



Antípoda. Revista de Antropología y
Arqueología

ISSN: 1900-5407

antipoda@uniandes.edu.co

Universidad de Los Andes
Colombia

Suárez, Roberto; Niño, Natalia; Sepúlveda, Rodrigo; Vesga, Juan Fernando
Contextos socioculturales de riesgo para contraer VIH en Cartagena
Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología, núm. 6, enero-junio, 2008, pp. 313-330
Universidad de Los Andes
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81400616>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

■

CONTEXTOS SOCIOCULTURALES DE RIESGO PARA CONTRAER VIH EN CARTAGENA

SOCIO-CULTURAL RISK CONTEXT FOR THE TRANSMISSION OF HIV IN CARTAGENA, COLOMBIA

ROBERTO SUÁREZ

*Ph.D. Universidad de Lausana. Profesor asociado y coordinador del Grupo de Antropología Médica, Departamento de Antropología, Universidad de los Andes
rsuarez@uniandes.edu.co*

RODRIGO SEPÚLVEDA

*MA Universidad de los Andes. Investigador del Grupo de Antropología Médica, Departamento de Antropología, Universidad de los Andes
anmedica@uniandes.edu.co*

NATALIA NIÑO

*MA Universidad de los Andes. Investigadora del Grupo de Antropología Médica, Departamento de Antropología, Universidad de los Andes
anmedica@uniandes.edu.co*

JUAN FERNANDO VESGA

*MD Pontificia Universidad Javeriana. Investigador del Grupo de Antropología Médica, Departamento de Antropología, Universidad de los Andes
anmedica@uniandes.edu.co*

RESUMEN Aun cuando se han implementado diversos planes y programas de prevención para controlar la difusión del VIH en Cartagena, la incidencia de la enfermedad sigue en aumento. En este sentido el objetivo de este estudio estuvo enfocado en entender de qué manera los contextos socioculturales influyen las percepciones de riesgo frente al VIH. De igual manera, considerando que el condón se ha promovido como la medida más efectiva para prevenir la enfermedad, en el artículo se discute la relevancia sociocultural de las políticas públicas alrededor del sexo seguro, los factores de riesgo y el cambio comportamental.

PALABRAS CLAVE:

Contexto sociocultural de riesgo, VIH, estructura familiar, condón, género.

ABSTRACT Although there has been increasing number of prevention programs in the city of Cartagena, the incidence of HIV has grown dramatically. Within this social context the purpose of this study is focused on the understanding of how a sociocultural context influences the notion of risk of HIV contagion. Also, taking into account the promotion of condoms as the most effective measure to prevent the infection, we discuss the sociocultural relevance of official public health policies such as safe sex, risk factors and behavioral change.

KEY WORDS:

Risk, Sociocultural Context, HIV, Family Structure, Condom, Gender.

313

CONTEXTOS SOCIOCULTURALES DE RIESGO PARA CONTRAER VIH EN CARTAGENA¹

ROBERTO SUÁREZ²

NATALIA NIÑO³

RODRIGO SEPÚLVEDA⁴

JUAN FERNANDO VESGA⁵

E

INTRODUCCIÓN

314

EL VIH ES UNA DE LAS ENFERMEDADES QUE EN LOS ÚLTIMOS tiempos ha logrado concentrar gran parte de la atención de las agendas públicas en salud a nivel global. La rapidez con la que se ha propagado la enfermedad en el mundo la ha consolidado como objeto de estudio de las ciencias básicas y sociales. A pesar de las diversas estrategias y planes de control y prevención que se han establecido desde el campo de la salud pública, la incidencia de la enfermedad continúa evidenciando dificultades para lograr el control de la epidemia especialmente en los países que se han denominado por diversos organismos como de mediano y bajo ingreso.

1 Este artículo es producto de la investigación "Comprendiendo el aumento de la incidencia del VIH en mujeres de la ciudad de Cartagena: una identificación de la relación entre los roles de género y prácticas sexuales que puedan poner en riesgo o proteger a un individuo de adquirir la infección por VIH-SIDA". Investigación financiada por COLCIENCIAS (Código 1204-04-16438) durante el periodo 2004-2008.

2 Ph.D. Universidad de Lausana. Profesor asociado y coordinador del Grupo de Antropología Médica, Departamento de Antropología, Universidad de los Andes. rsuarez@uniandes.edu.co

3 MA Universidad de los Andes. Investigadora del Grupo de Antropología Médica, Departamento Antropología, Universidad de los Andes. anmedica@uniandes.edu.co

4 MA Universidad de los Andes. Investigador del Grupo de Antropología Médica, Departamento Antropología, Universidad de los Andes. anmedica@uniandes.edu.co

5 MD Pontificia Universidad Javeriana. Investigador del Grupo de Antropología Médica, Departamento Antropología, Universidad de los Andes. anmedica@uniandes.edu.co

La última publicación de Roberto Suárez, Natalia Niño y Juan Fernando Vesga es del 2008 y corresponde al libro "Las rickettsias como agentes etiológicos de entidades febriles no diagnosticadas en Colombia", Ediciones Uniandes (en prensa). Por su parte el investigador Rodrigo Sepúlveda, en el 2007 publicó el libro "Alcohólicos anónimos: sufrir en soberanía" también de Ediciones Uniandes.

Un estimado de la epidemia de VIH durante el 2006 indica que 39.5 millones de personas fueron directamente afectadas por la enfermedad. Las cifras epidemiológicas ubican a África con la más alta prevalencia, con 25.1 millones de personas infectadas, seguido de Asia con 8.5 millones, Europa oriental y Sur América, cada una con 1.7 millones de personas afectadas (ONUSIDA, 2007). En los últimos diez años, Latinoamérica y el Caribe tuvieron el crecimiento más alto de la incidencia, hecho que según varios autores tiene relación con cambios estructurales en los sistemas de seguridad social, la disminución de políticas sanitarias, el incremento en el número de personas viviendo bajo condiciones de pobreza absoluta (Farmer and Kleinman, 1989) y, el debilitamiento de planes y programas de prevención de la enfermedad (García, Luque, McDouall, and Moreno, 2006).

Aunque se han identificado como grupos de riesgo importantes los hombres que tienen sexo con hombres y las trabajadoras sexuales, el rápido crecimiento del contagio en mujeres representa una de las características más importantes del comportamiento de la epidemia actualmente. Es decir que, aunque en un principio los hombres eran los principalmente afectados, la proporción de mujeres que actualmente conviven con el virus ha aumentado dramáticamente. En Colombia, por ejemplo, la relación entre el número de casos de hombres infectados con respecto al de las mujeres ha pasado de 10:1 a 2:1 en veinte años (Instituto Nacional de Salud, 2003).

Para el caso colombiano, la feminización de la epidemia se ha venido manifestando gradualmente, en particular se resalta la situación de la Costa Caribe, región que en los últimos años ha evidenciado un aumento importante en la incidencia de la enfermedad particularmente en el grupo de mujeres jóvenes entre los veinticinco y treinta y cuatro años, seguido del grupo entre los quince y veinticuatro años (Instituto Nacional de Salud, 2003; Acosta, Prieto, Rodríguez and Rueda 2002; García, Luque, McDouall, and Moreno 2006).

Con el objetivo de prevenir la propagación de la epidemia, en el país se han diseñado campañas de comunicación y educación a nivel nacional cuyo enfoque es primordialmente comportamental e informativo. Bajo esta perspectiva, es frecuente que se asuma que la divulgación de información o de conocimiento en las comunidades va a generar necesariamente un cambio en su comportamiento, de tal manera que los individuos lleven a cabo prácticas saludables (Suárez, Beltrán, and Sánchez, 2006). Las campañas de prevención basadas en este enfoque parten del concepto implícito de que los individuos tienen control sobre su salud una vez obtienen determinados conocimientos y que pueden dejar de lado las influencias del contexto social que los rodea (Campbell, 1995). Aunque cada vez más crece la necesidad de comprender y abordar el fenómeno del VIH sobrepasando las teorías comportamentales, sigue siendo limitado el peso que se le da en el campo de la prevención a los contextos socioculturales de la enfermedad.

En el campo de la prevención del VIH, la categoría riesgo cobra particular importancia. Al ser una enfermedad cuya transmisión está directamente determinada por conductas particulares, dentro de las que se incluye el establecer relaciones sexuales sin condón, el riesgo se sitúa en las prácticas de los individuos y en particular en sus estilos de vida. La posibilidad de adquirir la infección se ubica en la responsabilidad individual y en la capacidad del individuo de autocontrolarse y evitar aquello que lo pone en riesgo, por esto mismo el riesgo como categoría está inmerso en el mundo de las decisiones. Aunque desde el campo de la salud pública y la epidemiología se han identificado prácticas concretas que efectivamente impactan la salud de los individuos, éstas no necesariamente son percibidas como riesgosas al interior de las lógicas sociales y culturales de una población. La forma como las personas definen, delimitan y significan el riesgo influencia las trayectorias en salud de los individuos.

El término “riesgo” ha sido sujeto de múltiples interpretaciones y definiciones, sin embargo es posible establecer dos orientaciones epistemológicas que concentran la forma como este ha sido abordado: en la primera, el riesgo puede entenderse como un hecho medible, objetivo y que puede expresarse en términos de probabilidades (Aschengrau and Seage, 2003; Petersen and Lupton, 2000); y en la segunda, el riesgo, desde aproximaciones antropológicas y sociológicas, aparece como una construcción dependiente de lo sociocultural (Paicheler, 1999; Bowleg, 2004; Bhattacharya, 2004). En ambas perspectivas el riesgo es objetivado, convirtiéndose así en una categoría indispensable y en *lingua franca* para la salud pública y las ciencias sociales, por lo cual su definición y su uso son extensos. En este sentido, los trabajos de autores como Beck y Giddens, son una referencia importante, ya que presentan una visión del riesgo como un producto negativo de la modernidad y de la modernización de las sociedades (Douglas and Calvez, 1990; Graham and Rhomberg, 1996).

Sin embargo, la literatura sobre el tema presenta un amplio espectro que sobrepasa la visión de estos autores y que evidencia que las dinámicas sociales subyacentes a la noción de riesgo van más allá de pensar el riesgo como un producto de la modernidad calificado negativamente. Al analizar el riesgo y al pensar en prácticas asociadas a éste —que le otorgan un sentido—, es posible entenderlo bajo una perspectiva en donde, por ejemplo, las prácticas asociadas al *self perceived risk* y al *risk taking* no son, necesariamente negativas sino que al contrario, pueden ser altamente valoradas bajo ciertas condiciones sociales tal como lo muestran diferentes trabajos (Adkins, 2001; Mythen, 2007; Reith, 2004; Wilkinson, 2001). Por otro lado, entre las perspectivas que contemplan el riesgo desde aspectos sociales, es posible encontrar una producción de literatura sobresaliente, que se preocupa por las desigualdades sociales, la vulnerabilidad y la estigmatización que inciden directamente en la transmisión de la enfermedad,

centrándose particularmente en las inequidades económicas, de clase, raza o etnicidad y género (Zierler and Krieger, 1997; Rao Gupta, 2000; Castro and Farmer, 2005; Farmer and Kleinman, 1989; Douglas and Calvez, 1990; Caprara, 1998; Doyal, 2000; Duff, 2003; Galea, Ahern, and Karpati, 2005; Peretti-Watel, 2004).

Este artículo está inscrito en la discusión sobre el VIH y los aspectos socioculturales asociados a esta enfermedad en la ciudad de Cartagena. Al respecto se pretende plantear el riesgo como una categoría flexible y dependiente de los contextos socioculturales locales (Bhattacharya, 2004; Bowleg, 2004). Esta mirada, permite no sólo el reconocimiento de las formas como se establece la percepción del riesgo de adquirir la infección, sino que también permite comprender cómo el riesgo y el VIH están soportados en un red de significados que sostiene y da sentido a prácticas que, desde un punto de vista epidemiológico, posibilitan y potencializan la transmisión de la enfermedad. En este sentido, se busca argumentar cómo elementos propios del contexto sociocultural tales como los roles de género, la estructura familiar y los estereotipos sobre la sexualidad costeña, son fundamentales para entender el comportamiento de la enfermedad en Cartagena. El análisis alrededor del riesgo y el VIH por transmisión sexual, exige explorar el tema del uso o no uso del condón, lo cual aparece como un tema primordial dentro de las dinámicas sociales alrededor de la enfermedad, que además invita a la reflexión sobre el discurso del sexo seguro, tema central de la salud sexual y reproductiva contemporánea, en la que se promueve el condón masculino como la tecnología más eficiente para la reducción de la transmisión sexual del VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual (OMS, ONUSIDA, and UNFPA, 2004).

METODOLOGÍA

El estudio en el que está enmarcado este artículo, es una investigación cualitativa cuyo objetivo radicaba en analizar la influencia de los contextos socioculturales en Cartagena en las prácticas preventivas y en las percepciones de riesgo frente a la transmisión sexual del VIH. Los métodos de recolección de datos fueron observaciones sociales directas y entrevistas en profundidad. La información fue sistematizada con el software ATLAS TI. El trabajo en campo duró ocho meses entre 2006 y 2007 y fue realizado por dos antropólogas y un médico entrenados en salud pública. Los contactos iniciales con los participantes fueron establecidos a través de organizaciones no gubernamentales y la población incluida fue seleccionada por el método de bola de nieve (*snowball referral*).

Debido al objetivo planteado y a la literatura pertinente nos enfocamos en la población de mujeres adultas, siendo este un grupo que se ha categorizado como vulnerable, según las cifras de incidencia de la enfermedad (Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena, 2006; Scopetta, 2004).

La mayoría de participantes fueron mujeres, sin embargo también se realizaron entrevistas a hombres. En total treinta y nueve personas participaron del estudio: treinta mujeres y nueve hombres.

Para el caso de las mujeres se establecieron dos grupos, uno conformado por mujeres positivas para VIH y otro de mujeres negativas. Los grupos contaron con catorce y dieciséis mujeres respectivamente. Todas las participantes debían ser de origen cartagenero o haber vivido allí durante la última década, de igual manera debía pertenecer a los estratos socioeconómicos 1 y 2. El rango de edad de las participantes estuvo entre los veintiuno a los cuarenta y ocho años. Aunque la mayoría de personas que participaron del estudio fueron mujeres, se realizaron entrevistas con nueve hombres, con los mismos criterios de inclusión demográficos de las mujeres. Para este grupo en particular, no se tomó como criterio de inclusión su diagnóstico de VIH. El estudio inicialmente no contempló la participación de hombres, sin embargo durante el trabajo de campo se planteó la necesidad de incluirlos, esto con la intención de explorar más a fondo las narrativas locales sobre la sexualidad y los roles de género, además el involucrar hombres en el estudio permitió establecer un panorama más amplio para comprender las percepciones de riesgo que cada género establece frente al VIH. Para los nueve hombres, los rangos de edad estuvieron entre los veintiséis y los cincuenta y seis años.

Las entrevistas, tanto de hombres como de mujeres, tuvieron como categorías centrales la sexualidad, las estructuras de familia, las uniones de pareja, los roles de género y las percepciones de riesgo frente al VIH. Para el caso de las mujeres se reconstruyeron historias de vida a través de las entrevistas. El estudio adoptó las normas éticas de investigación correspondientes al tipo de estudio y los participantes firmaron consentimientos informados.

RESULTADOS

Aun cuando se han implementado diversos planes y programas de prevención para controlar la difusión del VIH, las dinámicas sociales y los factores culturales locales generan un contexto propicio para que la infección continúe vigente. Al respecto debe ser resaltado que Cartagena es la ciudad de mayor desigualdad socioeconómica en relación con su número de habitantes tanto para el país como para América Latina (Serrano, 2007).

Aunque efectivamente las desigualdades sociales impactan la situación de la epidemia a nivel local permeando los procesos de salud y enfermedad, existen otro tipo de elementos propios de lo sociocultural que determinan contextos de riesgo que sostienen y dan sentido al mantenimiento y reproducción de la enfermedad. En este sentido el riesgo de adquirir la infección está inmerso en un entramado de significados en los que interactúan la organización social, las re-

laciones de género y las representaciones sociales del placer y la sexualidad. La vida sexual en Cartagena responde a lógicas particulares que a su vez manifiestan un orden social específico. En consecuencia, aquello que desde la salud pública es promovido como “sexo seguro” en particular frente al uso del condón, encuentra dificultades para integrarse a las prácticas y racionalidades locales de lo que es deseable frente a una relación sexual.

EL RIESGO EN LA COTIDIANIDAD: SER COSTEÑO, FAMILIA, SEXUALIDAD Y GÉNERO

Las percepciones frente al riesgo de adquirir VIH, así como de hacer uso o no del condón, están fuertemente influenciadas por el tipo de organización familiar que actualmente se evidencia en Cartagena. La familia como eje central de la organización social se consolida como un espacio necesario para comprender los roles de género y por tanto la forma como se relacionan los hombres y las mujeres en la cotidianidad.

La estructura familiar en Cartagena es una construcción social y cultural producto del encuentro durante la Colonia de las culturas indígena, africana y española, que se articularon en un contexto marcado por su carácter portuario y esclavista (Gutiérrez de Pineda, 1996). Como ya lo describió Virginia Gutiérrez de Pineda (1996), la estructura familiar cartagenera se inscribe dentro de lo que se denomina el complejo familiar costero-fluvial, cuyas características básicas recaen en la constitución de formas *de facto*, con dos tipos de modalidades tipológicas: la primera de ellas siendo la monogamia marcada especialmente por la uniones libres, y la segunda la poliginia, en la que se incluye la poliginia de soltero y el concubinato o poliginia de casado. En concordancia con esta descripción, en el estudio se encontró que el inicio de la vida en pareja suele estar marcado por una relación de unión libre que con el tiempo puede presentar variaciones propias de la poliginia encubierta.

Este tipo de estructura familiar cambia permanentemente; su dinamismo exige que se entienda teniendo en cuenta una trayectoria temporal para, de esta forma, dar cuenta de cómo se estructura y reestructura en la historia de vida de los individuos. La constitución de la unidad doméstica atraviesa por diversas fases en el tiempo, y en este sentido, la primera de ellas se daría por el establecimiento de una unión libre. De esta primera unión es posible que surjan hijos, cuyo sostenimiento económico es responsabilidad del padre, mientras que las necesidades afectivas y de cuidado las debe proveer la madre. La unión puede permanecer monógama, aunque es frecuente que pase por una etapa de poliginia encubierta en la que el hombre mantiene relaciones con otras mujeres, siendo ésta una dinámica que se inserta en la unión libre de manera transitoria o permanente. Esta situación puede generar inestabilidad en la unión, llevándola

a su separación y permitiendo que tanto el hombre como la mujer establezcan una nueva unión, lo que vendría a ser una tercera fase. De la segunda unión es importante resaltar que el hombre suele hacerse cargo de los hijos de la primera unión y de los propios, según sea el caso. El hombre cumple entonces la función de mantener el hogar siendo el proveedor económico, no sólo en cuanto a la alimentación y educación, sino que también opera como el proveedor de los bienes materiales que componen la casa, como la nevera, el televisor, la cocina entre otros.

Todas las mujeres lo que dicen es que no hay hombre que no sea infiel. Y entonces le perdonan la infidelidad porque el hombre responde en casa. Mira yo vi a un ex cuñado mío, o sea que fue esposo de mi hermana siendo infiel (...). Mi papá creo que se dio cuenta, o escuchaba los rumores y mi papa decía “pero bueno él responde en la casa, le tiene la nevera llena, le paga los colegios al niño y ya, y seguramente cumple con sus deberes en la casa y ya, es un buen hombre. Y ya” (Entrevista a mujer de veintiocho años, Cartagena).

Sí, mi papá me decía: “No, pues, usted tiene es que estudiar, capacitarse primero para que, después, se lleve una muchacha a vivir, para que pueda ser responsable y comprarle todas sus cosas ...” (Entrevista a hombre de treinta y cinco años).

Las mujeres en particular, reportaron de tres a cuatro uniones de hecho, con periodos cortos de tiempo entre ellas, de tal forma que sus hijos pasarían a cargo de la pareja momentánea, es así como se establecen dinámicas familiares en las que la figura paterna es transitiva y difusa mientras que la de la madre permanece estable (Beltrán, 2006). La estructura familiar cumple con un ciclo continuo, en el que con la llegada de un hombre a la unidad doméstica se pasa por un periodo de procreación, auspicio de la mujer y su descendencia, y por último abandono del hogar (Gutiérrez de Pineda, 1996). El hombre, en este orden de ideas, es representado como una figura momentánea y funcional que permite el mantenimiento económico del hogar.

—Cuando el hombre se va, ¿quién se queda con las cosas de la casa?

—PS: Uno cuando se compromete con un hombre todo lo que uno tiene o lo que se compró es ganancia. Si uno tiene una casa o una plancha o un televisor, uno se gana eso como de premio (Entrevista a mujer de treinta y ocho años, Cartagena).

Ahora bien, dentro de la estructura familiar cartagenera, debemos señalar dos aspectos que nos permiten contextualizar el problema del riesgo: los estereotipos del hombre y la mujer costeños, y los roles de género que de-

terminan las maneras de actuar y tomar decisiones frente a la sexualidad. En este sentido, la poliginia y las uniones seriadas son un factor que añade un nivel de complejidad a la idea de riesgo, su significado y su función dentro de las prácticas sexuales, ya que este tipo de familia permite entender la racionalidad de los roles y cómo el riesgo se inserta en la vida de las personas. El tipo de familia permite entender múltiples redes sociales en las cuales son los hombres quienes, por pertenecer al espacio público (Streicker, 1995) y por su naturaleza, tienen múltiples encuentros sexuales paralelos a su pareja estable. Por esto mismo se percibe que son ellos quienes sopesan el problema del riesgo de infección y por ende negocian el uso o no uso del condón. Por otro lado, el espacio privado, vinculado a la mujer de la casa, es un área simbólica en la que la percepción del riesgo se ve disminuida. Allí se evidencia que este espacio es considerado como un lugar al que se le debe respeto, intimidad, confianza, placer y protección, y en el que el uso del condón no tiene cabida (Susser, 2000).

Considero que por lo que... por la libertad de que tenemos nosotros los hombres. Que andamos de aquí para allá, de allá para acá, y se nos facilitan más las relaciones que a la mujer. Se nos facilita más la relación en la calle que a la mujer (Entrevista a hombre de treinta y cinco años, Cartagena).

Yo digo que las mujeres se infectan por lo mismo. Porque habemos hombres que no... habemos muchos hombres que no nos protegemos en la calle. Y si por lo menos conocemos mañana una muchacha y la muchacha es bonita y *tai* y *tatai*, y uno está bien parecido y muy bien presentado, y uno tiene una relación con ella, y ella ni por ahí se va a imaginar que uno esté enfermo. Y uno tampoco se imagina que ella pueda estar enferma tampoco (Entrevista a hombre de treinta y cinco años, Cartagena).

Estas maneras de pensar la sexualidad dentro de espacios públicos y privados pueden ser entendidas desde las formas como los habitantes del Caribe se autoperciben así como desde las formas como son estereotipados y escenificados. Así, es frecuente la diferenciación que hacen de sí mismos frente a otras poblaciones del país: “los costeños somos calientes, no como los del interior... es nuestra naturaleza... somos así” (Entrevista a hombre de cuarenta años, Cartagena). En este sentido, los estereotipos sobre las personas de la Costa Caribe son usados para definir la identidad costeña en la que se determinan atribuciones sociales para los roles esperados de cada género, esto resulta importante para dar cuenta de cómo los individuos dentro sus nichos sociales hacen uso del concepto de riesgo y toman, sobre esta base, decisiones sobre el uso o no del condón.

Los habitantes del Caribe, tanto hombres como mujeres, son un grupo social al cual se le ha otorgado unas características culturales, sociales y bioló-

gicas que han permitido la construcción de un estereotipo⁶ (Kanahara, 2006) en cuanto a su ser y a su deber ser. Para el hombre el estereotipo está definido por el dominio del espacio público, por su capacidad de festejar y de tomar bebidas alcohólicas así como por su fuerza sexual y sus habilidades de seducción (Streicker, 1993). Para las mujeres existe una división espacial entre las mujeres de la calle y las de la casa. Para las primeras, el estereotipo de la mujer sexual “caliente” se aplica de manera más directa, pero para las mujeres de la casa, el estereotipo es matizado puesto que percibirse como mujer sexual puede entrar en conflicto con la idea de ser una mujer seria así como con los valores sociales asociados a su condición. Es así que, entre las “mujeres de la casa” se establece un juego de seducción sexual para atraer a los hombres, pero sin que esta puesta en escena las ubique ante los demás como una mujer fácil (Beltrán, 2006). Es decir que, las mujeres de la casa son deseables sexualmente pero dentro de los límites dados por el tipo de unión familiar. En el estudio, las mujeres expresaron que, al contrario de los hombres para los cuales la virilidad exige multiplicidad de encuentros sexuales, para ellas la monogamia no representa un problema, como bien lo expresa una de las mujeres entrevistadas: “Los hombres son perros porque son hombres, uno en cambio no necesita estar de un lado *pa’* otro buscando vacile, si uno es una mujer seria se queda en su casa tranquila” (Entrevista a mujer de cuarenta años, Cartagena). En este mismo orden de ideas, uno de los hombres entrevistados expresó sobre la multiplicidad de parejas lo siguiente:

—JC: Yo le dije a la mujer mía cuando me dice “cuidado tú que andas en ese taxi por ahí”, y yo le dije “no te preocupes porque ya sé usar el condón, así que no pares bolas” (...). Uy, es que es más celosa que el carajo, pero qué va, ella sabe que conmigo no puede. Yo siempre le he puesto sus cachitos, sus cuernos.

—¿Cuántas veces la ha engañado?

—JC: Uy, ya yo perdí la cuenta.

—¿Ya no sabe?

—JC: No, pero o sea, pero un engaño es una cosa como normal, ¿sí? Es que nosotros los costeños somos así, calientes, todos alborotados (Entrevista a hombre de cuarenta y dos años, Cartagena).

6 El tema del estereotipo ha sido ampliamente trabajado por diferentes ciencias sociales desde principios del siglo xx. En este trabajo usamos la definición dada por el modelo progresivo, *progressional model*, el cual lo plantea como una construcción cognitiva o como un concepto sobre un grupo social que puede ser positivo o negativo y que busca generalizar una “idea” sobre un grupo social. Para ampliar este concepto ver (Kanahara, 2006).

La “naturalidad” con la cual se percibe la necesidad de la multiplicidad de compañeras sexuales para los hombres, hace que el condón tenga un espacio simbólico práctico impreciso tanto para los hombres como para las mujeres. Este hecho permite un uso inconsistente del condón, ya que éste es más adaptable al contexto de lo público y de la calle que al espacio privado –de la casa–, haciendo que los individuos se encuentren constantemente expuestos a la posibilidad de contagio. Además, cabe agregar que el uso de condón en varios casos fue asociado en mayor medida a la prevención del embarazo, con poca frecuencia este fue asociado a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, hecho ya reportado en otros lugares del mundo (Ali, Cleland and Shah, 2004).

—MA: No, yo le dije que, desde que empecé con él, que ya me volví una mujer con él, nunca me cuidé. Lo que sea, estaba súper segura. Aunque también fue falla mía, falla mía. Porque, o sea, uno nunca puede estar seguro de ningún hombre. O sea, yo ya me sentía como tan segura es que, para mí... yo decía que para qué iba a utilizar condón si yo no más iba a estar con él. Yo sí me imaginaba: si él está con otra, pues me imagino que él utilizará condón. Que a él a veces le decía: “Si estás conmigo, es conmigo; y si te quieres... si te consigues una por ahí que te esté mariposeando, utiliza –yo le decía– utiliza tu forro. Pero estás tú conmigo, pero si estás tú conmigo la cosa es sincera.

—Entrevistador: ¿Y él que decía del condón?

—MA: ¿Él? “No. Si yo voy a estar con otra mujer yo me lo pongo. Que yo sé que tú eres mi novia seria. Tú eres mi... tú eres la... –¿cómo es que me decía?– la futura mamá de mis hijos. Ajá, si voy a estar con otra mujer por allá, vagabunda o lo que sea, yo me cuido”.

—¿Vagabunda?

—MA: O sea, esas de la calle. O sea, si él iba a estar con una de esas, él se cuidaba. Que él estaba conmigo y sabía que las cosas eran serias (Entrevista a mujer de treinta y dos años, Cartagena).

PERCEPCIONES ALREDEDOR DEL USO DEL CONDÓN: VÍNCULOS DE PAREJA EN NEGOCIACIÓN

El uso del condón dentro del contexto estudiado, es una práctica reciente y con poca resonancia cultural, sobre todo en la población actual de adultos. El uso o no del condón recae en una red de significados que sirve para expresar y evidenciar el tipo de vínculo que se tiene con una pareja sexual. En este sentido el no uso del condón es deseable en contextos en los que la pareja es estable y en los que la mujer es presentada como “la oficial”, “la fija” o “la seria”. Por el contrario, su uso es asociado a encuentros sexuales pasajeros o con mujeres que no son las oficiales. Este tipo de mujer es categorizada como la “sucursal”, “la de goce” o la “de la calle”, este grupo de mujeres comparte una característica

común al ser percibidas como transgresoras de los límites del hogar y los valores asociados a éste. Los hombres al entrar en contacto con esta clase de mujeres contemplan la posibilidad de usar condón porque ellas son inmediatamente asociadas a lo peligroso y desordenado, hecho que resquebraja el contrato social local y determina unas nuevas formas de interacción fuera de la norma específica de la región.

Infectarse por una mujer de la calle remite al hombre a una situación de impotencia social sexual. Es decir que, tener una infección de transmisión sexual o ser VIH positivo implica entrar en un proceso de marginalidad y de –eventualmente– exclusión social. Es de aclarar que esta forma de interpretar el uso del condón no garantiza que en la cotidianidad exista una cartografía social explícita sobre con quién los hombres lo usan, o que la sobre el uso del condón por parte de los hombres o alrededor de la exigencia del mismo por parte de las mujeres, esto debido a factores que van desde lo económico o lo emocional –la posibilidad de establecer una pareja fija–, hasta la confirmación de los estereotipos de género y del riesgo –entre estos la disminución de la percepción del riesgo al autopercebirse como una mujer seria o como una pareja estable–.

Por otro lado, en las relaciones que se establecen como oficiales, la barrera marcada por el condón en las relaciones sexuales, y cuyo uso es promovido desde la salud pública como una forma de anticoncepción y protección ideal, se traduce, para los individuos, en una barrera para el placer y para la construcción de la confianza en la relación de pareja. El condón es representado y significado como un artefacto que media el contacto entre los dos individuos, y que traduce de manera metafórica la presencia de un tercer individuo en la relación y por lo tanto, sugiere infidelidad. El contacto con el otro sin intermediarios es equivalente a una relación de pareja confiable y leal. El condón, es un objeto que rompe con el orden natural de la sexualidad, la cual evoca de manera ideal el contacto de los cuerpos, narrado por la población como la necesidad de tener relaciones “piel con piel” o “carne con carne”: “No, hombre, esa vaina de caucho con carne no paga, a mí me gusta es carne con carne... tirar con condón es como comer paleta con papel...” (Entrevista a hombre de veintinueve años, Cartagena).

Entonces, ¿dónde se ubica social y culturalmente el riesgo en este contexto? En el caso que presentamos, tener relaciones sexuales con diferentes mujeres sin ser consistente en el uso del condón, es una práctica que podría ser calificada, desde la salud pública, como una acción riesgosa, pero desde lo local es calificada como parte del orden natural porque es la forma de ser y estar en el mundo cotidiano. En este contexto sociocultural, y teniendo en cuenta que los hombres son figuras nómadas en las unidades domésticas –con un papel económico definido–, y que las mujeres deben asumir el rol tradicional del cuidado, la vivencia de la sexualidad genera interacciones sociales entre géne-

ros que pueden inducir a una disonancia entre la idea de prevención y control del riesgo –como lo plantea la salud pública–, y la cultura y las prácticas locales (Rao Gupta, 2002 ;Rao and Motiwala, 2006).

Desde la salud pública se asume que el conocimiento genera comportamientos saludables, pero desde lo local el comportamiento es guiado por la cultura. Las narrativas sobre el uso del condón que parten desde la aproximación salubrista, se convierten en frases comodín que tienen sentido dentro de la esfera de lo cognitivo pero, que no necesariamente se traducen en prácticas de prevención del riesgo de contagio. En este sentido y tal como lo expresa Douglas y Calvez (1990) el riesgo no es un concepto absoluto y se construye socialmente. En el caso de las mujeres, principalmente aquellas que se definen como mujeres de la casa, la permisividad frente a las relaciones múltiples de los hombres, bajo la aceptación de la esencia masculina costeña, hace que ellas estén constantemente en una situación de seguridad ilusoria, en donde al no transgredir los límites morales consensuados socialmente, les es permitido responder a los roles tradicionales de género siendo ubicadas en un lugar social seguro, permitiendo matizar en muchos casos, o invisibilizar en otros, el riesgo en su panorama social. En ambas dinámicas es evidente que, si bien existe un contrato social que determina una situación de poder para el hombre y para la mujer, la decisión que toma un individuo para decidir qué hacer o qué riesgos puede tomar, se da en función de objetivos y consensos socioculturales.

325

CONCLUSIÓN

Aquello que se determina como riesgo varía según los contextos socioculturales locales, la forma de vivir la sexualidad lejos de ser predecible y cuantificable probabilísticamente se inscribe en redes de sentido que se tejen en lo cotidiano y que están marcados por la historia individual y colectiva. Aunque la salud pública ha determinado factores protectores y de riesgo que efectivamente tienen un impacto en la transmisión del VIH, estos saberes no necesariamente se integran a las prácticas de los individuos. Es por esto que la categoría “riesgo” no puede ser pensada de manera aislada a las poblaciones, aun cuando el riesgo puede existir bajo una evidencia estadística, aquello que se determina como riesgoso desde la salud pública puede ser disonante con la percepción local de lo que este concepto significa.

Sin embargo, cada forma de entender el riesgo ya sea desde una perspectiva sociocultural o desde una epidemiológica o salubrista tiene una funcionalidad dentro de espacios sociales asignados. La primera es útil para entenderlo desde la experiencia local y desde las trayectorias de vida de las personas. La segunda, encuentra su utilidad para determinar y medir aquellos elementos de lo social que pueden ser o convertirse en acciones que tienen incidencia en la

salud. El reto actual parece estar situado en encontrar un lenguaje común que articule ambas perspectivas y en el que se rompa con la idea de que es un concepto que puede ser objetivado y neutral. Siguiendo a Pierret (2000) el análisis del riesgo desde una posición reduccionista evita pensar la sexualidad humana como una actividad social y desafía la separación entre espacios de vida públicos y privados. De igual manera la experiencia directa de las personas exige pensar la subjetividad de las mujeres y de los hombres dentro de contextos específicos. Es decir, que las acciones de los individuos son valoradas en una sociedad de acuerdo a valores establecidos.

En el caso de la infección por VIH en Cartagena, la noción de riesgo se diluye en las formas de unión de las familias, los estereotipos que se han generado y los roles atribuidos a los géneros. Así las cosas, la frecuencia, duración y secuencia de las uniones son un factor que determina un contexto en el cual hombres y mujeres deben vivir las relaciones de pareja y por ende, su sexualidad. De igual manera, el estereotipo sobre la esencia “caliente” del caribeño(a) se articula con los roles de cada género –dentro de las unidades domésticas y su cumplimiento de las funciones determinadas: procreación, provisión económica y cuidado de los niños y de sus parejas. Los hombres al establecer poliginias encubiertas fundamentadas en la necesidad por naturaleza de múltiples encuentros sexuales, encuentran en el uso del condón, una práctica que limita su manera de vivir plenamente la sexualidad. Así mismo, las uniones sucesivas a través de la trayectoria de vida de las mujeres, junto con la idea y atribuciones correspondientes a la percepción de lo que es “ser de la casa” genera formas de interacción con los hombres en donde el riesgo adquiere sentido e importancia cuando la estabilidad de la pareja se deteriora y la confianza en la pareja se pierde. Es en este momento donde el condón aparece como artefacto que evidencia la situación de quebrantamiento de la unión.

Las categorías desde la salud como “sexo seguro” no tienen resonancia sociocultural ya que los hombres y las mujeres de Cartagena actúan sobre la base de racionalidades sociales y culturales que no necesariamente son concordantes con las perspectivas de la salud pública (Méndez, Hulsey and Archer, 2002). En este contexto se presenta una doble condición de invisibilidad del riesgo de contagio de VIH: por una parte las culturas locales y sus formas de organización son opacadas por las maneras estandarizadas de prevenir la enfermedad y controlar su propagación pero, por otro lado el contexto sociocultural matiza el riesgo de contraer VIH en hombres y mujeres. En ambos casos la enfermedad y su prevención se ubican en una situación de desencuentros continuos entre el deber ser de la salud pública y el deber ser de la cultura local.

Finalmente, el tema del riesgo y los contextos socioculturales se ubican en una posición etnometodológica que asiente la existencia de estructuras for-

males que moldean las actividades prácticas y la acción común, y en una posición constructivista que cuestiona el marco determinista que otorga de forma previa un molde sobre el cual se desarrollan las acciones que ejecuta una persona. En esta última aproximación se sugiere el axioma según el cual el mundo y lo colectivo no están predeterminados sino que se configuran a través de la ejecución de las acciones que ejecuta el individuo, es decir que el mundo y la experiencia están en constante construcción. Sin embargo, ambas posiciones teóricas diluyen el problema del riesgo centrándose en un aspecto e invisibilizando otras miradas del tema.

El riesgo más allá de ser medible o entendido a través de las narraciones de una población, puede ser comprendido como una categoría dentro del *Lebenswelt*, en donde los elementos que lo definen, implican que sea analizado a través de la relación entre el comportamiento humano y el contexto donde éste se desarrolla. Al tener en cuenta que el riesgo es un hecho vinculado íntimamente a la persona que lo define, es necesario que este sea pensado dentro de una relación cambiante que privilegia la dependencia bidireccional entre la práctica social, el contexto sociocultural y el conocimiento local. —

REFERENCIAS

Acosta, Jacqueline, Franklin Prieto, David Rodríguez y Carlos Rueda

2002 "Situación de las enfermedades de transmisión sexual, Colombia, 1976-2000", en *Biomédica* 22, pp. 77-88.

Adkins, Lisa

2001 "Risk Culture, Self-Reflexivity and the Making of Sexual Hierarchies", en *Body & Society* 7(1), pp. 35-55.

Ali, M. M., J. Cleland, and I. H. Shah

2004 "Condom Use within Marriage: a Neglected HIV Intervention", en *Bulletin of the World Health Organization* 82(3), pp. 180-186.

Aschengrau, Anne and George Seage

2003 *Essentials of Epidemiology in Public Health*. Sudbury, Jones and Bartlett Publishers.

Beltrán, Elsa María

2006 *Caras vemos, corazones no sabemos: dilemas morales, cuerpos deseados y prácticas de riesgo en la transmisión heterosexual del VIH en un grupo de mujeres de Cartagena, Colombia*. Bogotá, Universidad de los Andes.

Bhattacharya, Gauri

2004 "Sociocultural and Behavioral Contexts of Condom Use in Heterosexual Married Couples in India: Challenges to the HIV Prevention Program", en *Health Education & Behavior* 31(1), pp. 101-117.

Bowleg, Lisa

2004 "Love, Sex, and Masculinity in Sociocultural Context: HIV Concerns and Condom Use among African American Men in Heterosexual Relationships", en *Men and Masculinities* 7(2), pp. 166-186.

Campbell, M.

1995 "Male Gender Roles and Sexuality", en *Social Science and Medicine* 41(2), pp. 197-210.

Caprara, Andrea

1998 "Cultural Interpretations of Contagion", en *Trop Med Int. Health* 3(12), pp. 996-1001.

Castro, A. and P. Farmer

2005 "Understanding and Addressing AIDS-Related Stigma: From Anthropological Theory to Clinical Practice in Haiti", en *American Journal of Public Health* 95(1), pp. 53-59.

Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena

2006 *Comportamiento de los eventos bajo vigilancia epidemiológica*. Cartagena, Alcaldía Mayor de Cartagena.

Douglas, Mary and Marcel Calvez

1990 "The Self as a Risk Taker: A Cultural Theory of Contagion in Relation to AIDS", en *Sociological Review* 38 (3), pp. 445-464.

Doyal, Lesley

2000 "Gender Equity in Health: Debates and Dilemmas", en *Social Science & Medicine* 51(6), pp. 931-939.

Duff, Cameron

2003 "The Importance of Culture and Context: Rethinking Risk and Risk Management in Young Drug Using Populations", en *Health Risk & Society* 5(3), pp. 287-299.

Farmer, Paul and Arthur Kleinman

1989 "AIDS as Human Suffering", en *Daedalus* 118(2), pp. 135-160.

Galea, Sandro, Jennifer Ahern and Adam Karpati

2005 "A Model of Underlying Socioeconomic Vulnerability in Human Populations: Evidence from Variability in Population Health and Implications for Public Health", en *Social Science & Medicine* 60(11), pp. 2417-2430.

García, Ricardo, Ricardo Luque, Jorge McDouall y Luis Ángel Moreno

2006 *Infección por VIH y SIDA en Colombia. Estado del arte 2000-2005*. Bogotá, Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH-SIDA (ONUSIDA), Grupo Temático para Colombia y Ministerio de la Protección Social de Colombia, Dirección General de la Salud Pública.

Graham, John D. and Lorenz Rhomberg

1996 "How Risks are Identified and Assessed", en *Annals of the American Academy of Political Science* 545, pp. 15-24.

Gutiérrez de Pineda, Virginia

1996 *Familia y cultura en Colombia*. Medellín, Universidad de Antioquia.

Instituto Nacional de Salud

2003 *20 años del VIH en Colombia*. <http://www.onusida.org.co>.

Kanahara, Shunsuke

2006 "A Review of the Definitions of Stereotype and a Proposal for a Progressional Model", en *Individual Differences Research* 4(5), pp. 306-321.

Méndez Roque, V., Timothy L. Hulsey and Richard L. Archer

2002 "Multiple Partners in the Age of AIDS: Self-Consciousness Theory and HIV Risk Behavior", en *Current Psychology* 20(4), pp. 349-362.

Mythen, Gabe

2007 "Reappraising the Risk Society Thesis: Telescopic Sight or Myopic Vision?" *Current Sociology* 55(6), pp. 793-813.

OMS, ONUSIDA, and UNFPA

2004 *Position Statement on Condoms and HIV Prevention*. Ginebra, The World Health Organization.

ONUSIDA

2007 *Situación de la epidemia del SIDA*.

Paicheler, Geneviève

1999 "Perception of HIV Risk and Preventive Strategies: A Dynamic Analysis", en *Health* 3(1), pp. 47-70.

Peretti-Watel, Patrick

2004 "Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque", en *Revue française de sociologie* 45(1), pp. 103-132.

Petersen, Alan and Deborah Lupton

2000 *The New Public Health: Health and Self in the Age of Risk*. London, Sage Publications.

Pierret, Janine

2000 "Everyday Life with AIDS/HIV: Surveys in the Social Sciences", en *Social Science & Medicine* 50(11), pp. 1589-1598.

Rao Gupta, Geeta

2002 *Vulnerability and Resilience: Gender and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean*. Washington, Inter-American Development Bank.

Rao Gupta, Geeta

2000 *Gender, Sexuality, and HIV/AIDS: The What, the Why, and the How*. Ponencia presentada en la XIII conferencia Internacional sobre el SIDA, International Center for Research on Women. Durban, Sur África 12 de julio.

Rao, Omar A. and Motiwala, Karim O

2006 "History of Condoms: an Interesting Journey of the 'Rubber'", en *Eur Urol Suppl* 5(2), p. 598.

Reith, Gerda

2004 "Uncertain Times: The Notion of 'Risk' and the Development of Modernity", en *Time & Society* 13(2-3), pp. 383-402.

Scopetta, Orlando

2004 "La familia en las propuestas de investigación en ciencias sociales en lo relativo al VIH/SIDA, en, *VIH/SIDA y desarrollo. Impacto económico. Contribución de las ciencias sociales y la cultura para detener la pandemia en Colombia y América Latina*. Bogotá, Fundación Agenda Colombia, pp. 247-252.

Serrano, Nicolás

2007 *Cuando el territorio no es el mismo. Estudio comparativo de los impactos psicosociales y culturales del desplazamiento forzado en asentamientos de Quibdó, Tumaco y Cartagena*. Bogotá, Corporación Puerta Abierta.

Streicker, Joel

1993 "Sexuality, Power, and Social Order in Cartagena, Colombia", en *Ethnology* 32(4), pp. 359-374.

Streicker, Joel

1995 "Policing Boundaries: Race, Class, and Gender in Cartagena, Colombia", en *American Ethnologist* 22(1), pp. 54-74.

Suárez, Roberto, Elsa Beltrán and Tatiana Sánchez

2006 "El sentido del riesgo desde la antropología médica: consonancias y disonancias con la salud pública en dos enfermedades transmisibles", en *Antípoda* 3, pp. 123-155.

Susser, Ida

2000 "Culture, Sexuality, and Women's Agency in the Prevention of HIV/AIDS in Southern Africa", en *American Journal of Public Health* 90(7), pp. 1042-1048.

Wilkinson, Iain

2001 "Social Theories of Risk Perception: At Once Indispensable and Insufficient", en *Current Sociology* 49(1), pp. 1-22.

Zierler, Sally and Nancy Krieger

1997 "Reframing Women's Risk: Social Inequalities and HIV Infection", en *Annual Review of Public Health* 18(1), p. 401.