

Gobernanza neoliberal en la epidemia del VIH/SIDA en mujeres en México: los efectos del paradigma de la vulnerabilidad

Ana Amuchástegui

Universidad Autónoma Metropolitana-unidad Xochimilco
amuchastegui.a@gmail.com

Resumen

En México, la respuesta a la epidemia del VIH en mujeres está sostenida por el *paradigma de la vulnerabilidad* que domina la gobernanza neoliberal, de modo que una *organización gubernamental del sufrimiento* distribuye recursos entre “poblaciones clave”. En este artículo se discute la manera en que tal estrategia, orientada por la *regulación moral de la sexualidad*, funciona simultáneamente como razón de ser y camisa de fuerza de las organizaciones feministas y de mujeres que viven con VIH, dificultando alianzas entre ellas. Se lleva a cabo esta tarea a través del análisis de material etnográfico de una investigación-intervención con y para mujeres afectadas por el VIH. Sus biografías muestran múltiples formas de resistencia que sugieren la necesidad de cuestionar su representación como *sujetos impotentes* y de problematizar, como tarea del feminismo, la dicotomía vulnerabilidad-resistencia.

Palabras clave: mujeres y VIH; gobernanza neoliberal; vulnerabilidad; feminismo.

Abstract

Neoliberal governance in the HIV and AIDS epidemic among Mexican women in Mexico: the effects of the paradigm of vulnerability

The response to the HIV epidemics in Mexico is supported by the neoliberal governance paradigm of vulnerability, in such a way that a government organization of suffering distributes resources among “key populations”. This article discusses the way in which

this strategy, oriented by the moral regulation of sexuality, works simultaneously as *raison d'être* and straitjacket for feminist and women with HIV organizations, making difficult alliances between them. This discussion is carried out through an analysis of ethnographic material and an intervention-research with and for women affected by HIV. Their biographies show multiple forms of resistance, suggesting the necessity of questioning their self-representation as impotent subjects, and of problematizing, as a task of feminism, the dichotomy vulnerability-resistance.

Key words: women and HIV; neoliberal governance; vulnerability; feminism.

A IT, cuya brillante aportación al acompañamiento de mujeres afectadas por el VIH fue interrumpida prematuramente.

“¿Cómo no ser gobernado?” Este deseo, y el asombro que de él deriva, conforman el ímpetu central de la crítica.

Judith Butler
(2010)

Dejé de ser una de tantas personas que acuden a atención médica para ser los ojos que captan la necesidad de otros, la boca que solicita a la persona indicada la información, y la presencia que ayude a no sentirse perdida a otra usuaria en su paso por los servicios. El ser acompañante par le da un sentido de utilidad a mi experiencia personal como portadora de VIH.

*Clara*¹ describe así su experiencia en un servicio público de salud, en el cual funge como *asesora par* de otras mujeres que reciben su diagnóstico o acuden a consultas subsecuentes. Su papel consiste en acompañarlas para facilitar su ingreso y permanencia en el servicio y alentarlas a seguir el tratamiento antirretroviral, que es su derecho. “Si llegas a ser indetectable²—afirma *Mariel* en el grupo de mujeres que ella misma coordina— tienes una vida completamente normal. Veme, ¿me veo enferma?, ¿me veo mal?”, desafía enfundada en su vestido entallado, sus tacones altos y su rostro maquillado y sonriente. *Clara*, *Mariel* y otras dos compañeras suyas fueron invitadas a participar en la investigación-intervención que aquí se discute y

¹ Con el fin de proteger la confidencialidad de las participantes se han utilizado seudónimos.

² Estar indetectable significa que la carga viral es tan baja que los instrumentos de medición no la detectan. Ello no significa, sin embargo, que el virus haya desaparecido del organismo, pues si se abandona el tratamiento los niveles de carga viral suben nuevamente.

que explora las posibilidades que la asesoría de pares brinda en dos servicios ambulatorios especializados en VIH.³

Fácilmente clasificables dentro de las poblaciones vulnerables al VIH por el sólo hecho de ser mujeres, su trabajo como asesoras pares genera una transformación que bien podría llamarse la producción de un *sujeto de saber*: el saber de la experiencia de ser una mujer y vivir con VIH. La legitimación de este sujeto no borra sus condiciones de vulnerabilidad, pero produce un agente de su propia vida —si bien restringida por esas mismas condiciones— a través de la transformación del diagnóstico en un instrumento de solidaridad y construcción colectiva.

La respuesta a la epidemia de mujeres en México carga con el discurso de la vulnerabilidad como sustento de las políticas gubernamentales de prevención y atención. En el presente artículo se discute la manera en que esta estrategia de gobierno funciona simultáneamente como justificación y conducción, como razón de ser y camisa de fuerza de las acciones de organizaciones feministas y de mujeres que viven con VIH. Es nuestra intención favorecer una reflexión sobre las consecuencias de adherirse acríticamente a este *paradigma de la vulnerabilidad*, sin analizar el marco político que lo sostiene y los efectos que tiene en el llamado activismo y en la producción de conocimiento.

Para ello se comienza mostrando el modo en que la gobernanza neoliberal opera en la epidemia en mujeres a través del eje de la *respetabilidad* y la regulación moral de la sexualidad. A continuación hacemos una crítica al uso estratégico de la figura problemática de la *víctima*, especialmente en su contigüidad con el tropo *violencia contra las mujeres*, como fuente de su legitimidad. En seguida, analizamos los efectos de estos mecanismos, mostrando las diferencias entre *organizaciones de mujeres que viven con el virus* en contraste con grupos que *trabajan* con ellas. Y finalmente hacemos una reflexión sobre la posibilidad de que la vulnerabilidad sea comprendida no como el atributo individualizado de un *sujeto impotente*, sino como potencia de resistencia ante identidades asignadas desde el poder. Recurrimos a la *asesoría de pares* para mostrar los efectos subjetivos del reconocimiento de este *saber de la experiencia*.

³ El acompañamiento de pares entre mujeres diagnosticadas con el VIH es, a juzgar por la información que nutre este artículo, un proceso espontáneo de solidaridad entre quienes comparten esa condición. Sin embargo, algunas organizaciones —como Mexicanas en Acción Positiva— llevan a cabo estas acciones de manera más sistemática desde sus espacios cotidianos. La diferencia con la intervención aquí analizada es que se lleva a cabo directamente y en colaboración con servicios especializados del sector salud.

Se lleva a cabo esta tarea a través del análisis de un *dispositivo*⁴ de investigación-intervención con y para mujeres afectadas por el VIH, en el que se ha echado a andar un programa de *acompañamiento y asesoría de pares* para la integración y retención de usuarias en dos servicios públicos especializados⁵ desde inicios de 2013. Tal *dispositivo* ha implicado el involucramiento de quien aquí escribe con “los objetos visibles, las enunciaciones formulables, las fuerzas en ejercicio y los sujetos en posición [que] son como vectores o tensores” (Deleuze, 1990, p. 155), en este caso en la *respuesta a la epidemia del VIH en mujeres*.

La puesta en marcha de este dispositivo ha exigido de nosotros un “trabajo en el terreno”, que implica “levantar un mapa, cartografiar, recorrer tierras desconocidas” a través de:

- Diarios de campo de conversaciones informales e interacciones con usuarias, acompañantes pares, personal de salud y autoridades en ambos servicios.
- Relatorías, audios y transcripciones de sesiones de grupo coordinadas por acompañantes pares (23).

⁴ Utilizamos *dispositivo* —al lado de la discusión que Deleuze hace del trabajo de Foucault— como “máquina para hacer ver y para hacer hablar” (1990, p. 155) ciertos regímenes de enunciación en relación con el saber, el poder y la subjetividad que atraviesan el campo en cuestión.

⁵ Hago un especial reconocimiento a las siguientes personas y grupos:

- Dra. Andrea González Rodríguez, directora del programa de VIH/sida de la Ciudad de México.
- Dra. Gabriela Velásquez, directora del COESIDA/Oaxaca; y Dra. Lesvia Margarita Rivera, coordinadora del CAPASITS Oaxaca.
- Personal de la Clínica Especializada Condesa: Dr. Ubaldo Ramos, Steven Diego Díaz, Israel Macías y Elena Langarica.
- Victor Dante Galicia, director del Comité Humanitario de Esfuerzo Compartido Contra el Sida, A.C.
- Francisco García y equipo de AsPar/CHECCOS (Asesores Pares), Clínica Especializada Condesa.
- El equipo de Yantzin. Mujeres que acompañan a otras mujeres (UAM).
- Kelvin Santos y el módulo de Derechos Humanos de Letra S, en la Clínica Especializada Condesa.
- El equipo de investigación del proyecto “Mujeres y VIVI en México: estudio exploratorio sobre experiencias, necesidades y expectativas de atención a la salud”: Azucena Ojeda, Jacqueline Smith y Jonathan López Florencio.
- Mexicanas en Acción Positiva, A.C.
- Salud Integral para la Mujer, A.C.

Las opiniones aquí vertidas son responsabilidad exclusiva de la autora.

- Entrevistas individuales en profundidad a usuarias de ambos servicios (45).
- Relatorías, audios y transcripciones de reuniones de trabajo del equipo de investigación-intervención (22).
- Relatorías de reuniones de trabajo conjunto con organizaciones de la sociedad civil (12).
- Eventos y foros gubernamentales (presentación de la Agenda Política sobre Mujeres y VIH [2014 y 2015], reunión nacional para la discusión y estructuración del Programa Especial de VIH, sida y otras ITS [2013], preparación de la Guía de Salud Sexual y Reproductiva para Mujeres y VIH [2014 y 2015], etcétera).

Gobernanza neoliberal y VIH

“La gubernamentalidad neoliberal ha tomado una forma nueva”, afirma Joao Biehl en su etnografía sobre la respuesta a la epidemia de VIH/sida en Brasil:

En lugar de buscar asuntos que requieren ser abordados, el nuevo Estado orientado al mercado reconoce selectivamente demandas de grupos de interés organizados que “representan” a la sociedad civil —dejando fuera necesidades públicas más amplias de sustento— en los ámbitos de la vivienda, seguridad económica y demás. Para “ser vistos” por el Estado, la gente debe unirse a estos grupos e involucrarse en el cabildeo y el diseño de leyes. (Biehl, 2007, p. 11, traducción mía)

Esta descripción bien puede aplicarse a las formas actuales de gobernanza⁶ en el campo del VIH/sida en México, en el cual un número importante de organizaciones de la sociedad civil (OSC) ha colaborado de manera decisiva con el gobierno en el diseño e implementación de políticas públicas. Debido a que vivimos una epidemia concentrada⁷ principalmente entre gays y otros hom-

⁶ Según Connell y Dados (2014), el término “buena gobernanza” surgió con fuerza en los años noventa ante los problemas producidos por los programas de ajuste estructural. Impulsada inicialmente por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, la “gobernanza” tendría en principio una connotación progresista en tanto que implicaría acciones de gobierno que incluirían a los actores afectados en la toma de decisiones colectivas mediante fórmulas de negociación y de cooperación. Sin embargo, aunque el Estado deja de ser el único actor en la esfera pública, las fronteras entre lo público y lo privado se diluyen, especialmente porque las normas y los procedimientos de la administración se impregnan de las propias del sector privado (Valdovinos Perdiges, 2003).

⁷ Una epidemia concentrada significa que las prevalencias de VIH se encuentran por deba-

bres que tienen sexo con hombres (HSH),⁸ la mayoría de los grupos activistas han estado integrados por hombres gay. No es casual, en tanto que la demanda histórica por el reconocimiento de la identidad y los derechos de las personas homosexuales y *trans* (Hernández, 2009) ha servido de fundamento para su acción política en la respuesta a la epidemia.

Distinto por completo ha sido el caso de las mujeres afectadas, en principio heterosexuales, para quienes la defensa de un campo identitario de placer y deseo no ha sido el resorte de la movilización. A diferencia de los grupos gay, las mujeres que viven con VIH⁹ en el país no se encontraban previamente organizadas en torno a la reivindicación de la desigualdad del género o de una identidad sexual; más bien su exposición a la infección ha sido el impulso fundamental. Aun así, su proceso organizativo no ha sido homogéneo. Por un lado, su participación en relación con el VIH inició al involucrarse en organizaciones formadas en su mayoría por hombres gay;¹⁰ aunque crecientemente la intención de visibilizar la especificidad de sus necesidades las llevó a fundar grupos independientes. Por otro lado, algunos grupos feministas —liderados generalmente por mujeres seronegativas, profesionistas y de clase media—, generalmente vinculados con temas de derechos sexuales y reproductivos, han recuperado el tema del VIH en su agenda política y han incluido a mujeres que viven con el virus más como beneficiarias de iniciativas que como socias o líderes de proyectos. Estos dos tipos de organizaciones han entablado relaciones distintas con el Estado: mientras que las últimas pueden ser consideradas como grupos feministas institucionalizados, las primeras con frecuencia carecen de la pericia y el lenguaje que las organizaciones no gubernamentales (ONG) profesionalizadas han manejado desde que la “perspectiva de género” se instaló como política pública en los años noventa. Como es

jo de 1% en la población general y de 5% o más en poblaciones clave (UNAIDS, 2013). En el caso de México, tales poblaciones son hombres que tienen sexo con hombres, hombres trabajadores sexuales, mujeres trans y usuarios de drogas intravenosas (CENSIDA, 2012).

⁸ El uso de la categoría “hombres que tienen sexo con otros hombres” (HSH) surgió como respuesta a la epidemia con el fin de reconocer que es el sexo sin protección entre hombres el que puede transmitir el VIH, y no una identidad sexual determinada (Manzelli y Pecheny, 2002). El término, sin embargo, no ha estado exento de debate, especialmente desde el activismo LGBTT (Sívori, 2008). Para efectos del presente trabajo, la cuestión es relevante en tanto que muchos hombres unidos en relaciones heterosexuales tienen relaciones sexuales con otros hombres, sin que ello redunde en la adopción de una identidad homosexual.

⁹ En este artículo centraremos el análisis en los procesos ligados a la infección por VIH entre mujeres unidas en relaciones heterosexuales estables, en virtud de la invisibilización estructural del riesgo que pueden enfrentar. Más adelante se explicará con más detalle esta decisión metodológica.

¹⁰ Como el Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH/sida (Frenpavih), constituido en 1996.

de esperarse, cuestiones de representación suelen ser una fuente de tensión entre ellas.

OSC de mujeres y VIH: el paradigma de la vulnerabilidad

La afirmación de Biehl en el fragmento citado describe cabalmente la forma en que opera el modelo actual de gobernanza, el cual corresponde a la preponderancia del gobierno neoliberal en general y no se reduce al campo del VIH/sida. En México, la miseria masiva y la desigualdad —producto de las políticas de ajuste estructural en los años ochenta destinadas a la imposición de un modelo de desarrollo anclado en el mercado— (Álvarez, 2013), se han pretendido paliar con programas focalizados llamados de *combate de la pobreza*.¹¹ En línea con esta tendencia, la reorganización del Estado ha buscado oscurecer el carácter *estructural* de la desigualdad a través de la *individualización* de la pobreza:

Ahora el Estado no es responsable de atacar la penuria en que se encuentran millones de personas en México [...]. Pero esta población debe ser gobernada, entonces la cuestión es cómo hace el gobierno para gobernar a los pobres, cuál es la forma en que ha estructurado su intervención para alcanzar el fin de convertir a esos sujetos incompletos, parciales, en individuos capaces de moverse en el mercado. (León Corona, 2011, p. 133)

Así, los programas focalizados y co-financiados, además de la llamada “participación social”, se han convertido en la manera de gobernar a los pobres ante la contracción del gasto social. En tales programas, las organizaciones de mujeres han sido llamadas a tener un papel importante. Paradójicamente, ante la institucionalización de la llamada “perspectiva de género” —término en disputa permanente—, algunas organizaciones y/o mujeres feministas fueron llamadas “—en calidad de expertas en género— a la administración de proyectos dirigidos a las mujeres más ‘vulnerables’ por el neoliberalismo globalizado” (Álvarez, 2013).¹²

¹¹ Tales políticas se inauguraron con el programa Solidaridad, en el sexenio de Carlos Salinas de Gortari. Además del uso electoral que se ha hecho de ellas, se ha documentado su fracaso para resolver los problemas sociales que supuestamente aborda. El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) dio a conocer recientemente que hay 2 millones de nuevos mexicanos en situación de pobreza.

¹² Fraser (2013) ha calificado este tipo de colaboración como un “peligroso vínculo” entre algunos feminismos y el Estado neoliberal.

[En particular las llamadas] feministas de base popular incorporaron a la agenda feminista las necesidades prácticas de las mujeres, específicamente de las mujeres en situación de pobreza, esto es, demandas por recursos y medios para mejor realizar las tareas consideradas propias de las mujeres y asociadas al papel de esposa-madre-ama de casa [...] y terminaron por empatar con la visión gubernamental de la “situación de la mujer”. (Riquer, 2005, p. 27)¹³

En este sentido, el procedimiento selectivo que —según Biehl— “el nuevo Estado orientado al mercado” sigue para el reconocimiento de “demandas de grupos de interés organizados que ‘representan’ a la sociedad civil”, se expresa en la construcción de un *gradiente de vulnerabilidad* asociado a poblaciones definidas, lo cual se aplica por igual a jóvenes, personas discapacitadas, grupos indígenas o *mujeres*. En este contexto de gobernanza, “las poblaciones vulnerables son grupos de personas que como consecuencia de las condiciones del medio en el que viven, están en situación de mayor riesgo al daño” (Berbesí Fernández & Segura Cardona, 2014, p. 967).

Una *organización gubernamental del sufrimiento* funciona así como dispositivo de distribución de recursos e intervenciones. En concordancia con el principio de “Mayor Involucramiento de Personas Afectadas y Viviendo con VIH/sida” (MIPA), enunciado por el Programa de las Naciones Unidas contra el Sida (ONUSIDA), desde 2006 CENSIDA ha convocado a organizaciones de la sociedad civil y personas viviendo con VIH a participar en acciones preventivas a través de la asignación de fondos públicos, dirigidas a “poblaciones en desigualdad, aquellas que por diversas razones como género, origen étnico, condición socioeconómica o edad, entre otras, se enfrentan a situaciones de vulnerabilidad y desigualdad, lo que dificulta el desarrollo de conductas saludables” (CENSIDA, 2015). Bajo esta lógica, subrayar la *vulnerabilidad* de las mujeres al VIH se vuelve crucial: mientras que en 1985 había 11 hombres por cada mujer viviendo con el virus, para 2009 la razón había disminuido a cuatro a uno, de modo que una de cada cuatro personas que vive actualmente con VIH en México es mujer (aproximadamente 50 000). De ellas, más de 95% adquirió la infección por vía heterosexual (CENSIDA, 2009). No en balde, durante una reunión con funcionarios de salud reproductiva realizada en 2012, la directora de CENSIDA exclamó: “¿tenemos que esperar a que las mujeres sean la mitad de la población viviendo con VIH para iniciar estrategias de

¹³ En contraste, el llamado “feminismo histórico”, también institucionalizado en ONG profesionalizadas y financiadas, ha impulsado reivindicaciones ligadas al libre ejercicio de la sexualidad y la reproducción, mismas que han enfrentado una gran resistencia por parte de poderosos sectores conservadores. La demanda por el aborto legal encabeza esta postura (Enriquez & De Anda, 2008).

prevención combinada con ellas?” ¿Qué tipo de sujetos se producen entonces como “vulnerables”, calificación que les permite recibir los beneficios de dichos programas?, ¿cuáles son los procesos que determinarían tal condición?

La competencia por la vulnerabilidad: mujeres unidas y distribución moral del riesgo

Es común que, de manera inexacta y reduccionista, el término vulnerabilidad se utilice como “un vocablo políticamente correcto que viene a reemplazar al de ‘riesgo’” (Pecheny, 2013). Esta noción inicial, que en términos epidemiológicos define solamente una *probabilidad* de adquisición del virus, acabó refiriéndose a identidades sociales y/o sexuales, y llevó a la construcción del enfoque de *grupos de riesgo* —hombres homosexuales, mujeres y hombres trabajadores sexuales, mujeres *trans* y usuarios de drogas intravenosas—, el cual profundizó el efecto de estigma y discriminación entre aquellas personas más afectadas por la epidemia (Ayres, Paiva & França, 2012). Esta aproximación también favoreció el desconocimiento del riesgo entre, por ejemplo, mujeres *unidas* en contextos de epidemias concentradas, como ocurre en México.¹⁴ Posteriormente, la difusión de *comportamientos de riesgo* como categoría central del trabajo preventivo permitió dislocar la adjudicación de la infección a aquellos *grupos*, pero acabó por culpabilizar a los individuos del incumplimiento de conductas preventivas, desconociendo las condiciones sociales que las dificultan.

Conviene traer a colación la importancia de situar la vulnerabilidad dentro de un enfoque de derechos humanos, en tanto los grados en que los Estados reglamentan, protegen y garantizan tales derechos participan en la “inequidad de las posibilidades de enfermar” (Ayres, Paiva & França, 2012).

Diversos niveles de vulnerabilidad (Paiva, Ayres & Gruskin, 2010) se expresan de múltiples maneras entre la población de mujeres. Por ejemplo, tener relaciones sexuales penetrativas sin protección con una pareja masculina dentro de una “relación socialmente normativa” (Herrera, Kendall & Campeiro, 2014) —como el matrimonio o el concubinato—, se ha convertido en la situación de riesgo y la vía de transmisión más importante para las mujeres mexicanas. El hecho de que las mujeres:

¹⁴ Esta definición de política sanitaria también tiene efecto entre muchos prestadores de salud, quienes omiten ofrecer la prueba a mujeres *unidas*, pues asumen que sólo aquellas que tienen múltiples parejas sexuales se encuentran en riesgo. Esta negación trae como resultado un gran número de diagnósticos tardíos entre mujeres (Martin-Onraët, *et al.*, 2014; Piñeirúa & Ramos, en prensa).

Se infectan precisamente a través de las únicas personas con quienes se supone que deben tener relaciones sexuales, desafía las aproximaciones actuales a la prevención del VIH. En este contexto, la abstinencia es imposible, la monogamia unilateral no es efectiva, y el uso marital del condón se complica por el compromiso profundo y culturalmente sostenido de las mujeres a la ficción de fidelidad. (Hirsch *et al.*, 2007, p. 986, mi traducción)

“Demasiado tarde me enteré de que el matrimonio no me protege del VIH”, dice Enriqueta, una mujer de 43 años que nunca se consideró susceptible de infección y que afirma haber adquirido el virus a través de relaciones sexuales con su esposo.

Con frecuencia definida por las aproximaciones conductuales como “nula percepción de riesgo” por parte de las mujeres, hablamos en realidad de una *dificultad estructural* producida, entre otras desigualdades sociales como la dependencia económica, la división sexual del trabajo y el limitado acceso a servicios de salud, la representación dominante de la epidemia como un problema de “poblaciones clave”,¹⁵ entre las cuales no se encontrarían las mujeres *unidas*. Miriam, dirigente de una organización de mujeres seropositivas y trabajadora social residente de una ciudad pequeña, recuerda el momento en que conoció su diagnóstico:

Yo ni siquiera sabía lo que era el VIH, sabía que existía y que causaba el sida, pero pensaba “a mí no me va a pasar”, porque en los volantitos que nos daban decía que lo podías adquirir *si tú tenías muchas parejas*, pero no *si tu pareja tenía muchas parejas*. ¡Si no lo dicen con todas sus letras no podemos verlo! (Mi énfasis)

No obstante, ya desde 1994 la tasa de infección entre mujeres que no se consideraban a sí mismas en riesgo —principalmente *unidas* o casadas— era en México siete veces mayor que entre trabajadoras sexuales (Valdespino, García García & Palacios Martínez, 2009). Esta *negación diferencial del riesgo* corre sobre el eje de la *regulación moral de la sexualidad* y la *respetabilidad* de las mujeres, atravesada por el orden de género —en interacción con otras categorías de opresión como la clase y la raza/etnicidad—. La dicotomía imaginaria entre aquéllas moralmente aptas (casadas y supuestamente monógamas) y las moralmente *reprobables* (trabajadoras sexuales y muje-

¹⁵ Según Paiva y coautores (2015), el término “población clave” enmascara la diversidad de los grupos afectados, “además de que no permite una consideración explícita de la interseccionalidad, es decir, de aquellas desigualdades sociales (clase/pobreza, raza/etnicidad y género) que atraviesan a todas estas poblaciones y sistemáticamente dejan a algunos de sus miembros más aislados, vulnerables y en riesgo que otros...” (Paiva *et al.*, 2015, p. 479, mi traducción).

res que han tenido varias parejas sexuales), organiza la materialidad de los encuentros —y la posibilidad de prevención— a través de los avatares de la sexualidad conyugal. Paradojalmente, al producir sujetos “culpables” e “inocentes” de su propia infección, las *esposas* enfrentan mayor riesgo que aquellas mujeres cuyas prácticas sexuales no se ajustan a las instituciones matrimoniales.¹⁶ Como afirmó, durante una sesión de un grupo de mujeres afectadas por el VIH, uno de los coordinadores —autodefinido como gay—: “nosotros siquiera sabíamos que nos la buscábamos, pero ustedes ni la ven venir”.

A pesar de la rigidez y el empecinamiento de tal régimen sexual, estos personajes no son, evidentemente, equivalentes a las biografías sexuales de las mujeres. Fabiola ríe:

Sí hubo de todo, hubo una etapa en mi vida en la que sí me aloqué un poquito, sí tuve varias parejas sexuales, obviamente no al mismo tiempo, sino que duraba unos tres meses y luego otros dos meses, pero en realidad eran relaciones sexuales sin protección. El único método era el anticonceptivo, nunca el condón.

Aun así, tal dicotomía ha favorecido una cierta división entre las organizaciones de mujeres en el campo del VIH: mientras que los grupos de trabajadoras sexuales y mujeres *trans* luchan por su independencia y se organizan en torno a su capacidad de *acción*, las *esposas* tienden a depender más de las ONG feministas, las cuales más bien subrayan su *vulnerabilidad*. Así, la *respetabilidad* funciona, en el caso de los procesos organizativos, más como un eje de división que como un catalizador.

Tanto en las investigaciones como en la política pública, es frecuente que se afirme que las mujeres son más vulnerables que los hombres al VIH/sida (Allen Leigh & Torres Pereda, 2009). Al llevar a cabo este tipo de generalizaciones, el término vulnerabilidad acaba funcionando más como un atributo de las personas que como una *situación*. Delor y Hubert (2000) abogan en cambio por llevar a cabo un análisis de los “espacios de vulnerabilidad” que interactúan para producir procesos específicos, por ejemplo, la pobreza, la discriminación por etnia, género y/u orientación sexual, la edad, etc. Sin embargo, los discursos de la gobernanza, si bien mencionan con frecuencia tales *espacios*, al transportar acríticamente la vulnerabilidad *biológica* de las mujeres¹⁷ en relaciones heterosexuales a su vulnerabilidad *social*, realizan una

¹⁶ De hecho, la prevalencia entre mujeres trabajadoras sexuales es comparativamente más baja (0.9%) que entre sus colegas varones (8.9%) (UNGASS, 2010).

¹⁷ Tal afirmación se basa en el hecho de que la mucosa genital de las mujeres es más amplia que la de los hombres y que el semen tiene mayor concentración del virus. Sin embargo, soslaya, por ejemplo, la fragilidad de la mucosa anal en relaciones penetrativas entre hombres.

operación simbólica que confunde la parte por el todo. Cuando se inclina la balanza de la vulnerabilidad exclusivamente hacia las mujeres heterosexuales *como grupo homogéneo*,¹⁸ no sólo se desconocen otras dimensiones sociales además del género, sino que también se invisibiliza la vulnerabilidad social, económica y cultural de los hombres, y con ello se obstruye el diseño de políticas de prevención para hombres *heterosexuales*,¹⁹ entre quienes las prácticas de riesgo podrían ser mejor abordadas.

Bajo el supuesto de que el matrimonio es equivalente a la monogamia, enfocar el trabajo preventivo en las mujeres puede estar costándoles la vida “en tanto se asume que ellas pueden cambiar su comportamiento y presionar al uso del condón, mientras que los hombres no. Por eso, es en realidad el comportamiento sexual de los hombres el que debe atraer nuestra atención” (Hirsch, 2002, p. 1233, mi traducción). Esta es la razón por la cual Higgins, Hoffman y Dworkin (2010) advierten en contra del abuso de lo que llaman el “paradigma de la vulnerabilidad” como único marco de comprensión del lugar de las mujeres en la epidemia.

El proceso descrito deriva de un *teorema* de la epidemia que tiende a representar a las mujeres —*respetables*— como víctimas y a los hombres como perpetradores (Dowsett, 2003), construcción que resuena a su vez con la perspectiva feminista en materia, por ejemplo, de violencia contra las mujeres. Esta perspectiva sugiere que “los hombres se encuentran en situación de riesgo por *ciertas* prácticas, mientras que las mujeres están en situación de vulnerabilidad” (Letra S, 2015), lo cual oculta el hecho de que el sexo marital sin protección puede por sí mismo constituir una práctica de riesgo.²⁰

Además de oscurecer las múltiples diferencias sociales y subjetivas *entre* mujeres y *entre* hombres, este simplismo de género es peligroso en el contex-

¹⁸ Por ejemplo, recientemente en la reunión anual de investigación de uno de los servicios públicos especializados, una ponente afirmó que “las mujeres” —en ese nivel de generalidad— son una “nueva” población vulnerable.

¹⁹ Por su carácter normativo, en México ser “heterosexual” no forma parte del repertorio de identidades sexuales, en contraste con ser “homosexual” o “gay”, identidades que hicieron su aparición pública como resultado de reivindicaciones políticas. En su etnografía de la vida sexual nocturna en Guadalajara, Carrillo (2005) afirma, en cambio, que “ser normal” es la forma en que hombres de apariencia y conducta masculinas se denominan a sí mismos, quienes pueden tener relaciones exclusivamente con mujeres, pero también con hombres, siempre y cuando se mantengan como “insertadores”.

²⁰ Sin embargo, el riesgo no es distribuido de manera uniforme en todas las parejas heterosexuales estables, pues parece estar relacionado —entre otros procesos— con la *ocupación* de los maridos, particularmente si son trabajadores del transporte, hombres privados de la libertad, uniformados, migrantes o trabajadores sexuales (comunicación personal, Steven Díaz, Programa de VIH/sida del Gobierno del Distrito Federal).

to de la epidemia, en tanto niega la existencia del deseo homoerótico y las prácticas sexuales entre hombres que no se identifican como homosexuales, así como la posibilidad de relaciones sexuales no normativas de las mujeres. Con tal operación se hace aún menos probable que las parejas masculinas de estas mujeres admitan la posibilidad de haberse infectado por actividad sexual con otro hombre, a pesar de ser el grupo que presenta los más altos niveles de VIH en el país (Kendall, 2009).²¹

Así, la homofobia y el sexismo son dos fuerzas que alimentan la epidemia (Liguori & Lamas, 2003), dado que permiten que se culpe a los hombres homosexuales —y a las “prostitutas”— de la propagación del virus entre mujeres que no se reconocen en riesgo. Como lo ha documentado la investigación sobre sexualidad y masculinidad en este país (Núñez, 2007), las prácticas sexuales entre hombres no redundan indefectiblemente en la producción de una identidad (homo)sexual. De este modo es posible dejar intocado el régimen heteronormativo, así como las desiguales “estructuras de oportunidad extramarital” (Hirsch *et al.*, 2007) que permiten a muchos hombres tener sexo con otros hombres sin que ello desestabilice sus identidades o sus relaciones conyugales.

Vulnerabilidad y victimismo: una estrategia de incidencia política

Como ya se ha dicho, en función de la *organización gubernamental del sufrimiento* sobre la que reposan las políticas neoliberales focalizadas, la afirmación de una *mayor vulnerabilidad* de las mujeres al VIH resulta una estrategia coherente de incidencia. Sin embargo, este énfasis produce el efecto de su representación como *víctimas*. La victimización otorga autoridad, virtudes morales y dignidad, y si bien puede traer algunos beneficios, reafirma el estigma individual y resta poder a los colectivos (Pecheny, 2010). Una mujer deseante y activamente sexual no encaja en la *distribución moral del riesgo* que mencionamos anteriormente, a menos que sea catalogada como *prostituta*. Es por ello útil el supuesto omnipresente del “sexo no deseado” en el discurso de la gobernanza. “En el caso de las mujeres entrevistadas, la sexualidad parecía ser un terreno ajeno a su control y deseo”, dice un estudio cualitativo realizado con mujeres seropositivas (Herrera, Kendall & Campero, 2014, p. 48).

²¹ Con esto se soslaya también una vulnerabilidad específica que enfrentan estos hombres y que aparece consistentemente en el trabajo de campo de esta investigación: ante el estigma del homoerotismo, muchos de ellos no solamente llegan con diagnósticos tardíos —con frecuencia en etapa de sida—, sino que incluso algunos pueden decidir no tomar el tratamiento.

Durante la presentación de la campaña “Yo soy Abigail” (2015), encabezada por CENSIDA, un activista comentó que “el riesgo de las mujeres proviene de la pasividad que involucra el no usar medidas preventivas del VIH en casa. Es decir, ellas se ven afectadas por un ejercicio desigual del poder en sus relaciones de pareja” (Letra S, 2015). Este *sujeto impotente* habita el discurso de la gobernanza y buena parte de la investigación sobre mujeres y VIH en el país. Entendida como ausencia de *control*²² sobre las propias prácticas sexuales y como imposibilidad de tomar medidas preventivas, esta representación tiende a subrayar la posición de privilegio de los hombres: ellos serían transmisores del VIH por sus prácticas sexuales²³ y por su posición de poder en las relaciones heterosexuales, pero no *agentes de prevención*. Ellas querían indefectiblemente prevenir el VIH y usar el condón, mientras que ellos no. Hirsch (2002) afirma, por el contrario, que no siempre las mujeres casadas se ven impedidas de utilizar el condón en virtud del poder que sus maridos ejercen sobre sus relaciones sexuales, sino que en ocasiones no *quieren* utilizarlo por razones ligadas con nociones de intimidad, confianza o incluso con el placer. Si bien podrían interpretarse estas resistencias exclusivamente como parte de la construcción normativa —y por tanto inequitativa— de la sexualidad, por sí solas son una crítica al *paradigma de la vulnerabilidad* en tanto que éste deposita en las mujeres el deseo de prevención. Isabela “confiesa”:

Sinceramente antes nunca hablábamos del condón, era ilógico, ¿no? Una vez me acuerdo que anduve con un chofer de autobús y entonces se iba a poner condón y le dije en el hotel, “ah ¿te vas a poner condón?”, le dije yo así. “Si yo no estoy enferma, ¿o estás enfermo tú? Si quieres estar conmigo, sin condón”. Esa cosa me lastimaba, me rozaba feo.

La paradoja consiste en que, mientras se representa a las mujeres como impotentes para incidir en las condiciones de sus propias prácticas sexuales, ellas continúan siendo las principales receptoras de la información y educación en VIH. La ausencia de complejidad propia de esta representación deriva en una “predica del condón” que paradójicamente no reconoce las condiciones que dificultan su uso consistente. En consecuencia, la forma más eficaz de

²² Por lo demás, el énfasis en el “control” de las propias prácticas sexuales, si bien toma en cuenta ejes de desigualdad económica y cultural, supone la existencia de un sujeto enteramente racional que *decide* sobre los momentos, condiciones y experiencia de sus encuentros sexuales, desconociendo la potencia de dimensiones complejas como el deseo, los afectos y la relacionalidad.

²³ Tomando en cuenta la fisiología genital y cuestiones de poder de género, los estudios generalmente sugieren que la transmisibilidad de hombre a mujer es de aproximadamente el doble que a la inversa (Exner, Hoffman, Dworkin & Erhardt, 2003).

reducir la vulnerabilidad de las mujeres al VIH puede ser el incremento de acciones preventivas para hombres: “Sugerir que podemos ayudar a mujeres casadas a protegerse a sí mismas a través de ‘empoderarlas’ para negociar el uso del condón, es sugerir que podemos cambiar el producto de la inequidad *generizada* [*gendered*] del poder, sin hacer realmente nada respecto de tal inequidad” (Hirsch, 2002, p. 1232, mi traducción).

Pero la mayor vulnerabilidad de las mujeres *unidas* no transita solamente por esta negación de su subjetividad sexual, sino también por un énfasis en la presencia de la *violencia de pareja*, la cual se invoca frecuentemente para afirmar la imposibilidad de resistir: “Es el poder de un cuerpo nombrado como vulnerable (y del sujeto que es su soporte) el que se pone en duda, al mismo tiempo que la capacidad del sujeto para defenderse o consentir” (Boehringer & Ferrarese, 2015: s/p, mi traducción).

Ante la imposibilidad de las OSC de combatir la *violencia estructural* (Castro & Farmer, 2003) expresada en la pobreza, la violencia social y estatal, y la violación de los derechos económicos, sociales e incluso políticos de las mujeres, la *violencia interpersonal* se ha convertido en la *vía regia* de muchas organizaciones feministas para atraer recursos y atención a la lucha contra el VIH. De hecho, muchos funcionarios gubernamentales se muestran receptivos a este lenguaje: “la epidemia de VIH va abrazada de una epidemia de violencia”, aseguró recientemente la directora de infectología de una institución pública de salud durante la conmemoración del Día Mundial de Lucha contra el Sida.

De manera creciente aparece en la literatura la violencia contra las mujeres en México como factor determinante para contraer el VIH: “17 de cada 100 infectadas fueron abusadas sexualmente o no pudieron negociar el condón con su pareja”, afirma una nota periodística sobre la presentación de la Agenda Política en Materia de VIH y Sida sobre Mujeres (CIMAC, 2014). Por otro lado, según un estudio cualitativo realizado por una de las organizaciones civiles más conocidas en el tema, 80% de las 31 mujeres entrevistadas reportaron “haber experimentado algún tipo de violencia a lo largo de la vida” (Balance, 2009).

Si bien es innegable que muchas mujeres en México atraviesan esta condición, éste no es el único escenario posible. “Fue solamente después de mi divorcio que conocí el amor, así que me dio VIH porque quise vivir de nuevo”, dice Ema, una trabajadora doméstica de 60 años, quien afirma haber adquirido el virus a través de su último amante.

En su revisión crítica de la metodología de las encuestas sobre violencia contra las mujeres en México, Roberto Castro (2012) llama nuestra atención acerca del modo en que tales resultados pueden ser utilizados para generaliza-

ciones poco rigurosas. Por ejemplo, su análisis muestra que en las encuestas oficiales de 2003 (ENDIREH, 2003), si bien 10% de las mujeres *unidas* de 15 años o más reportaron haber vivido violencia física en por lo menos una ocasión, 80% de ellas experimentó —aunque de manera igualmente inaceptable— formas menos severas de ella. De modo que, junto con las mujeres que reportaron no haber sufrido violencia física, las cifras muestran que 97.8% de ellas no había vivido ninguna o formas menos severas de violencia física (Castro, 2012, p. 31).

Asimismo, si bien discursivamente se reconoce la desigualdad económica, social y cultural de las mujeres, las estadísticas generalmente reportan episodios de *violencia interaccional no estructural*. En un ejercicio cuyo fin es analizar las intersecciones entre ambos niveles de violencia, Frías (2007) utiliza cifras oficiales sobre acceso a educación formal y atención a la salud, vivienda, trabajo, seguridad social, etc., para representar las desigualdades de género. Su análisis muestra que las mujeres que viven en estados de la república cuyos índices de desigualdad entre hombres y mujeres son mayores, tienen mayor probabilidad de sufrir violencia de pareja que aquellas que viven en entidades con menor desigualdad de género; es decir, la violencia interaccional contra las mujeres (ejercida por *un hombre* contra *una mujer*), está anclada en estructuras sociales que se expresan en, pero van más allá, las biografías individuales. Al no tomar en cuenta y especificar la relación entre estos niveles, el uso indiscriminado del tropo *violencia contra las mujeres* como factor prominente de riesgo ante el VIH, opera individualizando e invisibilizando las condiciones sociales, económicas y culturales que lo producen. Paradojalmente, se trata de un proceso de “despolitización”, en el que sucede una “erradicación ideológica de los conflictos estructurales” (Pecheny, 2010, p. 361, mi traducción).

Aunque algunas OSC califican la violencia institucional en los servicios públicos como una violación de los derechos de las mujeres, en la práctica la desigualdad social y económica se aborda con medidas de combate a la pobreza: “apoyos” para transporte y refrigerios se mencionan como acciones adecuadas para que las mujeres pobres puedan asistir a los servicios especializados; asimismo, guarderías dentro de las clínicas se describen como “ayudas” para que las mujeres puedan acceder al tratamiento. Si bien útiles en momentos específicos, tales medidas asistencialistas se incluyen a veces como mecanismos de “empoderamiento” de las mujeres, al tiempo que poco se dice sobre sus derechos sociales y económicos, como el derecho al trabajo remunerado, a la educación, a la seguridad social y a la vivienda: “Las estrategias que se enfocan estrictamente en pobreza y salud, sin incluir perspectivas más amplias de equidad y derechos humanos, pueden fracasar

debido a que no toman en consideración factores centrales que influyen con frecuencia en la relación entre pobreza y mala salud” (Braveman & Gruskin, 2003, p. 540, mi traducción).

En consonancia con la evolución de su área temática original y en respuesta a las necesidades específicas de atención a las mujeres, las organizaciones feministas recurren al discurso de los derechos humanos en estrecha relación con los derechos sexuales y reproductivos, por lo cual una demanda central y específica consiste en la *integración* de la atención del VIH con servicios de salud reproductiva. Pecheny (2010) recuerda, sin embargo, que en el campo de la salud sexual y reproductiva —y también de los derechos sexuales y reproductivos— “los sujetos fueron originalmente enmarcados como víctimas²⁴ [...] con lo cual se favorece más una lógica de reparación que una de ejercicio de derechos” (Pecheny, 2010, p. 361).

En este contexto, las aproximaciones actuales al trabajo de derechos de las mujeres en el campo del VIH parecen encontrarse en una encrucijada frente a la racionalidad neoliberal, en la cual el acceso a servicios sociales —los cuales de hecho constituyen derechos—, constituye más bien una excepción destinada a aquellos sujetos que pueden probar cierto grado de daño; es decir, a *víctimas*. Su dimensión problemática es que la metáfora de la víctima “sostiene la ‘lógica del rescate’ que permea la mercadotecnia de los esfuerzos para combatir el VIH por parte de la filantropía...” (Klot & Nguyen, 2011, traducción mía). Desde esa lógica se requiere un sujeto que enuncie elocuentemente el daño y la exigencia de compensación.

Los procesos de organización de mujeres y VIH: “tokenismo”²⁵ y esencialización

Repetimos con Biehl (2007): “para ‘ser vistos’ por el Estado, la gente debe mirarse a estos grupos [de interés] e involucrarse en el cabildeo y el diseño

²⁴ El autor pone como ejemplo que con frecuencia el aborto se difunde más como un asunto de mortalidad materna que como el derecho de las mujeres a decidir sobre su reproducción. Sin embargo, el discurso feminista en México radicalizó cada vez más su posición hasta afirmar “el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos” (Amuchástegui & Flores, 2013).

²⁵ Anglicismo que puede traducirse como formalismo o políticas de integración superficial de minorías. Un ejemplo de este procedimiento puede ser el siguiente: durante la presentación de la agenda política por parte de un conglomerado de agencias gubernamentales y OSC, una mujer que vive con VIH y que participó como presentadora me comunicó que apenas esa misma mañana había sido invitada a cumplir esa función. Más aún, cuando quien escribe comentó con ella que faltaba en esa agenda el lenguaje de la experiencia de las mujeres que viven con el virus, ella respondió: “me dijeron que no dijera nada de mí, nada de mi experiencia personal”.

de leyes²⁶. Si la vulnerabilidad es uno de los criterios principales que rigen la gobernanza en el campo del VIH, el problema de la *representación* de las mujeres que han sido afectadas por la epidemia se vuelve crucial. ¿Desde qué *posiciones de sujeto*²⁶ se puede enunciar un discurso *legítimo* sobre la vulnerabilidad de las mujeres al virus? A juzgar por el material producido en la relación con las organizaciones, se trata de un campo en disputa, en el que podrían identificarse dos tendencias²⁷ generales:

- Las prácticas de OSC feministas que cuentan con una trayectoria importante en el campo de la participación en políticas públicas, dirigidas por mujeres seronegativas —o no autoidentificadas como seropositivas—, de clase media y altos niveles educativos.
- Las prácticas de grupos de mujeres autoidentificadas como seropositivas, cuya escolaridad tiende a ser más baja, que pertenecen a sectores populares y cuyo trabajo organizativo es reciente o intermitente.

A manera de esquema podríamos identificar algunos discursos y prácticas que, si bien podrían colaborar entre sí en la lucha por mejorar la atención a las mujeres en el campo del VIH y el sida, en ocasiones, y por efecto de la *organización gubernamental del sufrimiento*, operan de manera separada e inclusive opuesta.

a) En términos de los *destinatarios* de sus acciones, las organizaciones feministas tienden a trabajar de manera *vertical* en dos direcciones. Por un lado, *hacia las instituciones gubernamentales*, a través de la incidencia en el diseño de programas —con frecuencia a nivel *nacional*— especialmente en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. En segundo término, *vertical* podría también llamarse al trabajo que este tipo de organizaciones lleva a cabo, por ejemplo, a través de *talleres* impartidos a mujeres

²⁶ Entendida como campo discursivo de disputa, en la acción política hablamos, junto con Mouffe y Laclau (2000), de *posiciones de sujeto* como categoría fundamental de análisis, derivada de su crítica a la concepción esencialista del sujeto:

Los sujetos no pueden ser el origen de las relaciones sociales, ni siquiera en el sentido limitado de estar dotados de facultades que posibiliten una experiencia, ya que toda “experiencia” depende de condiciones discursivas de posibilidad precisas. (Mouffe & Laclau, 2000, p. 154)

²⁷ Hablamos de *tendencias* en tanto no es posible, por supuesto, trazar una división tajante entre el tipo de acción y la enunciación que despliegan las diferentes OSC, además de que con frecuencia se entretujan y colaboran entre sí.

que viven con el virus y afectadas por el VIH.²⁸ Al final, estos grupos pretenden fungir como *mediadores* entre la población con la que trabajan y las agencias gubernamentales. Esta mediación, si bien tiene por intención mejorar las condiciones de atención de las mujeres que viven con el virus, no siempre logra su cometido.

Los grupos de mujeres que viven con el virus, en cambio, llevan a cabo acciones *horizontales* con otras mujeres en su misma condición, en la búsqueda de construcción de redes. Aunque algunas de ellas han participado en reuniones nacionales convocadas por CENSIDA y otros organismos, su trabajo tiene más incidencia en ámbitos *locales*, en virtud del conocimiento de primera mano que tienen sobre las condiciones de vida de las personas afectadas.

Aunque ambas posiciones tienden a elaborar un discurso *mujerista*, entendido como “una concepción que esencializa el hecho de ser mujer, idealiza las condiciones naturales de las mujeres y mistifica las relaciones entre mujeres” (Lamas, 2010, p. 82), las formas de participación de mujeres que viven con el virus difieren.²⁹

b) La relación con instancias gubernamentales y agencias financiadoras requiere de un lenguaje especializado que llamaré *lenguaje programático* —ligado a documentos normativos e instrumentos internacionales que el gobierno mexicano ha suscrito—, y que ha podido ser mejor apropiado por las organizaciones feministas. Es por ello que su acción tiene más efecto en la *dimensión programática de la vulnerabilidad*, especialmente en el uso del lenguaje de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. Las redes de mujeres que viven con el virus, por su parte, tienden a utilizar el *lenguaje cotidiano o de la experiencia*, en virtud de su condición como, y su contacto con, mujeres de base. Miriam, de 43 años, trabajadora social, servidora pública y dirigente de una organización de mujeres que viven con el virus, narra su experiencia al respecto:

²⁸ La apreciación de Espinosa (2009) acerca de algunas organizaciones feministas en México puede aplicarse a esta representación diferencial de las mujeres seropositivas o afectadas por la epidemia:

Si bien hay ONG con trabajo “de base” en áreas rurales y urbanas, la antigua prioridad no tiene el mismo peso, y se puede tener presencia y recursos financieros, aunque ese nexo sea casi simbólico. Con ello crece el riesgo de “perder piso” y operar con una lógica independiente de los grupos sociales por los que se dice abogar. Si al comenzar los ochenta el feminismo civil legitimaba su existencia “desde abajo”, en el seno de los movimientos sociales, hoy, se valora cada vez más el reconocimiento logrado “desde arriba”. (Espinosa, 2009, p. 204)

²⁹ Más adelante veremos estas diferencias con detalle.

De las mujeres que queremos involucrar solamente hay una con licenciatura y *prepa*, las demás sólo tienen primaria, pero ellas son las que le quieren entrar y es una desventaja que tenemos, la escolaridad, el nivel socioeconómico que no les permite tener acceso a internet, y obviamente tampoco tenemos las palabras rimbombantes que quieren escuchar [las agencias de financiamiento].

Asimismo, uno de los efectos subjetivos de esta jerarquización del lenguaje es la descalificación que las mujeres hacen de su propio saber: el de vivir con VIH. Es en esta comparación que Roxana afirma su incapacidad para *ser activista*:

Las veo [a otras activistas con mayor exposición pública] y digo “hay que escalar, hay que escalar”, yo estoy empezando y en veces me desespero conmigo misma, quisiera ser más desenvuelta, pero tengo pánico escénico, son cosas que tengo que ir venciendo. En veces como que me siento tan traumada que me quedo en silencio y yo quisiera expresar, pero no me fluye, no me fluye todavía.

c) En términos de *financiamiento*, y debido a la *tiranía de los proyectos* que caracteriza a la gobernanza neoliberal, las organizaciones feministas deben buscar continuamente fondos para poder operar. Cuando los obtienen, sus procesos de profesionalización permiten que sus integrantes obtengan un ingreso —en palabras de Barrig (1998), una “asalarización de la militancia”— y que dediquen buena parte de su tiempo al trabajo de incidencia. Las integrantes de redes de mujeres seropositivas, en cambio, con frecuencia carecen de los requisitos legales y la pericia para solicitar y recibir fondos, y por ello tienen que seguir con sus actividades cotidianas, tanto remuneradas como domésticas. Por eso la mayor parte de ellas lleva a cabo un *trabajo voluntario*, y por tanto intermitente.

d) En consecuencia, la *relación con las mujeres afectadas* se entabla de manera distinta, produciendo así dos posiciones de sujeto: mientras que las organizaciones feministas *hablan por y sobre ellas*, las mujeres seropositivas *hablan por y sobre sí mismas*, de modo que el diagnóstico de VIH funciona como eje de diferenciación. De hecho, uno de los obstáculos principales para la acción política de las mujeres que viven con VIH es que ello implica el conocimiento público de su diagnóstico, el cual evitan en virtud del estigma, y cuyo daño puede extenderse a sus relaciones significativas, especialmente a sus hijos e hijas.

El problema es como que nadie de nosotras estamos listas para dar un testimonio. A mí me tocó dar uno, pero me llevé una peluca y unas gafas, como que todavía no logro dar la cara abiertamente. Se me figura que me voy a poner una etiqueta

[...] Me dice mi hija “si te ven, diles que eres activista”, “pues sí, fijate —le digo yo—, para una persona que no está viviendo lo que yo vivo como que es muy fácil...” (Pamela, 42 años, dos hijas —una de ellas seropositiva—, negocio propio)

Por ejemplo, una de las principales organizaciones feministas en este campo explica que una de sus actividades es el entrenamiento de mujeres afectadas por el virus en la práctica de *vocería*, con el fin de difundir sus historias en diferentes foros, como eventos gubernamentales y de instituciones de derechos humanos, reuniones de activistas, conferencias sobre VIH, boletines de prensa, folletos, etc. “Necesitábamos mujeres que estén dispuestas a dar su testimonio de vida para que el VIH tenga rostro de mujer”, dice una de las dirigentes. Sin embargo, las mujeres que aceptan realizar estas actividades no participan en las decisiones sobre las políticas de la organización. Si bien ello en ocasiones les retribuye el reconocimiento del público a quien se dirigen, a lo sumo reciben viáticos o pequeñas cantidades como retribución. Esta práctica, que en el campo del VIH se ha llamado *tokenismo*, ha sido criticada por organizaciones internacionales como una forma superficial de atender al principio MIPA.³⁰

Nos dieron talleres, cada que vamos hablamos y ellas [las integrantes de la OSC] nos dan consejos, nos dicen cómo y así nos han ayudado bastante. Ya después de que nosotras estuvimos listas, que ya no llorábamos, fuimos a dar testimonios a las prepas, a los papás. Y fue un éxito, bajaron a felicitar me, que qué valentía tenía yo para hablarles. (Ema)³¹

Como se observó durante el trabajo de campo de esta investigación, la *vocería* consiste en producir y ensayar una narrativa personal sobre la experiencia de vivir con VIH, desde el conocimiento del diagnóstico hasta el momento en que las mujeres se conectan con la organización, así como los efectos que ello ha tenido en sus vidas. Es común que tales testimonios subrayen la indefensión frente al abuso de sus parejas masculinas, y que inclusive utilicen el lenguaje de la “violencia doméstica” para describir sus condiciones de vulnerabilidad. Presencié tal estrategia en varias ocasiones,

³⁰ El tokenismo incluye la visibilidad; por ejemplo, cuando personas que viven con VIH asisten a conferencias y reuniones, pero solamente a ofrecer su testimonio, y no se les permite hablar en representación de la organización (International HIV Alliance, 2003, p. 90, traducción mía).

³¹ En una reunión de evaluación de la investigación que sustenta este artículo, una de las mujeres atendidas por la organización feminista llamó a la coordinadora “mi mamá”, en una expresión que puede interpretarse como agradecimiento y admiración, aunque también como dependencia.

cuando la organización solicitó a Elsa, madre y abuela de 58 años, que ha vivido con VIH durante 14, que relatara públicamente su historia personal. “Yo fui víctima de violencia doméstica, por eso adquirí el VIH”, ella solía decir en entrevista, en reunión con instancias gubernamentales o en algún otro evento. De hecho, cuando fue invitada a escuchar y acompañar a otras mujeres con diagnóstico reciente, Elsa repetía exactamente las mismas palabras, haciendo énfasis en que no hubo ninguna práctica sexual de su parte que la expusiera al virus.

Esta invocación a la respetabilidad tiene, sin embargo, un efecto subjetivo problemático: la repetición de la narrativa de la vulnerabilidad hace que Elsa se vea impelida a sostener como permanente la condición de víctima y “dado que ser una víctima es un estado de corto plazo, y/o se refiere al pasado, el victimismo impide el pensamiento estructural o estratégico” (Pecheny, 2010, p. 364).

Un esfuerzo diferente llevan a cabo las organizaciones de mujeres positivas, quienes en lugar de sostener estas narrativas como su principal estrategia política, llevan a cabo acciones de incidencia local y de asesoría a otras mujeres en su misma condición. Con el fin de facilitar su acceso a servicios de salud, y de proteger sus derechos y los de sus hijos —con frecuencia echando mano de sus contactos con los medios y con funcionarios de los gobiernos—, las líderes intervienen e interceden en clínicas, escuelas y otras instituciones, citando las leyes y normatividades que las autoridades están obligadas a observar.

Si bien sus historias con frecuencia reflejan las condiciones estructurales de vulnerabilidad que hemos descrito, el interés por acompañar a otras mujeres produce un efecto de subjetivación —podríamos inclusive llamarlo *empoderamiento*—, no debido a los “apoyos” económicos que pudieran recibir para asistir al servicio, sino por la producción de un *sujeto del saber de la experiencia*, que sólo puede surgir ante la presencia conjunta del diagnóstico y de una identidad de género. En el cruce entre *ser mujer* y *vivir con VIH* se legitima la voz de un sujeto único y específico que pone en juego dimensiones corporales, institucionales y relacionales propias de su condición. En este proceso, en lugar de reiterar la vulnerabilidad como atributo esencial y permanente, aquélla se transforma en una “potencia habilitante” (Butler, 2004) que rebasa la condición biográfica para construir un campo de acción colectiva.

En consonancia, su participación en procesos de incidencia política produce una *posición de sujeto* que descansa poderosamente en la legitimidad que les otorga ser mujeres que viven con el virus, la cual en su versión radical excluye a mujeres *afectadas* —parejas, madres, hijas—. Estos grupos rei-

vindican así su singularidad y la titularidad de la representación³² de las mujeres que viven con el virus, incluso frente a organizaciones que hemos llamado feministas, y que buscan llevar sus demandas y necesidades ante el Estado. No es raro que integrantes de las primeras reclamen una calidad de *tokenismo* en las relaciones que han mantenido ocasionalmente con las segundas.

El consejo directivo y la organización es para mujeres viviendo con VIH, y lo pensábamos mucho [...] nosotras decíamos “ahora vamos a excluir a otras” y dijimos, sí, sí, deliberadamente esto va por parte de nuestras necesidades y nuestras propuestas. [De hecho], a veces nos invitaban: “vamos a hacer una capacitación con ustedes, bla bla bla”, y recibían una *lana* [fondos] y a nosotros nos invitaban a una reunión de una hora donde escuchábamos a alguien que ni vivía con VIH, así que empezamos a poner límites. Sí queremos colaborar, pero no queremos ya ser usadas, ya no queremos que nomás nos saquen información y nos inviten a una reunión de media hora y luego digan: “el trabajo que venimos haciendo con ellas...” y en realidad no hay tal trabajo. (Miriam)

Sin embargo, cuando el diagnóstico se convierte en un *requisito* para participar, estas organizaciones realizan un mecanismo de *esencialización* que convierte su principal fortaleza en debilidad, en tanto que las posibilidades de alianza y acción conjunta se dificultan.

Vulnerabilidad y resistencia: superar el binarismo

Hemos argumentado aquí que las estrategias del paradigma neoliberal que opera bajo el gradiente de vulnerabilidad —para este caso en el campo del VIH en mujeres—, neutralizan la fuerza de la resistencia, pues desde él, el sujeto es interpelado para identificarse *con la impotencia*; es decir, la identidad queda saturada por la indefensión. Queremos, en contraste, hacer eco de la invitación que Judith Butler ha lanzado en repetidas ocasiones: “es una tarea del feminismo desarmar el binarismo vulnerabilidad-resistencia”. No es que la vulnerabilidad tenga que ser *superada* gracias a la resistencia, sino que, por el contrario, puede convertirse en una fuerza movilizadora (Butler, 2015).

Una de las *asesoras pares* que participan en esta intervención, ejemplifica esta posibilidad. Cuando relata su experiencia en uno de los *talleres* impar-

³² No obstante, el hecho de que todas las integrantes de estas organizaciones sean positivas no garantiza, por supuesto, que representen cabalmente la diversidad de mujeres con el diagnóstico. Entre ellas existen también tensiones ligadas a las posiciones jerárquicas y de poder que implican el establecimiento y mantenimiento de una osc.

tidos por una organización feminista de mujeres negativas, *Mariel* exclama: “Quieren venderte la historia de que eres una víctima, pero yo no me la compré. Siempre supe que mi marido tenía sexo con otros hombres y aunque le pedí que usara condón con ellos, yo no le pedí que lo usara conmigo”.

“Foucault localiza el deseo que alimenta la pregunta: ‘¿cómo no ser gobernado?’ Este deseo, y el asombro que de él deriva, conforman el espíritu central de la crítica” (Butler, 2010). *Mariel* encarna así una crítica cabal al paradigma de la vulnerabilidad como único marco de interpretación de la epidemia del VIH en mujeres. Bajo la lógica de la *organización gubernamental del sufrimiento*, negarse a asumir una identidad victimizada —y más aún en el caso de las mujeres—, es resistir en términos políticos a través de prácticas de desujeción, es una respuesta encarnada, actuada y enunciada a la pregunta *¿cómo no ser gobernados?*

A juzgar por el proceso que hemos experimentado en esta investigación-intervención, la transformación que las participantes atraviesan —de ser *mujeres vulnerables* a fungir como *asesoras pares*— pone las condiciones para esa desujeción. El diagnóstico que nació de su *vulnerabilidad* se convirtió, gracias al reconocimiento y la legitimación del saber único que lo involucra, en motor de la resistencia subjetiva. La narrativa biográfica muestra desde ya los ecos de la resistencia.

Sin embargo, cuando se entreteje con otras múltiples voces que se reconocen tanto en la vulnerabilidad como en la capacidad de acción, la resistencia a la identidad asignada por el poder crece de manera exponencial. Cuando muchas biografías hacen coro frente al lenguaje que nos fija, nos limita y nos define como impotentes, podemos responder, con Foucault (2006, p. 7), *no queremos ser gobernadas, “no de esa forma, no para eso, no por ellos”*.

Recibido: 6 de noviembre de 2015

Revisado: 12 de abril de 2016

Bibliografía

- Allen Leigh, B. & Torres Pereda, P. (2009). Género, poder y VIH/SIDA en la vida de las mujeres mexicanas: prevención, atención y acciones prioritarias. In J. Á. Córdoba Villalobos, S. Ponce de León Rosales & J. L. Valdespino (Eds.), *25 años de VIH en México. Logros, desaciertos y retos*. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública y CENSIDA.
- Álvarez, S. (2013). Neoliberalismos y trayectorias de los feminismos latinoamericanos. *América Latina en Movimiento*, (489), octubre, en URL <http://www.alainet.org/es/active/68593>, fecha de consulta 23 de julio de 2015.

- Amuchástegui, A. & Flores, E. (2013). Women's interpretations of the right to legal abortion in Mexico City: citizenship, experience and clientelism. *Citizenship Studies*, 17(8), 912-927.
- Ayres, J. R., Paiva, V. & França Jr., I. (2012). Conceitos e praticas de prevenção: da historia natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In J. R. A. Vera Paiva & C. M. Buchalla (Coords.), *Vulnerabilidade e direitos humanos. Prevenção e promoção da saúde, Vol. I. Da doença a cidadania* (pp. 71-94). San Pablo, Brasil: Jurúa.
- Balance (Promoción para el Desarrollo y Juventud). (2009). *Violencia de género y vulnerabilidad al VIH*. En URL <http://www.fundar.org.mx/clases/wp-content/uploads/pdf/violencia.pdf>, fecha de consulta mayo de 2015.
- Barrig, M. (1998). *Female leadership, violence, and citizenship in Peru*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Berbesi Fernández, D. & Segura Cardona, Á. (2014). Vulnerabilidad al VIH: revisión sistemática. *Revista de Investigaciones Andina*, 16(28), 964-977.
- Biehl, J. (2007). *The will to live: AIDS therapies and the politics of survival*. Princeton, NJ: Princeton y Oxford.
- Boehringer, S. & Ferrarese, E. (2015). Féminisme et vulnérabilité. *Cahiers du Genre*, (58), en URL http://cahiers_du_genre.pouchet.cnrs.fr/FichesNumeros/numero58.html, fecha de consulta octubre de 2015.
- Braveman, P. & Gruskin, S. (2003). Poverty, equity, human rights and health. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(7), 530-545, en URL <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/7/en/Braveman0703.pdf>, fecha de consulta octubre de 2015.
- Butler, J. (2015). Vulnerabilidad y resistencia revisitadas. Conferencia impartida en la Ciudad de México, Programa Universitario de Estudios de Género-Universidad Nacional Autónoma de México, en URL <https://www.youtube.com/watch?v=eU8fqEPdDFo>, fecha de consulta octubre de 2015.
- Butler, J. (2010). ¿Qué es la crítica? Un ensayo sobre la virtud de Foucault. In R. Parrini (Coord.), *Los contornos del alma, los límites del cuerpo: género, corporalidad y subjetivación*. Ciudad de México, México: Programa Universitario de Estudios de Género-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Butler, J. (1997/2004). *Lenguaje, poder e identidad*. Madrid, España: Síntesis.
- Carrillo, H. (2005). *La noche es joven. La sexualidad en México en la era del SIDA*. Ciudad de México, México: Océano.
- Castro, A. & Farmer, P. (2003). El Sida y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima. *Cuadernos de Antropología*, (17), 29-47.
- Castro, R. (2012). Problemas conceptuales en el estudio de la violencia de género. Controversias y debates a tomar en cuenta. In N. Baca Tavira & G. Vélez Bautista (Coords.), *Violencia, género y la persistencia de la desigualdad en el Estado de México*. Buenos Aires, Argentina: Mnemosyne.
- CENSIDA (Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH/sida). (2015). Convocatoria pública dirigida a las Organizaciones de la Sociedad Civil con experiencia y trabajo comprobable en prevención del VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS) para la implementación de estrategias de prevención focalizada

- del VIH y otras ITS que fortalezcan la respuesta nacional 2015. En URL http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/prevencion/convocatorias/convocatoria2015/Convocatoria_Prevencion_2015.pdf, fecha de consulta octubre de 2015.
- CENSIDA (Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH/sida). (2012). *VIH/sida en México*. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud.
- CENSIDA (Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH/sida). (2009). *El VIH/sida en México*. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud.
- CIMAC. (2014). Presentan agenda para atender a mujeres con VIH. en URL <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/67559>, fecha de consulta marzo de 2017.
- Connell, R. & Dados, N. (2014). Where in the world does neoliberalism come from? The market agenda in southern perspective. *Theory and Society*, (43), 117-138.
- Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? In AAVV, *Michel Foucault. Filósofo*. Barcelona, España: Gedisa.
- Delor, F. & Hubert, I. (2000). Revisiting the concept of ‘vulnerability’. *Social Science and Medicine*, 50, 1557-1570.
- Dowsett, G. W. (2003). Some considerations on sexuality and gender in the context of AIDS. *Reproductive Health Matters*, 11(22), 21-29.
- ENDIREH (Encuesta Nacional sobre Dinámica de las Relaciones en los Hogares). (2003). Ciudad de México, México: INEGI, en URL <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/endireh/endireh2003/default.aspx>, fecha de consulta octubre de 2015.
- Enríquez, L. & De Anda, C. (Coords.) (2008). *Despenalización del aborto en la ciudad de México. Argumentos para la reflexión*. Ciudad de México, México: GIRE, IPAS y UNAM.
- Espinosa, G. (2009). *Cuatro vertientes del feminismo en México. Diversidad de rutas y cruce de caminos*. Ciudad de México, México: División de Ciencias Sociales y Humanidades-Universidad Autónoma Metropolitana plantel Xochimilco.
- Exner, T. M., Hoffman, S., Dworkin, S. & Erhardt, A. A. (2003). Beyond the male condom: the evolution of gender specific HIV interventions for women. *Annual Review of Sex Research*, (14), 114-136.
- Foucault, M. (2006). ¿Qué es la crítica? (Crítica y Aukflärung). In M. Foucault, *Sobre la Ilustración*. Madrid, España: Tecnos.
- Fraser, N. (2013). *Fortunes of feminism. From state-managed capitalism to neoliberal crisis*. Nueva York, NY: Verso.
- Frías, S. (2007). Measuring structural gender inequality in Mexico: a State level analysis. *Social Indicators Research*, 2(88).
- Hernández, J. J. (2009). 25 años de presencia comunitaria en la respuesta al VIH y al sida en México. In J. Á. Córdova Villalobos, S. Ponce de León & J. L. Valdespino (Eds.). *25 años de sida en México. Logros, desaciertos y retos*. Ciudad de México, México: CENSIDA-Secretaría de Salud, Birmex e Instituto Nacional de Salud Pública.
- Herrera, C., Kendall, T. & Campero, L. (2014). *Vivir con VIH en México. Experiencias de mujeres y hombres desde un enfoque de género*. Ciudad de México, México: El Colegio de México.

- Higgins, J. A., Hoffman, S. & Dworkin, S. L. (2010). Rethinking gender, heterosexual men and women's vulnerability to AIDS. *American Journal of Public Health*, 100(3), 435-445.
- Hirsch, J. (2002). The social construction of sexuality: marital infidelity and sexually transmitted disease-HIV risk in a Mexican migrant community. *American Journal of Public Health*, 92(8), 1227-1237.
- Hirsch, J., Meneses, S., Thompson, B., Negroni, M., Pelcastre, B. & Del Rio, C. (2007). The inevitability of infidelity: sexual reputation, social geographies, and marital HIV risk in rural Mexico. *American Journal of Public Health*, 97, 986-996.
- International HIV Alliance. (2003). *The involvement of people living with HIV/AIDS in community-based prevention, care and support programs in developing countries*. In URL <http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/horizons/plha4cntryrprt.pdf>, fecha de consulta octubre de 2015.
- Kendall, T. (2009). La vulnerabilidad de las mujeres mexicanas frente al VIH y el sida. In C. Magis Rodríguez & H. Barrientos Bárcenas (Eds.), *VIH/sida y salud pública. Manual para personal de salud*. Ciudad de México, México: CENSIDA-INSP, segunda edición actualizada y aumentada.
- Klot, J. F. & Nguyen, V. K. (2011). Editors' Introduction. In J. F. Klot & V.-K. Nguyen (Eds.), *The fourth wave, violence. Gender, culture and HIV in the 21st century*. Brooklyn: NY: SSRC.
- Lamas, M. (2010). La radicalización democrática feminista. In B. Ardití (Ed.), *El reverso de la diferencia. Identidad y política*. Caracas, Venezuela: Nueva Sociedad.
- León Corona, B. (2011). ¿Redención o conducción? Los efectos del Programa Oportunidades en los pobres. *Política y Cultura*, (35), 131-160.
- Letra S. (2015). Abigail somos todas: la epidemia femenina del VIH. Suplemento Letra S del periódico *La Jornada*, 4 de junio, en URL <http://www.jornada.unam.mx/2015/06/04/ls-once.html>, fecha de consulta agosto de 2015.
- Liguori, A. L. & Lamas, M. (2003). Gender, sexual citizenship and HIV/AIDS. *Culture, Health & Sexuality*, 5(1), 87-90.
- Manzelli, H. & Pecheny, M. (2002). Prevención del VIH/sida en hombres que tienen sexo con hombres. In C. Cáceres, M. Pecheny & V. Terto (Eds.), *Sida y sexo entre hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo*. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Red de Investigación en Sexualidades y VIH/sida en América Latina.
- Martín-Onraët, A., Álvarez Wyssmann, V., Volkow Fernández, P., González Rodríguez, A., Velásquez Rosas, R., Rivera Abarca, L., Torres Escobar, I. & Sierra Madero, J. (2014). *Oportunidades perdidas y diagnóstico tardío en mujeres mexicanas con VIH*. Oaxaca, México: CAPASITS.
- Mouffe, C. & Laclau, E. (2010). Posición de sujeto y antagonismo: la plenitud imposible. In B. Ardití (Ed.), *El reverso de la diferencia. Identidad y política*. Caracas, Venezuela: Nueva Sociedad.
- Núñez, G. (2007). *Masculinidad e intimidad: identidad, sexualidad y sida*. Ciudad

- de México, México: Porrúa, Programa Universitario de Estudios de Género-Universidad Nacional Autónoma de México y El Colegio de Sonora.
- Paiva, V., Ayres, J. R. & Gruskin, S. (2010). Being young and living with HIV. The double neglect of sexual citizenship. In P. Aggleton & R. Parker (Eds.), *Routledge handbook of sexuality, health and rights*, Londres, Inglaterra: Routledge.
- Paiva, V., Ferguson, L., Aggleton, P., Purnima, M., Kelly-Hanku, A., Minh Giang, L., Barbosa, R., Caceres, C. & Parker, R. (2015). The current state of play of research on the social, political and legal dimensions of HIV. *Cadernos de Saes S PPe Sao*, 31(3), 477-486.
- Pecheny, M. (2013). Desigualdades estructurales, salud de jóvenes LGBT y lagunas de conocimiento: ¿qué sabemos y qué preguntamos? *Temas em Psicologia*, 21(3), 961-972, en URL http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2013000300012&script=sci_arttext, fecha de consulta agosto de 2015.
- Pecheny, M. (2010). Political agents or vulnerable victims? Framing sexual rights as sexual health in Argentina. In P. Aggleton & R. Parker (Eds.), *Routledge handbook of sexuality, health and rights*. Londres, Inglaterra: Routledge.
- Piñeirúa, A. y Ramos, U. (En prensa). “El personal médico y la visibilidad de las mujeres en la epidemia del VIH en México: estigma y personal de salud”, en Amuchástegui, A. (ed.) *Mujeres y VIH en México. Perspectivas multidisciplinares en la atención a la salud*, Salud Problema/UAM-Xochimilco, México
- Riquer, F. (2005). Del movimiento feminista a la institucionalización: ¿una historia que aún no puede contarse? *Cuadernos de la Sociedad Civil*, (10).
- Sívori, H. (2008). ‘GLTTB y otros HSH’: ciencia y política en la identidad sexual en la prevención del sida. In M. Pecheny, C. Fígari & D. Jones (Comps.), *Todo sexo es político. Estudios sobre sexualidades en Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Libros del Zorzal.
- UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). (2013). *Informe mundial. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de sida 2013*. En URL http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf, fecha de consulta octubre de 2015.
- UNGASS (UN General Assembly Special Session on Drugs). (2010). *Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS*. En URL http://data.unaids.org/pub/Report/2010/mexico_2010_country_progress_report_es.pdf, fecha de consulta octubre de 2015.
- Valdespino, J. L., García García, M. de L. & Palacios Martínez, M. (2009). El diagnóstico epidemiológico 1981-1995 y el primer Programa Nacional de Prevención: 1990-1994. In J. Córdova, J. L. Valdespino & S. Ponce de León (Eds.), *25 años de sida en México. Logros, desaciertos y retos*. Ciudad de México, México: SS-INSP, 2ª ed.
- Valdovinos Perdices, N. (2003). Gobernanza, política urbana y comunidad local: reflexiones en torno a un modelo de excelencia en la gestión de la ciudad global. Memorias del XVIII Congreso de la Asociación de Geógrafos Españoles, Barcelona, España.

Acerca de la autora

Ana Amuchástegui es doctora en filosofía por el Goldsmiths College de la Universidad de Londres. Hizo un postdoctorado en el Program for the Study of Sexuality, Gender, Health and Human Rights de la Universidad de Columbia. Es profesora-investigadora del Departamento de Educación y Comunicación de la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco. Actualmente coordina una investigación sobre mujeres asesoras pares en servicios de salud de VIH, en asociación con el Comité Estatal de Prevención y Control del VIH/sida de Oaxaca. Entre sus más recientes publicaciones se encuentran, con Diana Reartes, “La voluntad de ser indetectable: tratamiento antirretroviral y prácticas de adherencia terapéutica en mujeres usuarias de servicios especializados de VIH en México”, *Nueva Antropología*, en prensa; y “Disputa social y disputa subjetiva: religión género y discursos sociales en la legalización del aborto en México”, *La Ventana. Revista de Estudios de Género*, núm. 41, 2015.

