una sexualidad plena. Usa siempre preservativo con lubricante para la penetración anal y evita la eyaculación en la boca. (Campaña 2011)

Como se puede observar en (6) y (7), se sitúa la responsabilidad de la prevención en la persona que tiene la práctica sexual. Asimismo, se intenta

matizar el peso social que recae sobre quienes conviven en el VIH con enunciados como "la responsabilidad de evitar la transmisión del VIH y del cuidado de la salud sexual corresponde a cada persona" (campaña 2006). Este discurso contrasta con la representación que se hace en las campañas de los eventos de prevención e infección y que asigna un papel desigual a las personas VIH- y VIH+ en estos procesos.

El evento de prevención se representa mediante metáforas que hacen referencia a la dicotomía éxito frente a fracaso. Como se muestra en (8) y (9), el VIH/sida se presenta como un campeonato o una batalla que hay que ganar. Esta metáfora (que es la imagen gráfica de dos de las campañas) pone de relieve la responsabilidad sexual individual; es decir, resalta la importancia de la prevención, sobre todo, individual. Este tipo de mensajes no solo interpelan (de forma positiva) a aquellas personas que quieren protegerse en sus prácticas sexuales y que no están infectadas por el VIH. Tienen, también, efectos en las personas con VIH y en las personas que pueden haber "fallado" en sus prácticas de cuidado sexual. Por otra parte, se deduce que los HSH con VIH han fallado en su cuidado de la salud sexual (no han vencido, no han ganado). En definitiva, estas metáforas implican que las prácticas de sexo menos seguras son fallos en la propia prevención y, por tanto, errores o fracasos personales.

- (8) Frente al VIH, no bajas la guardia. (Campaña 2009, imagen gráfica de un chico con guantes de boxeo)
- (9) Ponte una medalla. (Campaña 2010, imagen gráfica de un torso con un preservativo como medalla colgado del cuello)

Existe también una diferencia entre personas VIH- y VIH+ en cuanto a la agentividad que se les asigna en los enunciados que describen medidas de prevención en las prácticas sexuales. Habitualmente, se resalta la agentividad de las personas VIH- sobre el propio cuidado de su salud sexual, como pone de relieve el uso de estructuras claramente agentivas, como el uso de construcciones imperativas ("usa siempre un preservativo"), perífrasis de modalidad dinámica ("puedes reducir —no eliminar— el riesgo de infectarte si usas mucha cantidad de lubricante tanto si penetras como si eres penetrado") o construcciones finales ("para no infectarte por el VIH durante una felación, puedes usar un preservativo o evitar la eyaculación en la boca"). En este sentido, el papel de la persona que no está infectada por el VIH es el de protegerse, el de cuidarse. Por el contrario, la persona con VIH no suele quedar representada como agente en los enunciados que describen medidas de prevención. Como ya observamos, solo la campaña de 2007 habla sistemáticamente de infección y reinfección. En este sentido, las campañas tienden a representar el evento de prevención desde la perspectiva

de solo uno de los agentes implicados (la persona VIH-) y en términos de éxito o fracaso.

En la representación del evento de infección, tiene una gran relevancia la selección léxica. Desde un punto de vista biológico, para que se produzca una infección por VIH, es necesaria la presencia del virus en un fluido corporal con concentración suficiente —sangre, semen, fluido vaginal, leche materna, en orden descendente— y una puerta de entrada a un organismo —como heridas o mucosas—. Ahora bien, este proceso puede describirse con distintas palabras cuyas connotaciones tienen un impacto en la construcción social del VIH. Hablar de *contagio*, *infección* o *transmisión* no tiene las mismas implicaciones. En la actualidad, las guías de comunicación sobre el VIH para distintos colectivos —en especial para los medios de comunicación— desaconsejan el término *contagiar* por considerar que crea alarma social y estigmatiza a las personas con VIH (CESIDA, 2011). En las campañas, se opta por los lexemas *infectar* y, en mucho menor medida, *transmitir* (y sus correspondientes nombres deverbales *infección* y *transmisión*)<sup>15</sup>. Aparentemente puede considerarse que ambos términos son sinónimos, puesto que, como se observa en las entradas correspondientes del DRAE, la acepción 4 de *transmitir* es, a grandes rasgos, equivalente a *infectar*:

*infectar* (Del lat. *infectare*) 1. tr. Dicho de algunos microorganismos patógenos, como los virus o las bacterias: Invadir un ser vivo y multiplicarse en él. 2. tr. Corromper con malas doctrinas o malos ejemplos. U. t. c. prnl. 3. prnl. Dicho de un ser vivo: Resultar invadido por microorganismos patógenos. (DRAE, 2001: sv. *infectar*)

*transmitir*. (Del lat. *transmittere*). 1. tr. Trasladar, transferir. 2. tr. Dicho de una emisora de radio o de televisión: Difundir noticias, programas de música, espectáculos, etc. U. t. c. intr. 3. tr. Hacer llegar a alguien mensajes o noticias. 4. tr. Comunicar a otras personas enfermedades o estados de ánimo. 5. tr. Conducir o ser el medio a través del cual se pasan las vibraciones o radiaciones. 6. tr. En una máquina, comunicar el movimiento de una pieza a otra. U. t. c. prnl. 7. tr. Der. Enajenar, ceder o dejar a alguien un derecho u otra cosa. (DRAE, 2001: sv. *transmitir*)

No obstante, la elección de uno u otro término tiene implicaciones para la representación del evento de infección. La palabra *infectar* posee connotaciones negativas de las que *transmitir* carece. El término *transmitir*, por su parte, posee un significado muy general que se emplea en ámbitos muy diversos de la experiencia humana, como ponen de manifiesto las propias acepciones del término en el diccionario, mientras que la palabra *infectar* está especializada en el ámbito de las enfermedades, que constituyen el polo negativo de la dicotomía salud frente a enfermedad<sup>16</sup>. Por ello, hablar de *infección*, *infectabilidad* o *personas infectadas* implica

una valoración negativa sobre las situaciones o las personas que se representan en el discurso.

La agentividad concedida a las personas en el evento de infección se deriva, en gran medida, de la diferencia observada en el evento de prevención. Si la prevención está dirigida casi exclusivamente a personas VIH-, es lógico que estas se representen como pacientes en el proceso de infección y que, por el contrario, las personas con VIH se presenten como agentes o causas de este proceso. Por ejemplo, las personas que no se han hecho la prueba aun habiendo tenido prácticas de riesgo se presentan en el discurso como un agente muy infeccioso (y, por lo tanto, responsable de la infección de los otros), como se muestra en (10). Por su parte, las personas que sí están diagnosticadas también se representan, en algunos fragmentos del texto (11), como agentes de la infección.

- (10) El retraso diagnóstico también tiene implicaciones sobre la salud colectiva. Aumenta el riesgo de transmisión a la pareja sexual por no adoptar las medidas de protección necesarias [...] la infectabilidad es especialmente elevada en las primeras semanas después de contraer la infección y tiempo más tarde, cuando se deterioran las defensas. (Campaña 2008)
- (11) Consumir alcohol u otras drogas puede hacer que estés más predispuesto a la práctica del sexo anal sin protección y por tanto a infectarte o transmitir el VIH y otras ITS. (Campaña 2007)

Además, esta responsabilidad sobre la persona con VIH coexiste en el texto con un intento de alarmar al destinatario. Como se observa en (12), se advierte del riesgo de infección en el sexo anal sin preservativo —de hecho, en este fragmento no se habla de sexo anal sin preservativo, sino solo de sexo anal—. Del mismo modo, en el ejemplo (13), se hace explícito el riesgo que implica tener sexo desprotegido entre hombres, resaltando el peligro que supone practicar sexo con una persona con VIH. De hecho, como se muestra en (13), en esta misma campaña se llega a recomendar la prueba sin necesidad de haber tenido prácticas de riesgo para la infección por VIH.

- (12) Las relaciones sexuales entre hombres con frecuencia implican prácticas de penetración anal, estas llevan consigo un riesgo muy elevado [...] tanto para el que penetra como para el que es penetrado aunque para el que penetra el riesgo es menor. [...] La prevalencia frente al VIH en HSH ha ido aumentando a lo largo de los últimos años, lo que conlleva una mayor probabilidad de tener sexo con un hombre cuyo estado frente al VIH puede ser distinto al tuyo, tanto en el sexo ocasional como en las parejas. (Campaña 2006)
- (13) En los estudios realizados en España uno de cada diez hombres que tienen sexo con hombres está infectado por el VIH. Cuando la proporción de hombres infectados es más alta, como ahora, bajar la guardia supone un mayor riesgo de infección. [...] Una vez al año, hazte la prueba. (Campaña 2010)

Con todo, existe un intento constante por evitar representar a las personas con VIH como agentes de la infección con diferentes estrategias. Por una parte, se utilizan nominalizaciones como “en cualquiera de las fases de la infección por VIH la transmisión a otras personas es posible”. En este tipo de estructuras, se intenta representar la acción de manera impersonal, como consecuencia de no mencionar a un sujeto. Por otra parte, también se recurre en ocasiones a metonimias que evitan la referencia a la persona con VIH: “solo la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna pueden tener una concentración suficiente de virus en las personas infectadas para transmitirlo”. Finalmente, en algunos fragmentos, se hace referencia a otro tipo de metonimias: las prácticas como causas de la infección —“la penetración anal sin preservativo es una práctica sexual de riesgo para el VIH”.

En suma, del análisis se desprende que las personas VIH- se presentan como agentes del cuidado de su salud sexual (y se omite, en la mayoría de las campañas a la persona con VIH de este papel), mientras que las personas con VIH se presentan como agentes de la infección (aunque hay un intento por evitarlo con formulaciones lingüísticas que atenúan su responsabilidad); por contrapartida, las personas que no están infectadas son el paciente en este proceso. Asimismo, el análisis ha puesto de manifiesto los efectos de algunos de los mecanismos discursivos (lingüísticos y visuales) de representación de los eventos de prevención e infección: (i) la amenaza para la imagen de las personas que supone la conceptualización de la prevención en términos de éxito o fracaso —mediante las metáforas de las competiciones y los combates de boxeo— y (ii) la connotación negativa asociada al término *infectar* —y, por extensión, a “las personas infectadas”.

### **La promoción de conductas: obligaciones y justificaciones**

Tal como acabamos de analizar, el discurso de las campañas ofrece una representación de los eventos de prevención y transmisión del VIH en HSH en la que la situación frente al VIH tiene una especial relevancia. Ahora bien, a la función representativa se suma una función interpersonal. Tal como hemos señalado, estas campañas se elaboraron bajo el calado conductual de los Planes Multisectoriales del Sida y, por ello, han estado dirigidas “a reducir entre los hombres homosexuales, el número de ocasiones en las que se produce la penetración anal no protegida entre hombres de estado serológico discordante” y a “prevenir las recaídas y fomentar la adherencia a las prácticas sexuales más seguras”, principalmente (Plan Nacional sobre el Sida, 2008: 29).

Esta dimensión interpersonal del discurso se manifiesta en el uso de una serie de enunciados directivos que describen las conductas que se quieren promover entre los HSH, muy especialmente el empleo del preservativo en el sexo anal y el sexo oral sin eyaculación en la boca. Ahora bien, el discurso no es solo un listado de enunciados directivos; la finalidad directiva del discurso implica el despliegue de una serie de estrategias persuasivas. Con el objetivo de convencer al destinatario de la conveniencia de adoptar los comportamientos descritos en las campañas, en estas se recurre a argumentos de diverso tipo, que justifican tanto la obligatoriedad de las medidas de prevención como de la propia intervención. En este apartado, analizamos la dimensión retórico-argumentativa del discurso teniendo en cuenta dos aspectos: el grado de obligatoriedad con que se presentan las estrategias de prevención descritas en las campañas y las estrategias argumentativas movilizadas para persuadir al destinatario de la conveniencia de adoptar estos comportamientos.

En términos generales, las campañas recurren a formulaciones lingüísticas que codifican un alto grado de obligatoriedad. Aunque en ocasiones se recurre a formulaciones que expresan obligación indirectamente (14), generalmente se recurre a enunciados con formas de imperativo de segunda persona (15) o fragmentos con valor imperativo (16).

- (14) Es importante que te hagas esta prueba si tus prácticas sexuales no han sido seguras. (Campaña 2007)
- (15) Usa el preservativo. (Campañas 2007 y 2008)
- (16) No sin él (Campañas 2007, 2008)

La construcción con imperativo se caracteriza por un determinado posicionamiento de los interlocutores: (i) el destinatario queda construido como la persona que debe realizar la acción —en (16), usar un preservativo— y (ii) el emisor se construye como alguien que desea que se realice esa acción. Además, desde el punto de vista de su distribución en el discurso, los imperativos ocupan dos tipos de posiciones: (i) fuera del cuerpo de texto, como eslogan de la campaña (17) o titular de una sección (18); y (ii) dentro del cuerpo del texto (19).

- (17) De hombre a hombre, habla del VIH. (Campaña 2011)
- (18) Hazte la prueba. (Campaña 2008)
- (19) Si has padecido alguna infección de transmisión sexual [...], hazte la prueba. (Campaña 2008)

En el cuerpo de texto, los imperativos se emplean para describir el comportamiento adecuado en una determinada situación. En este sentido, las campañas se asemejan a géneros normativos o instruccionales, como las

guías o manuales (Silvestri, 1995), que describen el funcionamiento de ciertos aspectos de la realidad. En la siguiente tabla se relacionan ciertas situaciones relevantes desde la perspectiva de la prevención y las acciones que se proponen como comportamientos apropiados en esa situación:

**Tabla 3. Comportamientos correctos para cada una de las situaciones de prevención descritas en los enunciados**

Situación	Comportamiento correctos	Campañas
<b>En el sexo oral</b>	La felación tiene mucho menor riesgo que la penetración anal, pero evita que eyaculen en tu boca. En caso de que ocurra, no tragues el semen y enjuágate sólo con agua prescindiendo de cualquier otro producto. No te cepilles los dientes antes o después de practicar sexo oral.	2009
<b>En el sexo anal</b>	Usa siempre un preservativo. Desde el principio de la penetración junto con abundante lubricante soluble en agua.	2007, 2008
<b>En el sexo en grupo</b>	Si haces sexo en grupo, usa un preservativo nuevo con cada persona. [...] Si entras a un "cuarto oscuro" o a una sauna, lleva preservativos siempre contigo.	2006
<b>Después de haber tenido una práctica de riesgo</b>	Si te ocurre [práctica de riesgo con HSH con VIH], acude a un hospital para que los profesionales valoren tu caso particular. Si has tenido una práctica de riesgo no esperes, hazte la prueba. Acude a tu médico, centro sanitario u ONG especializada. Allí valorarán tu caso y te dirán si has de repetirla y cuándo.	2009
<b>Antes de dejar de usar el preservativo en una relación estable</b>	Si tienes pareja fija y queréis dejar de usar el condón, hacedos la prueba y repetidla 3 meses después de la última práctica de riesgo.	2008

Finalmente, desde un punto de vista interaccional, las construcciones con imperativo requieren de algún tipo de respuesta por parte del destinatario. Tras dirigir un enunciado con imperativo a una persona, esta no puede permanecer callada: debe aceptar o rechazar la acción que se le propone (Gallardo-Paúls, 1996). Socialmente, la respuesta preferida es la aceptación; el rechazo requiere un mayor trabajo de imagen. En cualquier caso, la elección del imperativo tiene una contrapartida interaccional: se está construyendo un escenario discursivo en el que el destinatario tiene que

alinearse con el comportamiento descrito o bien rechazarlo posicionándose, así, en contra.

La obligatoriedad de los comportamientos se refleja asimismo en el hecho de que habitualmente no se presentan conductas alternativas. Generalmente, las campañas indican cuál es el comportamiento adecuado en una determinada situación —es lo que se muestra en (20)—. En la situación de practicar sexo anal, la conducta apropiada es usar un preservativo. En estos enunciados, los comportamientos se describen en términos binarios: sexo seguro frente a sexo no seguro. De hecho, aunque se emplea el término “sexo más seguro”, que implica gradualidad en la concepción del riesgo, las opciones que se proponen son limitadas:

(20) **¿Qué significa sexo más seguro?**

Significa una reducción muy considerable del riesgo de transmisión sexual de enfermedades incluido el VIH. Para ello, es preciso seguir los siguientes principios básicos:

- Utilizar el preservativo y un lubricante hidrosoluble para la penetración anal o vaginal, en todas las relaciones sexuales y desde el principio de la penetración.
- Evitar la eyaculación en la boca o utilizar el preservativo para el sexo oral. Si se produce eyaculación no tragar el semen. (Campaña 2007)

En el fragmento anterior, se describe el sexo más seguro como la adopción de dos comportamientos (uso de preservativo y lubricante, y evitación de la eyaculación en la boca). La única alternativa se ofrece en el sexo oral (optar en el uso del preservativo o evitar la eyaculación en la boca, y, si esta se produce, evitar tragar el semen). La alternativa a este planteamiento consiste en concebir el riesgo de las prácticas sexuales de manera gradual: existen prácticas más o menos seguras. Esta estrategia de prevención, conocida como reducción de riesgos, queda recogida en el Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida, que reconoce que la promoción del uso del preservativo resulta insuficiente como única estrategia de prevención:

En los contextos en los que el uso del preservativo no es realista o no es deseado hay que proporcionar herramientas alternativas que eviten el vacío que se deriva del dilema condón o nada. La reducción de riesgos y daños en la transmisión sexual del VIH pretende complementar el uso del preservativo en esas circunstancias. (Plan Nacional sobre el SIDA, 2008: 43).

La estrategia de la reducción de riesgos (que se ha aplicado ampliamente en intervenciones en el ámbito del consumo de drogas, véase Ilundain y Markez, 2005) y la toma de decisiones informada, frente a un modelo más conductual, implican un menor grado de obligatoriedad de los



comportamientos propuestos. El destinatario puede decidir entre una serie de acciones en función del grado de riesgo que esté dispuesto a asumir. Se trata, por lo tanto, de cambiar del modelo del "sí" o "no" frente a la prevención, a concebir la posibilidad de prevenirse en una escala gradual. Esta estrategia está presente de forma esporádica en las campañas analizadas y en una proporción mucho menor: solo se habla de reducción de riesgos en dos de las campañas. En estas, se introduce la noción de reducción de riesgos en la descripción de los objetivos generales:

- (21) Te ofrecemos la información elemental para que con ella puedas decidir qué riesgos quieres asumir y qué es lo mejor para ti con respecto al VIH y otras ITS. (Campaña 2007)
- (22) Es importante que conozcas los mecanismos de transmisión y las medidas preventivas frente al VIH, las prácticas de sexo más seguro, el uso correcto del preservativo o la importancia del diagnóstico precoz del VIH para que puedas decidir qué es lo mejor para ti con respecto al VIH y otras ITS. (Campaña 2008)

De ambos fragmentos se desprenden dos aspectos relevantes para la conceptualización del grado de obligatoriedad de los comportamientos relacionados con la salud sexual: (i) la existencia de diversas opciones y, por tanto, la conceptualización del riesgo en términos graduales, y (ii) la capacidad de decisión del destinatario, que se construye como una persona capaz de evaluar diversas opciones y tomar decisiones. La perspectiva de la reducción de riesgos se aplica en las campañas en el tratamiento del sexo anal y oral, como alternativa al uso del preservativo como única estrategia de prevención:

- (23) Si decides no usar un preservativo, además del riesgo real de infectarte por el VIH, es conveniente que sepas que es más fácil que te infectes cuando eres penetrado, evita que te eyaculen en el recto. Puedes reducir —no eliminar— el riesgo de infectarte/reinfectarte si usas mucha cantidad de lubricante, tanto si penetras como si eres penetrado. (Campaña 2008)
- (24) Para no infectarte por el VIH durante una felación, puedes usar un preservativo o evitar la eyaculación en la boca. (Campaña 2008)

La reducción de riesgos recibe una evaluación distinta en el sexo anal y el sexo oral. En el sexo anal, las estrategias de reducción de riesgos descritas se juzgan como soluciones menos adecuadas que el uso del preservativo. Esto se pone de manifiesto en la mención explícita al "riesgo de infectarte por el VIH" si se decide no usar el preservativo y la puntualización de que el lubricante "reduce" el riesgo de transmisión, pero no lo "elimina". Se recalca, así, el riesgo que estas prácticas suponen para la salud del destinatario. En cambio, en el caso del sexo oral, el uso del preservativo se

igual a la evitación de la eyaculación en la boca, como pone de manifiesto el uso de la conjunción disyuntiva *o*.

Por su parte, la inclusión de estrategias de reducción de riesgos tiene como resultado el uso de formas lingüísticas que codifican un mayor grado de opcionalidad, como la perífrasis verbal <*poder* + infinitivo> ("puedes reducir", "puedes usar un preservativo o evitar la eyaculación en la boca"), que construye al sujeto como un individuo con la capacidad y la autonomía de optar por diversas opciones. Con todo, no se abandonan por completo los imperativos, como "evita que te eyaculen en el recto", que posiciona al destinatario como el individuo que *debe* realizar la acción.

Otro aspecto que afecta a la interpretación del grado de obligatoriedad de los comportamientos propuestos es el tipo de estrategias argumentativas empleadas. En muchos casos, la recomendación de comportamientos va acompañada de argumentos que pretenden convencer al destinatario de adoptar determinadas acciones<sup>17</sup>, de modo que el discurso se articula como una argumentación formada por premisas (los argumentos) y conclusiones (los comportamientos o creencias que quieren modificarse o mantenerse). En el análisis, hemos observado dos fenómenos relevantes desde un punto de vista argumentativo: (i) la presencia o ausencia de argumentos que justifiquen la conclusión y (ii) la tipología de argumentos empleados (positivos vs. negativos).

El primer aspecto que resulta relevante desde la perspectiva argumentativa es el hecho de que ciertas conclusiones se presenten desprovistas de argumentos que las justifiquen, de modo que deban ser aceptadas sin reservas por el destinatario. Es lo que sucede, por ejemplo, con la no discriminación a las personas con VIH. En diversas campañas se indica que no debe discriminarse a las personas VIH+, pero no se da ningún argumento que apoye dicha afirmación (25, 26). Solo se desarrolla la no discriminación a HSH con VIH en la campaña de 2011 ("De hombre a hombre, habla de VIH"), a través del texto reproducido en (27).

(25) No discrimines a las personas con VIH. (Campañas 2007 y 2008)

(26) La solidaridad y respeto a las personas con VIH es fundamental. (Campaña 2009)

(27) Si el VIH no discrimina, no lo hagamos nosotros. Todos compartimos nuestra vida con personas que tienen VIH, nos lo digan o no. Pueden ser amigos, compañeros de trabajo o de fiesta, nuestra pareja u otros hombres con los que tenemos sexo... Algunos no saben que tienen el VIH, otros lo sabemos pero tenemos miedo a ser rechazados si lo decimos. Todos, VIH positivos o no, tenemos derecho a disfrutar de una sexualidad plena. (Campaña 2011)

Los argumentos que se ofrecen son dos: (i) las personas con VIH forman parte de nuestro entorno cercano, no son extraños, y (ii) el derecho a disfrutar de una sexualidad plena independientemente de la situación frente

al VIH. No obstante, en la misma campaña, se advierte de los peligros de la infección y se contrarrestan los avances en su tratamiento, poniendo de relieve el impacto del VIH frente a la salud:

- (28) Hablemos sobre el VIH. Porque la infección por el VIH no tiene curación ni vacuna. Porque aunque tomar la medicación rigurosamente y de por vida mejora la calidad y expectativa de vida, la infección siempre tiene consecuencias graves para la salud. Porque en España ya somos más los hombres que nos infectamos por prácticas homosexuales que los que se infectan por prácticas heterosexuales. (Campaña 2011)

En el propio discurso, coexisten argumentos que conducen a conclusiones distintas. Por una parte, se alerta acerca del peligro y la gravedad de la infección por VIH, lo cual conduce a reforzar la creencia extendida socialmente de que el VIH/SIDA es una grave enfermedad mortal y, en consecuencia, que las personas con VIH son enfermos graves. Esta creencia contrasta con la realidad médica del VIH en las sociedades occidentales. Por otra parte, las campañas también intentan concienciar acerca de la no discriminación a las personas con VIH. Sin embargo, es difícil convencer de la no estigmatización de las personas con VIH si a lo largo del discurso son numerosas las referencias a la gravedad del VIH y al papel de las personas con VIH en el proceso de infección.

En cuanto a la tipología de argumentos, hemos distinguido argumentos positivos y negativos. Este criterio nos permite diferenciar dos tipos de actos de habla: la recomendación y la advertencia. Ambos tipos de acciones persiguen convencer al destinatario de la conveniencia de un determinado comportamiento. La diferencia entre ambas radica en la manera en que construyen la finalidad de la acción propuesta: mientras que las recomendaciones conducen a obtener un beneficio para el destinatario, la advertencia persigue evitar un perjuicio (Gras y García, 2010). Esta diferencia explica la distinta evaluación que recibe el comportamiento descrito en ambos tipos de actos de habla: las recomendaciones tienden a justificarse mediante argumentos positivos, mientras que las advertencias están negativamente connotadas.

Muchos de los comportamientos descritos en las campañas se presentan como medidas eficaces para evitar la infección. Es lo que sucede en el ejemplo (24) —reproducido de nuevo como (29)—. En este caso, se argumenta a favor de usar el preservativo o evitar la eyaculación en la boca como formas de evitar un estado de cosas no deseable (la infección por el VIH). Solo en algunas ocasiones se perfila un resultado positivo como resultado de las medidas de prevención. En el fragmento de (30), se recomienda el uso de la prueba como una forma de alcanzar un estado positivo ("te quedarás tranquilo").

- (29) Para no infectarte por el VIH durante una felación, puedes usar un preservativo o evitar la eyaculación en la boca. (Campaña 2008)
- (30) Si has tenido una práctica de riesgo, te interesa saber si estás infectado. Cuando hayas tomado la decisión de hacerte la prueba, acude a tu médico u otro centro sanitario. Allí valorarán tu caso, te indicarán la prueba y te dirán si has de repetírtela y cuándo. Así saldrás de la incertidumbre. Si el resultado es negativo, te quedarás tranquilo sabiendo que no tienes el VIH. (Campaña 2008)

En suma, del análisis retórico-argumentativo se puede concluir que el discurso de las campañas privilegia una concepción binaria de las prácticas sexuales, como seguras o no seguras. A pesar de que las campañas hacen mención explícita a estrategias de reducción de riesgos que conceptualizan el riesgo de forma gradual, la mayoría de enunciados describen cuál es el comportamiento correcto en cada situación. Esta concepción binaria se relaciona con el empleo mayoritario de formas que codifican un alto grado de obligatoriedad (como los imperativos) y que interpelan al destinatario a posicionarse a favor o en contra de las acciones propuestas. Asimismo, desde un punto de vista argumentativo, hemos observado que no todos los comportamientos se justifican con argumentos y que, en muchos casos, los argumentos se presentan en términos negativos favoreciendo, pues, que sean interpretados como advertencias.

### **Discursos en conflicto**

El análisis realizado en las tres secciones precedentes ha puesto de manifiesto la tensión en las campañas entre dos discursos de prevención. Por una parte, se identifica un discurso de base conductual que pretende mantener y promover unas prácticas de salud sexual, desde una concepción dicotómica del riesgo y que se dirige fundamentalmente a un destinatario no infectado por el VIH. Por otra parte, las campañas también dan cabida a un método de prevención más holístico que tiene en cuenta la salud de todas las personas (VIH- y VIH+), desde una concepción gradual del riesgo. La tensión entre ambos discursos está presente en cada uno de los niveles de análisis que hemos tenido en cuenta en este artículo.

En el nivel pragmático-enunciativo, las campañas oscilan en la construcción del destinatario potencial en dos aspectos. Por una parte, aunque se intenta definir al destinatario a través de sus prácticas (HSH) y no de su identidad sexual (gay o bisexual), el discurso contiene numerosas referencias a la homosexualidad. Por otra, aunque se observa un intento por incluir a las personas con VIH en los enunciados de prevención, son mayoritarios los segmentos de discurso que presuponen a un destinatario no infectado por el VIH. Por último, se observa un intento por presentar un

modelo correcto de HSH, como una persona sana y atractiva que tiene de forma constante prácticas de sexo seguro.

En el nivel semántico-predicativo, la tensión se manifiesta en la responsabilidad asignada a las personas en los procesos de prevención e infección por el VIH. La tendencia mayoritaria consiste en representar a las personas sin VIH como agentes de los procesos de prevención —esto es, como responsables del cuidado de su propia salud— y a las personas con VIH como responsables de la salud de otros. Asimismo, la construcción discursiva de la prevención y la infección contribuyen a ofrecer una visión negativa de la infección, ya sea por la propia connotación negativa de la palabra *infección*, ya sea por el empleo de metáforas que conceptualizan la infección como una derrota.

En el nivel retórico-argumentativo, el contraste se manifiesta entre una concepción binaria y una concepción gradual del riesgo de las prácticas sexuales. Si bien son varias las campañas en las que se hace referencia a una asunción gradual de riesgos en las prácticas sexuales, en la práctica, las campañas tienden a recomendar con formas obligativas los comportamientos que se consideran correctos, sin dar cabida en la mayoría de los casos a estrategias de reducción de riesgos. Además, es habitual que los comportamientos se justifiquen de forma negativa, de modo que las campañas tienden a destacar los peligros que entrañan determinadas prácticas sexuales como forma de persuasión.

### **Conclusiones: abriendo camino hacia la promoción de la salud sexual**

En definitiva, el estudio de las campañas de prevención de VIH dirigidas a HSH en España nos permite delimitar la tensión que existe en los materiales de prevención entre un enfoque dirigido a la promoción de la salud sexual que permite integrar nuevas estrategias de prevención y que incluye a las personas con VIH en sus mensajes, y un enfoque dirigido a frenar los nuevos casos de infección, promocionar la detección precoz y sensibilizar acerca de la necesidad de iniciar cuanto antes el tratamiento para el VIH, dirigido, sobre todo, a las personas no infectadas. Desde una perspectiva crítica, los discursos de las campañas analizadas tienen, asimismo, un efecto sobre la propia prevención. En la escena social que se construye en la recepción del mensaje preventivo se establecen los roles de los diferentes participantes de la acción.

Como se desprende del análisis, las campañas definen las prácticas y los sujetos correctos y, por tanto, deseables: (i) las prácticas de sexo más seguro y la responsabilidad sobre la salud sexual, y (ii) las personas que triunfan en la prevención —un modelo de hombre homosexual/bisexual,

sano, atractivo y que tiene, de forma consistente, prácticas de sexo más seguro—. Del mismo modo, las campañas también definen las prácticas y los sujetos no deseables: (i) las prácticas que ponen en riesgo al individuo y a la comunidad —muy especialmente, la penetración anal sin preservativo—, (ii) las personas que ya han fallado en la prevención —HSH con VIH— y (iii) las personas que están poniendo en riesgo su salud y la de los demás —los HSH que tienen prácticas de riesgo, especialmente si son HSH con VIH o si desconocen su situación frente al VIH—. Aunque existe un intento evidente por alejarse de los estereotipos sobre la infección por VIH, las campañas los repiten en sus discursos, construyendo un destinatario ideal que no es agente de la infección y a quien se le advierte del riesgo que existe cuando tiene, de forma repetida, sexo esporádico sin protección con otros hombres. Siguiendo la teoría de la interpelación, sin entenderse que, dado que el discurso se plantea en términos binarios —sexo seguro frente a sexo no seguro—, quien recibe las campañas es llamado a posicionarse frente a la prevención del VIH como una persona que sigue (o no) las conductas deseables. Además, el hecho de que se utilicen imperativos y otras formas directivas en esta interpelación favorece la necesidad de tener que dar una respuesta.

Como ya se ha señalado, el Plan Nacional sobre el Sida (y sus Planes Multisectoriales) apuestan por alejarse de un modelo que culpabilice a la persona con VIH y que no ofrezca alternativas al uso del preservativo. Sin embargo, que exista la obligatoriedad de responder "sí" al sexo más seguro implica que haya personas que respondan con "no". Del mismo modo, que se defina como deseable el cuidado de la propia salud implica que la ausencia y el fallo en el autocuidado se valoren negativamente. En tanto que agente en un contexto social, las campañas contribuyen a la formación de sujetos: quienes se protegen (y seguirán sanos), y quienes no lo hacen (y se infectarán) o no lo han hecho (y se han infectado). La existencia de esta dicotomía se pone de relieve, por ejemplo, en los discursos de personas que rechazan el uso del preservativo en las relaciones sexuales de forma consciente (*barebacking*) o que buscan infectarse por el VIH (*serosorting*) (Fernández-Dávila, Folch, Zaragoza y Casabona, 2011). De modo similar, la valoración negativa del VIH es un factor que contribuye a que haya personas que no acuden a realizarse la prueba, aun habiendo tenido prácticas de riesgo, por el miedo a la infección y a la discriminación social (Martín-Pérez et al., 2007).

Las campañas establecen, en definitiva, unos parámetros de qué es lo que la persona tiene que hacer, desde los límites de lo que es lo correcto/normal y, en contraposición, lo que es incorrecto/anormal. No es difícil, de hecho, reconocer en los discursos analizados un contexto cultural e histórico que enmarca la propia intervención y que responsabiliza a la

persona con VIH y asocia la homosexualidad con la infección. No cuestionamos en este artículo la necesidad de que las administraciones públicas destinen recursos a la promoción de la salud sexual. De hecho, cabe destacar que las campañas que hemos analizado suponen el mayor esfuerzo concedido en España a la prevención del VIH dirigida a HSH, que contrasta radicalmente con la drástica reducción de la partida destinada a esta intervención en los presupuestos aprobados por el Partido Popular desde la legislatura iniciada en 2011. Sin embargo, consideramos que es necesario reflexionar sobre cómo se construyen las acciones de prevención en la actualidad y, especialmente, sobre cómo los discursos que se han venido llevando a cabo a lo largo de los diferentes años de prevención y atención a personas con VIH permean en la intervención actual.

Al planificar y llevar a cabo la intervención social en materia de prevención es necesario conocer y redefinir el contexto social desde el que está pensada. Si la prevención se lleva a cabo siguiendo el modelo cultural en el que están inscritas las representaciones sociales que se quieren evitar, probablemente estas volverán a reproducirse. Es lo que se sucede en la tensión que se plasma en los discursos de las campañas. No basta con intentar incluir nuevas estrategias de prevención o con pretender no culpabilizar a las personas con VIH de la infección. Para que no persistan los estereotipos, el enfoque en la intervención social debe pensar cómo se han construido cada uno de los significados sociales asociados al problema en el que se está trabajando (en este caso, la infección por VIH y los casos de sida). En primer lugar, las intervenciones necesitan tener en cuenta que la obligatoriedad de protección en las prácticas de sexo entre hombres está marcada (incluso, moralmente) por el hecho de que, desde los primeros casos de sida, la homosexualidad y la infección por VIH han estado asociados (Llamas, 1995; Butler, 1992) y los efectos de las primeras muertes por sida han sido devastadores para la comunidad LGTB. En segundo lugar, se debe incluir un enfoque basado en derechos humanos en la prevención del VIH que, además de no estigmatizar a la persona con VIH, pueda cuestionar hasta qué punto la infección es un fracaso individual. Este enfoque debe tener en cuenta, además, la realidad de la situación actual (los avances en la calidad de vida de las personas con VIH). Para ello, en línea con lo propuesto por Russell Spears (1997), es necesario construir espacios sociales que incluyan las necesidades de los diferentes actores que están involucrados en la infección por VIH en HSH —no solo las directrices del Gobierno de España y el apoyo de las asociaciones LGTB, sino también el enfoque de personas con VIH o personas que asumen un cierto riesgo en sus prácticas, por ejemplo.

## Agradecimientos

En primer lugar, este artículo ha sido posible gracias a la colaboración del Centro de Documentación y Servicios de Prevención en VIH/sida de Sida Studi, quienes nos han dado acceso a las campañas de prevención que hemos analizado en esta investigación. Estamos especialmente agradecidos a Anna López y Raquel Taranilla, por la atenta revisión y el acompañamiento a lo largo de todo el proceso de análisis; a Barbara De Cock y Carolina Figueras, por sus comentarios y reflexiones; a Luis Villegas y Rubén Mora, por las discusiones que han enriquecido la perspectiva de intervención de este estudio; y a los revisores, por su atenta lectura y sugerencias de mejora. Agradecemos, finalmente, la colaboración de Marisela Montenegro, directora de la tesis en la que se inscribe esta investigación, por sus aportaciones desde el campo de la Psicología Social Crítica. Los autores asumimos la responsabilidad final de la investigación.

## Notas

<sup>1</sup> Este artículo es parte de un proyecto de investigación en el marco del Programa de Doctorado en Psicología Social en la Universitat Autònoma de Barcelona. La directora de tesis de esta investigación es Marisela Montenegro.

<sup>2</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo (2004-2008), Ministerio de Sanidad y Política Social (2008-2010), Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010-2011) y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011-actualidad).

<sup>3</sup> Aunque en este artículo nos centramos en la información dirigida a HSH, los Planes Multisectoriales no solo tienen en cuenta la prevención en este tipo de prácticas, sino que se definen líneas de acción generales —para toda la población— y líneas de acción específicas para "poblaciones con mayor riesgo de infección" (Plan Nacional sobre el Sida, 2001: 20) o "subgrupos que requieren intervenciones específicas" (Plan Nacional Sobre el Sida, 2008: 33).

<sup>4</sup> En este sentido, se trata de un análisis multimodal (Kress y Van Leeuwen, 2001; Kress, 2003; Kress, 2010), si bien, por limitaciones de espacio, no hemos podido analizar sistemáticamente las relaciones entre los diversos modos, y hemos privilegiado el análisis del texto escrito.

<sup>5</sup> Para el análisis de la referencia de persona en español, véase Gelabert (2004) y De Cock (2010).

<sup>6</sup> El *sujeto empírico* es el autor material de un discurso, esto es, la persona que efectivamente ha pronunciado o escrito un determinado texto. El *locutor*, por su parte, es la entidad —real o ficticia— que hace uso de la palabra. Ducrot (1984) considera una tercera figura, la del *enunciador*. Por limitaciones de espacio, hemos centrado el análisis en las figuras de sujeto empírico y locutor.

<sup>7</sup> La agentividad se define como una relación causal entre dos entidades: un agente, que intencionalmente da inicio a un estado de cosas que tiene un impacto sobre una segunda entidad, el paciente (véase, Langacker, 1987 o Talmy 2000).

<sup>8</sup> Acerca del grado de obligatoriedad de los enunciados directivos, véase Gallardo (2004, 2005, 2009), López Samaniego y Taranilla (2009, 2012), y Montolio et al. (2010).



<sup>9</sup> En un primer momento, realizamos una búsqueda de las campañas de prevención de la infección por VIH dirigidas a HSH accesibles desde la web del Plan Nacional sobre el Sida (<http://goo.gl/c8FyOI>), donde pudimos recoger parte de los materiales: estaban todos los años, pero no el conjunto de los materiales para cada año (carteles, postales y folletos). Posteriormente, realizamos una búsqueda sistemática en el centro de documentación en línea de Sida Studi, donde confirmamos que no había más campañas estatales elaboradas conjuntamente entre el Ministerio de Sanidad y las organizaciones LGTB dirigidas exclusivamente a HSH posteriores a 2011, y pudimos recoger los materiales completos de cada uno de los años. Queremos agradecer la labor de documentación de Sida Studi y su colaboración a la hora de facilitarnos los materiales preventivos.

<sup>10</sup> La campaña de 2010 contiene una sección interactiva, en la que se presentan preguntas de opción múltiple que el destinatario debe responder. Para un análisis exhaustivo de este material y sus implicaciones, véase Ávila (en prensa).

<sup>11</sup> Generalmente, la infección por VIH ha estado asociada, tanto en la investigación científica como en la intervención médica y social, con la delimitación de *grupos de riesgo*. La existencia de estos grupos de riesgo (principalmente, "hombres homosexuales" y "usuarios de drogas por vía parenteral") ha ayudado a establecer una relación entre sida/enfermedad y las personas con VIH (Butler, 1992). En concreto, el hecho de que las primeras campañas la prevención de la infección por VIH se dirigieran, principalmente, hacia hombres gays y bisexuales (Carrascosa y Vila, 2005) ha tenido efectos en la asociación entre homosexualidad y sida. La necesidad de que el colectivo LGTB se preocupara por los efectos de una pandemia que estaba diezmando la propia comunidad — mientras los gobiernos de todo el mundo no estaban invirtiendo en investigación o prevención sobre la infección por VIH y el sida (Llamas, 1995)— ha ayudado a que el cuidado de la salud sexual forme parte de la propia identidad gay (y bisexual) (cf. Larrazabal, 2011).

<sup>12</sup> La cursiva en todos los ejemplos es nuestra.

<sup>13</sup> En la única campaña en la que esto no sucede es en la del año 2007. Tal como ya hemos mencionado anteriormente, en el texto sí hay referencias a la reinfección o al cuidado de la salud sexual de las personas con VIH. Sorprende, de hecho, que en la campaña posterior se mantenga el texto de forma íntegra y se eliminen todas estas referencias a las personas con VIH.

<sup>14</sup> Las construcciones de imperativo implican el anclaje deíctico del locutor, que se presenta como una persona interesada en que el destinatario lleve a cabo la acción descrita por el verbo (Garrido Medina, 1999). El enunciado "no bajes la guardia" implica la presencia de un "yo" que desea que un "tú" no baje la guardia. Este "yo" está representado visualmente a través de la imagen del chico con guantes de boxeo en posición de guardia. Lo mismo sucede en las campañas de 2010 y 2011.

<sup>15</sup> En las primeras campañas (2006-2008), se emplean ambos términos con predominio de *infectar* (2006: 60%, 2007: 77%, 2008: 71%). En las últimas (2010, 2010), no se usa *transmitir* en ningún caso. Y en la campaña de 2009, solo se usa en una ocasión: "Si uno de los dos se infecta con personas ajenas a la pareja, el riesgo de transmisión es alto si tenéis sexo sin protección".

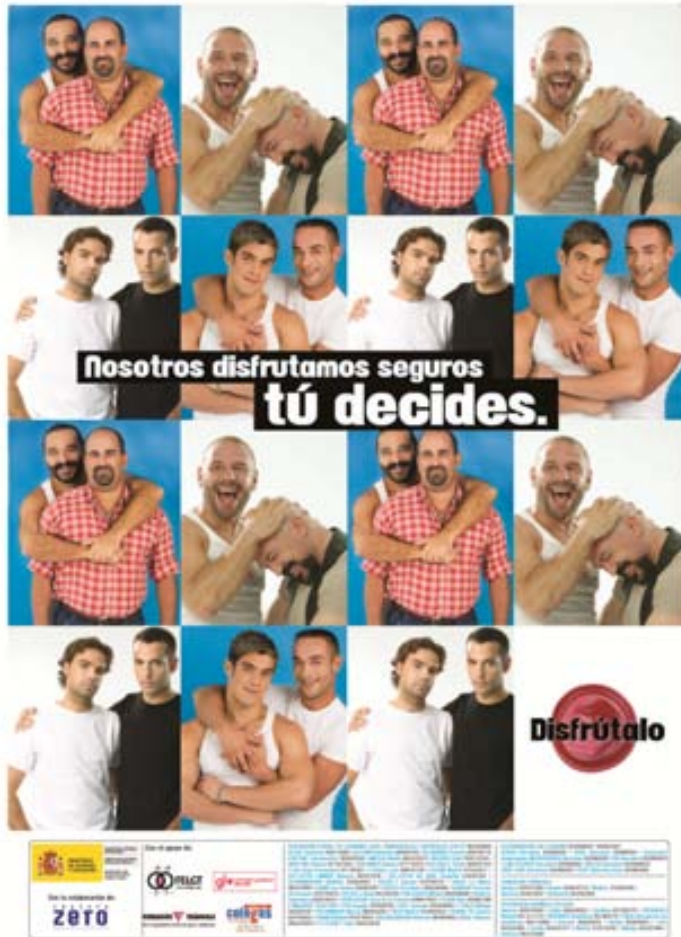
<sup>16</sup> La connotación negativa de *infectar* se refleja, asimismo, en dos elementos más de la definición. Por una parte, la infección se define como una *invasión*, recurriendo a la metáfora de la enfermedad como una guerra (Sontag, 1989), metáfora también presente en las campañas. Por otra, el uso figurado de *infectar* es *corromper*, que de nuevo es una experiencia negativa.

<sup>17</sup> De hecho, estas estrategias argumentativas están presentes y son relevantes porque no se trata, en sentido estricto, de una prescripción: el sujeto empírico no está autorizado a

imponer ninguna de estas conductas a los destinatarios, se trata de recomendaciones de cuya conveniencia debe convencerse al destinatario.

### Anexo

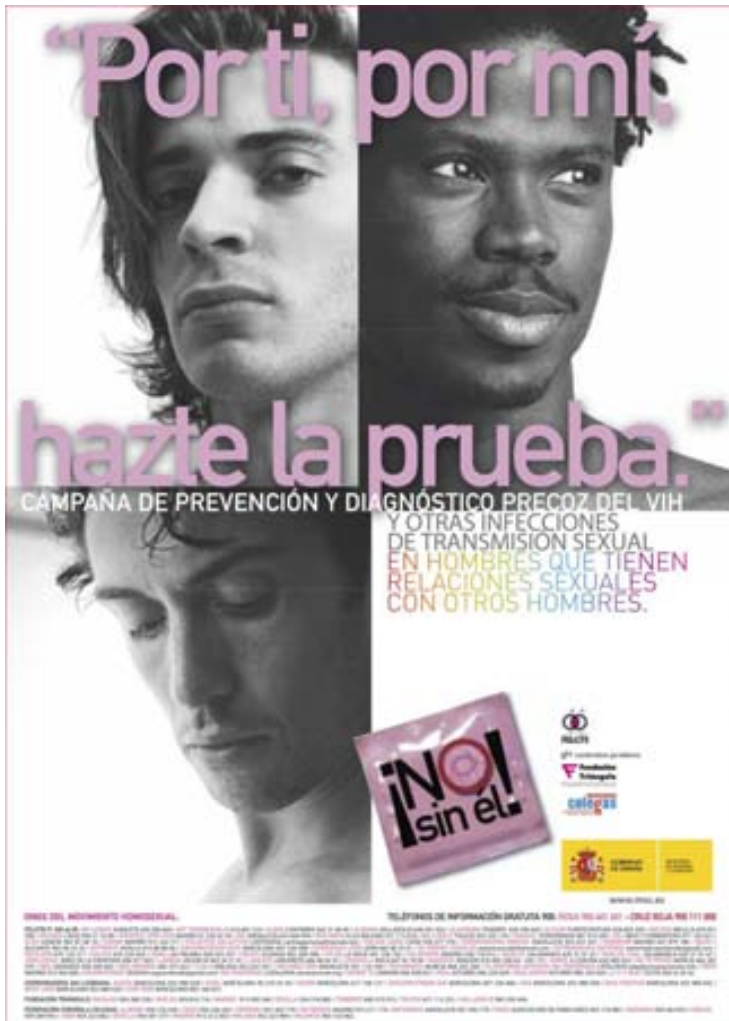
**Imagen 1:** Cartel de la campaña de prevención de VIH dirigida a HSH de 2006



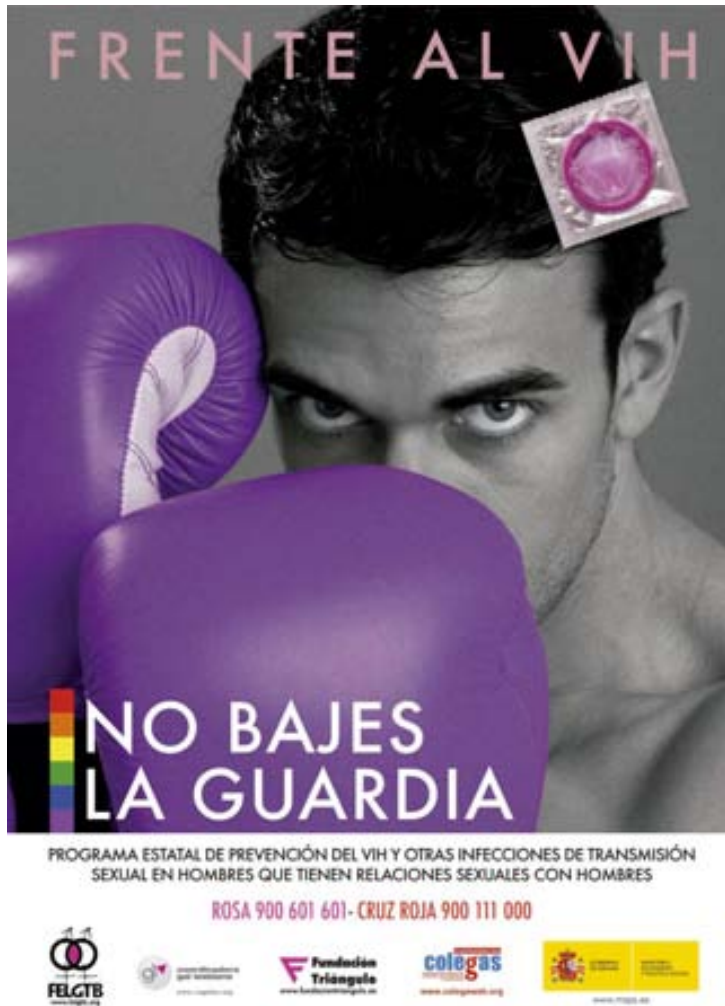
**Imagen 2:** Cartel de la campaña de prevención de VIH dirigida a HSH de 2007



**Imagen 3:** Cartel de la campaña de prevención de VIH dirigida a HSH de 2008



**Imagen 4:** Cartel de la campaña de prevención de VIH dirigida a HSH de 2009



**Imagen 5:** Cartel de la campaña de prevención de VIH dirigida a HSH de 2010





**Imagen 6:** Cartel de la campaña de prevención de VIH dirigida a HSH de 2011





## Bibliografía

- Althusser, L. (1976).** *Idéologie et appareils idéologiques d'État. Notes pour une recherche.* En L. Althusser (Ed.), *Positions* (pp. 67–125). París: Les Éditions Sociales.
- Ávila, R. y Montenegro, M. (2011).** Barebacking: condiciones de poder y prácticas de resistencia en la biopolítica de la salud sexual. *Athenea Digital*, 11(3), 27–49.
- Ávila, R. (en prensa).** Bareback sex: breaking the rules of sexual health and the assumption of risks. *Sexualities*.
- Bajtín, M. (1979).** *Estética de la creación verbal.* México: Siglo XXI.
- Beck, U. (1992).** *Risk society: Towards a New Modernity.* London: Sage.
- Beck, U. (1995).** *Ecological Politics in an Age of Risk.* Cambridge: Polity Press.
- Berg, R.C. (2009).** Barebacking: a review of the literature. *Archives of sexual behavior*, 38(5), 754–764.
- Beyrer, C., Baral, S.D., Van Griensven, F., Goodreau, S.M., Chariyalertsak, S. y Wirtz, A.L. (2012).** Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*, 380(9839), 367–377.
- Brennan, D.J., Welles, S.L., Miner, M.H., Ross, M.W. y Rosser, B.R.S. (2010).** HIV treatment optimism and unsafe anal intercourse among HIV-positive men who have sex with men: findings from the positive connections study. *AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS Education*, 22(2), 126–137.
- Burman, E. (1999, julio).** Rhetorics of psychological development: From complicity to resistance. *XXVII Congreso Interamericano de Psicología (Anais), La psicología de fin de siglo* (pp. 39–56). Caracas, Venezuela. Sociedad Interamericana de Psicología.
- Butler, J. (1992).** Sexual inversions. En D.C. Stanton (Ed.), *Discourses of Sexuality. From Aristotle to AIDS.* Michigan: The University of Michigan Press.
- Butler, J. (1997).** *The Psychic Life of Power. Theories in Subjection.* Stanford: Stanford University Press.
- Carrascosa, S. y Vila F. (2005).** Geografías víricas: hábitats e imágenes de coaliciones y resistencias. En C. Romero Bachiller, S. García Dauder y C. Bagueiras Martínez (Eds.), *El eje del mal es heterosexual* (pp. 45–60). Madrid: Traficantes de sueños.
- Castel, R. (1991).** From dangerous to risk. En G. Burchell, C. Gordon y P. Miller (Eds.), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality* (pp. 181–298). Chicago: The University of Chicago Press.

- Centro Nacional de Epidemiología (2012).** *Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España. Situación a 30 de junio de 2012*. Madrid: Autor.
- CESIDA (2011).** *Guía de estilo sobre VIH/sida*. Madrid: Autores. Recuperado el 15 de junio de 2014 de <http://goo.gl/gTt7d1>
- Charaudeau, P. (1995).** Rôles sociaux et rôles langagiers. En G.D. Veronique y R. Vion (Eds.). *Modèles de l'interaction verbale* (pp. 79-96). Aix-en-Provence: Publications Université de Provence.
- Crossley, M.L. (2002).** The perils of health promotion and the "barebacking" backlash. *Health*, 6(1), 47-68.
- Crossley, M.L. (2004).** Making sense of "barebacking": gay men's narratives, unsafe sex and the "resistance habitus". *The British journal of social Psychology*, 43(2), 225-244.
- De Cock, B. (2010).** A discourse-functional analysis of speech participant profiling in spoken Spanish. (Tesis doctoral inédita). KULeuven, Leuven, Bélgica.
- De Cock, B. y Michaud, D. (en prensa).** La expresión de la agentividad en el "Informe Retig" (Chile, 1991). *Revista Internacional de Lingüística Iberoamericana*, 13.
- De Santiago, J. (2005).** Retórica, Pragmática y Lingüística de la Comunicación. *Revista de Comunicación Lingüística*, 8, 177-208.
- Dean, T. (2009).** *Unlimited Intimacy: Reflections on the Subculture of Barebacking*. Chicago: University of Chicago Press.
- Dean, T. (2011).** Bareback Time. En E.L. McCallum y M. Tuhkanen (Eds.), *Queer Times, Queer Becomings* (pp. 75-99). Nueva York: University of New York Press.
- Drescher, J., Halkitis, P. y Wilton, L. (Eds.) (2006).** *Barebacking: Psychosocial and Public Health Approaches*. Nueva York: The Haworth Medical Press.
- Ducrot, O. (1984).** *El decir y lo dicho*. Barcelona: Paidós.
- Eco, U. (1979).** *Lector in fabula*. Barcelona: Lumen.
- European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe (2012).** *HIV/AIDS surveillance in Europe 2011*. Estocolmo: Autor.
- European Centre for Disease Prevention and Control (2013).** *STI and HIV prevention in men who have sex with men in Europe*. Estocolmo: Autor.
- Fairclough, N. (2008).** El análisis crítico del discurso y la mercantilización del discurso público: las universidades. *Discurso & Sociedad*, 2(1), 170-185.
- Fernández-Dávila, P., Folch, C., Zaragoza, K., Casabona, J. (2011).** Silence and Assumptions: Narratives on the Disclosure of HIV Status

- to Casual Sexual Partners and Serosorting in a Group of Gay Men in Barcelona. *International Journal of Sexual Health*, 23(2), 139-155.
- Fernández-Dávila, P. y Morales, A. (2013).** Discursos sobre la responsabilidad sexual en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres. *Revista Española de Salud Pública*, 87(4), 367-382.
- Gallardo-Paúls, B. (1996).** *Análisis conversacional y pragmática del receptor*. Valencia: Episteme.
- Gallardo, S. (2004).** Realizaciones léxico-gramaticales de la recomendación en artículos de medicina de la prensa escrita. *Revista de Lingüística Aplicada. Universidad de Concepción, Chile*, 42(1), 111-135.
- Gallardo, S. (2005).** Pragmatic support of medical recommendations in popularization texts. *Journal of Pragmatics*, 37(6), 813-835.
- Gallardo, S. (2009).** La estructura ilocutiva y la distinción entre géneros discursivos. En G. Ciapusio (Ed.), *De la palabra al texto. Estudios lingüísticos del español* (pp. 131-164). Buenos Aires: Eudeba.
- Garrido Medina, J. (1999).** Los actos de habla. Los enunciados imperativos. En I. Bosque y V. Demonte (Dirs.), *Gramática descriptiva de la lengua española*, vol. III (pp. 3879-3928). Madrid: Espasa.
- Gelabert, J. (2004).** *Pronominal and tempo-spatial deixis in contemporary Spanish political discourse: a corpus-based pragmatic analysis*. (Tesis doctoral inédita). Pennsylvania State University, Filadelfia.
- Giddens, A. (1991).** *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford: Stanford University Press.
- Gras, P. y García, M.A. (2010).** La delimitación de la recomendación como acto de habla. En R. Caballero y M.J. Pinar (Eds.), *Modos y formas de la comunicación humana* (pp. 681-688). Cuenca: UCM.
- Harvey, D.O. (2011).** Calculating Risk: Barebacking, the Queer Male Subject, and the De/formation of Identity Politics. *Discourse*, 33(2), 156-183.
- Íñiguez, L. y Antaki, C. (1994).** El Análisis del Discurso y la Psicología Social. *Boletín de Psicología*, 44, 57-75.
- Jacobs, R.J., Fernandez, M.I., Ownby, R.L., Bowen, G.S., Hardigan, P.C. y Kane, M.N. (2010).** Factors associated with risk for unprotected receptive and insertive anal intercourse in men aged 40 and older who have sex with men. *AIDS care*, 22(10), 1204-1211.
- Kress, G. (2003).** *Literacy in the New Media Age*. Abingdon: Routledge.
- Kress, G. (2010).** A social semiotic multimodal approach to human communication: implications for speech, writing and applied linguistic. En R. Caballero y M.J. Pilar (Eds.), *Modos y formas de la*

*comunicación humana* (pp. 77–92). La Mancha: Ediciones de la Universidad de Castilla.

**Kress, G. y Van Leeuwen, T. (2001).** *Multimodal Discourse: The Modes and Media of Contemporary Communication Discourse*. Londres: Arnold.

**Langacker, R. (1987).** *Foundations of cognitive grammar. Volume 1: Theoretical prerequisites*. Stanford: Stanford University Press.

**Larrazabal, I. (2011).** *El paciente ocasional: una historia social del SIDA*. Barcelona: Ediciones Península.

**Lattimore, S., Yin, Z., Logan, L., et al. (2008).** Situation of HIV infections and STIs in the United Kingdom in 2007. *Eurosurveillance*, 13(19), 1909.

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

**Lo Cascio, V. (1991).** *Gramática de la argumentación*. Madrid: Alianza.

**López Samaniego, A. y Taranilla, R. (2009).** La operación de recomendar en los discursos profesionales. En E. Caridad y A.F. López de Vergara (Coords.), *Las lenguas para fines específicos ante el reto de la Convergencia Europea* (pp. 459–474). Tenerife: Universidad de La Laguna.

**López Samaniego, A. y Taranilla, R. (2012).** Análisis contrastivo de la formulación de recomendaciones en dos géneros jurídicos. *Ibérica: Revista de la Asociación Europea de Lenguas para Fines Específicos (AELFE)*, 23, 65–88.

**Martín, G.J., Roqueta, J., Pazos, J.A. y Timón, M. (2012).** *Eficacia percibida de las campañas preventivas dirigidas a HSH positivos*. Ponencia presentada en el XV Congreso Nacional sobre el Sida, Madrid, España.

**Martín-Pérez, A., Menoyo, C., Poveda, A., Rodés, A., Zaragoza, K. (2007).** *Informe Cuidate.info "El sexo que practicamos"*. Barcelona: Stop sida, Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo.

**Martín Rojo, L. (2003).** *Análisis crítico del discurso*. Barcelona: Ariel.

**Martín Rojo, L. (2006).** El análisis crítico del discurso. Fronteras y exclusión social en los discursos racistas. En L. Íñiguez (Ed.) *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales* (pp. 161–196). Barcelona: Editorial UOC.

**Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013).** *Encuesta europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (EMIS)*. Resultados en España. Madrid: Secretaria General Técnica, Centro de Publicaciones.

- Mirandola, M., Folch Toda, C., Krampac, I., et al. (2009).** HIV bio-behavioural survey among men who have sex with men in Barcelona, Bratislava, Bucharest, Ljubljana, Prague and Verona, 2008-2009. *Eurosurveillance*, 14(48), 19427.
- Montenegro M. y Pujol, J. (2003).** Conocimiento Situado: Un Forcejeo entre el Relativismo Construccionalista y la Necesidad de Fundamentar la Acción. *Revista Interamericana de Psicología*, 37(2), 295–307.
- Montolío, E., García, M.A., Gras, P., López, A., Polanco, F. (2010).** Los géneros textuales de la Responsabilidad Social Corporativa. Análisis lingüístico y pragmático de las recomendaciones para elaborar la memoria. En J. García de Enterría (Ed.), *El español lengua de especialidad: la comunicación de las organizaciones empresariales* (pp. 81-94). Comillas: Fundación Comillas.
- Mowlabocus, S., Harbottle, J. y Witzel, C. (2013).** Porn laid bare: Gay men, pornography and bareback sex. *Sexualities*, 16(5-6), 523–547.
- Musolff, A. (2012).** The study of metaphor as part of Critical Discourse Analysis. *Critical Discourse Studies*, 9 (3), 301–310.
- Odets, W. (1995).** *In the Shadow of the Epidemic: Being HIV-negative in the Age of AIDS*. North Carolina: Duke University Press.
- Petersen, A. (2002).** Risk, governance and the new public health. En A. Petersen y R. Bunton (Eds.), *Foucault, Health and Medicine* (pp. 189–206). London: Routledge.
- Plan Nacional sobre el Sida (2001).** *Infección por VIH y sida. Plan Multisectorial 2001-2005*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Plan Nacional sobre el Sida (2008).** *Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida España 2008-2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Real Academia Española (2001).** *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Espasa.
- Rose, N. (1996).** *Inventing ourselves: Psychology, power and personhood*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Silvestri, A. (1995).** *Discurso Instruccional*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Sontag, S. (1989).** *AIDS and Its Metaphors*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Spears, R. (1997).** Introduction. En T. Ibáñez y L. Íñiguez (Eds.), *Critical social psychology* (pp. 1- 26). Londres: Sage.
- Starks, T.J., Payton, G., Golub, S.A., Weinberger, C.L. y Parsons, J. (2013).** Contextualizing Condom Use: Intimacy Interference, Stigma, and Unprotected Sex. *Journal of Health Psychology*, 19(6), 711–720.
- Stop Sida (Ed.) (2002).** *Cuídate.info. El sexo que practicamos*. Barcelona: Stop Sida.

- Talmy, L. (2000).** *Toward a cognitive semantics. Vol. 1.* Cambridge: MIT Press.
- UNAIDS (1998).** *AIDS and Men who have Sex with Men. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.* Recuperado el 15 de junio de 2014 de <http://goo.gl/kZQJCK>
- UNAIDS (2010).** *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010.* Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Recuperado el 15 de junio de 2014 de <http://goo.gl/1Se0h3>
- Van Dijk, T.A. (2000).** *Estudios sobre el discurso.* Barcelona: Gedisa.
- Van Dijk, T.A. (2003).** La multidisciplinaridad del análisis crítico del discurso: un alegato en favor de la diversidad. En R. Wodak y M. Meyer (Eds.), *Métodos de análisis crítico del discurso* (pp. 143-177). Barcelona: Gedisa.
- Weston, A. (2005).** *Las claves de la argumentación.* Barcelona: Ariel.
- Wolitski, R.J., Bailey, C.J., O'Leary, A., Gómez, C.A., Parsons, J.T. (2003).** Seropositive Urban Men's Study (SUMS). Self-perceived responsibility of HIV-seropositive men who have sex with men for preventing HIV transmission. *AIDS Behaviour*, 7(4), 363–372.
- Wolitski, R.J., Flores, S.A., O'Leary, A., Bimbi, D.S., Gómez, C.A. (2007).** Beliefs about personal and partner responsibility among HIV-seropositive men who have sex with men: measurement and association with transmission risk behavior. *AIDS Behaviour*, 11(5), 676–686.

## Notas biográficas



**Rubén Ávila** está realizando su doctorado en el departamento de Psicología Social de la Universitat Autònoma de Barcelona, donde ha estado trabajando como técnico de apoyo a la investigación en varios proyectos. También es voluntario activo en Stop Sida, una organización referente en la prevención del VIH para personas LGTB en España, para la que ha trabajado como coordinador de proyectos y autor de materiales de promoción de la salud sexual. Como miembro del grupo de investigación Fractalidades en Investigación Crítica, ha publicado varios trabajos sobre la violencia ejercida hacia las personas homosexuales. Sus líneas de investigación e intereses de intervención incluyen la salud sexual, los derechos y libertades sexuales y el estudio de las prácticas de gobernabilidad en la prevención del VIH.

**E-mail:** [ruben.avila.rodriguez@gmail.com](mailto:ruben.avila.rodriguez@gmail.com)



**Pedro Gras** es doctor en Lengua Española por la Universidad de Barcelona, donde ha sido profesor en las facultades de Formación del Profesorado y Filología. Actualmente, es director de Servicios Lingüísticos de CIEE Barcelona Study Center, consultor de la Universitat Oberta de Catalunya y profesor visitante de la KU Leuven (Bélgica). Sus intereses de investigación abarcan la gramática, la pragmática y el análisis del discurso. Como miembro del grupo EDAP (Estudios del Discurso Académico y Profesional), ha realizado trabajos sobre diversos aspectos de los textos académicos y profesionales, especialmente sobre el empleo de las formas directivas en documentos profesionales, tema sobre el que ha publicado diversos trabajos.

**E-mail:** [pedro.gras.manzano@gmail.com](mailto:pedro.gras.manzano@gmail.com)

If HIV-prevention efforts are less effective today than they were a decade ago, it may be because much of the current work refuses to fully accept the altered realities in which today's gay men operate. Those who are having sex without condoms are not lacking in self-esteem or filled with internalized homophobia that triggers them to self-destruct. Nor are they necessarily naïve or delusional, believing they are invulnerable to harm or disease. Even those few HIV-prevention programs that have moved into the 1990s [...] have failed to fully re-envision what an authentic new generation of HIV-prevention efforts might look like.

[Si los esfuerzos de la prevención del VIH son menos efectivos hoy de lo que fueron hace una década, debe ser porque la mayoría del trabajo actual se niega a aceptar por completo las realidades alteradas en las que el hombre gay opera hoy en día. Los que tienen sexo sin preservativo no están bajos de autoestima o llenos de homofobia interiorizada que desencadena en una autodestrucción. Tampoco son necesariamente ingenuos o ilusos, creyendo que son invulnerables al daño o a la enfermedad. Incluso esos pocos programas que se han venido a los 90 [...] han fallado en concebir globalmente cómo debería una auténtica nueva generación de esfuerzos en prevención del VIH.]

(Rofes, 1999: 17)





BLOQUE 3

# Discusión y conclusiones



## CAPÍTULO 6

## A modo de conclusiones: reflexiones sobre la prevención del VIH dirigida a HSH en la actualidad

With AIDS, the shame is linked to an imputation of guilt; and the scandal is not at all obscure. Few wonder, *Why me?* Most people outside of sub-Saharan Africa who have AIDS know (or think they know) how they got it. It is not a mysterious affliction that seems to strike at random. Indeed, to get AIDS is precisely to be revealed, in the majority of cases so far, as a member of a certain “risk group,” a community of pariahs. The illness flushes out an identity that might have remained hidden. [Con el sida, el remordimiento está relacionado con la imputación de la culpa; y el escándalo no es obscuro. Muy poco se preguntan: ¿por qué yo? La mayoría de personas fuera del África subsahariana que tienen sida saben (o creen que saben) cómo lo cogieron. No es una afección misteriosa que golpee al azar. De hecho, tener sida es precisamente ser revelado, en la mayoría de los casos, como un miembro de un cierto “grupo de riesgo”, una comunidad de parias. La enfermedad saca a relucir una identidad que puede haber estado oculta] (Sontag, 1989: 24)

Iniciaba este trabajo con la intención de ver qué posibilidades de repensar la prevención del VIH dirigida a los hombres que tenemos sexo con otros hombres trae el *barebacking*. En concreto, la pregunta que planteaba como punto de partida era «¿cuál es el papel que juegan los discursos de la promoción de la salud sexual dirigidos a HSH en España en la construcción de un contexto social en el que el *barebacking* aparece y qué relación tiene este contexto con la asunción de riesgo por parte de las personas que lo practican?» Tal como se ha ido desarrollando en los capítulos anteriores, esta tesis pretende reflexionar sobre los mecanismos de poder y gubernamentalidad que giran alrededor de la promoción de la salud sexual para HSH. Para ello, he ido exponiendo las discusiones y conclusiones que han surgido en la investigación de forma fraccionada: como apartados finales de cada uno de los artículos presentados anteriormente. En este capítulo voy a rescatar algunas de estas reflexiones para

proponer un cierre integrado a las aportaciones del trabajo. Así, presentaré en el primer apartado el resumen y la discusión de los resultados de las publicaciones.

Ahora bien, como ya he ido señalando, la tesis ha permitido establecer diálogo con diferentes personas que, de un modo u otro, tensionaban mi propio discurso sobre la prevención y sobre la asunción de riesgo en las prácticas sexuales de los hombres que tenemos sexo con otros hombres. Por ello, en estas conclusiones, además de ofrecer una revisión de las ideas que se han ido desprendiendo a lo largo de los capítulos anteriores, también discuto las estrategias de la prevención del VIH dirigidas a HSH, desde mi perspectiva de testigo modesto y a partir de las conexiones que se han establecido a lo largo de toda la investigación. Conexiones con algunas personas que practican *barebacking*, pero también con otros compañeros que trabajan en la promoción de la salud sexual dirigida a HSH en la actualidad y con otros amigos, colegas o parejas que me han ido dando su opinión y que han ido cuestionando, a lo largo de todo el proceso, las conclusiones parciales. Además, como expondré en los próximos apartados, parece que, en estos últimos meses, los discursos de prevención siguen sobrerrepresentando el riesgo de transmisión de VIH en las relaciones sexuales de hombres gays y bisexuales y se han ido introduciendo nuevas estrategias de control y cuidado de la salud (*cf.* CDC, 2014). En este sentido, se hace necesario reubicar la discusión que se ha llevado a cabo en las publicaciones anteriores en el contexto de intervención actual para (re)pensar el presente y empezar a proyectar lo que podrían ser líneas de acción e investigación futuras.

## **6.1. Discusión de los resultados: el *barebacking* y la prevención del VIH dirigida a HSH en España**

Esta investigación empezó con la realización de producciones narrativas a personas que practican el *barebacking*. Como se ha visto, la intención de elaborar textos conjuntos con hombres que asumían riesgo en sus relaciones sexuales era la de discutir, en primer lugar, el término *bareback* y ver las implicaciones que el uso de esta palabra tiene en el contexto español. Tras realizar las entrevistas, preparar y revisar las textualizaciones, y trabajar con uno de los participantes en el análisis de los datos y la discusión del estudio, presenté los resultados en un espacio de investigación académica. Así, una de

las compañeras a las que presenté el estudio (Ana Garay) me comentó que el contenido era poco crítico y estaba demasiado alineado con los participantes. Esto hizo que replanteara la argumentación del artículo. Las textualizaciones, como ya he comentado, no tienen la intención de ser una representación del fenómeno, sino que pretenden ser comprensiones alrededor de las experiencias de cada uno de los participantes sobre el *barebacking*. Sin embargo, parecía que el texto que había preparado con el análisis de los datos presentaba un estado de la ‘realidad’ sobre esta práctica. Por ello, fue necesario cambiar el enfoque de cómo se presentaba la información y pensar en cómo resaltar su contenido crítico con los discursos de prevención del VIH. Manteniendo el debate sobre los derechos sociales, las producciones narrativas eran útiles para observar las prácticas gubernamentales en la salud sexual dirigida a HSH y su relación con la asunción de riesgo.

El estudio de las relaciones de poder y de la gubernamentalidad podía servir como eje vertebrador de la discusión de las narrativas. El *barebacking* era, precisamente, una de las prácticas en las que mejor podían observarse las micropolíticas sexuales en materia de salud sexual. El hecho de que, como hemos visto, algunas investigaciones definan el *barebacking* como una práctica irresponsable o, incluso, como una perversión, se enmarca en un contexto de control de la sexualidad —sana—. Esto hace que el *barebacking* solo pueda entenderse en contraposición a la norma —de sexo más seguro— y sitúa la práctica del *barebacking* en un espacio de lo incorrecto o abyecto. Como hemos visto, este proceso puede ser entendido, también, como una práctica de resistencia para quienes asumen riesgo en el sexo con otros hombres. Como señalaba Foucault al hablar de las reacciones de histeria estudiadas por Freud (Foucault, 1976), para que haya resistencia es necesario que haya un contexto de poder determinado. Este primer análisis sobre el *barebacking* me ha permitido, pues, ver que, en efecto, existe toda una regulación sobre la salud sexual de los hombres gays y bisexuales. Una vigilancia que está muy ligada a la asociación histórica entre homosexualidad y sida, y que aparece en algunos de los fragmentos de las producciones narrativas que se han analizado. De hecho, como se desarrolla en el capítulo 3, la definición que los participantes dan sobre el *barebacking* no está tan ligada al hecho de asumir un cierto grado de riesgo en la práctica sexual, sino a una actitud frente al riesgo en el sexo, que entiende que hacerlo sin protección es una forma de despreocuparse por la transmisión del VIH. Para los participantes que no estaban infectados, esta despreocupación tenía que ver, sobre todo, con que pensaban que, de cualquier

modo, en algún momento acabarían por infectarse. Por su parte, para los participantes con VIH el hecho de tener sexo sin protección también estaba relacionado con la necesidad de desligarse del sentimiento de culpa en el sexo que tenían con otras personas (principalmente, otros hombres con VIH). Este análisis va en la línea de lo que otros autores, posteriormente, han visto en estudios sobre las actitudes frente al uso del preservativo (cf. Fernández-Dávila y Morales-Carmona, 2014).

Esta discusión de los participantes se articula, precisamente, en el sentido contrario de lo que se busca desde las políticas de salud pública. Más allá de que las investigaciones e intervenciones en materia de prevención del VIH puedan señalar que estas actitudes son cuestionables o que la gente que asume riesgos para su salud no sabe realmente lo que hace, el hecho de insistir en la obligación moral del sexo seguro no solo no es suficiente, sino que recrea un discurso moral de lo que es *bueno* o *malo* (en el sexo entre hombres). Enmarcados dentro del pensamiento crítico que se ha venido definiendo a lo largo de todo el trabajo, se analizan en el capítulo 3 los efectos de poder implícitos en las formas de conocer aquello que es normal y anormal (Foucault, 1975). Lo que propongo, pues, es que es necesario abrir el campo de debate en la reflexión sobre la intervención en salud sexual. La apuesta sería la de dejar de reforzar el establecimiento de esta *otredad* que puede poner a quienes tienen prácticas de riesgo en una posición de objeto de investigación e intervención, para poder entender que sus cuestionamientos son claves para analizar la prevención del VIH dirigida a quienes tenemos sexo con otros hombres y delimitar los problemas que esta presenta en el momento actual. Es desde esta postura desde donde parte el capítulo 4.

Al realizar las producciones narrativas con los participantes, pude observar dos aspectos esenciales para el estudio del *barebacking*. En primer lugar (desde un punto de vista temporal), al realizar las sesiones virtuales, la mayoría de participantes me preguntaron si yo era *barebacker* o no. Algunos lo preguntaron por mi cercanía con las prácticas, otros por mi conocimiento de los entornos sexuales y la jerga utilizada y otros, simplemente, porque querían saber si iban a ser cuestionados o no. En las primeras sesiones, mi postura era muy clara: no era *barebacker* pero entendía que cada uno podía decidir qué grado de riesgo quería asumir en sus relaciones sexuales y sabía que su postura podía ayudarme a discutir lo que hacíamos —y lo que se había hecho— desde la prevención. Pero mi posicionamiento fue cambiando a medida que iban pasando los días y las entrevistas. No, no era *barebacker*, pero si me paraba a



pensar, algunas de mis relaciones sexuales en los últimos años habían sido sin protección. En muchos casos, se debía a que me había acostado, sobre todo, con amigos y parejas, pero, en otros, a que, por un descuido o porque me había dejado llevar, no había utilizado el preservativo.

Entonces, ¿por qué nunca me había pensado a mí mismo como *barebacker*? Fui preguntando a amigos, a ligues y a otros compañeros, y la sensación que tenían era similar. Aunque muchos de ellos habían tenido alguna práctica sin protección, no se entendían a sí mismos como personas que asumían riesgo en sus prácticas sexuales. Tampoco se definían como *barebackers* quienes se sentían atraídos por este tipo de imaginario sexual. Dicho de otro modo, no se ponían a sí mismos en el espacio de lo anormal o inmoral. Aunque sí compartían la sensación que yo mismo había tenido, y que ha ido apareciendo a lo largo de los textos que se han presentado: cuando lo hacían sin preservativo sentían que lo estaban haciendo *mal* —a menos que fuera en el seno de una pareja estable—. Esta sensación era similar en amigos con VIH que usaban generalmente preservativo cuando no sabían el estado serológico de la otra persona —en un club de sexo, por ejemplo— y decidían no usarlo cuando se acostaban con otros chicos con VIH. Aun cuando solo lo hacían sin preservativo con personas con VIH, se sentían mal. No tanto porque pusieran en riesgo su salud, sino porque no sabían qué implicaciones tenía el sexo anal sin preservativo o la eyaculación en la boca para ellos mismos y para sus compañeros. En definitiva, tener una práctica de riesgo (o la atracción por el sexo sin preservativo) no implica, necesariamente, que alguien vaya a definirse como *barebacker*, incluso en los casos en los que ese alguien ha experimentado la sensación de equivocación y de *fallo* al tenerla.

En segundo lugar, tal como se desarrolla con más detalle en el capítulo 4, el análisis de las producciones narrativas permitía ver un cierto proceso de *irse haciendo barebacker* en algunas personas. En las producciones narrativas aparecían referencias a que, cuanto más se alejaba alguien de un imaginario de sexo convencional (y en pareja), más se iba enmarcando en otro imaginario de sexo menos estándar. Así, para algunos participantes, el hecho de sentirse atraídos por las prácticas de sexo sin preservativo o por el juego con el semen les dificultaba pensar otro tipo de prácticas que no fueran *barebackers*. Esto se veía reforzado, sobre todo, porque las parejas sexuales con las que quedaban o los contextos sociales en los que se movían acostumbraban a manejarse en una cierta asunción del riesgo. Utilizar una etiqueta como *barebackers* para reconocerse en espacios de encuentro en línea, por ejemplo, hacía que las



personas con las que contactaban también quisieran tener prácticas de riesgo. Como ya he señalado, aunque no se usara la etiqueta, la mayoría de páginas de contacto permiten definir si tienes sexo seguro (siempre, a veces o nunca), de modo que este posicionamiento puede dirigir, en cierto modo, el tipo de sexo que se va a tener. Más allá de las decisiones personales sobre la asunción (o no) de riesgo, en el capítulo 4 se estudia este contexto social en el que la necesidad de tomar partido en el sexo seguro ayuda a que el sexo sin protección no sea visto como una práctica aislada, sino, más bien, como una posición frente al riesgo. La estrategia de identificación con la salud sexual pudo (aunque no siempre fue así) funcionar en los primeros años de infección, como hemos visto en el capítulo 2. Sin embargo, este contexto de presión por el sexo seguro probablemente funcione menos en un momento histórico en el que los efectos de la infección son percibidos como menos peligrosos.

Con todo, el objetivo de este análisis era el generar un conocimiento que permitiese pensar sobre la prevención, más que seguir generando discursos de incidencia sobre el *barebacking*. Las prácticas de regulación sobre el sexo más seguro no se piensan de forma exclusiva desde una estructura de poder estructural. La asociación histórica entre homosexualidad y sida, y la alta vigilancia sobre las prácticas sexuales entre hombres —a tenor del número de nuevas infecciones que se dan en HSH— también pueden incidir en diferentes espacios de relación sexual y social de los hombres gays y bisexuales, como pueden ser las campañas de prevención, los discursos de la comunidad LGTB o la configuración de los portales de contacto sexual. Se trata, entonces, de un análisis de las diferentes convenciones de control social llevadas a cabo por las instituciones, las costumbres de regulación e identificación y las formas de producción de conocimiento contemporáneo, siguiendo la propuesta que trae la definición de gubernamentalidad de Foucault (1991). Toda esta reflexión, como ya he comentado, partía de la realización de las producciones narrativas con los participantes y de su análisis. Pero, si la intención de esta investigación era ver la relación entre el discurso de las personas que practican *barebacking* y la prevención del VIH dirigida a HSH en España, faltaba prestar atención al discurso de la intervención desde un punto de vista más analítico.

El análisis de la prevención del VIH se articula en el capítulo 5 y va en la línea de lo propuesto en los dos capítulos anteriores: poner el foco de la investigación en las prácticas gubernamentales. El hecho de elegir las campañas de prevención del VIH dirigidas a HSH y no otros textos no fue una decisión poco reflexionada. En un primer momento, pensé en analizar

los últimos Planes Multisectoriales para el VIH en España y los textos de las recomendaciones mundiales para la prevención. Estos textos guían las políticas que luego se llevan a cabo y muchas propuestas de análisis de las estructuras de poder y de gobierno van en esta línea. Pero estos textos (a) no son los discursos que, presumiblemente, escuchamos los HSH —aunque es cierto que los discursos que escuchamos están permeados por las políticas públicas— y (b) su redacción suele venir delimitada desde una posición de poder más jerárquica. Tal vez, su análisis sería pertinente si entendiéramos que la relaciones de intervención se realizan desde disposiciones estructurales que se actualizan a través de la práctica social (Bourdieu: 1989). Pero, en este caso, quería ver los discursos de la prevención entendiendo esta como una práctica que se da desde las instituciones públicas, pero también desde la propia comunidad —las entidades LGTB que participaron en la elaboración de las campañas— y que utilizan la información del conocimiento sobre la transmisión del VIH y la epidemiología de la infección.

En este artículo analizamos el texto y algunos elementos de la imagen de las campañas de prevención. Lo primero que se observaba es que la única campaña dirigida a las personas con VIH era mucho más seria y oscura que las destinadas a frenar la infección. Además, nos chocaban algunas frases que iban apareciendo en las campañas, como «si has tenido una práctica de riesgo, no esperes, hazte la prueba. Acude a tu médico, centro sanitario u ONG especializada. Allí valorarán tu caso y te dirán si has de repetirla y cuándo. *En todo caso, hazte la prueba una vez al año*» (Plan Nacional Sobre el Sida, 2009, la cursiva es mía). Por mi trabajo en Stop sida, en el que había revisado, incluso, algunas de estas campañas, sabía que la intención era la de afianzar las prácticas de sexo más seguro entre los HSH. De hecho, en el propio artículo mostramos algunos ejemplos de los objetivos que el Plan Nacional sobre el Sida establece en sus Planes Multisectoriales. Sin embargo, pudimos ver que en las campañas se definen las prácticas y sujetos *deseables* (sexo seguro, personas que se protegen y personas que no están infectadas) y los *no —o menos— deseables* (sexo sin protección, personas con VIH y personas que están poniéndose a sí mismas y a otros en riesgo de infección). Por otra parte, si bien es cierto que hay un intento por no estigmatizar a las personas con VIH con formulaciones como «el VIH no discrimina, no lo hagamos nosotros» (Plan Nacional Sobre el Sida, 2011), en general no se habla de las necesidades sexuales de la persona con VIH, que sigue apareciendo como vector de la transmisión del virus. Del mismo modo, las campañas siguen insistiendo en la gran probabilidad que hay

de tener sexo con un hombre con VIH o de que se produzca una infección en las relaciones sexuales entre HSH. El hecho de que las campañas se justifiquen desde la alerta de los casos de nuevas infecciones en los hombres que tenemos sexo con otros hombres y que se intente dar la imagen positiva de quien está teniendo prácticas seguras va en la línea de lo comentado anteriormente: las prácticas de prevención se plantean en términos binarios y, en cierto modo, también en términos morales. De hecho, como se ha visto en el capítulo 2, estas estrategias siguen presentes en la última campaña impulsada por el Ministerio de Sanidad en España.

Además, siguiendo en la línea de lo expuesto en el capítulo 4, el uso de imperativos en todos los materiales favorece la necesidad de dar una respuesta por parte del destinatario. El hecho de que haya un discurso que diga «ponte el preservativo», «hazte la prueba» o «protégete» genera un contexto en el que uno debe definirse: «sí, me lo pongo», «sí, me la hago» o «sí, me protejo». Pero, inevitablemente, también hay personas que responderán en negativo. De hecho, no solo con un «no, no me lo pongo», sino, muy probablemente con un «no, no me lo he puesto». El *fallo* en las estrategias de prevención, en un contexto en el que los discursos sobre la salud sexual se plantean en términos binarios y morales, ya no puede entenderse —por quien ha cometido el error— como una práctica aislada. Es, más bien, una práctica que posiciona a la persona sobre su actitud frente a la prevención y hace que tenga que decidirse sobre qué tipo de sexo quiere tener o ha tenido. Es decir, tener una práctica de riesgo —o que te atraiga el sexo sin protección— tiene implicaciones en cómo los hombres que tenemos sexo con otros hombres nos entendemos a nosotros mismos. Esto no quiere decir que la respuesta sea automática: tener una práctica de riesgo, como ya hemos señalado, puede ser visto como una atracción por estas prácticas pero también como algo que está mal. En cualquier caso, este cuestionamiento identitario es algo que está muy presente en las relaciones sexuales entre hombres y que lo distingue de otro tipo de relaciones sexuales (Haig, 2006).

Todas estas reflexiones, que parten de los artículos, nos llevan al interrogante de cómo repensar la intervención. A partir de lo expuesto, pareciera que la solución es dejar de intervenir. Pero, como ya se ha ido desarrollando, no es esta mi propuesta. Entonces, ¿qué posibilidades de acción nos trae este análisis? En los siguientes apartados voy a intentar situar esta discusión en el campo de la intervención e investigación social y a presentar

las implicaciones del estudio para los nuevos discursos de prevención del VIH en el contexto actual.

## 6.2. Repensando la intervención social en salud a partir de las conexiones parciales

Las visiones sobre el *barebacking* de todos los participantes ha sido clave para esta investigación. Como ya he explicado, no todas las personas que empezaron las producciones narrativas acabaron el proceso. Algunos no tenían interés en hablar del tema. Dos chicos querían hacerlo pero no estaban seguros de que quisieran que la información se publicara —con ellos tuve largas conversaciones que también influyeron en mi visión sobre el *barebacking*, pero no acabamos produciendo ninguna textualización—. Otros, simplemente desaparecieron. Pero hubo seis personas con las que sí acabamos las producciones narrativas —pueden leerse íntegramente en el anexo 2—.

Mi primer contacto fue con Apelero Jovencito, un chico joven que no estaba infectado del VIH. Este chico había empezado a tener prácticas de riesgo en los últimos meses y estaba preocupado, sobre todo, por qué pasaría en caso de que se infectara a la hora de conocer a otros chicos o a la hora de formar una familia. A medida que fuimos hablando, empezó a reflexionar sobre el riesgo que estaba asumiendo y sobre las implicaciones que tenía para su salud, pero, a la vez, no estaba seguro de querer dejar de tener relaciones sexuales sin preservativo. Estaba confundido. El chico, al final de las sesiones, me dijo que intentaría ir a una asociación de prevención del VIH para hablar del tema, pero le daba vergüenza y pensaba que le juzgarían. Junto con las sesiones que tuve con Apelero Jovencito empecé a hablar con Buscando Placer. Ellos dos fueron los participantes que después catalogaría como quienes en su apodo no se reconocían como *barebackers*, pero hacían alusión al sexo sin protección. Buscando Placer era un hombre de 40 años que decidía no usar el preservativo en sus prácticas porque le excitaban ese tipo de prácticas (sexo anal sin preservativo y eyaculación en la boca). Él se reconocía como un hombre con VIH y practicaba, generalmente, sexo con otros hombres con VIH. Según las conversaciones que tuvimos, los discursos de intervención no hablaban con él, sino de él. Por eso, no sentía que tuviera que cambiar el tipo de prácticas sexuales que tenía: se sentía mejor así.

Posteriormente, empecé a hablar con las personas que sí se identificaban como *barebackers*: BB\_Consciente y Sin Consecuencias. Ambos tenían una gran reflexión sobre cómo se maneja el riesgo en nuestra sociedad y sobre las implicaciones de la intervención social en materia de prevención. Más allá de que se sintieran o no identificados con los discursos de la prevención, los dos discutían muchas de las cuestiones que se daban por sentadas y justificaban, a partir de la crítica de la imposición por el sexo seguro, su decisión de no seguir esa norma social. Ambos coincidían en pensar que el problema del VIH no estaba tanto en los efectos del virus como en el estigma social que suponía tener VIH. Aunque hablamos, también, de su situación frente al VIH, ambos prefirieron que esto no se reflejara en las producciones narrativas, aunque sí que me autorizaron a dar la información sobre su estado serológico en caso de que a la hora de presentar los datos en un artículo fuera necesario. Las conversaciones con ellos se extendieron a lo largo de gran parte del primer momento de la investigación y fueron opinando sobre las cuestiones o dudas que les planteaba durante todo el proceso. Su cuestionamiento tenía que ver, sobre todo, con cómo se llevaba la intervención. Este cuestionamiento coincidía, en gran parte, con el de los otros chicos que también se identificaban como *barebackers* y que habían preferido no acabar las textualizaciones: no estaban de acuerdo con cómo se llevaban los mensajes de prevención. En general, el planteamiento es que eran simplistas, directivos y, en algunos casos, insultantes.

Finalmente, contacté con personas que no se identificaban como *barebackers* y que en su apodo tampoco hacían alusión al sexo sin protección. Esto lo hice publicando un mensaje en las salas generales del chat en el que pedía la colaboración de personas que habían tenido alguna práctica de riesgo en el último año de forma consciente<sup>1</sup>. Contacté, así, con dos participantes: Folloapelo y Apóstata79. Ambos decidieron participar y manifestaron practicar *barebacking* de forma ocasional. Esto, como ya he señalado, justo contradecía lo que había ido leyendo sobre *barebacking*: ¿cómo una práctica sostenida en el tiempo, podía ser ocasional? Para ellos, se trataba, sobre todo, de con quién decidían tener sexo sin protección y del significado que le daban a ese tipo de sexo. Folloapelo tenía la experiencia de haber vivido la historia del sida en su propia piel, según contaba vivió la pérdida de amigos y parejas cuando era joven y no podía, ni siquiera, decir que era gay. Para él, el *barebacking* era una nueva moda y pensaba que los discursos de prevención eran, aunque necesarios,

---

<sup>1</sup> Para una descripción completa del procedimiento seguido en la elaboración de las producciones narrativas, puede consultarse el capítulo 1.

tremendistas y inquietaban a la gente sobre los nuevos casos de infección sin pensar en las consecuencias. Por su parte, Apóstata79 tenía un discurso bastante más contundente en contra de los mensajes alarmantes y del estigma que suponía para las personas con VIH y para las personas que decidían tener prácticas sexuales. Además, para él, el hecho de que la prevención insistiera tanto en el uso del preservativo hacía que se despreocuparan otros aspectos de mucha más importancia: como el riesgo que podían tener otro tipo de prácticas de las que se hablaba menos (por ejemplo, el *piss* o el *fist-fucking*). En definitiva, las campañas eran simplistas y tampoco hablaban de los riesgos del consumo de sustancias o de cómo gestionar las relaciones sexuales en prácticas sexuales menos normativas. Con Apóstata79 tuve varias conversaciones y fue una ayuda clave en el análisis de todas las producciones narrativas.

Como puede verse, había en los textos de todos los participantes una crítica a la intervención que, en menor o mayor grado, habría la puerta al replanteamiento de lo que han sido 30 años de prevención de la transmisión del VIH. Con estas conexiones empezó esta tesis y sucedió algo que, como ya he anunciado en la introducción y en el capítulo 4, no esperaba: desde Stop sida se interesaron por los resultados de la investigación y por las posibilidades de pensar la intervención que ofrecían. Los resultados de este contacto los desarrollaré más adelante, pero me parece importante rescatar algo que sucedió en una reunión en la que se habló sobre la intervención en *barebacking*. Uno de los asistentes de la propia organización me dijo: «sí, estoy de acuerdo con lo que dices, pero, si cada vez hay más casos de infección por VIH y de coinfección entre VIH y hepatitis C, ¿cómo vamos a decirle a la gente que puede no usar el preservativo?, ¿cómo vamos a decirles a esos chicos que follan sin condón que eso no está mal?». La respuesta a esa pregunta es, precisamente, la clave de lo que podemos debatir aquí: la (buena) intención de frenar los casos de infecciones por VIH no justifica la imposición sobre un modelo sexual determinado. No solo no lo justifica, sino que, a partir de lo que hemos visto en esta investigación, seguir insistiendo en un modelo impositivo y dicotómico no tiene porqué ayudar a que las personas tengan menos prácticas de riesgo. Los mensajes de prevención que se impulsaron en los primeros años del sida no tienen en cuenta la situación actual de la infección y, en este sentido, pueden no ser efectivas ahora mismo. Seguir impulsando discursos directivos, y que no tienen en cuenta las realidades sexuales de las personas a las que van dirigidas, puede resaltar, en la actualidad, la posición de poder de quienes las elaboran, y esto puede influir negativamente en la propia prevención.

Es necesario, entonces, replantearnos nuestra tarea de intervención social en este punto. Más allá de la historia propia del VIH, el debate sobre la legitimidad de la intervención ha sido objeto de varias discusiones desde el pensamiento social crítico. La tradición psicosocial avala el proceso de la intervención social, entendiendo que el profesional debe definir un determinado problema social e incidir en él. Se interviene desde nuestra posición en los colectivos, en las comunidades y sobre las prácticas, y desde esta lógica se construyen lo que son objetos de intervención (Montenegro, 2001). En el caso del VIH, se justifica, por ejemplo, mediante la voluntad de frenar los nuevos casos de infección, la intervención y la investigación social. Se usan, como ya hemos comentado, incluso los textos de los perfiles en páginas de contacto sin el consentimiento de quien los ha escrito. En términos generales, podría decirse que se pone la atención y se interviene mediante discursos y medidas de control, como hemos visto, en aquellas personas que tienen prácticas de riesgo o, aumentando el foco, en aquellos *grupos de población* sobre los que se presupone que existen más probabilidades de tener una infección —como somos los hombres que tenemos sexo con hombres—.

En este sentido, la intervención es una estrategia gubernamental que permite ordenar a aquellas personas que no se ajustan a un modelo de comportamiento determinado. Como ya he venido desarrollando, no se trata, de forma exclusiva, de una práctica del Estado, en un sentido jerárquico, sino de diferentes prácticas de autorregulación en las que vamos participando todos los agentes implicados en la propia prevención. Este trabajo se sitúa en la línea de lo expuesto por quienes defienden que las estrategias de la intervención social pueden utilizarse desde procesos de resistencia y de transformación social para la construcción de espacios más justos y de condiciones sociales más habitables (Montenegro y Pujol, 2003; Sánchez y Almeida, 2005). Siguiendo a otros autores, defiendo, pues, que la intervención y la acción social pueden servir para abrir líneas de cuestionamiento del poder que contribuyan a su transformación (*cf.* Martínez Guzmán, 2013). Es decir, es necesario utilizar y pensar la salud sexual para que tenga en cuenta los intereses de las diferentes de todas las personas, tengan o no VIH, y se garanticen, así, los derechos sexuales de los que se hablaba en el capítulo 1.

Probablemente, algunas personas se preguntarán en este punto, ¿pero no es así?, ¿no se garantizan los derechos de todas las personas afectadas por el VIH? El hecho de que las campañas de prevención se hayan realizado, por ejemplo, con el apoyo de la propia comunidad debería ser una garantía de esto.



Sin entrar en el detalle de la situación actual, que será objeto de discusión del apartado siguiente, la ambivalencia de discursos en las propias campañas hace visible que, muy probablemente, no haya acuerdo en todos los casos sobre la información que hay que dar y sobre cómo darla entre los diferentes agentes que participan en la prevención. Un ejemplo de ello fue el problema que tuvo Stop sida con dos guías de prevención<sup>2</sup> que se basaban, precisamente, en la reducción de riesgos como estrategia para el sexo más seguro. Estas guías fueron retiradas por el Ministerio de Sanidad después de que el diario ABC se hiciera eco de la información que aparecía en las guías con el titular: «Una guía subvencionada por Sanidad induce al uso de drogas en las relaciones gays» (Villarejo, abril 2008; Libertad Digital, abril 2008)<sup>3</sup>. Promover materiales sensibles sobre el uso de drogas, sobre la ausencia del preservativo en las relaciones sexuales o sobre cómo realizar prácticas menos convencionales, como hemos visto, comporta un miedo moral y es difícil —también desde un punto de vista práctico— hacerlo. Esto es todavía más importante si nos fijamos en la salud sexual de personas con VIH. Existen, por ejemplo, muy pocos estudios sobre la interacción de los antirretrovirales con otras drogas —como la cocaína o el éxtasis— (Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH, en línea), aunque, por otra parte, algunos estudios insisten en que se usan de forma frecuente en las relaciones sexuales entre hombres (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013). Además, en las campañas analizadas, la mayor parte de los discursos sitúan a la persona con VIH como vector de infección y poco se interesan de las cuestiones que tienen que ver con su propia sexualidad.

La reflexión que trae Nikolas Rose (1996) nos ayuda a pensar sobre cómo ha ido desarrollándose la prevención del VIH en la comunidad LGTB y sobre cómo se ha llegado a este punto. Para el autor, los conocimientos expertos no se producen solo desde las estructuras de poder y se imponen a una población, más o menos, dócil o resistente, sino que se introducen, también,

---

<sup>2</sup> Estas guías están disponibles todavía a través de la página web de Stop sida (stopsida.org) y han sido valoradas desde diferentes asociaciones que trabajan por los derechos de las personas con VIH y en la prevención de la transmisión del virus (véase, por ejemplo, <http://gtt-vih.org/book/print/3011>).

<sup>3</sup> Recordemos que esto sucedió en el marco de un gobierno socialista, con Bernat Soria Escoms como ministro de Sanidad, cuando se habían destinado muchos más recursos para la prevención del VIH de lo que se han destinado en la última Legislatura: 1.375.000 de euros en la convocatoria para el año 2014 (BOE, 10 de mayo de 2014), frente a los 4.152.000 de euros en la convocatoria para el año 2008 (BOE, 16 de enero de 2008).



desde la propia comunidad y, más en concreto, desde los intereses que emergen desde la propia población. La prevención del VIH, como he desarrollado en el capítulo 2, nació precisamente desde el trabajo de una comunidad que estaba siendo diezmada y que empezó a trabajar por dar respuesta a un problema que no estaba llamando la atención de los gobiernos de la época. Nació, en definitiva, desde las preocupaciones que las personas con VIH estaban viviendo: la preocupación por seguir perdiendo a los suyos y preocupación por seguir muriendo. Esta historia ha marcado nuestras subjetividades —las de los homosexuales—, pero, sobre todo, nos permite pensar que hay una posibilidad de reversibilidad en las prácticas gubernamentales sobre nuestra salud sexual. Para ello, será necesario conocer y redefinir el contexto social desde el que está pensada la intervención a la hora de planificarla y ejecutarla.

Si la prevención se lleva a cabo siguiendo el modelo cultural en el que están inscritas las representaciones sociales que se quieren evitar, probablemente estas volverán a reproducirse. Es decir, si seguimos pensando en una lógica dicotómica, es probable que sigan produciéndose resistencias y rechazos sobre la prevención. Es necesario incluir nuevas estrategias de prevención, pensadas por todos los agentes, y trabajar contra la estigmatización de las personas con VIH. Pero, para que no persistan los estereotipos, el enfoque en la intervención social también debe pensar cómo se han construido cada uno de los significados sociales asociados al problema en el que se está trabajando (en este caso, la infección por VIH y los casos de sida).

En el caso de la intervención social proponemos que la definición de “aquello que es digno de transformación” sea hecha a partir de las articulaciones donde participen diferentes posiciones de sujeto, incluyendo quienes están definidos/as como interventores/as, personas afectadas, grupos, asociaciones y organizaciones preocupadas por la temática a tratar, instituciones, etc. y en las que sea posible negociar construcciones de lo que puede ser visto, desde diferentes posturas (conocimientos situados) como problemático. Para la definición de “lo que es necesario transformar” es importante promover conexiones donde se fijen significados a partir de dichas negociaciones. Estas estarán, a su vez, enmarcadas en contextos de relaciones de poder, autoridad, intereses, institucionalización, alianzas, etc., y será este contexto el que dibuje los límites y las posibilidades de los procesos de definición. En este sentido, la delimitación de qué es un ‘problema social’ se dará en el seno de las conexiones parciales que permitan, desde puntos nodales específicos, construir condiciones como problemáticas o dignas de cambio, es decir, la acción de definición, en estos términos, será un asunto político (Montenegro y Pujol, 2003).

Para ello, en línea con lo propuesto por los autores, es necesario construir espacios sociales que incluyan las necesidades de los diferentes actores que están involucrados en la infección por VIH en HSH —no solo las directrices del Gobierno de España y el apoyo de las asociaciones LGTB, sino también el enfoque de personas con VIH o personas que asumen un cierto grado de riesgo en sus prácticas, por ejemplo—. Lo que propongo, pues, es que la apropiación de las estructuras de gobierno sobre el discurso de la prevención, presente en ejemplos como los que he ido comentando, puede ser transformada. Es necesario crear espacios de debate que permitan volver a pensar sobre aquello que necesita transformación en el momento actual. Un momento en el que, claramente, el VIH es diferente de lo que era hace unos años y tiene unas implicaciones distintas. Esta reapropiación es todavía más necesaria si tenemos en cuenta que, actualmente, muchos de los discursos de intervención obedecen a una lógica de preocupación biomédica, en gran parte, económica.

### **6.3. Conexiones con la promoción de la salud sexual: ¿cómo pensar el VIH en la actualidad?**

En los dos últimos años de la tesis volví a retomar el contacto con Stop sida. Desde que dejé de colaborar con la asociación (principios de 2008) hasta entonces (finales de 2012) no había vuelto a hablar con la gente de la asociación. Sí que había seguido leyendo textos, asistiendo a algunos debates sobre prevención o, incluso, había contactado con otras organizaciones del Estado español. Pero mi trabajo se centró, ante todo, en el estudio de la intervención desde una perspectiva más cercana a la investigación social y en conexión con las personas que participaron en las producciones narrativas hasta el momento. Aunque no puedo recordar cómo fue todo, sí que recuerdo una conversación que me hizo especial ilusión y que ayudó a cerrar todo el proceso de investigación que se describe en este trabajo. Uno de mis antiguos compañeros había encontrado el artículo que se presenta en el capítulo 3 al buscar información sobre *barebacking* en Barcelona. Me dijo que, al leerlo, supo que yo había participado en su redacción. Pero, lo más importante, las conclusiones a las que llegábamos le parecían muy interesantes. Por eso, me pidieron que participara en una discusión sobre el *barebacking* en la propia organización, en la que también se aportaría una perspectiva más enfocada al estudio de los factores de riesgo que es la que se estaba llevando a cabo desde

el área de investigación la asociación (véase, por ejemplo<sup>4</sup>, Fernández-Dávila y Morales-Carmona, 2013, 2014; Fernández-Dávila y Zaragoza, 2011; Folch et al., 2010).

En la discusión, hubo diferentes perspectivas que se fueron debatiendo y que discutían, en parte, los argumentos que había presentado. Gracias a ello pude (i) volver a pensar algunas cuestiones —en conexión con los técnicos de la asociación— y (ii) resituar la discusión en un espacio de debate que, hasta ese momento, me resultaba menos cercano. Por una parte, este contacto se ha materializado en la elaboración de una producción narrativa con dos de los técnicos que están trabajando en la prevención del VIH en la asociación. Esta producción narrativa se encuentra en el anexo 3 y, aunque he decidido no usar ninguna cita en este apartado, su elaboración ha influido inevitablemente el texto que presento. La realización de la textualización, propiamente dicha, ha sido breve. Realizamos una única sesión en la que les presenté mis conclusiones y fragmentos de algunas narrativas y, a partir de ahí, estuvimos hablando en lo que fueron, aproximadamente, dos horas de refrescos y conversación fluida. Con todo, el contenido que aparece en el texto es el reflejo de las charlas que los tres hemos tenido en varios momentos en los últimos años: antes de dar un curso, al hablar de noticias de prensa o al enfadarnos por algunos de los discursos que leíamos en las redes sociales y que están muy presentes en la prevención en la actualidad.

Por otra parte, este contacto me ayudó a retomar y a actualizar el conocimiento que tenía sobre prevención de VIH. Por supuesto, había todo un trabajo de documentación detrás de la elaboración de la tesis, pero muchos de estos nuevos discursos no se encontraban todavía en los artículos publicados, sino que eran, más bien, tendencias de pensamiento y acciones políticas que se ponían de manifiesto, de forma más evidente, en las sesiones de trabajo o en los congresos en los que se debatía la prevención del VIH. Por ello, en este apartado voy a trasladar el debate sobre la intervención que he desarrollado en los capítulos anteriores a las discusiones actuales en materia de prevención. En estos últimos meses he tenido la oportunidad de asistir a dos jornadas de trabajo sobre prevención de VIH dirigida a HSH a nivel estatal y he podido ver cuáles eran los temas que estaban presentes y sobre los que creo que este estudio puede ayudar a repensar: la detección precoz de los nuevos casos de infección —muy ligada a la regulación de la carga viral— y la profilaxis pre-

---

4 Para consultar las publicaciones de la organización sobre prevención de VIH, puede visitarle el apartado de *Investigación* de su página web: [stopsida.org/es/investigacion](http://stopsida.org/es/investigacion)

exposición (PrEP). Estos discursos están muy ligados a la sobrerrepresentación del riesgo en las relaciones sexuales entre hombres y a la objetivación de la persona con VIH, por lo que es necesario reflexionar sobre su impacto. Más todavía, teniendo en cuenta que, como veremos, están apareciendo, incluso, en medios de comunicación.

En primer lugar, una de las *nuevas* líneas de intervención consiste en la insistencia sobre la necesidad de impulsar la detección precoz de los nuevos casos de infección (*cf.* Meulbroek et al., 2013). Por una parte, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014) ha elaborado una guía en la que se recomienda la oferta dirigida de la prueba del VIH a los hombres que tenemos sexo con otros hombres. Por otra parte, esta insistencia también puede verse en campañas en las que se nos insta (a los HSH) a realizarnos la prueba cada 3 meses<sup>5</sup> con el uso de eslóganes como «¡Cuidar de tu salud y parar la transmisión del VIH empieza por ti!» (BCN Checkpoint, 2014). Sin entrar en el detalle del análisis del discurso de estas campañas, muchas de las personas con las que he hablado —muy pocas de ellas practican *barebacking*— las perciben como agresivas. Se entrevistó una carga de responsabilidad de la transmisión del virus sobre las personas con VIH: «parar la transmisión del VIH empieza por ti». Además, el mensaje que se da es que es necesario realizarte la prueba de forma muy frecuente porque (se asume que) hay muchas probabilidades de que se produzca una infección. De hecho, en algunas noticias de prensa que se han publicado con motivo de la elaboración de esta campaña, se comenta que su objetivo ha sido el de fomentar la realización sistemática de la prueba del VIH entre la comunidad gay, con el fin de atajar el aumento «inquietante» de las infecciones (Europa Press, 2014).

Además de la alarma social que se genera sobre la posibilidad de que se produzca una infección al tener sexo con otros hombres que, como ya hemos visto, puede entorpecer la propia prevención, la detección precoz tiene también un objetivo: que las personas con VIH empiecen el tratamiento cuanto antes. No se trata solo de una garantía de acceso al tratamiento que mejoraría la calidad de vida de la persona con VIH, como pudiera pensarse. Esta estrategia tiene que ver, sobre todo, con la intención de bajar la carga viral de los

---

5 Una de estas campañas ha sido impulsada por BCN Checkpoint, la asociación que, precisamente, más pruebas rápidas realiza en Barcelona y cuyo objetivo es la realización de estos tests a los hombres que tenemos relaciones sexuales con otros hombres. Puede consultarse un ejemplo de los materiales en el siguiente enlace: [http://www.bcncheckpoint.com/wp-content/uploads/2014/07/poster\\_andrea\\_cast.jpg](http://www.bcncheckpoint.com/wp-content/uploads/2014/07/poster_andrea_cast.jpg)

hombres que tenemos sexo con otros hombres de forma colectiva (Das et al., 2010) y está muy ligada a lo que ha venido conociéndose como el «Test and treat [detecta y trata]». Desde esta perspectiva, se defiende que cuanto antes se detecten los nuevos casos de infección por VIH, antes podrá empezar a tratarse la persona con VIH. Si esto sucede, se presupone que la carga viral de estas personas descenderá y, por lo tanto, las posibilidades de que se produzca una transmisión del virus son menores. Si esto se extiende a todo un grupo determinado —como los HSH—, podría impactar en un descenso de lo que se conoce como la *carga viral comunitaria*. Los estudios justifican esta estrategia preventiva teniendo en cuenta que la mayoría de infecciones se producen cuando las cargas virales son muy altas. De ahí, por ejemplo, que desde algunas campañas se promueva la realización de la prueba cada 3 meses: se asume desde estos discursos que estos son los meses en los que la carga viral de la persona con VIH es mayor y, por lo tanto, es más probable que se produzca una transmisión del virus en caso de que haya una práctica de riesgo entre una persona con VIH y otra que no lo tiene.

Sin embargo, este tipo de estudios ha sido criticado (por ejemplo, Miller, Power y Cohen, 2013) porque el hecho de que baje la carga viral comunitaria no es una garantía de éxito. Los investigadores no desmienten que la capacidad de infección sea menor cuando la carga viral es indetectable, sino que resulta muy difícil de determinar cuál será la evolución de la carga viral en una comunidad. Además, explican que en grupos como los HSH es mucho más difícil predecir cuál será la tasa de infección, puesto que la prevalencia del VIH y de otras ITS es mayor. Con independencia de la validez de la información que aparece en estos estudios, lo que me interesa resaltar en este punto es el planteamiento de salud que subyace: la responsabilidad de la transmisión del virus vuelve a recaer en la persona con VIH. Es esta persona la que debe interesarse por su diagnóstico, empezar el tratamiento y preocuparse por alcanzar una carga viral indetectable para que no puedan producirse nuevas infecciones. El discurso es fuertemente biomédico y pasa por control del cuerpo de la persona con VIH mediante la vigilancia del virus, de forma similar a lo que sucede con otro tipo de controles biopolíticos (Preciado, 2008). En la ciudad de San Francisco de los Estados Unidos, por ejemplo, se han instaurado políticas de salud pública para empezar a tratar a las personas con VIH antes de lo que se estima necesario para su salud (Highleyman, 2010), algo que puede repercutir negativamente en su evolución a lo largo de toda la vida de tratamiento (Geng et al., 2012). Prevalcen, así, los intereses de la salud pública —que disminuya la incidencia

de VIH— por encima de los derechos de las personas —que puedan decidir si quieren o no iniciar el tratamiento en función de las implicaciones que la toxicidad de los antirretrovirales tiene para su salud—.

En segundo lugar, otra de las *nuevas* líneas de intervención va encaminada a la insistencia de que se instaure la profilaxis pre-exposición en España. El Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos recomienda desde este último año el tratamiento antes de la infección «for anyone HIV-negative who [...] is a gay or bisexual man who has had sex without a condom or has been diagnosed with a sexually transmitted infection within the past six months, and is not in a mutually monogamous relationship with a partner who recently tested HIV negative. [para cualquier persona VIH-negativa que es un hombre gay o bisexual y ha tenido sexo sin condón o ha sido diagnosticado de una infección de transmisión sexual en los últimos seis meses, y no está en una relación monógama con una pareja que recientemente ha sido diagnosticada como VIH-negativa]» (CDC, 2014). Se defiende, así, la necesidad de que una persona sin VIH también se medique como estrategia preventiva en los casos en los que se establece que hay una alta probabilidad de infección, como el de los HSH.

En el contexto español también se insiste en la *necesidad* de que las personas que pertenecen a grupos de población con una mayor prevalencia de VIH tomen tratamiento de forma más o menos sistemática antes de estar infectados, igual que sucede en los Estados Unidos (Meulbroek, Pujol, Dalmau et al., 2014). Uno de los autores de la comunicación, por ejemplo, declaró que «[1]a elevada incidencia de infección por VIH observada en el estudio se produce en un contexto en el que, en contra de lo que podría parecer, el preservativo es ampliamente usado por una mayoría de los HSH, lo que hace evidente que a su uso habrá que sumar, lo antes posible, otras estrategias preventivas como incrementar la frecuencia y periodicidad de la prueba de detección [...] y, finalmente, avanzar en la implementación de la profilaxis pre-exposición en Europa» (Pujol, en Martínez, 2014).

Ahora bien, esta estrategia no se ha demostrado eficaz en todos los casos (solo en un 70%) y, por contrapartida, expone a la persona que toma el tratamiento a un nivel de toxicidad medio (Grant, Lama, Anderson et al., 2010). El tratamiento con Truvada —la pastilla que se utiliza en la profilaxis pre-exposición— tiene efectos a medio/largo plazo, tal como se indica en su

propia página web<sup>6</sup>, en órganos vitales como el riñón, el hígado o los huesos. Sin embargo, la imagen que se vende de esta estrategia no refleja los problemas que puede acarrear. Por ejemplo, The Stigma Project ha puesto en marcha una campaña con un chico joven, guapo y sonriente con una pastilla azul en la mano<sup>7</sup> y poco preocupado sobre los efectos que pueda tener la medicación en su cuerpo. Asimismo, hay que tener en cuenta que se está impulsando esta estrategia insistiendo en su gran impacto en la mejora de la salud de las personas sin tener en cuenta que muchas personas no se la pueden pagar<sup>8</sup>, en los contextos en los que existe la posibilidad de tomarla, o no pueden acceder a ella, en los contextos en los que ni siquiera se está administrando (como el español). El hecho de promocionar la profilaxis pre-exposición, en un contexto en el que todavía no está disponible, como en el de España, puede afectar, también, a las necesidades de las personas que escuchan estos mensajes. En la producción narrativa con los técnicos que trabajan en prevención, por ejemplo, se pone de manifiesto que algunos usuarios de la organización han empezado a preguntar cómo conseguir la profilaxis pre-exposición y a interesarse por las garantías de éxito de este tratamiento.

En definitiva, tanto en el caso de la profilaxis pre-exposición como en el del aumento de la frecuencia de la realización de la prueba, los mensajes de prevención no incorporan un cuestionamiento de la propia intervención y sus implicaciones. Estas estrategias siguen enmarcándose en una lógica de objetivación de la persona con VIH, de control biomédico sobre la infección y de sobrerrepresentación del riesgo en las relaciones sexuales entre hombres. Por una parte, se da a entender que, en el sexo entre hombres, es muy probable que se produzca —o se haya producido— una infección, con independencia de las prácticas sexuales que se hayan tenido. Por otra, se responsabiliza de la transmisión a la persona con VIH. Esto, además, está influido por los intereses económicos que los laboratorios de una y otra estrategia (prueba y PrEP) tienen: la lógica del consumo permea, así, en la propia prevención sin salirse de los esquemas dicotómicos o moralizantes de los que he venido hablando a lo largo de todo el trabajo. El hecho de que existan nuevas estrategias de

---

6 Pueden consultarse en el siguiente enlace: <http://www.truvada.com/truvada-side-effects>

7 En el siguiente enlace se encuentra la imagen de la campaña de The Stigma Project: [http://www.manhuntcares.com/wp-content/uploads/2012/12/2012-12-05-WAD\\_PrEP2.jpg](http://www.manhuntcares.com/wp-content/uploads/2012/12/2012-12-05-WAD_PrEP2.jpg)

8 En Estados Unidos, el coste del tratamiento es de cerca de 1.000\$ al mes, lo que es difícil de pagar con sueldos medios de 45.000\$ anuales (Willis, 2013)



prevención no es un problema<sup>9</sup> en sí mismo, pero es necesario pensar sobre los efectos de los nuevos mensajes preventivos para no (re)producir los discursos asociados a la historia del sida y la homosexualidad. Sobre todo, porque, como hemos visto, pueden generar rechazo y ayudar a establecer categorías polarizadas sobre la asunción del riesgo en las prácticas sexuales. Pero, ¿qué hacer, entonces?, ¿qué propuestas trae consigo este análisis?

#### **6.4. Propuestas sobre cómo seguir en la acción y la investigación**

Este trabajo no tiene la intención de proponer líneas de acción futuras sobre la prevención. Lo que quiero, más bien, es reflexionar sobre la intervención, en la línea de lo que ya he ido apuntando, y pensar en qué posibilidades de repensar la prevención abre el acercamiento al *barebacking* de este trabajo. La discusión de esta tesis se enmarca dentro de una perspectiva de la psicología social como herramienta crítica para el análisis de los efectos de la intervención, en la línea de lo propuesto por otros autores (véase, por ejemplo, Íñiguez-Rueda, 2003). No ha sido el objeto de esta investigación proponer líneas que permitan mejorar la intervención social porque creo que, para poder hacerlo, habría que cuestionarse cómo se entiende la intervención social en materia de VIH y eso podría constituir el cuerpo de otro trabajo. Con todo, no quería cerrar este capítulo sin esbozar lo que podrían ser líneas de acción futuras en el campo de la salud sexual dirigida a los hombres que tenemos sexo con otros hombres. Como cualquier otra intervención, estas líneas pueden ser concebidas como prácticas gubernamentales que se enmarcan en un enfoque de derechos. La intención de esta reflexión es la de pensar en cómo podríamos hacer para que la prevención del VIH dirigida a los HSH no se acabe convirtiendo en un ejercicio de poder coercitivo que cristalice las discriminaciones hacia los hombres gays y bisexuales, y hacia las personas con VIH.

---

<sup>9</sup> Creo, por ejemplo, que la profilaxis pre-exposición puede resultar útil para algunas personas que quieran parejas sero-discordantes (es decir, un miembro de la pareja tiene el VIH y el otro no). De todos modos, como digo, no se ha demostrado hasta el momento la eficacia en todos los casos y depende de factores como el hecho de que la pareja sexual tenga la carga viral indetectable o no haya ningún otro tipo de infección de transmisión sexual. Habría que ver, entonces, qué problemas puede traer para la pareja el dejar de usar el preservativo y que pueda producirse una infección en caso de que no se cumplan estos factores.



Como señalaba en el capítulo 2, el VIH también ha traído a nuestra cultura el aglutinamiento y trabajo conjunto de todas aquellas personas que se veían afectadas por el virus. Ha sido un trabajo comunitario que, sobre todo en los primeros años, se ha repensado y reconfigurado a partir de necesidades tan básicas como la propia supervivencia. Sin embargo, en los últimos años, la prevención ha pasado a ser, en muchos casos, una estrategia de gobierno pensada por técnicos de salud que pretenden frenar los nuevos casos de infección. Esta intervención, además, está afectada por la reducción de los presupuestos públicos para las ayudas a la prevención y al trabajo por la salud sexual. Como ya hemos visto, el presupuesto que se destina a la prevención se ha reducido en los últimos años y, aunque el último Plan Multisectorial frente a la infección por VIH del Ministerio de Sanidad abarcaba la intervención de 2008 a 2012 (Plan Nacional sobre el SIDA, 2008), todavía no se ha publicado el nuevo plan estratégico.

Por ello, creo que es necesario recalcar la importante labor que se ha hecho en prevención y tomar los cuestionamientos que se han presentado como elementos para reflexionar sobre los efectos de la intervención y delimitar qué mecanismos de la estructura social pueden influir en nuestra propia salud. Propongo, en este punto, que este replanteamiento de enfoque vaya en consonancia con las primeras involucraciones de quienes trabajaron en el campo del VIH/sida, que, sobre todo, reclamaba la garantía de los derechos que estaban siendo vulnerados (en los primeros años, el derecho a la propia vida). Traer ese planteamiento comunitario a la lucha actual puede ayudarnos a repensar nuestras propias acciones. En concreto, a partir de la reflexión expuesta en todo este capítulo y de la realización de la producción narrativa con los agentes de salud, quiero destacar la idea de que, desde esta perspectiva, es necesario articular la promoción de la salud sexual dirigida a HSH para que (i) no estigmatice a las personas con VIH, (ii) tenga en cuenta las necesidades de todos los que estamos afectados por el virus y (iii) reflexione sobre los efectos del VIH y su tratamiento en la actualidad.

En primer lugar, el hecho de que se insista, por ejemplo, en que es necesario controlar la carga viral o es necesario realizarse la prueba del VIH de forma frecuente participa, nuevamente, en la objetivación de la persona con VIH. Como hemos visto, se controla (biomédicamente) la salud de la persona con VIH para reducir el número de nuevas infecciones. El mensaje que se lanza es que, por una parte, las personas con VIH deben controlar su estado de salud y, por otra, las personas que pueden serlo deben diagnosticarse lo antes

posible para empezar el tratamiento. Esto afecta a la prevención porque puede generar un rechazo en quienes no quieren ser vistos como los responsables de la transmisión del VIH y sigue reforzando, en cualquier caso, una imagen negativa de quien tiene el virus. Además, tiene unos efectos concretos sobre las personas con VIH, como la prescripción de los fármacos antirretrovirales de forma prematura. Del mismo modo, el hecho de insistir en la necesidad de controlar la carga viral puede suponer un aumento de la preocupación por el estado de salud que, si, en algunos casos, ya está presente en las personas con VIH (Fuster, 2011), podría aumentar.

Como hemos señalado, una de las críticas que aparecían en las producciones narrativas era la desafección por los discursos de prevención: algunos participantes no sentían que los mensajes de las ONG o de las instituciones estuvieran dirigidos a ellos. Esto mismo se ha puesto de relieve en el análisis del discurso de las campañas: la mayoría de mensajes dirigidos a personas con VIH solo abordan la información que tiene que ver con la posibilidad de transmitir el VIH. Teniendo en cuenta que, como he venido señalando, puede ser difícil mantener las prácticas de sexo más seguro en todo momento (también para las personas con VIH), es necesario repensar los discursos de salud para que no estén solo enfocados al control de la enfermedad. Lo que sugiero es que el trabajo por la promoción de la salud sexual debe estar dirigido a todas las personas —tengan o no el virus— para poder ser efectivo y para poder reconfigurar los significados negativos asociados a las personas con VIH. Así, por ejemplo, sería necesario que los mensajes (y las acciones) de promoción de la salud sexual dirigidos a HSH tuvieran en cuenta, también, la salud y la sexualidad de las personas con VIH. Que incluyeran, por ejemplo, cuestiones relacionadas con la culpabilidad asociada a la infección, el miedo a transmitir el VIH (incluso cuando se usa el preservativo en las relaciones sexuales) o las dificultades de enfrentarse a una situación de sexo con una pareja casual de la que se desconoce su situación frente al VIH (por el miedo a infectar o por el miedo al rechazo). También sería necesario tener en cuenta en las intervenciones las necesidades de salud específicas de las personas con VIH (como la importancia de la coinfección con otro tipo de enfermedades, como la hepatitis C) o las interacciones entre el tratamiento y otro tipo de sustancias.

En segundo lugar, en la línea de lo expuesto en el punto anterior, la intervención debe garantizar que sus acciones están recogiendo las necesidades del mayor número de personas posibles. Nuevamente, si las acciones se piensan desde una estructura de poder que no tiene en cuenta a las personas a quienes

va dirigida, es muy probable que existan prácticas de resistencia sobre ese poder. Como hemos visto, el hecho de que los discursos de las organizaciones comunitarias y de las instituciones públicas sean simplistas y totalitarios puede afectar a la forma en que pensamos nuestra salud sexual y a cómo nos relacionamos con el sexo seguro. Los mensajes de las campañas analizadas estaban dirigidos a un tipo de prácticas muy concretas y que, probablemente, sean vistas como poco cercanas para el destinatario. Por ejemplo, en general, se presupone que la práctica sexual se da en un contexto controlado: sexo en pareja (ocasional o no) y en un espacio, más o menos, íntimo. Sin embargo, las prácticas sexuales de riesgo también pueden tener lugar en clubes de sexo, en situaciones de consumo de sustancias o, incluso, pueden verse influidas por otros factores contextuales como la confianza con el compañero sexual. Lo que propongo es que, para poder garantizar una prevención efectiva, esta debe ser una herramienta que permita que las personas alcancen sus propios objetivos, movilizándolo un discurso crítico sobre los discursos de prevención y sobre sus propias prácticas. En otras palabras, seguir enviando directrices como «ponte el condón» puede no funcionar. Además, no ayuda a la conciencia crítica de las personas a las que van dirigidas estas directrices y favorece la constitución de un contexto dicotómico frente al sexo seguro. En este sentido, creo que es necesario deconstruir esa imposición sobre la adopción de prácticas de sexo seguro, teniendo en cuenta, sobre todo, que las probabilidades de transmisión del virus son más o menos modulables y esta alta vigilancia no existe en otro tipo de prácticas. Deberían realizarse, por ejemplo, estudios que analizaran los efectos de un enfoque integral en la salud sexual a largo plazo.

En tercer lugar, la intervención debe tener en cuenta los efectos de su propio discurso sobre la enfermedad y sus implicaciones. El hecho de insistir en la necesidad de prevenirse mediante formulaciones como «el inquietante aumento de nuevas infecciones» genera una alarma sobre la infección. Sigue calando, así, el mensaje de que por tener sexo con otros hombres es muy probable que se transmita el virus. Si bien el número de nuevas infecciones entre los hombres que tenemos sexo con otros hombres sigue aumentando (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013), este tipo de mensajes suponen una sobrerrepresentación del riesgo en las prácticas sexuales entre hombres que puede afectar negativamente a la intervención, como se ha señalado.

En resumen, la prevención dirigida a HSH —y quienes trabajamos en esta prevención— debe preguntarse qué efectos tiene la propia intervención sobre la vivencia del VIH para la amplia variedad de personas a quienes va

dirigida: personas con VIH, personas que no saben si lo tienen, personas que a veces asumen riesgo, otras que nunca lo han asumido, chicos que lo asumirán, otros que viven una sexualidad en pareja, hombres que no reconocen tener sexo con otros hombres, otros que sí lo reconocen y tienen, sobre todo, sexo en cuartos oscuros, y un largo etcétera. En este trabajo he intentado poner en cuestión mis propias conexiones y establecer nuevos anclajes que me han permitido romper algunos presupuestos sobre el sexo seguro en los hombres que tenemos sexo con otros hombres. Ha sido un ejercicio de construcción conjunto que solo puede entenderse como un aporte modesto a la discusión sobre la prevención. Es necesario, pues, seguir pensando sobre la intervención desde otros espacios, desde otras conexiones que aquí no se han dado pero que tienen posibilidades en el futuro. Reflexionar, en definitiva, sobre los efectos de la prevención y, más concretamente, sobre el papel que juega esta intervención en la configuración de los significados que van ligados al riesgo, al VIH y a la homosexualidad.

## Referencias

- Bourdieu, P. (1989). From the sociology of academics to the sociology of the sociological eye. *Sociological Theory*, 7, 11-18.
- CDC (2014). *Us Public Health Service. Preexposure Prophylaxis For The Prevention Of Hiv Infection In The United States – 2014. A Clinical Practice Guideline*. United States: Department of Health & Human Services.
- Europa Press (2014). *Entidades impulsan una campaña para atajar el aumento “inquietante” de casos de VIH*. Recuperado el 15 de septiembre de 2014, de <http://goo.gl/z7U1Ng>
- Fernández-Dávila, P.; & Morales-Carmona, A. (2014). “Me olvidé que tenía el VIH”: motivos para tener penetración anal sin condón en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres en España. *Revista multidisciplinar del SIDA*, 1(2): 7-24.
- Fernández-Dávila, P.; & Morales, A. (2013). Discursos sobre la responsabilidad sexual en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres. *Revista Española de Salud Pública*, 87(4), 367-382.
- Fernández-Dávila, P.; & Zaragoza Lorca, K. (2011). Young men who have sex

- with men: a group at high risk for HIV infection? *Gaceta Sanitaria*, 25(5), 372-378.
- Folch, C.; Muñoz, R.; Zaragoza, K.; & Casabona, J. (2009). Sexual risk behaviour and its determinants among men who have sex with men in Catalonia, Spain. *Eurosurveillance*, 14(47), 19415.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité. 1. La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- Fuster, M.J. (2011). *La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento*. Tesis doctoral: UNED.
- Geng, E.; Hare C.B.; Christopoulos, K. et al. (2012). Trends in clinic viral load at a public health HIV/AIDS clinic in San Francisco from 2001-2011. *XIX International AIDS Conference (AIDS 2012)*. Washington, DC, July 22-27, 2012.
- Grant, R.M.; Lama, J.R.; Anderson, P.L. et al. (2010). Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *The New England Journal of Medicine*, 363: 2587-2599.
- Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (en línea). *Drogas recreativas y VIH*. *Infovih*, 55. Recuperado el 15 de septiembre de 2014, de [http://gtt-vih.org/files/active/o/InfoV\\_esp\\_55.pdf](http://gtt-vih.org/files/active/o/InfoV_esp_55.pdf).
- Haig, T. (2006). Bareback sex: Masculinity, silence, and the dilemmas of gay health. *Canadian Journal of Communication*, 31, 859-877.
- Highleyman, L. (2010). Community Benefits of "Test and Treat". *The Body Pro*. Recuperado el 15 de septiembre de 2014, de <http://www.thebodypro.com/content/art58408.html>
- Íñiguez-Rueda, L. (2003) La psicología social como crítica: Continuismo, estabilidad y efervescencias tres décadas después de la 'crisis'. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 37(2): 221-238.
- Libertad Digital (2008). Sanidad afirma que ni revisó ni aprobó los contenidos de "Esta guía va de culo". Recuperado el 15 de septiembre de 2014, de <http://www.libertaddigital.com/sociedad/sanidad-afirma-que-ni>

- reviso-ni-aprobo-los-contenidos-de-esta-guia-va-de-culo-1276328905/
- Martínez, F. (2014). AIDS 2014: Elevada incidencia de infección por VIH entre hombres gays y otros HSH en Barcelona. *Grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH*. Recuperado el 15 de septiembre de 2014, de [http://gtt-vih.org/actualizate/la\\_noticia\\_del\\_dia/25-07-14](http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/25-07-14).
- Martínez Guzmán, F.A. (2013). Tecnologías psicosociales de investigación y acción: un trayecto de crítica y transformación a partir de las identidades transgénero. *Tesis doctoral*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Meulbroek, M.; Ditzel, E.; Saz, J.; Taboada, H.; Pérez, F.; Pérez, A.; & Pujol, F. (2013). BCN Checkpoint, a community-based centre for men who have sex with men in Barcelona, Catalonia, Spain, shows high efficiency in HIV detection and linkage to care. *HIV medicine*, 14(S3), 25-28.
- Meulbroek, M.; Pujol, F.; Dalmau, A. et al. (2014). ITACA: The implementation of a cohort of HIV negative MSM among clients of a Community-Based Center in Barcelona. *AIDS 2014. 20th International AIDS Conference*. July 20-25, 2014. Melbourne.
- Miller, W.C.; Power, K.A.; & Cohen, M.S. (2013). Community viral load as a measure for assessment of HIV treatment as prevention. *Lancet of Infected Diseases*, 13(5): 459-464.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Encuesta europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (EMIS)*. Resultados en España. Madrid: Secretaria General Técnica, Centro de Publicaciones.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Guía de Recomendaciones para el diagnóstico Precoz del VIH en el ámbito sanitario*. Madrid: Secretaria General Técnica, Centro de Publicaciones.
- Montenegro, M.; & Pujol, J. (2003). Conocimiento Situado: Un Forcejeo entre el Relativismo Construccionalista y la Necesidad de Fundamentar la Acción. *Revista Interamericana de Psicología*, 37(2), 295-307.
- Montenegro, M. (2001). Conocimientos, agentes y articulaciones: Una mirada situada a la intervención social. *Tesis doctoral*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

- Das, M.; Chu, P. L.; Santos, G. M.; Scheer, S.; Vittinghoff, E.; McFarland, W.; & Colfax, G. N. (2010). Decreases in community viral load are accompanied by reductions in new HIV infections in San Francisco. *PloS one*, 5(6): e11068.
- Plan Nacional sobre el Sida (2008). *Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida España 2008-2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Preciado, B. (2008). *Testo yonqui*. Madrid: Espasa Calpe.
- Rose, N. (1996). *Inventing our selves: Psychology, power and personhood*. New York, USA: Cambridge University Press. Spears, Sánchez y Almeida, 2005
- Sánchez, M.E.; & Almeida, E. (2005). *Las veredas de la incertidumbre: Relaciones interculturales y supervivencia digna*. Puebla: Universidad Iberoamericana. Searle, John
- Sontag, S. (1989). *AIDS and Its Metaphors*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Villarejo, E. (2008). Una guía subvencionada por Sanidad induce al uso de drogas en las relaciones gays. *ABC*, 24 de abril de 2008.
- Willis, A.C. (2003). How Prepared are we for PrEP? *Positive Lite*. Recuperado el 15 de septiembre de 2014, de <http://www.positivelite.com/component/zoo/item/how-prepared-are-we-for-prep>

Distinct from a view that casts the operation of power in the political field exclusively in terms of blocs which vie with each other in terms of policy questions, hegemony emphasises the ways in which power operates to form our everyday understanding of social relations, and to orchestrate the ways in which we consent to (and reproduce) those tacit and covert relations of power. [...] Moreover, social transformation occurs not merely by rallying mass numbers in favour of a cause, but precisely through the ways in which daily social relations are rearticulated, and new conceptual horizons are opened up by anomalous or subversive practices.

[A diferencia de una visión que forja la operación de poder en el campo político exclusivamente en términos de bloques separados que compiten entre sí por el control de las cuestiones políticas, la hegemonía pone el énfasis en las maneras en que opera el poder para formar nuestra comprensión cotidiana de las relaciones sociales y para orquestar las maneras en que consentimos (y reproducimos) esas relaciones tácitas y disimuladas del poder. [...] Más aún, la transformación social no ocurre simplemente por una concentración masiva a favor de una causa, sino precisamente a través de las formas en que las relaciones sociales cotidianas son rearticuladas y nuevos horizontes conceptuales abiertos por prácticas anómalas y subversivas].

(Butler, 2000: 13-14<sup>1</sup>)

---

<sup>1</sup> Butler, J.; Laclau, E.; & Zizek, S. (2000). *Contingency, Hegemony, Universality. Contemporary Dialogues on the left*. New York: Verso.





BLOQUE FINAL

Anexos



## ANEXO I

## Páginas web sobre *barebacking*

### Portales de contactos

<https://www.barebackrt.com/default.php>

<https://barebackcity.info>

<http://www.men4bareback.com>

<http://anonbareback.com>

### Algunos de los blogs más visitados sobre *barebacking*

[Abeardedbiy.tumblr.com](http://Abeardedbiy.tumblr.com)

[Barebackbtmfag.tumblr.com](http://Barebackbtmfag.tumblr.com)

[Creampie-spotter.tumblr.com](http://Creampie-spotter.tumblr.com)

[Gaycumeating.tumblr.com](http://Gaycumeating.tumblr.com)

[Germanfucker.tumblr.com](http://Germanfucker.tumblr.com)

[Lvitraw.tumblr.com](http://Lvitraw.tumblr.com)

[Nocondomsallowed.tumblr.com](http://Nocondomsallowed.tumblr.com)

[Proteinmouth.tumblr.com](http://Proteinmouth.tumblr.com)

[Slamdragon.tumblr.com](http://Slamdragon.tumblr.com)

[gaysincondon.blogspot.com.es](http://gaysincondon.blogspot.com.es)

[sexosintabues.com/RelatosEroticos-18527.html](http://sexosintabues.com/RelatosEroticos-18527.html)

[gaygangbooks.com/Categorias/Bareback](http://gaygangbooks.com/Categorias/Bareback)

### Algunos enlaces web sobre *barebacking* en España

<https://www.facebook.com/barebackstation.es>

<http://www.gaybook.es/group/566>

<https://www.barebackcity.info/?lc=es>

<http://orgias-bareback-madrid.6899.x6.nabble.com>

<http://grupos.universogay.com/barebackbarcelonaworld/>

<http://grupos.universogay.com/barebacksexoalpelosincondon/>

<http://www.tuamo.net/ORGIAS.APELO.BARNA>

[http://www.xtube.com/groups/group\\_home.php?g=bareback\\_barcelona](http://www.xtube.com/groups/group_home.php?g=bareback_barcelona)

<http://www.tuamo.net/orgiabaremadrid>

[http://www.tuamo.net/relatos/ver\\_relatos/21010](http://www.tuamo.net/relatos/ver_relatos/21010)

## ANEXO 2

# Producciones narrativas con hombres que asumen riesgo en sus prácticas sexuales con otros hombres

## A2.1. Guion de entrevista

### Primera sesión

#### BLOQUE 1. PRÁCTICAS *BAREBACKERS*

1. Preguntar sobre las prácticas que considera *barebacker*. En el caso que solo conteste sexo sin protección, indagar en las prácticas que la participante considera como “sexo sin protección”. Traer a la conversación las prácticas concretas.
2. En el caso de que no se aclare en la conversación, preguntar específicamente si el sexo oral también lo considera *barebacking*.
3. En el caso de que no se aclare en la conversación, preguntar específicamente si el sexo sin protección en pareja también lo considera *barebacking*.
4. En el caso de que no se aclare en la conversación, preguntar específicamente si el sexo sin protección en heteros también lo considera *barebacking*.

#### BLOQUE 2. PRÁCTICAS PROPIAS

1. Preguntar si practica el *barebacking*, tal y como lo haya definido.
2. Preguntar las prácticas concretas que realiza.
3. Preguntar sobre el morbo en esas prácticas, especificando cada una de las prácticas a las que el participante le esté dando relevancia.

4. Preguntar si la práctica *barebacker* es habitual o casual.
5. Si no siempre practica *barebacking*, preguntar sobre las diferencias.

#### BLOQUE 3. RIESGO

1. Si no ha salido antes, preguntar: “hay gente que dice que para que se considere el sexo como *barebacker* tiene q haber un morbo por el riesgo, otros q creen que no, otros que según con quién. ¿Me podrías decir tú qué opinas de eso?”
2. Preguntar sobre las veces en que él ha practicado el *barebacking* por el riesgo, si es que lo ha hecho.
3. Preguntar si su asunción de riesgo (si la hay) es habitual o casual.
4. Si no juega siempre con el riesgo, preguntar sobre las diferencias.
5. Preguntar acerca de su creencia sobre el riesgo que, en general, la gente asume.

#### BLOQUE 4. SUJECIÓN

1. Preguntar si se considera *barebacker*.
2. Si no entiende la pregunta no hacer hincapié.
3. Si quiere hablar sobre el tema, pedir que, teniendo en cuenta lo que hemos estado hablando, escriba una breve presentación.

#### BLOQUE 5. PRÁCTICAS

1. Preguntar dónde conoce la gente para practicar el *barebacking*.
2. Hablar sobre fiestas, etc.
3. Hablar sobre los contactos en Internet.
4. Hablar sobre el *barebacking* con amigos.
5. Hablar sobre el *barebacking* con pareja.

#### BLOQUE 5. SALUD SEXUAL

1. Preguntar por su posición respecto a los discursos de promoción de la salud sexual.
2. Si no quiere hablar del tema, no hacer especial hincapié.
3. Si sale el tema del miedo a la infección, preguntar exactamente a qué tipo de infección (VIH, otras ITS, reinfección si ya es seropositivo) tiene miedo y cómo vive este miedo aún teniendo las prácticas *barebackers*.
4. Preguntar si conoce alguna campaña sobre salud sexual.

5. Preguntar sobre su posición con respecto a la información existente sobre VIH/sida y otras ITS.

## Segunda sesión

1. Revisar el texto escrito (enviado previamente por correo electrónico).
2. Aclarar dudas tanto por parte de la participante como por parte de la investigadora.
3. Presentar el texto de Sejo Carrascosa, para preguntar:
4. ¿Conoces este tipo de discursos?
5. ¿Quieres hablar sobre qué te parecen? En caso de que la respuesta sea que sí quiere, indagar en su posición respecto a estos discursos: puntos en tensión y puntos compartidos. Asimismo, elaborar una respuesta a este tipo de textos, establecer como un diálogo con la autora.

### A2.2. Texto que se presentaba (Carrascosa, en línea)

#### Estoy a favor del *barebacking*

Está claro que la función de cualquier movimiento reivindicativo u organización que estén basados en la constatación de un déficit, es la de desaparecer una vez se hayan conseguido sus objetivos y superados los déficits.

Por eso la función de las Comisiones Antisida sería, y es lo deseable, que desaparecieran; que dejaran de existir cuando toda la población conociera los mecanismos de transmisión del VIH y supiera como evitarla.

Pensando en mi edad, y en el tipo de trabajos precarios al que nos vemos abocados, un técnico en prevención como yo tiene que estar indudablemente a favor del uso y difusión del *barebacking*, si quiere seguir trabajando en algo que es interesante y está medianamente bien pagado.

Yo ya contaba que, gracias al *barebacking* del que no se habla -ese que practican tantos y tantos de los heterosexuales- iba a tener trabajo para rato, pero como resulta que además de trabajar en prevención soy maricón, pues, y ripios fáciles aparte, mi campo de actuación son los HsH, hombres que se relacionan sexualmente con otros hombres, que son, según las últimas noticias -que algunos consideran alarmistas-, los que se han apuntado a la “nueva” moda del *barebacking*. Estas noticias las veo como una promesa para mi jubilación, para mí son solo líneas y líneas ocupando hojas en mi vida laboral.



Desde mediados de los noventa, con la aparición de los retrovirales, ya había notado un cierto relajamiento en la discriminación y represión de las prácticas y la visibilidad homosexuales. La homofobia, que siempre está al acecho, creó los grupos de riesgo para poder volver a conducir a los gays al redil de la perdición y el pecado, esta vez con castigo divino en la tierra, pero los gays reaccionaron, hablaron de prácticas y no de sexualidades u orientaciones, exigieron la prevención y la información como armas para evitar la expansión, obligaron a autoridades y laboratorios a investigar los medicamentos que ralentizaban la replicación del virus, y aún así, seguíamos en el ojo del huracán por no negarnos a practicar sexo, un sexo al que de una forma optimista empezamos a llamar más seguro. Logramos que hasta desde sectores no muy reaccionarios fuéramos considerados como una de las partes más activas en la lucha contra la pandemia del SIDA, tanto que hemos sido premiados con políticas igualitarias que nos han llevado hasta, fíjense, el matrimonio.

Pero el nuevo siglo ha vuelto a poner las cosas en su sitio y todo gracias a *barebacking*, que por si alguien no lo sabe consiste en hacer sexo sin protección, física o mental, alguna.

Gracias, insisto, al *barebacking* las personas que trabajamos como técnico@s de prevención tenemos nuestro puesto de trabajo asegurado. No podemos, pues, más que congratularnos por el aumento que dicen tiene este tipo de prácticas. Basta visitar cualquier página web o club para darse cuenta de que con esa ingenuidad o ignorancia -más propia de los discursos blandos y lánguidos de los amores heterosexuales que caracterizan los perfiles de los participantes-, las transmisiones seguirán aumentando más y más. Me refiero a esas memeces de buscar y darse el “regalo” (cuando muchos podrían poner una tienda de complementos), que por un lado recuerdan a los embarazos que se producen en las relaciones de los heteros, por esa triste cuestión de dejar frutos visibles y no deseados tras el sexo; y por otro a esa ingente literatura que desde el romanticismo ha tratado de unir la pasión y el sexo con la muerte; triste lectura del Eros y Tánatos.

En conclusión, que a lo que estamos asistiendo no es más que a un torpe remedo de los modelos sexuales heterocentros, verdadero núcleo duro del *barebacking*, y es que, por mucho que nos pese a cuatro mariquitas progres, el empeño de muchos maricones ha sido el de llegar a ser tan vulgares y ordinarios como las personas heterosexuales.

Pero el *barebacking* no solo servirá para crear puestos de trabajo en salud pública, habrá otros muchos campos laborales que saldrán altamente

favorecidos con la expansión de estas prácticas. Mi tía Enriqueta, abogada ella, ya se está preparando las denuncias que se interpondrán por los contagios producidos, a los compañeros sexuales, a los dueños de clubes y locales, a las páginas web... Denuncias que irán creando jurisprudencia y aumentando el monto de las compensaciones. Las compañías de seguros podrán ver cómo crecen sus beneficios, gracias a las primas elevadas a las que someterán a sus asegurados para que luego puedan tener algún tipo de tratamiento, porque después del tabaco, habrá muchas enfermedades que no entrarán en los servicios sanitarios públicos, ya que estos no aguantarán sus déficits económicos y alegarán que cierto tipo de prácticas riesgosas para la salud serán, única y exclusivamente, opciones personales y como tal no tendrán cobertura.

Otro de los sectores que saldrá altamente beneficiados será, cómo no, el de los laboratorios farmacéuticos, ante la aparición de nuevas cepas gracias a las reinfecciones y resistencias del virus, porque muchos buscadores del “regalo”, en su ingenuidad, ignorantes de su condición serológica llegarán al conocimiento con cuatro o cinco enfermedades en este caso no tan oportunistas, y con una carga viral de millones de copias de una cepa hiper-resistente, pero esto debe ser muy atractivo para los practicantes del *barebacking*. Me imagino su excitación al saber que ya han agotado todos los tratamientos, esperando desesperadamente el descubrimiento de un nuevo antirretroviral que les haga sobrevivir, viéndose postrados en la cama con aftas dolorosas en la boca que les producen tremendos dolores solo por tragar líquido, flotando en las heces que sus diarreas, imposibles de controlar, les producen día y noche, con la mitad del peso que deberían tener, y observando los cambios de color de su piel, violáceos, verdes, negros, que les producirá el sarcoma. Realmente excitante y seductor.

Espero que el *barebacking* no se quede en las moñadas en que se encuentra y vaya a más, porque el VIH es solo una de tantas infecciones de transmisión sexual y habría que lograr que se expandieran todas. A mí se me ocurre que se podrían hacer fiestas temáticas del estilo de “Fiesta del chancro purulento, métete la Lues dentro”, “Noche sexual, todos a por el Herpes genital”, “Fiesta del hortelano, métete un Condiloma como una coliflor por el ano”, “Uretritis night, saborea la secreción mucopurulenta”, “Encuentros en la tercera fase (de la sífilis)”, o hacer una quedada a nivel europeo bajo el lema “Una Europa mariconas toda infectada de Linfocitoma”.

Espero que el *barebacking* siga creciendo hasta mi jubilación.

Sejo Carrascosa  
Técnico en prevención de VIH e ITS de SIDALAVA  
Comisión Ciudadana Antisida de Álava

### **A2.3. Textualización 1: Apelero Jovencito<sup>1</sup>**

#### **Definiciones de barebacking**

Aunque para algunas personas el barebacking haría referencia a la penetración (oral o anal) sin preservativo con eyaculación, yo lo describiría como la práctica de sexo sin utilizar el preservativo, independientemente de que haya o no haya eyaculación.

Hay personas que consideran que el sexo oral sin eyaculación en la boca no tiene riesgo y, por lo tanto, no creen que eso sea barebacking; pero como las mamadas también tienen riesgo, yo lo considero barebacking. Así, podríamos decir que el barebacking es toda práctica sin uso de medidas de control.

Por otra parte, yo diría que el sexo sin protección sea considerado barebacking no importa si es voluntario o involuntario, aunque, como desarrollaré más adelante, también hay personas que consideran que si no hay bicho de por medio, no puede considerarse barebacking.

#### **Prácticas barebackers**

En concreto, yo suelo comerla sin preservativo y solo me he tragado o he dado la lefa y he practicado la penetración anal sin preservativos con amigos con los que tengo mucha confianza o con algún desconocido que me ha dado mucho morbo.

En el tema del sexo oral, en general prefiero dar que recibir. Por una parte no me parece agradable el sabor del semen y, por otra, me parece ridículo tragar semen si es poca cantidad. Así, como en general es difícil encontrar personas que eyaculen mucho, no lo suelo hacer. De modo que, o soy yo el que da lefa, o si pongo la boca escupo y luego me beso con la otra persona para jugar con el semen.

Por otra parte, sí que me parece muy excitante imaginarme tragando de muchos chicos a la vez, pero no lo he hecho nunca —se trata más de una

---

<sup>1</sup> Traducido por *Young Barebacker* para el artículo de *Sexualities* (§4).

fantasía. Me gustaría mucho poner la boca y recibir la leche de todos, tragar como si estuvieras bebiendo un vaso de leche y llenarme bien la boca. Sería el vicio de pegar un buen trago. Esta fantasía me parece excitante no solo por tragar el semen, sino también por el hecho de estar con varios tíos a la vez.

En cuanto al sexo anal, me gusta hacerlo sin preservativo por el morbo de saber que al acabar me voy lleno. Se trata de la excitación de saber que durante un rato —a veces más, a veces menos— vas lleno de algo que pertenece a otra persona: de su semen. Además, también se nota la diferencia de hacerlo con o sin preservativo, notas más a la otra persona dentro de ti.

### **El riesgo en la práctica**

Por una parte soy consciente que follar a pelo es un peligro, un riesgo, y que quien juega con fuego, tarde o temprano, puede quemarse. Por este motivo, considero que quien se meta en este mundo —el del barebacking— tiene que ser consciente de los riesgos que hay.

En mi caso, por ejemplo, aunque, como he señalado, algunas veces lo he hecho sin preservativo o he pedido al otro tío que no se ponga la goma, sigo teniéndole algo de respeto y no lo haría con según quién. Hay otras personas que, directamente, pasan del usar el preservativo; no se plantean nada, simplemente no quieren una goma separando el culo de la polla. Por último están los que tienen muy claro que el juego está en el bicho; tal vez no lo andan *buscando*, pero lo primero que te preguntan es si lo tienes o si lo quieres pillar.

Sobre esto último, a mí me han llegado a proponer ir a un club, en Amsterdam, solo para seropositivos. O, incluso, me han llegado a decir que cuando estuvieran dentro de mí me dirían si lo estoy pillando o no. Es decir, que el morbo está precisamente en jugar con el bicho. Para que te hagas una idea, si, por ejemplo, practican sexo en grupo, al menos una de las personas tiene que ser seropositiva para que decidan participar.

En concreto a mí esto último me da mucho morbo, pero no me atrevo a hacerlo. En general, siempre que he estado con más de tres a la vez, ha habido preservativos de por medio. Porque, aunque es un vicio, también es un peligro. En realidad me da morbo por el hecho de poder meterla y sacarla de un culo e irme a follar otro sin tener que estar cambiando de goma; entrar en un culo, luego en otro, sin perder tiempo y sin que se baje.

En cuanto a hacerlo solo con otro tío, lo que más morbo me da es ver cómo entra y sale, la polla, sin tener nada que te cubra. Y jugar también con eso. Sacarla y dársela al otro tío para que pruebe su propio sabor.

El morbo, en cualquier caso, está en el peligro; nos gusta el peligro, lo prohibido. En general es como que el hecho de hacerlo sin preservativo sea algo malo, prohibido, y yo creo que eso le da más morbo.

### **Pillar algo**

No sé si hablaría de miedo o de respeto a pillar algo. No se trata tanto de tu salud, porque hoy en día los medicamentos están avanzados, en realidad lo que más me genera ese respeto es el hecho de tener que explicarlo, de tener que contárselo a tu familia, por ejemplo, el respeto a no saber cómo te van a ver los demás.

Si tú ya tienes cierta edad y eres seropositivo, o tienes el bicho, como lo quieras llamar, pues tal vez vives solo, tienes tu vida, tus ingresos y haces y deshaces a tu antojo. Sin embargo, si eres como yo, que todavía vivo con mi familia, es más difícil que te dé igual. Con todo, he conocido alguna persona a la que no le ha importado lo más mínimo, pero eso suele ser mucho menos común. A no ser que lo tengas muy claro, que en tu casa sepan que eres gay, por ejemplo, en general la gente va con un poco más de cuidado y piensas, por ejemplo, en el caso en el que dieras positivo cómo lo explicarías en tu casa, cómo te tomarías la medicación sin que la gente se enterara, ...

Entonces, el respeto, no es tanto por el VIH —aunque se trate de un virus muy que puede mutar cada seis horas y que todavía no se sepa nada de él—, sino al hecho de que, si lo tienes, la sociedad te ve como unapestado. Yo diría que hay mucho desconocimiento sobre el virus.

De todos modos, aunque la gente a veces te vea como un terrorista biológico, tienen parte de razón, porque hay personas que van teniendo sexo sin preservativo sin avisar a la otra persona de que son seropositivos. Porque, para mí, una cosa es tener sexo sin preservativo porque las dos personas saben lo que hay, y otra muy distinta que no te den derecho a escoger. Yo creo que cada uno de nosotros deberíamos poder decidir si lo practicamos o no, pero no hacerlo sin preservativo callándote el hecho de que eres seropositivo. Si se habla hay decisión.

A este respecto, está claro que las personas que están infectadas tienen todo el derecho a seguir follando, pero no veo bien que se vayan a zonas de cruising o a cuartos oscuros y que vayan follando sin protección y sin decir nada

a la otra persona. Otra cosa sería que, si no lo cuentan, utilicen el preservativo, pero eso no se suele hacer; por ejemplo, en las zonas de cruising suele ser sexo bare al 90%.

### **Campañas de prevención**

En cuanto a las campañas de prevención creo que, en general, están enfocadas únicamente al uso del preservativo y no dan otro tipo de información. Yo creo que la información posterior, lo que pasa una vez tienes la infección, nadie te lo cuenta hasta que no vas al médico, te hace la prueba del VIH y sale positiva.

En general la información que se da es casi nula, las campañas están destinadas al “póntelo, pónselo” y lo poco que se da a conocer es que es un virus de inmunodeficiencia adquirida, que no hay vacuna para este virus, que antes había mucha gente que se moría cuando era seropositiva o que era cosa de maricones.

Actualmente, de hecho, aunque se sabe que hay muchos nuevos casos de infección en heterosexuales y que en África la incidencia es muy elevada, aún hay mucha gente —no tanta como en los ‘90, por su puesto— que piensa que sigue siendo cosa de maricones, sobre todo la gente mayor.

En cuanto a los profesionales sanitarios, creo que son los que más concienciados están sobre el tema y, también considero, que actualmente les estamos dando la razón. Es decir, durante algunos años los nuevos casos de infección fueron más acusados en la población heterosexual, pero hoy en día ha vuelto a aumentar el número de nuevos casos en la comunidad gay.

Yo creo que se debe a que, con el avance de los tratamientos antirretrovirales, la gente se ha relajado mucho más. En concreto, creo que los barebackers somos un ejemplo de esa relajación. En los años ‘90 no nos habríamos ni atrevido a imaginar tener sexo sin preservativo, pero hoy en día, en general, a la mínima que alguien no quiere utilizar el preservativo, acabamos cediendo, o incluso lo pedimos nosotros porque nos da morbo.

Creo que puede haber dos motivos. Por una parte a que, como señalaba, la concepción de peligro o de miedo, respecto al virus, ha cambiado. Ahí tienen que ver, sobre todo, que el avance de los antirretrovirales ha permitido que la gente no muera de SIDA como antaño. Por otra parte, que desde algunos puestos de la salud pública te dan a entender que si eres gay vas a acabar siendo seropositivo, sí o sí. En parte, tienen razón, en el sentido que los homosexuales somos más promiscuos, tenemos parejas abiertas, etc. Aunque

hay excepciones, en general, yo diría que los homosexuales somos más liberales que los heterosexuales.

### **Gays y heteros**

Aunque siempre hay excepciones, como te decía, creo que en general los gays somos más promiscuos, más degenerados con el tema de follar a pelo. De todos modos, aunque la palabra bareback solo haga referencia a los homosexuales — seguramente por el hecho de *detrás*— los heteros también tienen el *raw sex*. Supongo que también tiene que ver el hecho de que las tías puedan quedarse embarazadas si lo hacen sin protección y los chicos no.

### **Experiencia barebacker**

Sobre la palabra barebacker, yo creo que, con el tiempo, voy haciéndome barebacker. Como que he pasado de ser un antibarebacker a ir cogiéndole el gustillo. En un primer momento yo siempre usaba goma, siempre. Tenía muy claro que tener sexo sin protección era peligroso y no quería pillar nada. Cuando la primera pareja estable, siempre llegaba algún momento en el que nos quedábamos sin preservativo y, como hacía tiempo que estábamos saliendo, pues empezamos a hacerlo sin.

Después de dejarlo con mi última pareja, estuve mucho tiempo sin quedar con nadie para follar. Un día quedé con dos tíos para un trío y uno de los dos, se sacó el condón y empezó a petarme sin goma. Como el tío me ponía mucho, pues no le dije nada. Al poco tiempo empecé a ver películas barebackers porque me daban mucho morbo. Como era lo que yo no podía hacer en la vida real, me ponían mucho más. Así que empecé a quedar con el chico que me folló a pelo y le fui cogiendo el gusto.

En la actualidad, casi todas mis películas son barebackers y cuando busco un polvo por internet, siempre pregunto si lo hacen con preservativo o sin. Si me contestan que lo hacen con preservativo, yo respondo que “claro, claro, es que últimamente me he llevado algún susto”, pero si me contestan que lo hacen sin, pregunto para informarme de si lo hace mucho, si se cuida, etc. Solo quedo con las personas que me parecen menos promiscuas.

### **Pareja y familia**

Por último, comentar que en el fondo, soy un romántico. Aunque soy un vicioso, un morbosos, un guarrete, lo que sea, en el fondo no descarto encontrar



un tío con el que pasar mi vida. Aunque a veces he sido muy promiscuo, también me preocupa infectarme por saber cómo va a afectar eso al hecho de tener pareja estable. Por ejemplo, aunque me gustaría compartir el sexo con mi pareja y otros tíos y entendería que folláramos juntos con otras personas, me daría miedo que él corriera riesgos y que se pudiera infectar.

## A2.4. Textualización 2: Apóstata<sup>2</sup>

### Mi definición del barebacking

Para mí, el barebacking es tener relaciones sexuales sin protección: penetración anal sin condón (con corrida dentro o fuera), sexo oral con eyacuación en la boca. En el caso del sexo oral, me parece más barebacker con corrida en la boca. Supongo que es el factor del riesgo lo que más tengo en cuenta. Una mamada sin eyacuación en la boca no me parece una práctica de riesgo.

Con respecto a la persona con la que tienes la práctica, normalmente lo asocio con desconocidos. Con la pareja también me parece morboso hacerlo sin protección, pero normalmente es el resultado de una decisión, de haber acordado no usar el condón. En el caso de las relaciones sexuales heterosexuales, no he oído que se hable de barebacking; así que no sé si puede decirse que el sexo sin protección en una relación heterosexual es barebacking.

### Mis prácticas barebackers

Considero que hago pocas prácticas barebackers, tal y como yo entiendo el barebacking. Con mi pareja, siempre practico sexo sin preservativo. Hacemos sexo oral (tanto dar como recibir) y sexo anal (también tanto dar como recibir). Me gusta mucho más hacerlo sin protección.

En el caso del sexo oral me excita mucho, cuando soy pasivo, saber que al final mi compañero me va a llenar la boca con su semen, o va a eyacular en mi cara. Es como si fuera la recompensa por un buen trabajo. Me gusta chupársela para que luego él me dé su semen. Si no hay eyacuación en la boca, también me gusta, pero no es lo mismo. Cuando yo soy el activo, también me gusta eyacular en su boca o en su cara. Me gusta que me pida mi semen.

<sup>2</sup> Traducido por *Apostate* para el artículo de *Sexualities* (§4).



En el caso de la penetración anal, también me parece mucho más morboso hacerlo sin preservativo. Me parece mucho más real, más cercano penetrar o que me penetren directamente, sin ningún intermediario. Y me excita mucho saber que al final voy a llenar a la otra persona con mi semen o la otra persona me va a llenar a mí. Es también como una recompensa, y también lo hace más real, más intenso. Me gusta notar que tengo el semen de mi compañero en el culo, después del sexo.

Además de con mi pareja, también tengo relaciones esporádicas con otras personas. En esos casos, uso siempre el preservativo para la penetración anal. Para el sexo oral, no uso condón, pero no dejo que nadie se corra en mi boca. Si la otra persona acepta, me gusta eyacular en su boca, pero si lo he acordado antes o si le pregunto a la persona justo antes de eyacular. Esto último pasa con bastante frecuencia.

### **Mi atracción barebacking**

Me gustan mucho más las prácticas sin protección, me parecen mucho más intensas. Disfruto mucho más recibir una mamada si finalmente eyaculo en la boca de mi pareja, pero no es un requisito indispensable para tener relaciones sexuales.

### **El barebacking: morbo y riesgo**

No creo que el riesgo sea el motivo principal para practicar barebacking, aunque en muchos casos puede estar relacionado. Por una parte, para mí es fundamental la atracción por el semen, el fetichismo por compartir el semen con tu pareja. Eso es lo que más me atrae. Y, por otra parte, también creo que el barebacking tiene un punto de liberación, de pasar del riesgo de infección del VIH y de otras ITS, hacer lo que quieras y con quien quieras pasando de las consecuencias que pueda tener.

En mi caso, el riesgo es lo que me echa para atrás a la hora de tener prácticas barebackers. Muchas veces he estado muy excitado y he tenido ganas de hacerlo a pelo con la otra persona, pero me ha echado para atrás pensar en el riesgo que eso podía tener. Otras veces he estado muy cachondo y he acabado haciéndolo a pelo con la otra persona.

En general, suelo controlar mucho el riesgo que asumo, y realizo prácticas que son de poco riesgo para mí, como sexo oral sin tragar el semen de la otra persona (si no es mi pareja habitual), o eyaculando en la boca

de la otra persona si me lo pide. Pero muy pocas veces practico sexo anal con personas que no sean mi pareja habitual.

### **Barebacking y HSH: mi perspectiva**

Sobre el comportamiento de los HSH, creo que hay bastante de todo. Por una parte, hay gente que deja muy claro que solo hace sexo seguro. Estas personas son muy explícitas en sus perfiles o en los chats, y lo dejan muy claro. También hay personas que son muy explícitas en lo contrario: solo hacen barebacking y no quieren quedar con gente que folla con gomas o que no traga semen. Y también hay personas más o menos ambiguas: o bien dejan en blanco las casillas de los perfiles relacionadas con el sexo seguro, o bien marcan la casilla del sexo seguro, pero luego dicen que les da mucho morbo tragar lefa.

¿Mi identidad barebacker? No me considero barebacker. Como ya he dicho, reservo las prácticas sin protección casi exclusivamente a las parejas estables. Y, de hecho, rechazo contactar con gente a través de Internet que solo busca sexo a pelo. Me excita mucho la idea del barebacking, pero solo me atrevo en los casos en los que asumo poco riesgo; por ejemplo, si soy yo el que eyaculo en la boca de la otra persona. Puedo decir que no me considero barebacker, pero que ocasionalmente tengo prácticas barebackers.

### **Sexo no convencional y comunicación convencional**

Sin tener en cuenta la gente con la que contacto por Internet, solo hablo de mis prácticas sexuales con amigos con los que tengo mucha confianza, sobre todo si son homosexuales. Mucha de la gente heterosexual que conozco —no toda, claro— se escandaliza rápidamente si le cuento que follo en lavabos públicos, que voy a saunas o a bares de sexo.

En cuanto a hablar de barebacking, la cosa se complica más todavía, porque mucha gente reacciona de forma violenta (“¿qué dices?, ¿estás loco?”) al oír hablar del barebacking, tanto homosexuales como heterosexuales. Casi todo el mundo justifica que se pueda tener sexo sin protección a causa de un descuido, pero hacerlo conscientemente les parece una actitud suicida o inmoral si el barebacker es, además, seropositivo.

Esta actitud de rechazo se da también entre los propios HSH en entornos virtuales. Un ejemplo que me impactó es el de un chico que cuelga en su página web (<http://www.llenamedeleche.com/>) vídeos y fotos de sus relaciones sexuales. Sobre todo, se trata de sexo oral con eyaculación en la

cara o en la boca y sexo anal (con o sin preservativo). Debido a las críticas que ha recibido, el chico se ha visto obligado a colgar este mensaje:

Por eso, en muchos ámbitos me siento cohibido a la hora de hablar de mis prácticas sexuales, tanto por tener relaciones sexuales esporádicas con desconocidos, como por mostrar una cierta atracción (o, al menos, no rechazo) por el barebacking.

### **Cómo hacer amigos (barebackers)**

Aparte de mi pareja habitual, conozco gente para tener relaciones sexuales en chats y páginas de contactos de Internet, en lugares públicos (lavabos, playas, parques, etc.) y también en locales de sexo (bares, saunas).

He visto anuncios de fiestas u orgías exclusivamente barebackers en páginas web, pero nunca he ido. En Internet, generalmente no contacto con personas que se definen como exclusivamente como barebackers, porque yo solo hago ciertas prácticas y sé que no buscamos lo mismo entonces. Sí quedo con personas que hacen sexo seguro o se adaptan a mis límites (aceptan el preservativo para sexo anal y no eyacular en mi boca, aunque me pidan que yo eyacule en la suya).

Con mi pareja actual, al principio usábamos condón si yo le penetraba y tampoco eyaculaba en su boca; en cambio, yo le pedí desde el principio que eyaculara en mi boca y que me penetrara sin preservativo. Esto se debe a que él llevaba mucho tiempo haciendo prácticas de sexo seguro antes de conocerme y estaba seguro de su estado serológico (seronegativo) y yo había estado teniendo relaciones no seguras durante un tiempo. Por eso, hasta que no pasaron tres meses y me hice los análisis del VIH (que dieron también negativo), no decidimos dejar de usar preservativo.

### **Promoción de la salud sexual**

Conozco bastante bien los discursos sobre salud sexual. El VIH y las ITS son asuntos que me preocupan, así que procuro leer la información que encuentro en Internet, en locales de ambiente o en mi centro de salud.

Por una parte, algunos de los materiales que leo me producen inquietud porque son ambiguos en cuanto al grado de riesgo de algunas prácticas; especialmente, el sexo oral. En algunos materiales, especialmente los de los centros de salud (de orientación médica), se insiste en la necesidad de usar el condón incluso en las mamadas.

Esa me parece una medida inviable. Por una parte, porque la mayoría de veces que practico el sexo oral es en encuentros más o menos rápidos (como en un lavabo público o en una sauna con mucha gente), en las que no hay tiempo material de ponerme un condón o ponérselo a mi compañero. Además, no me da nada de morbo hacer una mamada con preservativo; pierde todo el morbo. El resultado es que, durante muchos años, me he sentido intranquilo con respecto a mi salud sexual, por el hecho de practicar sexo oral sin preservativo.

Además, cuando he ido a unidades especializadas en ITS para hacerme la prueba del VIH o por alguna ITS (he tenido varias veces gonorrea), el médico no me ha preguntado por las prácticas que realizo, sino por mis hábitos sexuales (si tengo relaciones sexuales con una pareja estable, si frecuento saunas o cuartos oscuros, si conozco a mis parejas sexuales, etc.), y, en alguna ocasión, me han llegado a decir que, por ser promiscuo, tenía una probabilidad altísima de infectarme por el VIH. Eso me ha hecho pensar que o tenía una vida sexual convencional (heteronormativa) o estaba condenado a infectarme del VIH.

En cuanto a las campañas dirigidas exclusivamente a los HSH, me parecen bastante simplistas. La mayoría son mensajes autoritarios e incuestionables: ¡Con pelos, sí! ¡A pelo, no!, ¿Sin condón? Pues va a ser que no, etc. La idea es que, si quieres ser un buen homosexual, tienes que ponerte el condón.

Creo que fallan en varias cosas. En primer lugar, las prácticas sexuales que hacemos son variadas y no todas requieren la presencia de un preservativo (escupir en la boca de tu compañero, lamerle las axilas, chuparle las zapas, por ejemplo). Y, lo más importante, el riesgo de infección para el VIH es una cuestión gradual: no es lo mismo ser activo que ser pasivo, lubricar el ano o no hacerlo, eyacular en el ano o no, etc. El mensaje simplista te conduce a pensar que la única medida de protección es el preservativo, cuando existen otras formas de regular el riesgo que asumes.

En general, creo que debería darse información objetiva y clara acerca del funcionamiento del VIH y las ITS y las formas de prevención o reducción de riesgos que existen, de modo que cada persona decida qué grado de riesgo desea asumir.

### **Barebacking y promoción de la salud sexual**

En general, creo que muchos de los discursos médicos (sobre todo) y de las ONG dedicadas a la prevención del VIH (en menor medida) son

inquietantes para una persona que tenga una vida sexual no convencional (es decir, no heteronormativa); al menos, así es como me siento yo. Esta inquietud pasa a ser insulto si hablamos del barebacking.

En el mejor de los casos, las campañas te ordenan que no tengas prácticas de riesgo (¡A pelo no!). En el peor, directamente te insultan. Eso es lo que pasa con ciertos artículos de opinión escritos por personas que trabajan en la prevención del VIH, como el que me ha pasado Rubén.

Como ya he dicho, no me considero barebacker, aunque tengo algunas prácticas que pueden ser de riesgo, especialmente para mis compañeros sexuales que decidan que me corra en su boca. Sin embargo, no creo que sea respetuoso, especialmente por parte de alguien que se dedica a la prevención, atacar de esa forma a gente que decide hacer uso de su libertad. Desde el insulto y la descalificación solo se puede lograr el desapego a los discursos de prevención.

En otros artículos similares, he llegado a leer que los seropositivos son culpables de infectar a los seronegativos (siendo honesto, en el texto de Carrascosa se apunta a la posibilidad de que en un futuro se acuse legalmente, pero el autor no se posiciona ni a favor ni en contra). Creo que es una idea absolutamente equivocada, que olvida que cada persona es libre para decidir qué medidas de prevención quiere emplear.

## Conclusiones

Para mí, el bareback es una cuestión de prácticas y de grados. Me atrae mucho el sexo sin protección, por el morbo por el semen, la sensación de plenitud y de libertad. Y, al mismo tiempo, el riesgo de infección del VIH hace que me controle. A pesar de las campañas de prevención del VIH (bastante totalitaristas), intento hacer unas prácticas que impliquen un riesgo asumible para mí.

## A2.5. Textualización 3: BB\_consciente<sup>3</sup>

### Barebacking: definiciones y prácticas

Para mí bareback es follar a pelo entre dos tíos: sexo sin ningún tipo de barreras, totalmente libre. Se trata de dejarse llevar, de follar sin presiones

---

<sup>3</sup> Traducido por *Conscious barebacker* para el artículo de *Sexualities* (§4).

ni barreras. Para mí no es solo la práctica, podría decir que se trata de sexo sin preservativo, anal o oral, pero no solo es eso. Es todo lo que rodea a esa práctica. Es algo así como el sexo “libre”. Pero, si hablamos de las prácticas concretas que pueden considerarse barebacking, podría decir que sexo anal y sexo oral, sin preservativo, sin importar si hay eyaculación o no.

### **Sexo sin protección: penetración anal y sexo oral**

Por ejemplo, yo follo a pelo y dejo que me la metan sin condón. Bueno, en realidad, no solo dejo que me la metan sin condón, sino que lo busco. De todos modos, yo lo dejo muy claro. En mi nick pongo que soy barebacker, en mi perfil también. Así no hay confusiones. Si luego voy a una sauna o a un cuarto oscuro y el otro quiere ponerse el condón para follarme, pues no me voy a retirar, pero si puedo elegir, prefiero follar a pelo.

Para comerla, la gente no suele tener problemas. Todos nos la comemos sin condón porque, en realidad, eso no tiene riesgo. Luego la lefa nos la tragamos poca gente. Pero a mí me gusta: el sabor, el olor, el juego con la lefa. Eso me da morbo. No tengo por qué dar explicaciones a nadie, así que, en general, suelo comerme un buen rabo hasta el final.

Sin embargo, para follar, la gente lo hace menos, sin condón. Yo también lo entiendo. A veces, en algún local de sexo, me ha dado rollo follar sin condón y solo he comido rabos. Pero me da mucho morbo, por ejemplo, poner el culo en un glory hole y dejar que entre lo que tenga que entrar. Sentir un rabo bien caliente en el culo. En general, tampoco noto si el otro lleva condón o no, pero me encanta dejar el culo bien abierto y no plantearme nada más. Ser libre. Follar sin más. Y, si me preña, mucho mejor.

Como señalaba antes, es más difícil que alguien te preñe en un local de sexo o en una sauna, pero eso aún le da más morbo. Luego, si follo en casa o si monto alguna fiesta, entonces seguro que acabo bien preñado. Eso me da mucho morbo.

Si soy yo el que está follando. Me da morbo poder meterla en diferentes culos a la vez, sin tener que estar cambiándome el preservativo. Meterla donde yo quiera, sin más. Y sentir que lo estoy follando a pelo, que estoy haciéndolo mío. Eso me da mucho morbo. Meterle el rabo en el culo y luego darle a probar en la boca y poder seguir follándolo. De otro modo, sería muy difícil. Sería muy complicado poder disfrutar del sexo “plenamente” utilizando el condón. Hay gente que lo hace, pero yo no podría, me faltaría algo.

## **Puntos de vista: el castigo del subidón**

Pero, claro, este es mi punto de vista. Si lo hablaras con otra gente, te diría que somos un par de locos que solo buscamos el riesgo por el riesgo. Pero no es así. Sobre el tema de buscar el riesgo, yo en concreto lo busco, pero hay mucha gente que lo hace sin buscar el riesgo, solo por el morbo de follar a pelo, sin más. A mí me va lo de no saber si la persona con la que estás follando es seropositiva, lo de sentir el subidón del descontrol. Algo así como cuando te drogas, o como cuando te metes poppers para follar mejor.

Pero, claro, eso no está bien visto: ni lo de consumir poppers, ni lo de follar a pelo. Está penalizado. Luego todos lo hacemos, porque, estoy seguro, que la mayoría de gente lo ha hecho alguna vez sin condón con algún desconocido, ha disfrutado si se le corrían dentro, ha sentido la leche caliente entrando en su culo, ha sentido “ese” éxtasis.

Pero, como señalaba, eso no está bien visto. Eso está castigado, condenado, reprobado. Incluso los mismos gays lo ven mal. No se dan cuenta de que, al fin y al cabo, el hecho de que tengamos porque tenemos, nos obligan —que estar follando con condón y haciéndonos la prueba cada cierto tiempo es un castigo—. Un castigo que nos han puesto los “heteros” por ser “maricas”, como los shocks, pero más sutiles. Ahora ya no nos matan, no nos apedrean, solo nos pueden insultar cuando quieran y nos controlan cuándo, cómo y dónde podemos hacerlo.

## **Diferencias de significados**

Yo voy a saunas, voy a cuartos oscuros. Pero, a veces, tumbado en un colchón, por ejemplo, me ha pasado que me he planteado a qué se debe que existan saunas o cuartos oscuros. A qué se debe que se llamen así, incluso. Se debe a que durante muchos, pero que muchos años, hemos tenido que hacerlo a escondidas, sin poder decírselo a nadie, sin poder mostrarlo. Y sigue pasando, seguimos follando en lugares en los que nadie podría vernos. Seguimos haciéndolo en espacios fuera del alcance “visual” de los “heteros”.

A la gente, por ejemplo, le parece bien que salga el Jesús Vázquez por la tele —bueno, no a toda la gente, pero a la mayoría— y que se case y que tenga hijos, si hace falta, pero no quiere saber si folla o si no folla. Lo mismo con otros actores. Yo me he encontrado a Peña de esta en saunas. He podido follar con ellos. Pero eso, los que ven la tele no quieren saberlo.

Y creo que lo de que se controle tanto cuánto, cómo y dónde follamos no es algo azaroso, tiene un motivo. El motivo es que se controla de la misma manera que nos controlaban antes en el psiquiatra.

### **Consciencias e intereses alrededor del riesgo**

De todos modos, no soy tonto. Soy consciente de que estoy exponiéndome al SIDA. Sé que, en cualquier momento, puedo pillarlo. Pero, si quieres que te diga la verdad, no me importa. No me preocupa. De hecho, me preocupa más no saber si me voy a infectar que infectarme. Yo me hago la prueba cada cierto tiempo. No soy de esos que se la hace cada seis meses, pero me la voy haciendo —ahora igual hace unos dos años que no me la he hecho—. Porque me preocupa poder estar infectado, supongo que eso nos preocupa a todos. Pero no me la hago tanto por la preocupación, sino como una rutina. Porque sé que es probable que algún día llegue. Pero, no sé, es que si follara siempre con condón, también podría llegar. Podría hacerlo un día sin e infectarme. O podría dejar de utilizarlo con mi novio —como todo el mundo hace— que folle con otro sin preservativo y pillarlo los dos.

Es como cuando te dicen, con el tabaco, que si fumas tendrás cáncer, que “el tabaco puede matar”. Sí, es cierto, yo no digo que se lo inventen. Pero puedo pillar cáncer por vivir en una ciudad contaminada, por el estrés del trabajo y eso nadie lo controla, al menos desde las políticas sociales hay muy poco control sobre lo que contaminamos o sobre el estrés que llevamos y en qué puede derivar eso. Es como que eso estuviera oculto. Pero el tabaco, sí, eso puede matar. Y lo de follar a pelo, entre maricas, claro. Eso también puede matar.

Pero, no sé, no me lo creo. ¿Por qué no desarrollan ya una vacuna contra el SIDA? ¿Realmente no es posible, o hay intereses económicos detrás de eso? No me puedo creer que puedan plantearse emigrar a Marte y que no hayan descubierto una manera de frenar el SIDA. Lo que pasa es que eso no les conviene. Les conviene más culpar a ciertos colectivos de la expansión del SIDA y especular con los nuevos tratamientos.

### **SIDA: ¿enfermedad social?**

Luego, está el hecho de que la gente con SIDA tampoco lo pasa tan mal, hoy en día ya no. No es la enfermedad lo que te hace daño. Si no, la sociedad. La gente que te mira mal si sabe que eres seropositivo. Los trabajos de los que te echan



si te hacen una revisión médica —que, aunque esté prohibida, la hacen—, tus amigos y tu familia que te dejan de hablar o te ven como un bicho infeccioso si enteran —tanto de que eres seropositivo, como de que eres marica—.

Por ejemplo, yo no puedo hablar con mis amigos de que follo a pelo. Luego, con la mayoría de ellos he follado y lo hemos hecho sin condón. Pero no se puede hablar, es como que eso no se puede decir. Alguna vez lo he sugerido y me han mirado muy mal. Porque eso no es lo que toca. Pero, ya te digo, luego follando, todos han preferido que lo hagamos a pelo. Todos me han dicho “lléname de leche” o “trágatelo todo”. Hay mucha hipocresía en todo esto. Pero, no es una hipocresía banal, es una hipocresía que hace daño. Porque al final, no puedes hablar de ti mismo.

Y luego están los que son muy abiertos de mente pero, a la primera de cambio, te vienen con el discursito de que si eres seropositivo, lo tienes que decir antes de follar, más aún si vas a hacerlo sin condón. Yo no estoy nada de acuerdo con este tipo de afirmaciones. Cada uno es libre de follar cómo y con quién quiera. Si tú follas con alguien que es seropositivo y lo haces sin condón, aunque el otro tío no te haya dicho que es seropositivo, es tu responsabilidad: has sido tú el que has decidido hacerlo sin preservativo. Porque igual el otro ni siquiera sabe si lo es, o igual no cree en esto del SIDA —porque hay gente que no cree que el SIDA exista—, o igual pasa de lo que tú pienses. Cada uno lo hace como quiere y no puedes ir culpando a los demás por no contarte su vida para un único polvo.

### **El morbo de lo desconocido**

De todos modos, como te decía, a mí me va no saber lo que es el otro tío. Si luego quiere que me lo cuente, pero prefiero hacerlo sin pensar qué riesgo hay. Bueno, en realidad, no es sin pensarlo, es sin saberlo: jugando con esa ambigüedad. Eso es muy excitante. Es una sensación extraña de explicar; algo así como cuando haces puenting.

### **Irme haciendo barebacker: mi experiencia**

Pero esto no es algo que yo piense así porque sí. Lo pienso a partir de mi experiencia, a partir de mi manera de irme haciendo barebacker. Como cuando te vas haciendo gay; que al principio tienes novia, luego follas con ella pero no te va, luego vas a alguna disco de ambiente y te mola el rollo, vas conociendo chavales, hasta que empiezas a follar, pues igual.

Mi experiencia ha sido extraña. Empecé planteándome si follaba a pelo o no, cuando algún tío me preguntó si yo lo hacía a pelo o no. Nunca antes lo había pensado. En general lo hacía sin preservativo, porque follaba con gente con la que tenía, más o menos confianza, así que no le daba más importancia. Pero empecé a quedar con gente de Internet y como no les conocía, pues follábamos siempre con condón; aunque nunca era yo el que lo proponía.

Un día, como decía, conocía a un chaval que me dijo que si yo lo hacía con o sin y no supe qué contestarle. Le expliqué lo que acabo de explicar. Él decía que, si yo no tenía problema, prefería hacerlo sin condón, que le daba más morbo. Y en ese momento se me puso durísima, pero no llegué a quedar con él, me daba paranoia. Al cabo del tiempo volvimos a coincidir en el messenger y, finalmente, quedamos para follar. El tío estaba buenísimo y follaba muy bien. Me excitaba mucho que nos miráramos en el espejo y ver cómo me la metía sin condón. No sabría explicar los motivos, pero me excitaba mucho.

Después de eso, seguimos quedando para follar, a veces solos, a veces con más gente y empezamos a utilizar la cámara, para luego poner los vídeos en el xtube. Eso me daba aún más morbo. Ver cómo follábamos y enseñarlo a los demás.

Un tiempo más tarde, empezamos a ir —este chico y yo— a alguna sauna o a locales de sexo. Yo nunca antes había ido, pero me gustó mucho la idea. Como he contado antes, a veces me rayaba, pero, en general, me lo pasaba muy bien. Era un sitio en el que la gente estaba muy descontrolada. No había que ir hablando de nada: mirabas a alguien y empezaba el buen rollo. Eso me gustaba mucho. Una sensación de descontrol, de disfrute.

Alguna vez me subí en un sling y dejé que me la metieran. En esas situaciones, como es fácil suponer, no controlas si la otra persona se está poniendo el preservativo o no. Solo dejas que hagan. Por lo que podía deducir, mucha gente no lo estaría utilizando, simplemente porque me la sacaban del culo para darme de probar, y, en ese momento, si se hubieran quitado el preservativo lo hubiera notado. En esos momentos sentía una gran excitación. Era muy morbosos.

También lo era ponerse en un glory hole a comer rabo y no controlar hasta dónde iba a llegar el otro tío. La gente, en general, suele avisar si va a ensuciarte, pero en este tipo de situaciones, en las que no puedes ver a la otra persona, no se avisa con tanta frecuencia. Así que lo haces sin más.

Y eso me gusta mucho, es lo que decía antes, eso es libertad, es disfrutar del sexo sin más.

O estar en la barra de un bar o en la fiesta de la espuma de alguna discoteca y notar que alguien te la está metiendo. En esos momentos lo que menos quiero es tener que pensar si el otro está “protegido” o no.

Pues de este tipo de fiestas, le fui cogiendo el gustillo. Y ahora he hecho pequeños cambios. El más evidente, supongo, es que me cambié tanto el nick que tenía registrado, como el nombre de los perfiles y el messenger, para ponerme este que ahora mismo tengo en el que hago referencia a que soy barebacker. Así la gente también lo tiene claro desde el principio. No tengo que ir explicando lo que quiero o lo que dejo de querer. Si alguien me escribe ya sabe lo que hay.

Pero, como te decía, hay mucha falsa moral. Porque hay gente que en su perfil especifica, claramente, que “siempre” lo hacen con preservativo, pero luego me escriben un mensaje para ver si quedamos. A mí eso me parece mucho peor, por ejemplo, que ser seropositivo y follar con alguien, sin tener que decir nada, pero que los dos sepamos que estamos haciéndolo a pelo porque queremos.

### **A modo de conclusión**

No sé, tal vez es una visión muy radical, pero es lo que pienso. Pienso que la gente debería poder follar sin tener que dar explicaciones a nadie, por una parte, pero sin tener que hacerlo a escondidas, para que nadie pueda recriminarle. Que representa que estamos en un país libre. Y que nos dejen de decir “póntelo”. Que esas campañas no sirven para nada. Te bombardean con mensajes de prevención cuando a nadie le importa lo que uno vive, cómo estás y lo difícil que es, por ejemplo, poder compartir tu vida con otra persona siendo gay —por cómo te mira la gente, por las dificultades propias de tener que lidiar con toda una carga social homófoba—.

## **A2.6. Textualización 4: Buscando placer puro<sup>4</sup>**

### **Sexo puro, puro placer**

El barebacking es sexo puro, puro placer sin nada más, sin nada por el medio. Se trata de practicar el sexo como siempre se hizo, sin gomas. Es sentirlo

---

<sup>4</sup> Traducido por *Pure sex* para el artículo de *Sexualities* (§4).

todo, sentir todas las sensaciones sin preocuparse de nada más. Si hablamos de prácticas, podría decir que se trata de cualquier práctica sexual entre tíos, siempre que no haya condón y que recibas lefa. Pero no creo que se trate tanto de las prácticas en concreto. Si no del sentimiento, de sentir que estás disfrutando del sexo en estado puro.

### **Lo que me gusta**

Yo soy pasivo, así que me gusta recibir rabo, tanto en la boca como en el culo. Me mola sentir el calor que da un pene al penetrarte y sentir cómo se corren dentro de ti. Es genial sentir cómo sale el semen. Jugar con el semen, entre yo y el otro tío.

En cuanto al sexo oral, me gusta tragarme la lefa. Disfruto del sabor, pero, sobre todo, me gusta sentir cómo se corren en mi boca, sentir cómo me baja por la garganta.

Aunque hay gente que diría que les gusta estar marcados por el semen del otro, yo diría que me gusta “sentir” cómo se corren dentro de mí. Cuando hablo de “sentir”, me refiero a una sensación bastante amplia. No es solo la sensación física, sino que también está la excitación del momento, el morbo por estar haciéndolo a pelo y recibiendo el semen del otro.

### **El barebacking está muy mal visto**

Pero, socialmente, el barebacking está muy mal visto. Somos muy pocos los adeptos incondicionales del barebacking y percibo un cierto miedo a practicarlo. Aunque yo suelo hablarlo con mis colegas, porque no tengo manías para hablar de mis cosas, la gente es bastante reacia a querer practicarlo: tienen miedo del VIH.

Los que lo practicamos no tenemos tanto miedo de la infección por VIH. Yo, en concreto, soy seropositivo y, aunque cada cuatro meses me habla del tema de las reinfecciones, de los fracasos que puede producir una reinfección en la medicación, de los peligros que comporta para mi salud alguna otra ITS, lo llevo estupendamente. Cada uno debe ser libre de follar como quiera. Yo quiero hacerlo a pelo, disfrutar del sexo apelerero a tope, sin tabúes.

### **Saunas, zonas de cruising e Internet**

Para encontrar gente que quiera practicar el barebacking suelo ir a saunas o a zonas de cruising. Es bastante fácil follar sin condón en esas situaciones, o

recibir lefa en la boca. En el cruising, por ejemplo, hay bastante gente que folla a pelo.

En Internet no es tan fácil; lo es más en saunas y en zonas de cruising. Por ejemplo, yo follo mucho a pelo en cruising, especialmente con árabes —aunque con algunos españoles también—.

No digo que en Internet no puedas quedar con alguien, también encuentras, pero es más difícil. No sé muy bien por qué es, supongo que en el momento la gente lo hace sin más.

Yo diría que, al final, todos acabamos follando a pelo, aunque digan que no lo hacen por Internet, pero como que de entrada no te entran. Igual, si no dijeras nada, sería más fácil acabar follando a pelo. Pero yo digo desde el principio que soy barebacker, creo que es más fácil si desde un primer momento las dos personas sabemos lo que queremos.

### **Lo que no se dice**

Pero hay prácticas que están censuradas, hay cosas que es mejor no hablarlas. Una de ellas es el sexo sin protección. La gente prefiere no hablarlo, puede ser que tenga que ver con que hablarlo es hacerlo consciente y, con la consciencia del sexo no seguro, viene el miedo por la infección. Por ejemplo, la práctica de correrse dentro es mucho más censurada que las otras.

En general, la gente está abierta a hablar de correrte en la cara, o en el pecho, pero no lo hacen sobre correrse dentro del culo. Será eso, que da más miedo. Yo siempre he practicado sexo sin protección, no me ha dado miedo, no tanto. No creo que sea tan importante ser seropositivo, creo que la importancia se la dan las políticas sanitarias.

Considero que estas políticas, en general, ven mal el barebacking. Les parece mal que tengamos sexo puro, prefieren poder controlarlo, aunque sea mediante una goma.

### **No me van las moralidades**

Entiendo, por otra parte, que sobre este tema deben informar de los riesgos que comporta hacerlo sin preservativos. Pero no me van las moralidades. Por ejemplo, en mi perfil tengo el siguiente texto: *Busco tíos para disfrutar del sexo sin complejos ni complicaciones gente de todas las edades y tamaños, me gusta follar sin condón. . . ser enculado y preñado. . . a pelo. Dispongo de sitio pero podemos quedar y follarnos, busco gente viciosa y pollas dispuestas pero que les*

*guste tener una boca y culo donde descargar. . . que utilice mis agujeros para llenarlos de leche y lo que le salga de los huevos. Me follas, descargas dentro y repetimos si quieres. muy discreto para ti! Muchas gracias a la peña que me folláis.*

*;; Paso de moralistas. . . que luego se corren y tragan lefazos. . . es seguro?pregunto;;;;* Lo dejo claro desde el principio. Sin más: sexo puro, sin más moralinas. Solo busco a gente a la que le guste el sexo con riesgo asumido y consensuado.

### **Mentalidad eclesiástica y a lo Reagan**

Lo que más me jode es la gente como la del texto (Carrascosa, en línea) con mentalidad eclesiástica a lo Reagan. Yo me considero católico y de derechas, pero hay cosas que no puedo entender en pleno siglo XXI. Considero que ciertos comentarios de personas que ni siquiera saben lo que es ser barebacker no tienen ningún tipo de credibilidad. Lo que hacen —hay muchos textos así— es una manera de exclusión; una forma de discriminar dentro del mismo colectivo, que no entiendo. Todos somos adultos y creo que la religión debería dedicarse a lo suyo, el resto de comentarios están de más.

## **A2.7. Textualización 5: Folloapelo<sup>5</sup>**

### **Rechazo a la planificación sexual**

Lo que me gusta del barebacking, lo que me interesa, es que implica que no haces lo que te dicen los médicos que tienes que hacer. Para mí, quedar con gente que se pasa varias horas pactando condones, prácticas y detalles me parece muy... aséptico; le quita bastante gracia al sexo y no te permite improvisar. En general, diría que este tipo de rollo ofrece más posibilidades que lo que ofrece el sexo seguro.

### **Prácticas que podrían considerarse barebackers**

Tampoco es que yo sea un suicida, o que solo me interesen las prácticas de riesgo, simplemente significa que no quiero tener una conversación médica cada vez que follo con alguien. Si hablamos de las prácticas, concretas, que

<sup>5</sup> Traducido por *Fucking raw* para el artículo de *Sexualities* (§4).

pueden considerarse barebacking, yo diría que todo lo que incluya el semen que, al fin y al cabo, es lo que, se supone, que implica riesgo.

Tampoco es que me parezca bien follarse sin condón con cualquiera: yo solo lo hago en algunos casos; con la gente que conozco y con la gente que me da confianza. Pero, el sexo oral, por ejemplo, me parece una tontería hacerlo con preservativo.

### **Lo que no es**

Pero, como decía anteriormente, no creo que la definición de barebacking tenga tanto que ver con las prácticas que haces, sino que es, más bien, una cuestión de actitud. En cualquier caso, yo defino el barebacking más por lo que no es, que por lo que es. Lo defino como el hecho de no tener que pedir un certificado médico y planificar cualquier tipo de práctica antes de follarte a nadie. Yo practico el barebacking, sobre todo, con gente que conozco o que me da confianza. En general, suele ser gente de fuera de Internet, porque puedes llegar a conocerles más. Pero si alguien me apetece mucho, aunque no le conozca, también puedo llegar a hacerlo a pelo.

### **Discursos tremendistas**

La verdad es que no creo que me esté jugando la vida; ese discurso me parece demasiado tremendista. No es que no crea en el SIDA, o en las enfermedades de transmisión sexual, pero creo que el riesgo es muy bajo. Me resulta algo hipocondríaco vivir el sexo como una enfermedad; vale la pena vivir sin estar todo el día agobiado o asustado por el miedo a la infección, por el sexo seguro.

Hay un anuncio de yogures en el que una madre está viendo cómo su hijo comparte una manzana con un amigo y se imprime un texto que dice: “para él es compartir, para ti una fuente de gérmenes”. Me parece que los gays concienciados, sobre el sexo seguro, son como esa madre: paranoicos.

Esa paranoia podría deberse a un exceso de campañas informativas. Creo que se incide demasiado en lo que podría ser peligroso, sin detallar cuán peligroso es. Supongo que los médicos también hacen lo mismo: se centran en prohibir, no en recomendar.

Pero esto no tiene sentido: todo es peligroso en algún sentido. Si bien es cierto que beber, fumar o follarse a pelo es peligroso, no es menos cierto que cruzar la calle o el estrés en el trabajo también es peligroso. No son

sinceros: es más peligroso trabajar que follar a pelo, pero eso no te lo prohíben, ni te recomiendan que no trabajes.

### **La edad en la comprensión del SIDA**

Tal vez, en mi visión del barebacking, esté influyendo mi edad o, mejor dicho, mi experiencia. Cuando yo empecé a follar ser gay era la libertad total: ¡no ibas a dejar a nadie embarazado, como mucho preñado. Aunque había enfermedades, como la gonorrea, no tenían más importancia, te medicabas con antibióticos y ya estaba. Eran enfermedades que todo el mundo ha pasado alguna vez, como los resfriados.

### **Bareback: la etiqueta**

Yo he follado sin condón, y con desconocidos, toda la vida, pero ahora, eso tiene un nombre: ha dejado de ser algo normal. Por eso, por ejemplo, existen estudios como este. Creo que el hecho de que exista un nombre, una etiqueta, permite que follar a pelo se convierta en algo extraño. Sin embargo, para mí es totalmente normal; lo anormal es lo otro.

Creo que definirse como barebacker, o como apelerero, es una manera de reconocerse, de ahorrar tiempo. Cuando conoces a alguien que se define como tú sabes que vas a tener en común algunos gustos, que va a querer hacer cosas que otra gente ni consideraría.

### **Identidad**

Creo que el nombre es positivo siempre que sea como una contraseña o como una consigna, no tanto como una identidad. Supongo que es como lo de decir que eres gay: es útil para algunas cosas, pero no configura mi identidad. Diría que solo es una identidad por contraste, o como algo defensivo. Esto es, yo no digo, en el curro, o en otros ámbitos —si no es que busque un polvo— soy gay. No lo hago a menos que alguien haga bromas idiotas al respecto; como para marcarle que tiene que tener en cuenta a otras personas. De la misma manera que no digo que soy catalán a menos que alguien vaya de españolito facha.

Del mismo modo, tampoco voy llamándome barebacker en una cena con amigos; a menos que alguno de ellos suponga que es algo horroroso y que puede suponer el fin de la civilización. Así que solo lo utilizo como forma



de defensa o como contraseña: para buscar a otros tíos a los que les vaya el mismo rollo que a mí, para indicar que no descarto nada.

### **El sexo sin preservativo en heteros**

En el sexo entre un tío y una tía, o entre dos tías, no existe la palabra barebacking. Creo que se debe a dos motivos. Por una parte, el colectivo que más a vivido el boom del sida, es el de los gays, así que los heteros siguen creyendo que las ITS son cosas que les pasan a los maricas y a las tías; ellos no creen que tengan riesgo real y, además, no saben follar con condón. Y, por otra parte, las tías se preocupan más por un embarazo que por las enfermedades, pero si follan sin condón con cualquiera no se enorgullecen de ello, sino que lo viven como una vergüenza, o como un error. Es algo así como “es que no sé que me pasó, pero no lo volveré a hacer”.

Creo que para los heteros el sexo sin preservativo no es una decisión consciente, es falta de previsión; no es una opción. Tenía un colega que creía que los homosexuales son más inteligentes que los heteros, y el razonamiento es bueno. Lo decía porque si eres gay has tenido que pensar sobre lo que eres, todo es una conclusión después de contrastar al menos dos formas de hacer las cosas. En cambio si eres “normal” puedes vivir toda la vida sin decidir nada, haciéndolo todo por inercia, porque se hace así.

### **Motivos para follar a pelo**

Por eso creo que la misma práctica —follar con alguien sin condón— puede hacerse por motivos muy diferentes: porque has decidido asumir el riesgo que comporta y pasarlo bien sin sentirte culpable o porque eres demasiado idiota para pedirle a alguien que se ponga un condón.

De todos modos, los motivos para follar a pelo, no son solo intelectuales: es porque te gusta. A mí me encantan las pollas, y sentir las directamente, en cualquier parte, sin hacer pausas condón. También me encanta el semen, el olor el sabor, el tacto, sentirlo en todo el cuerpo, mezclado con el sudor...

### **La pérdida de control**

Hay gente a la que le pone el riesgo de la infección. A mí personalmente no —ya he dicho que no lo hago con cualquiera—. No sé si tiene que ver, pero me recuerda al S&M.

Hay gente a la que le va el sado maso porque le pone pasar miedo, o no saber lo que el otro puede hacerte. A mí me pone mucho el papel de masoquista, pero nunca sin saber qué va a pasar. Quiero decir, es un juego para mí, que solo simulo perder el control, pero no me gustaría perderlo de verdad, no estaría con alguien de quien no me fiara.

A mí no me pone el riesgo real. No lo entiendo. Por eso relaciono el barebacking y el sadomasoquismo: no me pone la posibilidad de que me hagan más daño del que me gusta y no me pone el riesgo de pillar algo. Me gustan los juegos relajados, pero pactados. Sé que hay gente a la que le va eso precisamente: creer que vive peligrosamente. A mí tampoco me gustan los deportes de riesgo, no sé.

De todos modos, me parece un poco estúpida esa postura, pero cada uno es libre de hacer con su vida lo que quiera. Pero si te va el riesgo en sí, te tiene que poner más todavía clavarte jeringuillas que te encuentres en la calle, bajar barrancos, conducir contra dirección, ... Para mí la emoción no está en el riesgo, sino en la relación. Y, de hecho, creo que valorar solo el riesgo, de algún modo devalúa el sexo en sí.

Para mí, el hecho de ser gay ya está mal visto, por ser una minoría. Por lo tanto lo de intentar escandalizar a alguien no me parece maduro. Pero ésa es solo mi posición.

### **El estigma de follar a pelo**

De todos modos, el mero hecho de follar sin preservativos está mal visto, incluso dentro del ambiente gay. Yo solo lo he hablado con los tíos con los que he follado y con mis amigos —que me consideran un caso perdido—.

Aunque se supone que los gays son muy tolerantes, en realidad somos muy “normativos”. Y, el sexo seguro, es un dogma de fe. Que baje la incidencia de sida entre gays (mientras aumenta en heteros) parece un logro de la civilización, un orgullo de clase —como que gane el Barça—.

A mí, en concreto, no me afecta: estoy muy hecho a ser minoría. Para mí es normal hacer lo que me de la gana, sin esperar aprobación. Lo importante es saber por qué haces las cosas, no hacerlas por inercia, y no necesitas más aprobación que la tuya propia.

## **Disidencia de los grupos**

A modo de conclusión, yo no me considero barebacker, no me siento dentro de ese grupo; aunque sí follo a pelo. Tengo la sensación de compartir hechos, prácticas, y amantes, pero no la motivación. Como comentaba anteriormente, hay gente que lo vive como lo de ser del Barça, como lucir una camiseta y gritar consignas y no como hacer deporte.

### **A2.8. Textualización 6: Sinconsecuencias<sup>6</sup>**

#### **La liberación barebacker**

Para mí, bareback es tener cualquier tipo de práctica de sexo no seguro, por la liberación de la politización que significa el sexo (entre tíos). No quiero decir que no me parezca bien que la gente se proteja. Pero es precisamente eso, ese verbo: protegerse. Cuando tenemos sexo entre tíos, tenemos que protegernos. Parece que algo nos dicte lo que tenemos que hacer, cómo debemos comportarnos. Y hay gente a la que no nos gusta que nos digan qué es lo que tenemos que hacer. Entonces, sería algo así como el sexo de quienes no queremos que nos digan lo que tenemos que hacer, de los que nos reivindicamos contra esa política que es, al fin y al cabo, el sexo seguro.

#### **El riesgo que yo asumo**

Yo solo practico sexo oral sin preservativo, porque sé que eso no tiene riesgo, y la penetración anal sin preservativo con los tíos que conozco. Nunca lo hago con gente de la que no sé nada. Por conocer, me refiero a amigos que he conocido durante un tiempo y con los que he podido hablar de este tipo de temas, con total libertad.

#### **Sexo sin preservativos, siendo gay**

Sinceramente, creo que no podemos pensar en vivir una vida sin practicar la penetración anal sin preservativo. Cuando eres homosexual y vives una “vida gay” tienes muchos estímulos que te recuerdan que no puedes ser libre en este

---

<sup>6</sup> Traducido por *No consequences* para el artículo de *Sexualities* (§4).

sentido. O, lo que es peor, que te permiten ser libre solo si aceptas vivir una vida monógama.

No sé si a los heteros les pasará lo mismo, pero, por ejemplo, cuando voy al médico me recuerda que debería hacerme las pruebas cada cierto tiempo. Él, como es un profesional, es sutil. Pero lo primero que indaga es si soy homosexual y cuando lo reconozco porque no tengo problemas en decirlo. Entonces, no lo duda, me dice: “¿qué te parecería hacerte un análisis de sangre completo?”. “Muy bien”, le digo. Y él responde, “con la prueba de la hepatitis y el VIH, también, ¿verdad?”. No me pregunta con cuántos he estado en la cama, tampoco me pregunta si lo hago con preservativo, simplemente asume que por ser gay, tengo un riesgo. Y no solo son los médicos. Estoy harto de ver carteles sobre el tema en los locales de ambiente, así sean una cafetería, o en las páginas web de contactos.

### **Información sobre VIH**

Me parece bien la información. Yo ya tengo una edad y me atrevería a decir que he vivido los peores años del SIDA. He perdido a genet, he visto como han pasado de militar por los derechos de los homosexuales, a transformarse en una especie de Pepito Grillo del sexo seguro. Ya digo que lo entiendo. Que no me parece mal. Que cada uno debe ser libre de “protegerse” o de no hacerlo, pero es eso: debemos ser libres. Y ahora mismo no lo somos.

Es cierto que hay mucha inconsciencia. Que los jóvenes, seguramente hayan bajado la guardia porque ya no saben ni qué riesgos tiene el tener sexo sin protección. A la gente ya no le importa nada. Y eso tampoco me parece bien, porque ser seropositivo no es fácil. Pero, a la misma vez, creo que el barebacking ha aparecido como resistencia a esa presión social por el sexo seguro. A esa política del miedo en el sexo entre tíos. Me refiero al miedo en el sexo entre tíos, porque se asume directamente que las lesbianas ni siquiera lo hacen -cuando no es así.

### **Estigmatizar**

Me parecen encomiables los progresos que ha habido en cuanto a los tratamientos del VIH y me parecen igual de positivos los esfuerzos, tanto de las políticas sanitarias como de las mismas ONG gays, por prevenir la infección por VIH. Pero si lo miras bien, el mensaje es bien sutil: ser seropositivo no es deseable. Los seropositivos no lo son.

Es difícil de explicar, pero eso es algo muy duro, sobre todo para la gente que tiene el virus. Yo estuve durante 20 años con una pareja. Él se infectó y hace 5 años murió. Fue muy difícil llevar su situación en pareja. La gente le hacía sentir mal, le hacía sentir culpable. El dolor más grande no fue a causa de las enfermedades oportunistas, fue por culpa de las miradas de la gente, de los comentarios de los demás, de la lejanía de la familia.

Otro de los puntos que se vio afectado, fue el sexo entre nosotros. Como decía anteriormente, no podía concebirse que nosotros fuéramos a tener sexo sin preservativos. Y nosotros, como parte de esta sociedad, tampoco lo podíamos concebir. Pero era duro, porque siempre lo habíamos hecho sin. Porque, cuando eres gay, sabes que hay un código y es que, con tu pareja no utilizas el preservativo. Es algo así como que, si te quieres, no utilizas el preservativo. Tal vez no todo el mundo funcione así, pero mucha gente sí. Y, para nosotros, era difícil.

Por eso sé que, como te dicen, no es tan fácil ser seropositivo; pero no necesariamente por el virus, sino por todo lo que le rodea: el tratamiento, la pareja, la familia, los amigos, el entorno social... Por eso, mi visión sobre los riesgos del VIH ha ido cambiando mucho a lo largo de los años; yo diría que, radicalmente, estos últimos.

### **Barebacking o amor**

No soy un inconsciente -precisamente porque he vivido lo que he vivido sé los peligros que tiene follar a pelo-, pero hay momentos en los que pienso que ya tengo una edad y que hay ciertos placeres que no quiero perderme. Así que si voy con alguien que está bueno, con el que además tengo confianza y quiero pasármelo bien, de verdad, voy a hacerlo como me apetezca.

Creo que el problema más grande es si hay desinformación, si lo haces de forma inconsciente. Pero creo que los que lo hacen de forma inconsciente no hablan de barebacking, hablan de amor. Los que dejan de utilizar el preservativo sin saber los riesgos que eso comporta, suelen ser quienes confían en sus parejas -a los dos meses de conocerles- y deciden dejar de utilizar el preservativo para mostrarles su amor. Eso me parece peligroso: no hay una consciencia sobre lo que se está haciendo, sino que se deja a la confianza que se tiene en el otro. Sin embargo, hacerlo sin preservativo sabiendo a lo que te enfrentas, me parece menos naif, más respetable —será porque soy yo quien lo hace—. Que, como se dice, cada quien haga de su capa un sayo.

## El riesgo y el miedo

Luego están los que dicen que buscan directamente “el regalo” o “el bicho”. Yo creo que esos son los menos. Yo, por lo menos, no me he encontrado a nadie que me pidiera eso. Tal vez eso pase en otros países, pero aquí nunca lo he visto. A mí, como decía, lo que me excita es el hecho de hacerlo sin preservativo, por lo que se siente y por lo que se puede hacer: por la excitación que produce la libertad.

Por ejemplo, en una ocasión fui a una sauna en Amsterdam en la que había un cuarto oscuro enorme, con una cama redonda en medio de la sala. Al rededor de esa cama había unos veinte hombres, poniendo el culo para que te los follaras. Esos tíos era imposible que controlaran quién les estaba follando a pelo y quién no. Y, por otra parte, la excitación que producía el pensar en ponerte como parte de ese círculo es difícil de explicar.

Sin embargo, no me puse: solo lo hago con gente a la que conozco. Pero me daba mucho morbo. Pensar que me la metían y que no iba a pensar en nada más, solo disfrutar de esas sensaciones. Pero me dio miedo y no lo hice. A eso es a lo que me refiero. Que el miedo nos controla, controla lo que podemos hacer y lo que no. Yo creo que el miedo es social, que se nos enseña lo que nos tiene que dar miedo y lo que no. Por eso creo que el sexo está politizado. Sabemos lo que debemos hacer y lo que está prohibido.

## Libertad en el barebacking

El barebacking me gusta -yo no diría que me excita- porque te liberas de ese miedo, al menos durante el tiempo que dura el sexo. Te liberas de esos condicionamientos y puedes hacer lo que quieres. Habrá gente que te dirá que no, que la libertad es poder disponer de tu vida, sin estar enfermo. Pero yo no coincido. La libertad es disponer de toda la información para poder tomar tus propias decisiones de forma consciente.

El problema, para mí, no es que haya millones de campañas de prevención, es que esas campañas solo transmiten dos mensajes; uno explícito y el otro implícito. Explícitamente solo te dan una orden: “póntelo”. Te lo dirán de mil maneras. Creo que la última campaña del Ministerio decía “No sin él”. Pero solo te están diciendo eso, que ponerse el preservativo es muy importante. No te dicen si hay más riesgo siendo activo o pasivo, no te dicen qué hacer con el miedo que uno tiene cuando folla con otros tíos, no te dicen qué hacer cuando eres seropositivo; solo eso, que te lo pongas.

Implícitamente lo que te están diciendo es: el VIH -y, por lo tanto, los que lo tienen- es algo malo, no es deseable, cuidado porque como lo seas lo pasarás mal -o, lo que es peor, nosotros te lo haremos pasar mal-.

### **Mi punto de vista**

Pero bueno, esto es solo un punto de vista: el mío. No creo que todo el mundo piense lo mismo que yo. Además, sé que muchas de las cosas que estoy diciendo deben estar equivocadas, entre otras cosas, porque cada uno tendrá sus motivos para hacerlo con o sin preservativos. Con todo, creo que algo de intención política habrá cuando la mayoría de la población mundial lo hace sin preservativo y, por lo que respecta al VIH, lo que más preocupa es lo que hacemos los hombres homosexuales occidentales.

## ANEXO 3

## Producción narrativa con técnicos que trabajan en la promoción de la salud sexual dirigida a HSH

### A3.1. Guion de entrevista

1. No parece haber mención al bareback en la prevención. ¿Creéis que es así? ¿Vosotros habéis incluido mensajes específicos en vuestras intervenciones? ¿De qué manera y qué tipo de mensajes? ¿Por qué?
2. ¿Qué tipo de dilemas se os han planteado con relación al bareback en la intervención y qué acciones habéis hecho para resolverlos? ¿Por qué? ¿Qué otras cosas creéis que podrían haberse hecho?
3. INTRODUCIR FRAGMENTO DE NARRATIVAS
4. En el análisis de las campañas hemos visto que la mayoría de mensajes estaban dirigidos a una persona que no estaba infectada. ¿Creéis que hay suficiente reflexión sobre la salud sexual de las personas con VIH en la prevención?
5. En general, los mensajes de prevención parecen dirigidos a promocionar estrategias de sexo más seguro (especialmente el uso del preservativo y evitar eyaculación en la boca). Pero este mensaje puede resultar un poco dicotómico. ¿Creéis que es evitable? ¿De qué otra manera podrían llevarse a cabo los mensajes de promoción de la salud?
6. En el análisis (tanto de las narrativas como de las campañas), también hemos visto que se establece una suerte de relación entre homosexualidad y VIH. ¿Creéis que es posible la intervención específica en HSH sin reforzar esta relación? ¿Cómo se podría hacer y tenéis algún ejemplo?
7. También vemos una clara identificación de las prácticas preventivas como algo positivo y del fracaso en la prevención como algo negativo. ¿Cómo



creéis que puede afectar esto a la prevención? Sobre todo, a las personas que deciden asumir riesgo en las prácticas y a las personas con VIH. También saber en qué sentido piensan que esto se relaciona con una dualidad en el sexo seguro (sí/no) en lugar de una escala.

8. Finalmente, ¿podrías decirme cómo creéis que han ido evolucionando los discursos de la prevención en los últimos años? ¿En qué punto estamos? Tal vez empezamos con el diagnóstico precoz... Responsabilidad de la persona no diagnosticada en las nuevas infecciones. Traer aquí los discursos biomédicos, carga viral comunitaria, PrEP, etc. ¿Qué efectos tiene esto en la propia prevención? ¿Cómo se ha traducido esto en la intervención directa con usuarios?

### **A3.2. Textos utilizados**

#### **Fragmento 1**

Yo creo que se debe a que, con el avance de los tratamientos antirretrovirales, la gente se ha relajado mucho más. En concreto, creo que los barebackers somos un ejemplo de esa relajación. En los años '90 no nos habríamos ni atrevido a imaginar tener sexo sin preservativo, pero hoy en día, en general, a la mínima que alguien no quiere utilizar el preservativo, acabamos cediendo, o incluso lo pedimos nosotros porque nos da morbo.

Creo que puede haber dos motivos. Por una parte a que, como señalaba, la concepción de peligro o de miedo, respecto al virus, ha cambiado. Ahí tienen que ver, sobre todo, que el avance de los antirretrovirales ha permitido que la gente no muera de SIDA como antes. Por otra parte, que desde algunos puestos de la salud pública te dan a entender que si eres gay vas a acabar siendo seropositivo, sí o sí. En parte, tienen razón, en el sentido que los homosexuales somos más promiscuos, tenemos parejas abiertas, etc. Aunque hay excepciones, en general, yo diría que los homosexuales somos más liberales que los heterosexuales.

#### **Fragmento 2**

Me parecen encomiables los progresos que ha habido en cuanto a los tratamientos del VIH y me parecen igual de positivos los esfuerzos, tanto de las políticas sanitarias como de las mismas ONG gays, por prevenir la infección

por VIH. Pero si lo miras bien, el mensaje es bien sutil: ser seropositivo no es deseable. Los seropositivos no lo son. Es difícil de explicar, pero eso es algo muy duro, sobre todo para la gente que tiene el virus. Yo estuve durante 20 años con una pareja. Él se infectó y hace 5 años murió. Fue muy difícil llevar su situación en pareja. La gente le hacía sentir mal, le hacía sentir culpable. El dolor más grande (...) fue por la lejanía de la familia.

Otro de los puntos que se vio afectado, fue el sexo entre nosotros. Como decía anteriormente, no podía concebirse que nosotros fuéramos a tener sexo sin preservativos. Y nosotros, como parte de esta sociedad, tampoco lo podíamos concebir. Pero era duro, porque siempre lo habíamos hecho sin. Porque, cuando eres gay, sabes que hay un código y es que, con tu pareja no utilizas el preservativo. Es algo así como que, si te quieres, no utilizas el preservativo. Tal vez no todo el mundo funcione así, pero mucha gente sí. Y, para nosotros, era difícil.

### **Fragmento 3**

Conozco bastante bien los discursos sobre salud sexual. El VIH y las ITS son asuntos que me preocupan, así que procuro leer la información que encuentro en Internet, en locales de ambiente o en mi centro de salud. Por una parte, algunos de los materiales que leo me producen inquietud porque son ambiguos en cuanto al grado de riesgo de algunas prácticas; especialmente, el sexo oral. En algunos materiales, especialmente los de los centros de salud (de orientación médica), se insiste en la necesidad de usar el condón incluso en las mamadas.

Esa me parece una medida inviable. Por una parte, porque la mayoría de veces que practico el sexo oral es en encuentros más o menos rápidos (como en un lavabo público o en una sauna con mucha gente), en las que no hay tiempo material de ponerme un condón o ponérselo a mi compañero. Además, no me da nada de morbo hacer una mamada con preservativo; pierde todo el morbo. El resultado es que, durante muchos años, me he sentido intranquilo con respecto a mi salud sexual, por el hecho de practicar sexo oral sin preservativo.

Además, cuando he ido a unidades especializadas en ITS para hacerme la prueba del VIH o por alguna ITS (he tenido varias veces gonorrea), el médico no me ha preguntado por las prácticas que realizo, sino por mis hábitos sexuales (si tengo relaciones sexuales con una pareja estable, si frecuento saunas o cuartos oscuros, si conozco a mis parejas sexuales, etc.), y, en alguna ocasión, me han llegado a decir que, por ser promiscuo, tenía una probabilidad altísima

de infectarme por el VIH. Eso me ha hecho pensar que o tenía una vida sexual convencional o estaba condenado a infectarme del VIH.

En cuanto a las campañas dirigidas exclusivamente a los HSH, me parecen bastante simplistas. La mayoría son mensajes autoritarios e incuestionables: ¡Con pelos, sí! ¡A pelo, no!, ¿Sin condón? Pues va a ser que no, etc. La idea es que, si quieres ser un buen homosexual, tienes que ponerte el condón. En general, creo que muchos de los discursos médicos (sobre todo) y de las ONG dedicadas a la prevención del VIH son inquietantes para una persona que tenga una vida sexual no convencional; al menos, así es como me siento yo. Esta inquietud pasa a ser insulto si hablamos del barebacking. En el mejor de los casos, las campañas te ordenan que no tengas prácticas de riesgo (¡A pelo no!). En el peor, directamente te insultan. [...] En otros artículos similares, he llegado a leer que los seropositivos son culpables de infectar a los seronegativos.

### A3.2. Textualización

## Campañas dirigidas al barebacking

Sobre *barebacking* en concreto, no hay muchas campañas. Hay algunas campaña en la que se intenta empoderar a las personas para decir que no a la hora de utilizar el preservativo, ya que, en algunos contextos en los que la norma es no utilizar el preservativo, puede ser difícil. Algunos mensajes de estas campañas dicen «¿Follas a pelo? Pues va a ser que no» o «Revélate, usa condón y lubricante». Ahora bien, campañas dirigidas específicamente a las personas que deciden no usarlo, es más difícil encontrar. Lo que sí existen son algunos materiales, de ONG muy concretas, en los que se trabaja en la reducción de riesgos. En el extranjero sí que hay campañas específicas, pero en España solo recordamos una sección en la web de Navega Seguro en la que sí se habla de las prácticas de riesgo y de la reducción de riesgos en la penetración anal sin preservativo en el sexo entre hombres.

Por otra parte, en los materiales que elaboran algunas ONG (muy pocas) sí que se incluyen frases como «si tu decisión es no utilizar el preservativo...». Es decir, sí que se contempla la posibilidad de no utilizar el preservativo como

una opción. Y ahí sí que se dan estrategias de prevención específicas para estas personas.

En términos generales, podemos diferenciar dos niveles. Por una parte, son los mensajes que se lanzan a través de una campaña: ahí sí que hay una ausencia de campañas o materiales específicos para las personas que deciden asumir riesgos en sus prácticas sexuales. Por otra parte, a nivel individual —o grupal— con talleres o intervenciones específicas en las que sí que puedes lanzar estrategias más personalizadas. En este segundo nivel, por ejemplo, sí que hemos tenido intervenciones con personas que han decidido no usar el preservativo y hemos trabajado mediante la reducción de riesgos.

En este sentido, tal vez, sea mucho más sencillo trabajar de forma individual. En grupos, a menos que exista una norma sobre el no uso del preservativo, puede ser más difícil decir que uno no lo usa porque se te identifica como *barebacker*. En grupo, por ejemplo, sí que das la información (con formulaciones como, «si en algún momento no usas el preservativo...»), pero no lo haces en respuesta a una consulta concreta. En Internet también hechos hecho intervención específica en los espacios en los que la gente se identifica como *barebacker*. La intervención ha sido estar disponibles para que alguien pueda realizar la consulta.

La primera dificultad es que no se identifican como *barebackers* a la hora de hablar con alguien que trabaja en una organización que hace prevención. Hablan de una dificultad a la hora de utilizar el preservativo, pero no de una falta de uso sistemática. Cuando profundizas sobre qué tipo de prácticas tienen, entonces aparece el no uso del preservativo. A través de las dificultades surge el tema del no uso del preservativo. Normalmente está asociado a la pasión (tienen la dificultad cuando inician una relación y no saben cómo abordarlo o quieren mantenerlo así) o a las dificultades como el dolor en el preservativo. Aquí hay dos tipos de personas, también. Aquellas que no se definen como *barebackers*, y esto suele suceder en relaciones en concreto, y las personas que sí se definen como tal. Las situaciones que tienen que ver con una relación específica, es decir, aquellas personas que no son *barebackers*, están más ligadas a una cuestión emocional con una pareja determinada.

### **Presión del grupo**

Rescatando lo que decíamos sobre la dificultad de identificarse como *barebacker* es un contexto de prevención, identificarte como alguien que no (siempre) sigue las estrategias de prevención es señalarte y ser reconocido como tal. Por

lo tanto, el grupo va a generar una presión sobre la persona. Y, si se trata de una persona con VIH, la presión es todavía mucho mayor.

Existe en una presión en ese contexto pero creemos que la presión existe, de forma generalizada, en el contexto gay. La presión es para que la persona se posicione a favor o en contra del uso del preservativo. Dentro de un grupo siempre existe una presión sobre la persona. Cuando estás en un ámbito en el que se practica habitualmente el no uso del condón, es muy difícil querer usarlo. Cuando estás en un ámbito en el que habitualmente se usa (o se habla de usarlo), es muy difícil identificarte como alguien que decide no hacerlo. En ambos casos, hacer lo contrario a lo que hace la mayoría es revelarte contra una norma grupal. Es decir, existe un contexto que define cuál es la norma (en relación al uso del preservativo) y, si subviertes esa norma, te estás identificando como alguien que está yendo en el sentido contrario.

Como agentes de salud, hemos podido identificar situaciones en las que sabíamos que alguien no usaba el preservativo y no ha querido hablar de ello. Como hombres que tenemos sexo con otros hombres, también nos ha pasado el estar en un contexto en el que sabíamos que no se usaba el preservativo y que supiéramos que el hecho de utilizarlo fuera a ser mal recibido. La mayoría marca la norma. La norma en el caso del no uso del preservativo es fácil de identificar: nadie quiere usarlo porque están teniendo sexo sin él y, hacerlo, les corta el rollo. Pero, en el caso del uso del preservativo, ¿dónde está la presión?

Esta norma creemos que puede tener una explicación histórica. En los años 90, por ejemplo, estaba muy mal visto el no uso del preservativo. La presión constante era hacia el uso del condón y no se podía concebir el sexo sin preservativo. El no uso del condón era algo *underground*, era algo rechazado. Cuando lo hacías, era desde la vergüenza y desde el rechazo. No lo hablabas, no se exponía el no uso del condón. No encontrabas ningún grupo ni ninguna referencia positiva al no uso del preservativo. En ningún ámbito: no veías películas porno que no usaran preservativo, etc. El uso del condón era sistemático en la comunidad gay. Dentro del ambiente se usaba el condón o no se evidenciaba el no uso del condón. Tenía que ver con la visión que había del VIH y con el impacto del sida de finales de los 80 y principios de los 90. Después, desde finales de los 90, esto se ha ido relajando y se ha ido convirtiendo en un morbo. El no uso del preservativo se ha convertido en una práctica morbosa. El hecho de que hubiera tanta presión hacia el uso del condón puede haber abierto la posibilidad a que, actualmente, el no hacerlo sea una cuestión de libertad o de rebeldía frente a esa presión en y desde la comunidad gay. Esto

se ha dado, sobre todo, en contextos de prácticas BDSM o de sexo más duro. Desde formas de expresión de la sexualidad menos normativas, si se quiere.

Poco a poco ha habido una atracción hacia eso y, actualmente, el no usar el preservativo puede haberse convertido en algo mucho menos marginal, más normalizado. Actualmente, tal vez, la cuestión está en que es más fácil no usarlo y no sentirte mal por no hacerlo. Pero cuando no lo usas te estás identificando como alguien que no quiere usarlo. Entonces, es fácil no usar el preservativo en contextos en los que sabes que el resto de la gente tampoco quiere usarlos. Pero es difícil hablar de ello, por ejemplo, con amigos o en contextos en los que no sabes si hablar de tener prácticas de riesgo va a estar mal recibido. Podríamos decir que está dentro del código del buen gay cuidar a su comunidad. En cualquier caso, esto tiene matices.

Si eres una persona «sana», el no uso del condón te libera: estás perdonado porque eres una persona «sana» (que no tienes VIH). Como mucho puedes ser inconsciente. Pero, si lo haces sin preservativo y te realizas la prueba, por ejemplo, eres perdonado. Sí se te admite que no usas el condón, siempre que uses determinadas estrategias que se consideran que son las adecuadas para una persona sana: no tener el VIH, realizarte la prueba regularmente, estar bien físicamente, ser deportista. En definitiva, este concepto de salud física que está extendido en nuestra sociedad.

Sin embargo, si eres una persona «enferma» la presión es muy grande por el uso del preservativo. No puede concebirse (ni por la persona, ni por el grupo) que alguien que tiene VIH esté teniendo prácticas que pueden transmitir el VIH a otras personas y, en este sentido, es muy difícil decir que no lo has usado o que te resulta difícil hacerlo. Porque estás exponiendo a otras personas al virus. Incluso cuando tienes sexo con otras personas con VIH, el hecho de no usar el preservativo es algo que puede estar mal visto.

Actualmente, tal vez, la presión del grupo hacia el uso del preservativo en personas «sanas» se está desplazando hacia la realización de la prueba. Hay una sensación de fracaso del uso del condón. Ese discurso subyace en toda la intervención: «los gays no son (somos) capaces de usar el preservativo de forma sistemática». Por lo tanto, como se van a tener prácticas de riesgo, hay un cuestionamiento del uso del condón como estrategia de prevención, en este sentido, hay una presión social hacia las personas que no se hacen la prueba o que manifiestan no realizarse la prueba. Podría considerarse que se mantiene la presión por cuidar de la comunidad: antes, pasaba por utilizar el preservativo, ahora, como no siempre ha funcionado, pasa por realizarse la

prueba, por tomarse la medicación en caso de tener VIH. Existe, en cualquier caso, una suerte de definición de lo que es ser un «buen gay».

### **Motivos para «follar a pelo»**

Sí que hemos escuchado a personas que dicen «follo a pelo» porque sé que si me infecto no lo voy a tener tan difícil como hace años y, además, sé que si me infecto ya no voy a tener que seguir preocupándome por esto. Evidentemente, no se trata de que todo el mundo piense esto: es algo casuístico. Pero sí que es cierto que algunas personas han manifestado esta sensación. Del mismo modo, hay personas que tienen la sensación de que, desde la salud pública, te dan a entender que si eres gay vas a acabar siendo seropositivo. El hecho de que se diga que hay que hacerse la prueba de forma sistemática, en cierto modo, da a entender que es muy probable que uno vaya a infectarse si es un hombre y tiene relaciones sexuales con otros hombres.

Por otra parte, aunque sí que es cierto que la visión optimista acerca de los antirretrovirales ha podido afectar a cómo la gente se ha relajado en cuanto al uso del preservativo, también es cierto que esto pasa en cualquier otro ámbito: las medicinas, en general, han hecho que la gente se relaje en cuanto a las prácticas que tiene (no solo en el sexo seguro). Socialmente, creemos en la medicina a pies juntillas.

Sin embargo, los gays nos hemos ido liberando, también, como colectivo. Hay una experimentación constante de parte de los hombres gais. Normativizar, a través de estrategias preventivas, esa sexualidad, nos limita. El no uso del condón, por su parte, nos libera. Creo que esa necesidad ha avanzado, de forma paralela, al optimismo por los antirretrovirales. El (no) uso del preservativo está relacionado con la experimentación de la sexualidad. El imaginario sexual sobre el juego con el semen o sobre explorar el sexo en grupo está muy presente en nuestra sociedad (no solo en la cultura gay) y, este imaginario, se ve limitado con el uso del preservativo.

En esa experimentación está la búsqueda de ser hombre y ser hombre gay e identificarte como hombre. En este sentido, el uso del preservativo te hace más femenino, te hace más vulnerable. En este contexto en el que la masculinidad es lo máximo. Ser más masculino tiene que ver con ser valiente, con pensar que no te va a suceder nada. En este contexto, como decíamos, lo que da más morbo es ser masculino. Usar el preservativo es de ser más vulnerables, en este contexto. Ser muy masculino es que no te va a suceder nada, que eres valiente. Ante esa valentía agresiva, el uso del condón te limita. Entonces el



uso del condón te puede limitar. No puedes llegar a ser un verdadero hombre, valiente, si usas condón. Si tú preguntas a hombres qué es lo que te hace más hombre en la cama, tiene mucho que ver con la potencia, con el transgredir. Hay estudios (de género) que apuntan a que los hombres asumimos más riesgo (por ejemplo, conduciendo) porque es un valor de género. Asumir riesgos te hace más hombre, más masculino. De alguna manera, esto también está condicionando nuestra sexualidad.

Creo que actualmente, de todos modos, estamos en un punto de cuestionamiento de esa masculinidad. Los hombres en general y, en concreto, los hombres que tenemos sexo con otros hombres. Creo que estamos en un punto de cuestionamiento de si es esa la masculinidad que queremos. Hay como una explosión de diversidades dentro de la vivencia del derecho de ser hombres gays. Pero, a finales de los 90 y principios del 2000, había mucha necesidad de reafirmación como hombres, cuando uno tenía sexo con otros hombres. Por el tema de derechos, por el tema de la igualdad. Teníamos que reafirmarnos como un hombre gay masculino, no tanto un hombre gay con pluma, rompiendo, así, los estereotipos de feminidad y de pluma que han estado asociaciones a la homosexualidad masculina. Dentro del colectivo, había una parte que necesitaba esa reafirmación.

Esta reafirmación, evidentemente, no se da solo en el colectivo gay, pero, probablemente, la concreción de la necesidad de reafirmación masculina en los hombres gays (y bisexuales) se traduzca en este tipo de prácticas en el caso de la salud sexual. Un hombre heterosexual no se va a reafirmar como hombre por el uso o no uso del condón, pero un hombre gay sí. Un hombre heterosexual se reafirmará más sexualmente en cuanto a su potencia, dominación, etc. El uso del preservativo en el contexto homosexual te puede reafirmar más como hombre cuando no lo usas, porque inseminas. Y, además, la palabra que se usa es *preñar* o, en inglés, incluso *seed*. Que, en un hombre heterosexual esto no tiene tanto sentido porque no usar el preservativo es, más bien, la norma y decidir usar es la excepción. No tiene por qué enfrentarse a ello.

## **VIH como enfermedad**

Me parecen encomiables los progresos que ha habido en cuanto a los tratamientos del VIH y me parecen igual de positivos los esfuerzos, tanto de las políticas sanitarias como de las mismas ONG gays, por prevenir la infección por VIH. Pero si lo miras bien, el mensaje es bien sutil: ser seropositivo no es deseable. Los seropositivos no lo son. Es difícil de explicar, pero eso es algo muy duro, sobre todo para la gente que tiene el virus. Yo estuve durante 20 años con una pareja.



Él se infectó y hace 5 años murió. Fue muy difícil llevar su situación en pareja. La gente le hacía sentir mal, le hacía sentir culpable. El dolor más grande (...) fue por la lejanía de la familia. Otro de los puntos que se vio afectado, fue el sexo entre nosotros. Como decía anteriormente, no podía concebirse que nosotros fuéramos a tener sexo sin preservativos. Y nosotros, como parte de esta sociedad, tampoco lo podíamos concebir. Pero era duro, porque siempre lo habíamos hecho sin. Porque, cuando eres gay, sabes que hay un código y es que, con tu pareja no utilizas el preservativo. Es algo así como que, si te quieres, no utilizas el preservativo. Tal vez no todo el mundo funcione así, pero mucha gente sí. Y, para nosotros, era difícil. (Sin consecuencias, producción narrativa)

Al leer este fragmento del texto, lo que más llama la atención es lo de que «cuando eres *seropositivo* no eres deseable». Ser *seropositivo* es marcado y es marcado como lo que no se desea. Es una forma de ver la enfermedad que tenemos como sociedad. Los enfermos están ocultos y separados del resto. Esto no forma parte de la vida, estas personas no están viviendo (socialmente hablando). Estás enfermo y esto te incapacita hacia el resto del mundo. El único derecho que tienes es a seguir viviendo hasta que te cures. Como persona con VIH te sitúas ahí; de hecho, te sitúan ahí. Aunque tú no quieras, te están situando constantemente ahí: en la enfermedad.

Esto es una forma de aislamiento que, probablemente, esté ligada al miedo social por la infección por VIH. El miedo llega a catalogarte de una forma que hace que seas alejado de la sociedad. Que nadie pueda acceder a ti, o tocarte. Las personas con VIH pueden sentirse así en muchas ocasiones. De pronto, has dejado de ser cualquier otra cosa, para convertirte única y exclusivamente en *seropositivo*. No me extraña que cueste tanto trabajo hablarlo, comunicarlo y aceptarlo. Es muy complejo porque te sitúa en un punto marginal, en un espacio en el que nadie desea estar.

Hay, así, una connotación de fracaso: hay muchas campañas y mensajes para que no te infectes porque lo que se trata es de evitar que te infectes por VIH. Entonces, ¿qué pasa cuando te infectas? ¿Cuál es la vivencia con respecto a tu experiencia como persona con VIH? Normalmente, está ligada al fracaso y a la marginalidad. Porque hay un modelo de qué es una persona sana y qué es una persona válida. Todo el que no entre en ese modelo, está excluido. La única manera, en este caso, de sobrellevar eso, es ocultando tu estado, dado que, actualmente, el hecho de tener VIH no es algo que tenga que ser visible. Esto te condena a la invisibilidad.

Con respecto al no uso del preservativo en la pareja, tal vez no es algo general. No en todos los casos, los HSH dejan de utilizar el preservativo en la

pareja. Sin embargo, en el proceso de la pareja está el enamoramiento, la pasión y la confianza. El condón en esta situación pone una barrera al contacto o a la entrega. Poner el preservativo es una forma de limitar, de no dejarte llevar. En cualquier caso, más allá de que el hecho de dejar de utilizar el preservativo sea una cuestión generalizada, lo que sí es cierto es que, en caso de no poder dejar de hacerlo, porque un miembro de la pareja tiene VIH y el otro no, la persona con VIH puede sentirse responsable de esa situación. Es la persona con VIH quien cambia (o marca) la pauta de la relación y, en este sentido, puede cargar con la culpa de este cambio.

Aunque hablamos mucho de la interiorización del uso del preservativo no siempre es posible y no con todo el mundo. Es un elemento ajeno. Por mucho que lo erotices y lo utilices, es un elemento extraño. Esto hace que su uso pueda ser un *handicap*. Para alguien que empezó a experimentar su sexualidad en los primeros años del sida, tal vez fue más sencillo: como ya hemos comentado, no habían otras opciones. Sin embargo, alguien que empiece a experimentar en la actualidad su sexualidad no lo vive igual: hay más alternativas. Por ejemplo, se está empezando a hablar que alguien con una carga viral indetectable no puede transmitir el virus. En estos casos, puede que una pareja decida no usar el preservativo basados en esta premisa. El problema está en que, en esta alternativa, por ejemplo, vuelve a ser la persona con VIH la responsabilidad de que no se produzca una transmisión y de que la sexualidad en la pareja funcione y funcione bien, del mismo modo que aparecía en la cita.

### **(Auto)crítica a la prevención**

Los mensajes de prevención que se reciben (sobre todo del ámbito sanitario) pueden ser, en algunos casos alarmistas para potenciar que tengamos siempre el sexo más protegido, sin pensar en si las estrategias pueden asumirse o no. Hay prejuicios: por ejemplo, por el hecho de ser gay, te dan ciertas indicaciones en tener en cuenta cuáles son tus prácticas sexuales. Tal como se indica en las narrativas, en algunos casos hay mensajes moralistas y paternalistas que son, en definitiva, culpabilizadores. Estos mensajes hacen muy difícil tener una vivencia placentera de la sexualidad en la que tú puedas gestionar el riesgo que quieres asumir porque no te dan esa opción. Se apunta a imponer determinados patrones de conducta. Entiendo que, en algunos casos, uno pueda llegar a sentir que, si no tiene una vida sexual convencional está condenado a infectarse del VIH. Según qué mensajes te lleguen, es normal que alguien pueda sentirse así: no se contempla la diversidad de prácticas, por ejemplo.

En algunos casos, puede pasar que los discursos de prevención sanitarios estén más preocupados por el hecho de que la gente vaya a cuartos oscuros o tenga sexo con muchas personas, en lugar de preocuparse por el tipo de prácticas que tienes con esas parejas. No en todos los casos incluso los médicos que trabajan en la unidad de enfermedades infecciosas (que están relacionadas con las prácticas sexuales) se interesan por la sexualidad de los pacientes. En la mayoría de los casos, no hay un interés por parte del personal sanitario por la vida sexual de la gente a la que están atendiendo. Es más, hay prejuicios, en algunos casos. En este caso, creemos que es necesario tener una visión integral de la persona que el médico está tratando. Es necesario pensar que no se está interviniendo de forma exclusiva sobre el virus, se está interviniendo sobre la persona.

El hecho de que existan prejuicios en el personal sanitario tiene implicaciones sobre la atención. No solo porque la persona se sienta más o menos cómoda en su relación con el médico, por ejemplo, sino porque, probablemente, si no se da esa relación de confianza no será posible abordar aspectos de la sexualidad de la persona. Si, por ejemplo, alguien intenta hablar con el médico y explicarle sus prácticas y se encuentra con que el médico no quiere escucharlo, muy probablemente, dejará de hablar sobre ello. No quiere decir que todo el personal sanitario sea así. Pero este tipo de prácticas, que sí se dan, sitúa a la persona con VIH, nuevamente, en la frontera, en el límite, en el ámbito de los excluidos. Partiendo de que puede ser difícil hablar de tus prácticas con alguien que no conoces, sobre todo si puedes asumir que, a lo mejor, el profesional puede tener prejuicios hacia las prácticas, es muy probable que uno no pueda llegar a hablar de lo que le preocupa. Mucha gente acaba sintiendo que la preocupación del personal sanitario es la de que no se transmita el virus que del propio cuidado y salud sexual de la persona. La prioridad es intentar que no se produzcan más infecciones y que, en caso de que se haya producido la infección, la persona se trate cuanto antes.

En cuanto a las campañas dirigidas exclusivamente a los HSH, me parecen bastante simplistas. La mayoría son mensajes autoritarios e incuestionables: «¡Con pelos, sí! ¡A pelo, no!»», «¿Sin condón? Pues va a ser que no, etc». La idea es que, si quieres ser un buen homosexual, tienes que ponerte el condón. En general, creo que muchos de los discursos médicos (sobre todo) y de las ONG dedicadas a la prevención del VIH son inquietantes para una persona que tenga una vida sexual no convencional; al menos, así es como me siento yo. Esta inquietud pasa a ser insulto si hablamos del barebacking. En el mejor de los casos, las campañas te ordenan que no tengas prácticas de riesgo (¡A pelo no!). En el peor, directamente

te insultan. (...) En otros artículos similares, he llegado a leer que los seropositivos son culpables de infectar a los seronegativos. (Apostata, producción narrativa).

Este fragmento critica las campañas de prevención y, de hecho, critica una campaña que nosotros conocemos bien. Es cierto que las campañas suelen hacer lo mismo: dar directrices u ordenes. Incluso cuando decimos «cuídate», estamos diciendo a la persona lo que tiene que hacer. Nos gustaría poder lanzar un mensaje concreto y directo, sin que sea percibido de esa forma. El problema, tal vez, es que las campañas no son suficientes: son un elemento más. No puedes basar la prevención del VIH y de las ITS en las campañas. Es mucho más interesante basarlo en la educación sexual (en los colegios, por ejemplo, y desde la adolescencia), que poner el foco solo en un tema de campañas. Es cierto que las campañas son insuficientes y que es muy complejo lanzar un mensaje a través de una campaña. También es verdad que son más efectivas, porque llegan de una manera más directa, pero no puedes manejar muchos aspectos: es muy difícil. En este sentido, es fácil que las personas lleguen a percibir un determinado enfoque de la prevención que muchas veces no corresponde con el que realmente quieres lanzar. Tal vez es más necesario lanzar campañas con el mensaje de que tú debes decidir sobre tu propia salud.

Es decir, una cosa es el mensaje que tú lanzas y la intención con que lo lanzas y otra cosa es cómo las personas perciben ese mensaje y lo que hacen con él. Ese es el gran riesgo de las campañas: van dirigidas a un número de personas muy extenso y suelen ser campañas con mensajes cortos, comprensibles, etc. Sí que se pueden cuidar, de todos modos, cuestiones como las dualidades y sí que se podrían hacer campañas que no marquen dos posibilidades de *sí o no, todo o nada*. Sí que se pueden lanzar mensajes que contemplen mayor diversidad. Pero es cierto que las campañas son limitadas, que pueden percibirse como imposición de lo que el colectivo debe hacer y que pueden delimitar la norma de lo que significa ser un *buen gay*.

A la hora de editar materiales sí que se puede ser mucho más cuidadoso: puedes contemplar en los textos una diversidad más amplia de opciones con formulaciones como «si lo que quieres hacer es tal, ...». En este sentido, se pueden adaptar los mensajes a las diferentes situaciones de contacto sexual, a los diferentes estados serológicos y a los diferentes estados de cuidado. Te puedes salir un poco más del discurso dominante, en definitiva.

El discurso dominante en la prevención suele estar elaborado desde evidencias que se dicen objetivas y que son totalmente simples y parciales. Hay una presión porque se asuman una serie de mensajes y no otros. Se considera

que otro tipo de mensajes (los que se salen de las evidencias biomédicas) no son efectivos y, por eso, se reproducen los discursos sobre prevención simplistas y dicotómicos. Aunque estos discursos han estado predominando la prevención durante años, no puede decirse que sean efectivos porque la gente sigue teniendo prácticas de riesgo y siguen produciéndose nuevas infecciones. Cuando alguien habla de emociones, por ejemplo, o de empoderamiento, es muy difícil que alguien compre ese estilo de acción, porque la participación no es una prioridad. Sin embargo, se ha visto que muchos programas de participación tienen mucho mejor impacto sobre tu salud que la tutela con la que se suele trabajar. Es fácil de entender. Si tú le dices a alguien qué tiene que hacer y cómo tiene que hacerlo y no estás dispuesto a escucharlo, no es de extrañar que, en algunos casos, esa persona no sienta el discurso como propio y, por lo tanto, no esté tan involucrado en su propia salud.

### **Promoción de la salud sexual para personas con VIH**

La *prevención positiva* es un concepto que se usa para tratar aquellas acciones dirigidas a que los mensajes de salud también incluyan a las personas con VIH. Se busca, así, garantizar que las personas con VIH puedan vivir con dignidad, mantener o mejorar su salud y tomar decisiones que tengan resultados benéficos para sí mismas y para su entorno. Sin embargo, aunque se ha visto los beneficios de este enfoque e, incluso, el Plan Multisectorial lo recoge en sus acciones prioritarias, no hay acciones específicas para la prevención positiva.

En las campañas, por ejemplo, se dejó de hablar de reinfección porque se había visto que los casos de reinfección no eran tan frecuentes como para seguir lanzando este mensaje. Sin embargo, cuando se decidió dejar de abordar el tema de la reinfección, no se incluyeron nuevos mensajes que tuvieran en cuenta a la persona con VIH dentro de las campañas. No se lanzan mensajes hacia estas personas, a menos que sea para alertarles del riesgo que tienen de transmitir el virus a otra persona.

Esto es muy curioso, sobre todo en las campañas dirigidas a HSH, teniendo en cuenta el porcentaje de hombres con VIH que tienen sexo con otros hombres. Sin embargo, el enfoque que se mantiene es el de evitar que sean un vector de infección para otra persona: no interesa mucho más de la salud de las personas con VIH. Que no transmitan el virus y que se tomen el tratamiento (la adherencia terapéutica). Por ejemplo, lo poco que hay sobre adherencia terapéutica tiene que ver con que la persona se tome el tratamiento de forma constante: no se aborda qué significan las pastillas para ti, cómo

gestionarlas en sociedad, cómo hacerlo cuando sales de fiesta y tienes que tomártelas con la comida o la interacción entre el tratamiento y el consumo de otro tipo de sustancias. Es un tema que ha sido olvidado y del que también somos responsables las organizaciones que trabajamos en la prevención del VIH. Por una parte, no hay muchos recursos que se destinen a eso, pero, por otra, también hay un desinterés por trabajar este tema (o un olvido, al menos).

Es necesario hacer un trabajo de empoderamiento (comunitario) para que el tema la prevención positiva esté presente en el trabajo de promoción de la salud sexual. Que sea la gente la que lo pida. Es curioso, por ejemplo, que hay muchas personas con VIH que están trabajando en la prevención (de forma remunerada o como voluntarios) y no tienen ese enfoque o ese discurso tampoco. Pero, ¿por qué? Porque no quieres pertenecer a ese sector, a ese grupo que es excluido. Si pensamos en las campañas de organizaciones de personas con VIH, por ejemplo, no hay casi campañas de salud hacia las personas con VIH.

Sí que hubo campañas históricamente sobre este tema: desde la comunidad, desde las asociaciones LGTB. Sobre todo a finales de los años 90. «Soy seropositivo y quiero tu respeto», por ejemplo. Pero, actualmente, este trabajo es bastante deficiente. Seguramente esto suceda porque el impulso del discurso biomédico está muy presente. Lo que se dice es que esto sucede porque actualmente no hay problemas con comunicar tu situación frente al VIH, pero esto es falso. No es cierto que alguien con VIH lo tenga fácil. En España es muy complejo decir que tienes VIH en la comunidad gay. Eres discriminado en el contexto social. En el contexto sexual, decir que tienes VIH a alguien que has conocido por Internet, por ejemplo, muy probablemente acabe resultando en que no se concrete el encuentro sexual. Tal vez, para una persona con VIH que está muy reafirmada, que tiene un soporte social, que sabe cómo comunicarlo, no se sienta tan mal. Tal vez, estas personas sean muy cercanas a las organizaciones y, por eso, creemos que esta es la norma. Pero esa no es la norma de lo que se vive en la calle. Cuando hablas con personas con VIH hay verdaderos dramas que no son capaces de compartirlo en su entorno social.

Esto está presente y es cotidiano. «Lo peor que me puede pasar es que mi madre o mi padre se entere» o «que en el trabajo se enteren». Esto no es una cosa anecdótica. Además, existe una doble discriminación. Porque, desde algunos sectores, se vuelve a estigmatizar a la persona por no visibilizarse como *seropositiva*, cuando realmente no se están poniendo los medios para cambiar

el contexto de rechazo y de estigma que tiene el VIH. Y, encima, se culpabiliza a la persona con VIH de no contarle. Se les pide «sal del armario» y, luego, la persona se encuentra sola.

### **Intervención en HSH y binomio homosexualidad/sida**

Si te vas a determinados círculos, el término HSH engloba a hombres heterosexuales que tienen alguna relación con otro hombre, a hombres gays o bisexuales, a trabajadores sexuales y, también, a transexuales. En este sentido es difícil elaborar un mensaje que llegue a toda esta diversidad. Cuando hay un fracaso en la evolución del VIH en HSH se responsabiliza a las organizaciones LGTB, pero, el término intenta abordar a todo un colectivo que no necesariamente es gay. Hay mucha población a la que no se puede llegar. Por eso sería interesante que las asociaciones generalistas también elaboraran mensajes para los HSH y no solo las asociaciones gay. Porque el hecho de que haya muchos casos en HSH no quiere decir, necesariamente, que sea en hombres gays y bisexuales.

Ahora bien, como colectivo gay tenemos que asumir que tenemos el 15% o 18% de nuestra comunidad que está infectada por VIH. El resto está afectada por el VIH porque su entorno (tus parejas, tus amigos) tiene VIH. Tenemos que aceptar que eso es así: el 80% de las nuevas infecciones se dan en relaciones sexuales entre hombres. Esto es preocupante. Si nosotros no lo abordamos y lo hacemos nuestro seguirá siendo un problema. Tiene que ver con las vulnerabilidades como colectivo: la homofobia, cómo entendemos la sexualidad, nuestra experimentación del sexo o cómo asumimos riesgos. El VIH es una infección, como la gonorrea, la sífilis o la gripe. Tenemos que asumir que vivimos con ella y nosotros, los HSH, vivimos más con ella por una serie de factores: estamos vinculados al VIH como colectivo.

Tal vez la solución no sería tanto dejar de preocuparse por el VIH como colectivo, sino dejar de valorar de forma tan negativa el VIH. Esto tiene que ver con cómo entendemos la enfermedad en nuestra sociedad: la enfermedad como algo que no forma parte de la vida. Cuando estás enfermo (o estás infectado), estás excluido. Vivimos como un fracaso el hecho de infectarnos. Nos valoramos como personas menos válidas por el hecho de estar enfermos. Ahora bien, es difícil, teniendo en cuenta que hay más casos de infecciones en HSH, lanzar un mensaje que vaya a bajar la guardia sobre la infección. Se intenta, como comentábamos, dar datos estadísticos para, precisamente, alarmar a la gente sobre la situación y que tomen conciencia.



Trabajar por una desestigmatización del VIH podría ser más efectivo de cara a la prevención, pero es difícil poder hacer algo así porque se teme que esto recaiga en una relajación mayor en el uso del preservativo. Es un trabajo a largo plazo que está relacionado con la vivencia y la expresión de la sexualidad. A largo plazo tendrías resultados más eficaces y esto lo notas cuando trabajas con personas a nivel personal: cuando haces un seguimiento a una persona y, sin trabajar aspectos muy concretos, los combinas con cómo vive su homosexualidad, por ejemplo, los niveles de cuidado y de prevención suben. Como es un trabajo a largo plazo es más costoso y, actualmente, se priorizan las medidas de urgencia. Pero, estas medidas de urgencia, también impactan en el desapego de algunas personas por su salud sexual o en el miedo de la gente a hacerse la prueba, por ejemplo.

Otra propuesta, en cuanto a desvincular el binomio homosexualidad/sida, es la de no dar la información estadística fuera de los espacios de ocio gay. Es decir, que la información no se dé en espacios generalistas, sino que se utilicen espacios como el orgullo o los locales de ambiente para distribuir esta información. De este modo, la gente puede «alarmarse» sobre la situación pero socialmente no se refuerza la idea de que los homosexuales tienen VIH. En cualquier caso, esta opción no resuelve el estigma hacia las personas con VIH, incluso, del propio colectivo.

### **Nuevos discursos y prioridades de prevención**

Las prioridades, ahora mismo, son economicistas: lo que prima es el mercado. Todo lo que está relacionado con el VIH se mueve entorno a esto. Los discursos organizativos están afectados por el consumo biomédico. Se utilizan las herramientas preventivas como herramientas de consumo: la prueba se ha convertido en una herramienta de consumo masivo. Lo mismo con los tratamientos antirretrovirales: han dejado de ser una terapia para pasar a ser un producto a consumir. De este modo, los productos se venden a una población determinada, potencialmente consumidora. El problema es que esto está impregnando en toda la sociedad y en las instituciones que trabajan en la prevención.

Estas estrategias pueden generar unos beneficios en la propia comunidad, pero no nace de los intereses de las personas con VIH o de los HSH. No se hablan de la consecuencia de la vivencia del VIH, de los efectos de los tratamientos, de la vacuna del VIH. Se habla del esfuerzo en investigación en tratamientos antirretrovirales, pero se habla poco de los esfuerzos en tema de



vacuna preventiva (o remisiva). Es una estrategia capitalista llevada a la salud que afectan a la intervención directa. Se intenta generar una necesidad sobre un producto determinado, que el colectivo lo reclame y, a partir de ahí, se forzaría a la administración para que consiga el producto. De este modo, el producto pasará a ser un bien reclamado por el colectivo (que habrá sido influido para hacerlo). Es una estrategia de *marketing*. Esto ha pasado, por ejemplo, con la PrEP en los Estados Unidos. Actualmente lo que vemos aquí es que la gente se interesa por saber qué es la PrEP y por pedirla, aunque no esté disponible.

En el caso de la prueba del VIH, por ejemplo, aunque hay toda una campaña para que las personas la reclamen y se hagan la prueba y cualquier persona puede acceder a la prueba en una ONG, por ejemplo, no todas las personas pueden acceder al tratamiento de una forma sencilla. De este modo, se está pidiendo a la gente que conozcan y se responsabilicen de su estado de salud, pero no se está garantizando el acceso al tratamiento para que puedan cuidarse. Esta paradoja, inevitablemente, afecta a la prevención y al hecho de que la gente no se crea los discursos de las asociaciones.



#### LICENCIA CREATIVE COMMONS ATRIBUCIÓN 4.0

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de **atribución**.

Usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios . Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.

