

Cuerpos, virus y economías morales: la prueba del VIH

Fernando VILLAAMIL

Departamento de Antropología Social, Facultad. de Ciencias Políticas y Sociología, UCM
villaamil@cps.ucm.es

Recibido: 06-05-2013

Aceptado: 26-11-2013

Resumen: En el artículo trato de explorar una posible conceptualización del cuerpo y de las tecnologías de subjetivación, considerándolas no como entidades diferenciadas, sino en su conformación mutua. Para ello, propongo revisar la transformación de una tecnología médica, la prueba del VIH, en una tecnología de prevención. Me interesa aproximarme a la prueba del VIH desde el punto de vista de los cuerpos que pone en escena en el seno de economías morales específicas. Para ello trabajo las narrativas de las circunstancias en las que algunos hombres, mayormente gays y seropositivos, se hicieron la prueba, desde dos perspectivas. Primero, trato de situar los cuerpos y las tecnologías en sus contextos específicos de relación y experiencia. En un segundo paso, trato de relacionar estos microprocesos con los cambios más amplios en la propia tecnología, subrayando su historicidad, y enmarcando la prueba del VIH en los cambios en la gestión política de la epidemia. Se argumenta que esta última perspectiva debe ser conceptualizada como biopolítica, puesto que lo que está en juego son los modos específicos y concretos en que la epidemia ha sido gestionada como problema político en su sentido más amplio. En definitiva, trato de mostrar cómo la redefinición de la prueba del VIH puede conllevar puestas en escena novedosas del cuerpo, pero en el proceso la tecnología es a su vez redefinida en las estrategias subjetivas imprevisibles que se ponen en marcha. El artículo mostrará al cuerpo frente al VIH como algo que se hace, de formas cambiantes a lo largo del tiempo, un hacer que es afectado y a su vez afecta a las tecnologías y las economías morales en las que se desenvuelve.

Palabras claves: Cuerpo; VIH/SIDA; tecnología; prueba del VIH; economías morales

Bodies, Virus and Moral Economies: the HIV Test

Abstract: In this article I try to explore a possible conceptualization of the body and subjectification technologies, considering them not as different entities but in their mutual conformation. To do this I propose to review the transformation of a medical technology, HIV testing, into a preventive technology. I am particularly interested in addressing the HIV test from the point of view of the bodies that it enacts in specific moral economies. I work through the narrative of the circumstances in which some men, mostly gays and seropositive, took the HIV test from two perspectives: first, I try to place bodies and technologies in their specific contexts of relations and experience. In a second step, I try to link these micro-processes to wider changes in the technology itself, underlining its historicity, and framing the HIV test in the changing political management of the epidemic. I argue that this perspective should

be conceptualized as biopolitical, since what is at stake here is the specific and concrete ways in which the epidemic has been managed as a political problem in its broadest sense. Thus, I try to show how a redefinition of HIV testing can lead to novel enactments of the body, but in the process the technology is in turn redefined in subjective strategies that are unforeseeable. The article will be showing the body confronting HIV as something that is done, in changing manners over time, a doing that is affected and in turn affects the technologies and moral economies in which it operates

Key words: Body; HIV/AIDS; technology; VIH test; moral economies.

Referencia normalizada

Villaamil, F. (2013). "Cuerpos, virus y economías morales: la prueba del VIH". *Política y Sociedad*, Vol.50 Núm. 3 865-892

Sumario: Introducción 1. Tecnología, información, cuerpo 2. La prueba 3. Diagnósticos tardíos 4. Diagnóstico temprano: Emilio y Alberto 5. Conclusiones. Bibliografía.

Introducción

La epidemia de VIH como proceso social está conformada por la interacción de un conjunto de elementos: algunos los identificamos a primera vista como naturales: cuerpos, órganos, virus, fluidos; otros, son técnicos, artificiales, a su vez mezcla de instituciones, conocimientos y objetos materiales (fármacos, pruebas de todo tipo, condones, pero también folletos, spots, consultas, *counselling*); otros más, son humanos (personas con y sin VIH, gays, *heteros*, *trans*, usuarios de drogas inyectables (UDIS), exUDIS y no UDIS, especialistas en prevención, epidemiólogos, políticos). Entre todos estos elementos, la hipótesis que mueve buena parte de la investigación convencional es que existen relaciones unidireccionales: la medicación reduce el nivel de virus en sangre, tal como es medido por la prueba de la carga viral; o bien: las campañas de prevención promueven la realización de la prueba en colectivos vulnerables –Objeto vector diana. Eso es lo que plantean, en un plano muy elemental, los estudios de eficacia en los que se basan las políticas de intervención.

Sin embargo, la epidemia de VIH como proceso social es definitivamente algo más complejo, menos unidireccional, y más dinámico. Los virus son en parte el resultado de la interacción, indisociablemente social y biológica, entre los fármacos, las personas que los consumen y sus cuerpos, en forma de virus resistentes. Las personas son el resultado de las campañas de prevención en forma de estrategias de prevención incorporadas en formas de actuar, evaluar moralmente y elaborar vínculos con otras personas. Las campañas son a su vez, a menudo, la respuesta retrasada a esas estrategias de prevención incorporadas como formas de actuar.

Esta dimensión transaccional resulta particularmente difícil de captar ya que es borrada por medio de construcciones del conocimiento experto como, por ejemplo, “optimismo terapéutico” que achaca a comportamientos irracionales, siguiendo con el ejemplo, de las personas que viven con el VIH (PVIH) lo que no deja de ser la incorporación de información médica acerca de la reducción de la morbilidad y la *infecciosidad* introducida por los tratamientos antirretrovirales de gran actividad (TARGA) en los cálculos morales de conformación de vínculos de estas personas. De igual manera cabe hablar del “*serosorting*”, o selección de parejas en función del seroestatus, representada como fundamentada en las creencias de las personas con y sin VIH, y que se comprende mucho mejor como una compleja mediación de cálculos morales y conocimientos y tecnologías médicos, entre ellos la carga viral, la prueba del VIH, el preservativo y los TARGA. En esta línea, los ejemplos podrían multiplicarse.

En el presente artículo pretendo revisar el ascenso de una tecnología médica, la prueba del VIH, a la categoría de tecnología preventiva, a partir de algunos casos concretos de hombres gays seropositivos, a cuya narración de las circunstancias en que se hicieron la prueba tuve acceso en una investigación con otros objetivos. Se trató de una investigación financiada por el Instituto de Salud Pública, actual Dirección General de Atención Primaria, de la Comunidad de Madrid, para explorar la promoción de prácticas sexuales más seguras y de adherencia al tratamiento en consultas hospitalarias de VIH, que incluyó un trabajo de campo realizado entre 2009 y 2010, con observación participante en un hospital de la red pública madrileña y 14 entrevistas a médicos, 7 a otro personal sanitario y 5 a técnicos de ONGs. Asimismo, se realizaron 30 entrevistas a pacientes con VIH en tratamiento, de los cuales 16 fueron hombres y 14 mujeres y 4 transexuales; 7 se infectaron por prácticas heterosexuales, 10 por prácticas homosexuales y 13 por compartir material de inyección (Villaamil, 2013).

Los nombres empleados a continuación son ficticios y el análisis expuesto aquí se beneficia asimismo de la reflexión relacionada con una investigación actualmente en curso acerca de la prueba rápida dirigida a colectivos especialmente vulnerables, financiada por la Fundación para Investigación y la Prevención del Sida en España. El presente texto avanza en buena medida el marco teórico de la investigación en curso.

Mi intención no es por tanto explorar exhaustivamente el campo de posibilidades de uso de la prueba del VIH entre los gays. El material de investigación que presento, ya lo advierto, no lo permite. Mi objetivo es reflexionar sobre el modo en que se está abordando la relación entre los objetos naturales, técnicos y humanos en la investigación epidemiológica y comportamental y en el relato hegemónico de la epidemia, y proponer algunos elementos para una comprensión alternativa. En particular, me interesa abordar algunas de las políticas de prevención, en concreto la prueba del VIH, desde el punto de vista de los cuerpos que contribuyen a crear, situándola como momentos de su gestión micropolítica, y desde una doble grilla, como proponía Fassin (2008), subjetivante y objetivante. Con ello me refiero concretamente a situar, en un primer momento, los cuerpos y las tecnologías en sus

contextos concretos de relación y experiencia; y, en un segundo momento, ligar esos microprocesos a las transformaciones más amplias en las propias tecnologías, subrayando su historicidad, y situándolas en los modos en que se insertan en la ordenación política de la epidemia. A esta perspectiva entiendo que es preciso llamarla biopolítica, en cuanto trata de recoger concreta y específicamente el modo en que el VIH se ha gestionado como problema político en su sentido más amplio. En otros términos, se trata de entender cómo ciertos discursos, decisiones y políticas públicas son productores y productos de arreglos sociales y morales entre los agentes, los cuerpos y las tecnologías implicadas (Fassin, 2009b; Collier y Lakoff, 2005; Haraway, 1995).

1. Tecnología, información, cuerpo

En lo que sigue voy a abordar la prueba del VIH como estrategia de prevención. En términos específicos el problema que voy a abordar será cómo construyen los sujetos: relaciones, cuerpos, y experiencias sexuales, en sus transacciones con las tecnologías preventivas. En términos más generales, se trata de entender el papel de las tecnologías preventivas en la gestión del cuerpo frente al VIH no como una actividad técnica, neutral; estas tecnologías no se describen adecuadamente en un marco cartesiano de una agente humano que incide sobre una realidad material externa sobre la que interviene en la medida en que tiene la información adecuada (Kippax, 2010). Gestionar el cuerpo frente al VIH es más bien un conjunto de prácticas de co-conformación de un cuerpo material y un contexto relacional entre las que se incluye la acción sobre las tecnologías preventivas (Rosengarten, 2009). En efecto, prevenir el VIH en su sentido más amplio puede verse como un hacer un cuerpo concreto y específico en un conjunto de acciones prácticas de agentes mediado por tecnologías (Mol, 2003). Mol y Law (2006) proponen la expresión inglesa *enactment* y el verbo *enact* para señalar este desplazamiento desde el cuerpo tal como se conoce al cuerpo tal como *se hace* (Mol, 2008). Desde el punto de vista que pretendo trabajar, esas prácticas de *puesta en escena* (traducción propia), en la medida en que necesariamente afectan y son afectadas por un cuerpo situado vinculado a otros cuerpos en un entorno relacional, son necesariamente prácticas morales, prácticas que configuran un cuerpo en un contexto moralmente informado.

Estas prácticas a su vez han de ser inscritas en el campo de la producción política de la salud (Fassin, 2004). La materialidad de *lo viviente* “conforma y simultáneamente, es conformada por, las elecciones políticas y las economías morales de las sociedades contemporáneas” (Fassin, 2009b: 47). La salud no es un mero estado biológico sino el resultado de una cierta disposición de las relaciones sociales y de un conjunto de intervenciones políticas. Se trata de un fenómeno histórico, resultado de un triple trabajo social: el de la incorporación de las desigualdades sociales, el de la organización social del poder de curar (o de evitar el daño), y el del control sobre la vida, entendida ésta como un bien que se administra en el ámbito público (Fassin, 2004). Entiende el autor que además este trabajo social, como proceso

histórico, puede ser abordado con provecho desde la categoría de biopolítica. Siguiendo a Foucault (2001, 2006), entendemos la biopolítica como una configuración histórica del gobierno, es decir, de la relación entre el soberano y sus súbditos, en torno a la disposición de tres ejes: saberes, tecnologías y poder. Siguiendo a Lemke (2005) y a Fassin (2009b), entendemos que tal configuración está caracterizada por la entrada de la gestión de “la vida en sí misma” en el campo de intervención y legitimación del soberano en la modernidad, tanto de los cuerpos individuales en tanto que organismos, como de los procesos biológicos que afectan a las poblaciones en tanto que categoría de intervención específica (Foucault, 1990)¹.

Como Foucault mismo no trabajó sistemáticamente la biopolítica sino que dejó apuntado un concepto sugerente, encontramos en Rabinow y Rose (2006: 197-198) una sistematización fructífera que anima a identificar tres dimensiones de la misma: discursos verdaderos sobre los seres vivientes, y las autoridades que son competentes para producirlos; estrategias para intervenir sobre la existencia colectiva en nombre de la vida y la salud; y, modos de subjetivación en los que los sujetos son conminados a trabajar sobre sí mismos en su perfeccionamiento, bajo ciertas formas de autoridad, discursos expertos y en nombre de la salud colectiva. Considero que esta reelaboración y sistematización de la categoría tiene la ventaja de ser sumamente operativa. En el contexto del análisis que propongo, resulta funcional para destacar las dificultades y aporías de las tecnologías preventivas, particularmente de la prueba del VIH. Con todo, como en seguida veremos, ello no implica descartar la necesidad de situar el análisis en el marco de la reflexión propiamente biopolítica, es decir: la reflexión acerca de la problematización de la vida misma, los marcos morales en los que se sustenta, la generación de dispositivos de generación de desigual exposición a la muerte y la enfermedad (Fassin, 2009b). Finalmente, es preciso atender a las reapropiaciones y formas de resistencia encarnada (Pizza, 2007) que se hacen posibles.

Aún hay una tercera categoría, la de tecnología, que me gustaría introducir antes de elaborar el argumento principal del presente texto, en la medida que resulta útil para encarar la problematización que propone Fassin. Según Rose, en una bien conocida definición, las tecnologías son *ensamblajes híbridos de conocimientos, personas, sistemas de juicio, edificios y espacios, sostenidos en el nivel programático por ciertas presuposiciones y asunciones acerca de los seres humanos* (Rose, 1996).

Hay dos elementos en esta definición que me gustaría subrayar respecto a los *sistemas de juicio* y a los *conocimientos*. En lo que se refiere a los sistemas de juicio,

¹ Una lectura diferente del concepto de biopolítica es propuesta por Agamben (1998), que propone que la vida política es ontológicamente impensable sin su correlato, la producción de la “nuda vida” o vida que no merece ser vivida. Norma y excepción, ciudadanía y campo de concentración, serían indistinguibles. Para críticas a Agamben desde puntos de vista muy distintos ver Lemke (2005) y Rabinow y Rose (2006).

hay una dimensión que tiene que ver con modos de actuar sobre sí y sobre los demás, con valores y normas, implicada en las tecnologías, que resulta particularmente relevante para el caso de la prevención del VIH. Las tecnologías implican expectativas acerca del modo en que se ordenan las relaciones entre personas y, en ese sentido, no pueden ser más que morales. Pero, además se implican de forma material, diríamos literal, en los vínculos entre personas. Las tecnologías se moralizan, y por moral entenderemos, *la producción, distribución, circulación y uso de sentimientos, valores, normas y obligaciones morales en el espacio social* (Fassin, 2009a: 1257). Tal como lo expresan Nguyen y colegas (2007) de un modo conciso, una economía moral es “la base cultural para asignar valor”. Kleinman adopta una perspectiva eminentemente pragmática de la moral: la experiencia moral “*is always about practical engagements in a particular local world (...) it is about positioned views and practices*” (1999, 365). La dimensión moral de las tecnologías puede ser analizada a nivel de las expectativas como un dispositivo disciplinario, y en el nivel de las prácticas, como una propiedad emergente de las estrategias desplegadas por un agente en un espacio social concreto.

Finalmente, el conocimiento, los saberes y su circulación como información puede ser uno de los problemas más complejos de la vida social. A pesar de ello, la información es tratada por los estudios epidemiológicos dominantes en el campo de la prevención del VIH como un proceso autoevidente. Como Briggs y Nichter (2009) destacaron, un ítem de información lleva consigo todo un universo de expectativas sobre el sujeto que en apariencia sólo recibe la información, pero que de hecho es al menos parcialmente constituido por la información misma. Foucault (1990) sugería que el surgimiento de la biopolítica fue de la mano de la elaboración de campañas educativas para la diseminación de información sobre higiene, lo que fue una contribución fundamental para la conformación de lo que cabría denominar el ciudadano biopolítico. Estas campañas educativas eran parte de tecnologías que ya no buscaban simplemente el disciplinamiento de las capacidades inscritas en los cuerpos, sino la regulación de la vida misma.

En cuanto a la antropología médica, es un lugar común al menos desde los ochenta señalar la coexistencia en el proceso de búsqueda de salud de dos perspectivas divergentes: saberes legos versus saberes expertos, *illness* versus *disease*, perspectiva del paciente versus perspectiva del médico (Martínez, 2008; Pizza, 2007). Estas discusiones han sido extremadamente productivas, en cuanto han establecido las bases de un pensamiento epistemológicamente sólido y verdaderamente transcultural acerca de los procesos que afectan y constituyen la salud, la enfermedad y la atención. Sin embargo, recientemente otros autores (Davis, 2009; Mol, 2003; Mykhalovski, 2008; Rosengarten, 2009), con una orientación firmemente etnográfica y tomando inspiración de los estudios sociales de la ciencia y la tecnología, han llevado esta epistemología crítica y reflexiva hasta sus, por el momento, últimas consecuencias. Biehl y otros (2001) han tratado la prueba como tecnología moral, aunque desde una perspectiva inspirada en el psicoanálisis que se aleja de la presentada aquí. Mol (2003), ha descentrado el análisis al desplazar el foco de los conocimientos que se dan cita en el encuentro terapéutico, a la constitu-

ción misma del objeto de esas perspectivas, la enfermedad y el cuerpo mismos, por mediación de prácticas y tecnologías que la materializan de formas específicas en espacios concretos.

Por su parte, Rosengarten (2009) pone en cuestión la adecuación teórica y la productividad desde el punto de vista de la conceptualización de campañas de prevención verdaderamente eficaces, que distinguen tajantemente entre lo que denomina *information*, esto es, prácticas en una amplia variedad de escenarios en las que está implicado el tráfico de discursos e informaciones morales y técnicas -la propia prueba del VIH, el *counseling*, educación para la salud, intervenciones de prevención, *marketing* social, etcétera-, y el *flesh*, una entidad supuestamente estable perteneciente al ámbito de lo natural -el sexo, el organismo, medicamentos antirretrovirales y el propio virus. El problema con esta diferenciación es que impide reconocer las constantes relaciones de co-conformación -transacciones, podríamos decir-, que se dan y que resultan estratégicas para comprender e intervenir de un modo efectivo y sobre todo más democrático, no unidireccional. Rosengarten trata sobre todo de reconocer la agencia de las personas concernidas a la hora de incorporar la *information*: tener en cuenta sus efectos transformadores a nivel de la *flesh*, por una parte; y, por otra, hacer visibles los procesos de apropiación de los saberes legos (Menéndez, 2005), que son a su vez el resultado de la incorporación de saberes médicos, y que son desconocidos como tales por los expertos, que los construyen como formas de error. Estos procesos son descritos también por Hacking (2006) o Fassin (2008), y resultan de enorme interés, en cuanto definen de forma distorsionada las relaciones entre saberes expertos y legos, e impiden una reformulación de estas relaciones en términos más útiles, estratégicos, podríamos decir.

En última instancia, se trata de subrayar que entre cuerpos, sujetos, tecnologías y economías morales pueden darse relaciones inesperadas, *embodied engagements* que generan nuevas formas de vida (Biehl y Moran Thomas, 2009), pero probablemente también nuevas formas de muerte (Fassin, 2009b: 52; Rosengarten, 2009: 9). Es en esta atención a la generación de los cuerpos, a la interconexión entre lo que podemos, creo, llamar tecnologías en el sentido que le da Rose al término, por un lado, y *flesh* como materialización, por otro, que podemos encontrar una vía no evidente que conecte con la teorización sobre la relación transaccional entre poder y cuerpo de raigambre gramsciana (Frankenberg, 1988; Pizza, 2007; Menéndez, 2005) y los autores que se inspiran en los estudios sociales de la ciencia que acabamos de citar.

Me interesa sobre todo explorar los espacios cotidianos en los que los sujetos hacen: los espacios relacionales en los que los cuerpos son actuados de maneras específicas en relación al VIH, por intermediación y transformando simultáneamente ciertas tecnologías médicas, y en contextos morales que también se ven afectados y que son decisivamente plurales. Voy a tratar de mostrar cómo se maneja, negocia, brega o se las apaña el sujeto para manejarse entre estos cuerpos, tecnologías y economías morales, modificándolos y siendo modificado por ellos, en diferentes momentos de la epidemia.

2. La prueba

Una tecnología médica, la prueba del VIH, se ha insertado en diseños biopolíticos muy distintos desde su generalización en 1985 (Bayer y Fairchild, 2006). Para empezar, mientras no estuvo disponible un tratamiento eficaz, ante un positivo que significaba una muerte segura y a corto plazo, los beneficios de practicarse la prueba tuvieron un valor relativo. El movimiento ciudadano jugó un papel importante en la configuración de una política que se alejaba del abordaje tradicional de la salud pública en cuestiones como la notificación a los contactos (las parejas sexuales), el aislamiento de los infectados o la obligatoriedad de la prueba (Patton, 1996). Las asociaciones de afectados lograron imponer la perspectiva de que sobreestigmatizar a sectores sociales de por sí marginalizados solo conseguiría forzar el paso a la clandestinidad de la epidemia, impidiendo que las personas afectadas se acercaran a los recursos sociales y sanitarios (Bayer y Fairchild, 2006). Se argumentaba que, desde el punto de vista del tratamiento, los beneficios de un diagnóstico temprano no eran evidentes. Desde el punto de vista de la prevención, la estrategia preferible era la de promoción de prácticas más seguras de modo universal, indiferentemente del status frente al VIH, y fue la estrategia que se impuso —sexo más seguro—, con cierto éxito en sectores específicos como la comunidad gay.

En este marco, el conocer si se está infectado tampoco resulta de crucial importancia, y puede, incluso, ser contraproducente en un contexto de pánico moral (Patton, 1996), y la decisión de hacerse la prueba quedó en definitiva en manos de los ciudadanos. La voluntariedad y confidencialidad de la prueba del VIH fue uno de los pilares de lo que se ha venido en llamar el *excepcionalismo* en la gestión del VIH (Bayer, 1991). En términos de la gestión política de la epidemia implicaba otorgar un papel relevante a las organizaciones de la sociedad civil, sin precedentes en salud pública (Rose, 2007).

El panorama cambia sustancialmente partir de la aparición de terapias antirretrovirales efectivas a mediados de los 90 y, sobre todo, desde el momento en que comienzan a aparecer estudios que confirman que los tratamientos son eficaces en el control de la replicación del virus, produciendo una notabilísima reducción de la mortalidad asociada a la infección (Padian et al., 2011), que comienza a definirse mejor como condición crónica. Posteriormente se establece también que los tratamientos reducen la infecciosidad de las personas con VIH con carga viral suprimida y que mantienen una buena adherencia (Padian et al., 2012; Smith et al., 2011). Hoy en día se asiste a un proceso acelerado de redefinición de la prevención, que ha desplazado el énfasis desde una serie de medidas (uso del preservativo, abstinencia, selección de la pareja, monogamia, etc.) que dependían de la gestión individual y comunitaria de los riesgos, a un énfasis en el tratamiento como medida de máxima eficacia a la hora de asegurar el control de la epidemia (Padian et al., 2012).

En este panorama novedoso, la prueba adquiere un valor inédito: es la vía de entrada al tratamiento y, por tanto, al control de la infecciosidad a nivel individual y de la infección a nivel poblacional (ECDC, 2010). Se comienza a hablar entonces de retraso diagnóstico y de promover de forma más decidida la realización de la

prueba (Marks et al., 2005), hasta el punto de que se dan por superadas las reservas que llevaron a exigir voluntariedad en su realización en el momento anterior (Bayer y Edington, 2009). De forma cada vez más insistente, desde 2006 se recomienda realizar el test de forma rutinaria a la población sexualmente activa sin necesidad de petición explícita, dando la opción de declinar (*opt out*), frente a la práctica generalizada anterior de facilitar el acceso a la prueba a todo/a aquel/la que desease realizársela (*opt in*) (Cornelis et al., 2006; Koo et al., 2006; Obermeyer y Osborn, 2007; Valdiserri, 2007).

No es demasiado arriesgado recordar que, desde una perspectiva biopolítica, ello implica el fin de una excepción y una vuelta a la normalidad en la gestión moderna de las amenazas epidémicas. Las argumentaciones a favor son técnicas (Granich et al., 2009), basadas en modelos matemáticos de evolución de la epidemia, que sitúan el eje en la vida biológica y no tanto en la vida política del discurso de los derechos humanos. La voz de las organizaciones ciudadanas se escuchan cada vez menos, en favor de argumentos médicos y de salud pública “basados en la evidencia”, y se comienza a hablar de “fracaso” de la prevención basada en la modificación de comportamientos (Chou et al., 2005; Koo et al., 2006; Montaner et al., 2010). Una narrativa firmemente biomédica de la prevención “hacer la prueba y poner en tratamiento” o “*Test and Treat*”, supone asimismo una radical revisión del *exceptionalismo* del SIDA también en el sentido de desplazar a las organizaciones de la sociedad civil desde el papel de interlocutores al más subalterno de proveedores de acceso a la prueba a poblaciones “vulnerables” y cooperantes con los sanitarios para garantizar la adherencia.

Desde una perspectiva biopolítica, bien puede decirse que es la vida misma la que entra ahora en el cálculo político, sin intermediaciones. Este borrado de lo social es en sí mismo una maniobra profundamente política, basada según Kippax (2012) en una confusión entre eficacia (mejoras en resultados de salud conseguidas en condiciones experimentales a nivel individual) y efectividad (mejoras conseguidas por intervenciones bajo condiciones reales a nivel poblacional).

En 2006, los Centros de Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), comenzaron a recomendar que la prueba se realizara al menos una vez al año a todas las personas que usaran drogas por vía parenteral y sus parejas sexuales, a quienes intercambiaran sexo por dinero o drogas, a las parejas sexuales de personas infectadas, y “...Hombres que tienen sexo con hombres o heterosexuales que ellos/as mismos/as o sus parejas sexuales hayan tenido más de una pareja sexual desde su último test del VIH”; así como, a todas aquellas personas que estuvieran empezando una nueva relación sexual. En realidad, cualquiera, menos las personas en parejas monógamas, e incluso éstas, siempre y cuando no cayesen en alguna de las anteriores categorías, y su médico no lo juzgara necesario por alguna razón no especificada (Branson et al., 2006). El paso a recomendar universalmente el test del VIH fue dado, aunque todavía no haya sido asumido por las agencias internacionales.

Poco después del cambio en la posición oficial de los CDC, en España la prueba, que desde la introducción de las TAR era ya una prioridad desde el punto de vista

del inicio temprano del tratamiento, explotó como prioridad estratégica en el Plan Nacional sobre el SIDA y en los distintos planes regionales. Según el Plan Estratégico Multisectorial 2008-2012, España debía emprender decididamente el camino de la normalización de la prueba del VIH y saludar el fin del *excepcionalismo* con el que se le había tratado anteriormente (SPNS, 2008). La prueba debía favorecerse para la población general, pero particularmente entre los colectivos de alto riesgo, de forma que una buena parte de los nunca generosos, ahora magros, fondos dedicados a prevención se canalizan a la promoción de la prueba (BOE núm. 139, de 11 de junio de 2013).

En definitiva, la prueba del VIH debía entrar a formar parte de un nuevo diseño biopolítico de gestión del VIH a nivel poblacional y en las estrategias individuales de gestión de riesgos. Particularmente los individuos encuadrados en las “poblaciones más expuestas” debían realizarse la prueba, incluso regularmente. Pero, como siempre, el diablo está en los detalles.

Por una parte, parece claro que la generalización de la prueba con los menores impedimentos posibles tiene evidentes beneficios desde el punto de vista del tratamiento al conectar la realización de la prueba y los cuidados médicos; ello es así, siempre y cuando, el acceso al tratamiento sea universal, cosa que no sucede en España desde el 31 de julio de 2012, en virtud del RD 16/2012, que deja fuera del mismo a amplias bolsas de residentes en España, españoles y, sobre todo, sin nacionalidad o residencia legal en España. Para las personas que no tienen asegurado el tratamiento, realizarse la prueba no tiene ventaja alguna, y están siendo dejados a su suerte. Y, por la otra, la condición de seropositivo/a continúa asociada a una suerte de muerte social, algo que los TARGA y la normalización de la prueba no parecen haber cambiado y que supone un punto ciego en la estrategia del tratamiento como prevención: un número no determinado de personas posiblemente infectadas pueden preferir eludir las consecuencias sociales a disfrutar de las ventajas de un diagnóstico precoz.

Centrando ahora la discusión en lo que ocurre antes y después de la prueba nos encontramos frente a una paradoja respecto a si ¿debe ofrecerse *counseling*? En principio, ante el objetivo de diagnosticar cuanto antes y al mayor número posible de casos, el papel del *counseling* es visto como un impedimento en términos de coste, preparación del personal sanitario que realiza la prueba, y facilidades para las personas que acuden a los servicios sanitarios, frente a los beneficios supuestamente más evidentes de hacer cuantas más pruebas, mejor. Entonces, reducirlo al mínimo es la recomendación, pero el problema surge con los casos negativos. En los casos en los que la prueba de un resultado positivo, parece evidente que la prueba debe ir ligada a un *counseling* preventivo intensivo, aunque tanto los CDC como los ECDC son poco claros acerca de quién debe realizarlo, y parecen confiar esta cuestión a la derivación a recursos externos al sistema sanitario. Pero en los casos de resultado negativo, sólo se considera necesario un asesoramiento post-test si el/la persona pertenece a colectivos con alta prevalencia de VIH.

En este punto, conviene atender no sólo al nivel programático de las tecnologías, sino a su despliegue específico para valorarlas adecuadamente (Reynolds-Whyte,

2009). Conviene saber que en España cuando se habla de recursos no sanitarios o “apoyo psicosocial” (SPNS 2008) se habla de organizaciones de la sociedad civil, y que éstas no empezaron a ser tenidas seriamente en cuenta en la formulación de políticas hasta 2003 (Informe FIPSE, 2005. Además, el diseño institucional del 2003 ha sido recientemente dismantelado y los servicios que prestaba el tejido asociativo están en grave riesgo de asfixia financiera por una política de salud pública que en parte ha encontrado su justificación o coartada en el discurso de la normalización (Sevillano, 2010).

En seguida se verá la relevancia de esta discordancia de los puntos de vista de derechos humanos y de salud pública, y de esta falta de claridad en cuanto a qué hacer con los casos negativos. Al abordar la narrativa de la “normalización” de la prueba con detenimiento resulta ser bastante más problemática de lo que aparenta la vinculación entre prueba y prevención. No estamos ante una relación neutral entre unos cuerpos, una técnica de detección y unos datos epidemiológicos, de naturaleza distinta y conformando una realidad que los tratamientos habrían venido a modificar de modo unívoco. Como el paradigma unilineal (Kippax, 2010) no permite comprender las interacciones entre cuerpos, subjetividades, tecnologías y economías morales, mostraré estas interacciones en el caso de Fede, un hombre gay que fue diagnosticado en 1996, justo en el momento en que aparecieron las TARGA, y en el de Andrés, un hombre gay de 75 años, diagnosticado en plena era TARGA. Sus relatos permiten, además, atisbar las micronegociaciones, por así decirlo, sobre las que se asientan las tecnologías, ocultas cuando se presentan como hechos establecidos.

En segundo lugar, la resignificación de la prueba a partir de 1996, pero especialmente a partir de 2006 establece cambios y continuidades que el optimismo de la narrativa y de las políticas oficiales puede estar contribuyendo a ocultar. Así, es probable que ya se haya producido una resignificación de la prueba en el sentido de asimilarla, como veremos, a un chequeo anual del estado de salud, mientras que nada indica que se hayan reducido los dilemas y complejidades de vivir con VIH ¿En qué nuevo diseño moral se insertará la prueba? ¿Qué nuevas posibilidades de acción abrirá esta resignificación? Trato estas cuestiones en el siguiente apartado a través de los casos de Emilio y Alberto, dos gays de edades y trayectorias muy diferentes que comparten el haberse infectado tras haberse practicado frecuentemente la prueba en los años anteriores.

3. Diagnósticos tardíos

Para empezar, es importante reconocer que las circunstancias y consecuencias de hacerse la prueba son diversas. En algunos casos, a nuestros entrevistados que eran usuarios de drogas les hicieron la prueba en un dispositivo en circunstancias en las que cabe dudar de su voluntariedad, y no supusieron ningún cambio en sus vidas hasta más tarde, bien cuando dejaron la droga, bien cuando aparecieron las primeras enfermedades oportunistas. En otros casos, por el contrario, pasó bastante tiempo y

bastantes visitas a la consulta hasta que el médico cayó en la cuenta de que los síntomas que observaba podían estar relacionados con una infección por VIH en estado avanzado. Es el caso de Fede y Andrés, que en seguida veremos. Gerardo, un hombre heterosexual, fue diagnosticado en 2006, a los 32 años, cuando trabajaba de abogado para un bufete pequeño pero de mucho prestigio, procedente de una familia acomodada, con una carrera laboral exitosa, felizmente casado y sin antecedentes de consumo de drogas, seguía fuera de las categorías elegibles para la prueba según los nuevos criterios recién consensuados en aquel momento. El deterioro neurológico que presentaba, con dificultades motoras o de concentración, fue interpretado por él mismo como el resultado de un trabajo muy exigente. El médico que le atendía sólo cayó en la posibilidad de que los síntomas que presentaba podían estar relacionados con una infección por VIH cuando ésta estaba ya muy avanzada, de forma que los efectos de la neuropatía que padecía ya eran irreversibles. Su cuerpo no fue visible como potencial cuerpo con VIH. Gerardo es un caso de lo que se conoce como diagnóstico tardío.

Lo hice mal porque en lugar de ir al servicio médico del colegio de abogados, eso sí, son buenos, pero no... En aquella época nadie se imaginaba que tenías esto, y entonces pues [lo dejé] un tiempo, y [tenía] tanto, tanto, demasiado trabajo...y llegué de estar totalmente con las pilas puestas a estar casi sin hablar, sin poder... estaba en una silla de ruedas (...) *Entrevistador*: Recuerdas cómo fue el momento del diagnóstico, cuando el médico te dijo... *Gerardo*: Puf, estaba cagao [sic] de miedo, estaba con el “cómo ha pasado esto”.

Que al médico de Gerardo ni se le pasase por la cabeza la posibilidad de que estuviese ante una infección oportunista no puede explicarse sólo como mera “falta de percepción de riesgo”, tal y como afirma cierta literatura (Oliva, Galindo, Vives et al, 2011), pues las recomendaciones internacionales proponen la prueba a las personas que pertenecen a colectivos -que en definitiva son agregados estadísticos-, en los que la prevalencia esté concentrada, ni siquiera cuando se definen de forma amplísima. Para su desgracia, Gerardo cae fuera no sólo de los estereotipos en torno a la persona en riesgo, sino también de los constructos epidemiológicos que se delinean a partir de datos estadísticos, y su caso muestra una posible interacción del conocimiento técnico y los cuerpos. La determinación de la presencia del virus es una práctica biosocial en escenarios específicos, que incorporan valoraciones morales, dispositivos tecnológicos e información epidemiológica sin solución de continuidad.

Si en el caso de Gerardo, en el que el diagnóstico llegó del modo más inesperado, ello se manifiesta en una puesta en escena (*enactment*) del VIH que se reconoce como problema en términos de diagnóstico tardío, en otros casos que también pueden considerarse incluidos en esta categoría, los entrevistados sospechaban de la infección mucho antes de hacerse la prueba. Es el caso de Fede, gay actualmente en torno a los 50 que recibió el diagnóstico en 1996, y su reconocimiento como gay con VIH es generacional: el SIDA es lo que le tocó a su generación.

(...) hemos nacido en una época que hay SIDA y hay SIDA, seguro que no hemos hecho más ni menos que cualquier otra persona, nos ha tocado, pues nos ha tocado (Fede).

Conoció el SIDA de primera mano a través de amigos que se infectaron y murieron y por su profesión de enfermero tuvo contacto con pacientes de VIH. Según refiere, llevaba ocho años vigilando su cuerpo, recopilando información, atando cabos:

Yo claro, yo observaba mucho a la gente, sobre todo los rasgos físicos que presentaba el sida sobre todo en aquel momento, cuando alguien se infectaba, el aspecto de rojez, enrojecimiento de la cara, en fin, unos aspectos físicos que yo los tenía así como muy observados. También yo era enfermero, entonces trabajé también y tuve pacientes de sida, y veía más o menos que había unos aspectos físicos que coincidían y realmente un día me miré en el espejo y vi que tenía esos aspectos, y además tenía una diarrea crónica, y además tenía un montón de síntomas. Vamos, yo tenía el diagnóstico dado ya, pues por lo menos cinco o seis años antes de darme el diagnóstico yo ya me lo tenía dado (Fede).

Fede le pidió a su médico que le hiciera las pruebas, pero éste le diagnosticó más bien un caso de hipocondría, justamente en un momento en que el SIDA, como se ha señalado más arriba, era aún una condena a muerte. En su caso, resulta especialmente visible cómo la prueba podía no estar indicada, incluso en un contexto de firme identificación del SIDA con la homosexualidad.

Me habían extirpado un tumor en la médula y entonces mi médico me decía que si ya no tenía bastante con lo que tenía, que si estaba buscando más cosas (*risas*). Y no me quiso hacer las pruebas del SIDA. Me decía que era un poco hipocondría mía. Y cada vez que se lo sugería así de hacérmelas, pues como que decía disparates. Entonces, como que no había quién me animara, hombre, ni mi pareja, nadie me animaba.

En un primer momento, la infección se manifiesta abruptamente en forma de síntomas. Fede va disponiendo de información en relación a la infección, recabada activamente a partir de su experiencia en su entorno de amigos en el que el SIDA está presente y, esto es importante, de fuentes médicas. Esta información es movilizada por Fede, quien lee su cuerpo activamente y con creciente ansiedad, lo interpreta, y lo hace actuar como objeto material, pero también moral y social, al enlazarlo en su relación de pareja y con una experiencia generacional. La prueba para él parece ser el modo de resolver la ansiedad, pero en aquel momento, también trae consigo todo un conjunto de problemas. De hecho, una vez dado el paso, los efectos son de por vida y abarcan desde un conjunto de cuidados cotidianos a la sexualidad y a sus relaciones de parentesco, que se han visto redefinidas para acomodarse al VIH.

(...) Había miedo, de mí de poderle infectar a él, a mi pareja, y él, aunque eso, pues yo notaba que había miedo, entonces, incluso al principio usábamos... teníamos dos baños en la casa y yo procuraba usar un baño para mí solo para no compartir ni el baño. Entonces era una sensación de sentirte como una bomba de relojería, sentirte un ente a infectar, después a mí eso también me frustró mucho en las relaciones se-

xuales. A partir de ahí corté prácticamente mi vida sexual porque siempre sabía que las posibilidades de poder transmitir el virus en ese momento eran muy posibles, entonces yo no quería bajo ningún concepto mantener relaciones sexuales con nadie y mucho menos con alguien que no supiera, que desconociera mi diagnóstico (Fede).

Fede, un cuerpo, un sujeto, su entorno relacional, las informaciones médicas y epidemiológicas de las que dispone y la tecnología disponible, la prueba, interactúan de forma compleja; se modifican mutuamente. Esta movilización no tiene efectos inmediatos. Su médico, como en el caso de Gerardo, no identifica su cuerpo como posible cuerpo con VIH. No le recomienda hacerse la prueba cuando las muertes por VIH eran algo cotidiano, y las ventajas de conocer que se estaba infectado eran poco claras. Su médico tomó una decisión a la vez médica y moral. Y es en negociaciones morales y biológicas donde puede adquirir materialidad su cuerpo como cuerpo con VIH, materialidad política, incluso. Ello requiere hacer apañíos y negociaciones también morales, o mejor moral-biológicas, pues a Fede no se le escapa la necesidad de establecer mediaciones entre un contexto biopolítico (“LA enfermedad”) y subjetivo (“me negaba a hacerme las pruebas”).

Además, en esa época cuando adquiríamos el sida era ya LA enfermedad, entonces yo, claro, venía ya sabiendo hace años que estaba infectado, lo que pasa es que yo, yo me negaba a hacerme las pruebas, porque me daba pánico, pero yo ya hacía por lo menos seis o siete años o ocho que yo ya venía viéndome todos los síntomas. [E: ¿Tú lo tenías sospechado?] Yo lo tenía bastante sospechado, lo que pasa es que no quería afrontarlo, me daba pánico hacerme las pruebas (Fede).

También el siguiente relato muestra que el contexto de informaciones técnicas, en este caso, los datos epidemiológicos, no se limitan a reflejar procesos que transcurren independientemente en el mundo real, sino que inciden en ellos, construyéndolos, y no sólo por mediación de la construcción de la mirada médica, sino también de un modo mucho más pedestre: desde la artesanía misma de la producción de los datos. Lo que leemos como estadísticas depuradas son el resultado de un trabajo de *ajuste* entre un médico y un paciente que depende de azares socialmente organizados y contingencias, de las que Andrés relata algunas. Posteriormente, la información recabada por el médico está sujeta a apreciaciones y negociaciones entre un técnico del servicio correspondiente de la administración y el propio médico. En este último caso, el técnico valida el dato que le da el médico, lo que de por sí constituye toda una puesta en escena (*enactment*) en la que entro solo superficialmente. Finalmente, el dato ya depurado es anonimizado, grabado, y comienza una nueva vida al circular como estadística depurada y entrar como información de otra naturaleza en una variedad de procesos sociales, desde la redacción de artículos académicos, a la conformación de políticas, a la formación de la mirada de los propios médicos, como vimos en el caso de Gerardo.

Andrés es un activista, pero no siempre lo ha sido. En el momento de la entrevista (2010) tenía 75 años, pero fue diagnosticado en el 2001, cuando ya existían terapias efectivas. El diagnóstico le sorprende, literalmente, a las puertas de la jubilación, tras una larguísima experiencia de prácticas sexuales con hombres a

escondidas. Profesional de éxito, una vez recuperado de una grave meningitis, transitará del armario al activismo, según relata en el presente con cierta naturalidad. Andrés se refiere a las interacciones con su médico, que dieron lugar a su clasificación en una categoría epidemiológica "prácticas sexuales", quién sabe si por exclusión de la otra gran posibilidad, la de compartir material de inyección, pues quizá al médico le pareció aún más improbable tratándose de un economista, de un profesional de éxito y adinerado.

Entrevistador: Pero vamos que el médico no ha entrado en detalles... *Andrés:* No, no, e incluso en alguna de las ocasiones me ha dado el informe que hicieron en el Ruber Internacional. Está mecanografiado, firmado por el doctor y tal, y en uno de los párrafos que tiene dice que el enfermo confiesa haber tenido prácticas sexuales de riesgo. Yo no recuerdo ni al doctor, ni a la entrevista, ni nada de nada, porque todo eso se borró de mi mente. Posiblemente la debilidad o la inflamación de meninges hace que eso no pudiera pasar al disco duro de la cabeza. Así es que se borró plenamente (Andrés).

El caso es que en medio de una crisis de meningitis, el médico le clasificó en el apartado de categoría de transmisión como "prácticas sexuales". En estos casos, según he podido saber, es uno/a de los/as técnicos/as del servicio de epidemiología el/la que consulta con el médico a qué categoría de transmisión en concreto debe atribuirse el caso. Entre el celo profesional del/ de la técnico/a y la mejor memoria del médico se reconstruye el caso y se llega a la mejor solución o *apaño*. Andrés, que ahora está plenamente fuera del armario, como remarcó a lo largo de la entrevista, desde su conquistado activismo quiso saber en qué categoría epidemiológica constaba:

Le he preguntado al doctor este, que qué contaba en mi informe, qué casos constan en el informe y tal, y dijo bueno pues no sé...se quedó un poco azorado y tal (Andrés)

El diagnóstico no sólo afecta a su cuerpo material, sino a su experiencia íntima y moral, a su cuerpo vivido (Good, 2004), ya que revela a Andrés como homosexual ante su familia y ante su entorno de amigos y vecinos, con efectos paradójicamente liberadores. El virus, que se manifestó abruptamente en su vida en la forma de una meningitis oportunista, supone por así decirlo un actor nuevo en su vida con el que es necesario negociar. Y detrás del virus, como para tantos gays, va su sexualidad. En su entorno relacional es preciso hacer arreglos y reajustes para acomodar la presencia insoslayable del virus. Andrés habla con su hermana, con la que convive, tanto acerca del VIH como acerca de su homosexualidad y se dispone a hacer los arreglos necesarios para poner en escena al VIH: como forma de estar ocupado, se encarga de un pequeño negocio familiar cara al público, milita en un partido político y se une al activismo anti SIDA. Desde ahí se encarga de decirle a todo el que tiene oportunidad y confianza que tiene el VIH y que es homosexual, y da charlas en institutos sobre el SIDA y su prevención.

Andrés, que se ha informado, que sabe de la existencia de informes y estadísticas, desea desde una posición activista saber cómo ha sido clasificado su cuerpo. Es

desde esa experiencia encarnada conquistada que reclama ser adecuadamente clasificado por las estadísticas de la epidemia, pero sin éxito:

Porque en los informes [epidemiológicos] yo veo estadísticas que te dicen que la transmisión ha sido por tal o cual vía, en tal o cual situación, yo no sé muy bien qué consta en mi [*informe médico*]..., y no me supo decir nada, ni me dijo nada. Realmente yo le estaba preguntando algo que estaba dispuesto yo a decirle, que había sido transmisión homosexual, probablemente por una penetración, que no tengo ningún inconveniente en hablar, yo he sido gay en el armario, pero no actualmente y desde luego en el médico no tenía ningún tipo de problema en hacer los comentarios y tal, pero le encontré tan cerrado, que dije bueno, pues nada

Las intervenciones sobre el flujo de información pueden tener exactamente este efecto, tanto de arriba abajo como de abajo arriba: el modo en que se despliega una tecnología puede tener el efecto (indeseado) de producir sus propias zonas de oscuridad informativa. Por otra parte, la producción de información considerada relevante puede ignorar y contribuir indeseadamente al silenciamiento de formas concretas, situadas y específicas de materialización del VIH.

4. Diagnóstico temprano: Emilio y Alberto

Emilio, de 41 años, es chileno y llevaba seis años residiendo en España en el 2010, cuando le entrevisté. Es el décimo y último hijo de una familia de clase media, muy conservadora, que le manda interno a una academia militar hasta que termina el bachillerato. Allí, según relata, tuvo unas confusas experiencias sexuales, entre consentidas y forzadas, que fueron las únicas en los 35 años que vivió en Chile. De hecho, relaciona su proceso migratorio con el deseo de encontrar un espacio en el que poder expresar su sexualidad. Según refiere, imaginaba en su país de origen su vida en España lejos de la vigilancia estrecha de su familia y su pequeña ciudad natal. Al tener una hermana residiendo en Madrid, decidió emigrar cuando se quedó desempleado.

Fue más que nada mi cuestión personal, mi condición de gay. Me aburrí de estar solo y la mala racha, estuve un tiempo sin trabajo y entonces dije ya (Emilio).

Emilio llega a España literalmente virgen, sin lo que podríamos denominar un capital social gay: una soltura, una habituación con las formas de hacer y de relacionarse del ambiente, un capital de conocimientos y disposiciones que se adquiere progresivamente y de forma experiencial (Villaamil y Jociles, 2008, 2011). Un capital social que de cualquier forma se devalúa radicalmente en el tránsito de las pequeñas capitales de provincia a la metrópoli gay de Madrid, y desde luego desde las sociedades del capitalismo periférico, como comprueban los migrantes gays que proceden de grandes ciudades que cuentan con sus propias instituciones gays (Villaamil y Jociles, 2011). En todo caso, Emilio, a sus 35 años debe confrontarse solo al *ambiente*.

He hecho pocos amigos, muy pocos. Porque esto, ya sabes, que muchas veces tú conoces a alguien y veo a esa persona al día o a los dos días y ya está ligando con otro. Ya sé que en este mundo... no sé si somos promiscuos o nos gusta a todos o... no sé. Pero somos muy... no los echo todos al mismo saco pero hay gente que liga y a lo mejor mantiene la relación. Yo tengo un amigo chileno que ligó una vez en el Retiro y todavía tiene la relación con él. Entonces le dije: ¡la suerte tuya! “La suerte tuya, le dije, que ligaste en un sitio así, no ligaste en un sitio normal, un bar, ligaste allí y este dejó todo por ti” “Ya llevamos tres años”, me dijo “No sé qué tengo yo”, le dije (Emilio).

En su relato, como se ve, mantener relaciones sexuales con hombres, especialmente anónimas *–irse con cualquiera*, dice él, es de por sí arriesgado. Pero en su situación, no le queda otra vía para contactar con otros gays que acudir solo a Chueca, a los locales que ofrecen la posibilidad de mantener encuentros sexuales *in situ*. Hay que entender que Emilio no pretende mantener una doble vida, ni construye sus identificaciones sexuales en torno al sexo anónimo en tanto que sexo colectivo, algo que requiere una suerte de socialización secundaria (Villaamil y Jociles, 2011), pues se muestra renuente a hablar de su experiencia en estos espacios. Con todo, creo que no es exagerado pensar en que Emilio tiene un proyecto inacabado que va haciéndose sobre la marcha, que las enfermedades de transmisión sexual son obstáculos que va encontrando y superando, de forma que el resultar infectado se representa como una clara posibilidad y por eso lleva a cabo chequeos frecuentes:

Porque yo a finales de noviembre, yo me hice los exámenes [*la prueba del VIH*]. Yo me los hacía siempre, dos veces al año. La última vez que me los había hecho, en junio, y en junio me salió negativo. Y volví a hacérmelos a finales de noviembre. Y en noviembre, positivo. Pero, a lo mejor, fue en septiembre, octubre. (...) [*E: ¿Por qué te hacías la prueba cada seis meses?*] Yo siempre he dicho que... yo estaba bajo riesgo, en ese sentido. En febrero me habían operado de condiloma. Y ahí trabajé, enfermo y todo. Me operaron, a los dos días empecé a trabajar, no tuve baja, nada. Y lo otro... estuve en tratamiento con la sífilis, con la penicilina, con antibiótico (Emilio).

Emilio se incorpora a los intercambios sexuales en un momento en que la prueba se ha generalizado ya como práctica responsable, pero al igual que Fede, ha estado vigilando su cuerpo a la búsqueda de síntomas de la enfermedad, y relata haber tenido varias enfermedades de transmisión sexual. En su experiencia, la materialidad de las enfermedades se liga a contextos moralmente connotados -la sauna-, y a comportamientos concretos -locura, excitación.

La última vez que tuve sexo con penetración y con condón fue en octubre, y fue con condón, pero fue en un momento también... ahí fue en un momento... él se quitó el condón. “No, pónelo”, yo le dije. Claro... no sé... pienso que a lo mejor fue octubre, septiembre que yo me contagié. Porque yo a finales de noviembre, yo me hice los exámenes. Yo me los hacía siempre, dos veces al año. La última vez que me los había hecho, en junio, y en junio me salió negativo. Y volví a hacérmelos a finales de noviembre. Y en noviembre, positivo. Pero, a lo mejor, fue en septiembre, octubre. Pero fue, a lo mejor, un momento que yo, un descuido... que... a lo mejor hasta en la sauna. *Entrevistador* ¿Cómo? *Emilio*: Hasta en sauna, a lo mejor. No sé, no recuerdo.

Pero yo muchas veces cuando he ido a las saunas, yo siempre he tratado de tener preservativo. *Entrevistador*: ¿Y no recuerdas cómo pudo ser? *Emilio*: Tiene que haber sido sin preservativo, es la única manera. Porque por sexo oral es difícil, yo creo. *Entrevistador*: Pero no recuerdas haber tenido relaciones sin preservativo. *Emilio*: Sin preservativo no... Sí, sí, recuerdo. *Entrevistador*: ¿Qué circunstancias fueron? *Emilio*: Un momento de locura, de excitación...

¿En qué estrategia se entiende el uso de la prueba y el preservativo de Emilio? ¿Qué tipo de puesta en escena (*enactment*) del cuerpo pone en juego la prevención, el preservativo y su uso/no uso en un espacio de relaciones tan específico como la sauna? ¿Qué puesta en escena específica tuvo lugar en torno a las repetidas pruebas? Según su relato, en opinión de su médico es un caso de comportamiento irracional. Según Emilio: *Y el especialista me dijo: primero la sífilis, después... ahora tenía que ser esto, me dijo, ya es como... te ha tocado la china, me dijo*. En la literatura especializada, se afirma que “un resultado negativo puede servir inadvertidamente, para reafirmar a las personas que han mantenido prácticas de alto riesgo” (Leaity et al., 2000). Tal explicación resulta *ad hoc* y renuncia a reconocer los complejos significados que la prueba ha llegado a tener para los sujetos, algunos además puestos en circulación desde el propio saber experto. Para empezar, hay que subrayar que Emilio maneja un fondo ciertamente amplio de conocimientos acerca de mecanismos de transmisión, como señalar algunas prácticas como de bajo, pero no nulo riesgo –sexo oral-, frente a otras, además de conocer perfectamente los medios para evitarlas; sabe también lo que significa el haber sido diagnosticado de infecciones de transmisión sexual, aunque conviene recordar que no todas se relacionan con prácticas que favorecen la transmisión del VIH; y, además, identifica el sexo con desconocidos con el riesgo frente al VIH y la selección de pareja como estrategia de prevención (Mendes Leite, 1996), lo cual es discutible, aunque desde luego ha sido el mensaje más consistentemente divulgado por las campañas de prevención oficiales (Villaamil, 2013). Finalmente, del mismo modo que en los documentos de organismos internacionales y nacionales, se coloca a sí mismo con buenas razones en la categoría de candidato a hacerse la prueba del VIH, una especie de autocríado, por la que Emilio se considera una “persona de riesgo”.

Yo le dije que a veces sufría... muchas veces... mi digestión, a veces muy blanda y a veces pasa a ser diarrea, yo siempre desconfiaba de eso también. Claro, yo por eso cada cierto tiempo me hacía los exámenes y también porque yo me consideraba una persona de riesgo. (...) Pensaba que muchas veces por el mero hecho de tener un sexo oral... o tenía mis dudas... que pensaba que por el sexo oral tú te podías contagiar y me hacía los exámenes cada siete meses, cada seis meses.

Emilio, como Fede, no ignoró las señales. ¿Es exagerado decir que su cuerpo, sus condilomas, su sífilis, actuaban? Además, hay un efecto de disciplinamiento que está inscrito en la tecnología, en sus expectativas sobre cómo han de actuar los sujetos, que Emilio parece haber asumido. Hemos de verle como un *bricoleur* manejándose entre universos morales, y la prueba constituye uno de los elementos de este trabajo de apaño –*tinkering*- (Mol, 2008) por medio del cual trabaja para

mantener un cuerpo coherente entre economías morales fracturadas: el ambiente gay, las políticas migratorias y su familia. Hay que ver su cuerpo como un proyecto conformándose en sus transacciones con su contexto moral y su propia subjetividad. Es ahí donde se entiende la tecnología no como algo dado y estable sino como afectada y afectando a los otros términos.

El problema es “ver” a Emilio “usando” una tecnología. Actúa de un modo que sólo aparece como “erróneo” desde el punto de vista limitado de la “posesión” de un conocimiento que debe incidir de un modo unilineal sobre un comportamiento, pero que es perfectamente comprensible como un hacer de un sujeto con su cuerpo en un contexto. Para empezar, su sexualidad está desde el principio de su estancia en España inscrita en una tupida red de vínculos morales. Emilio, su hermana y sus compañeras de piso le sacan del armario y le animan a salir por Chueca, antes incluso que haya tenido sus primeras experiencias.

Mi hermana me dijo: “Oye anda con los de Chueca”. Yo recién llegué en julio del 2005. “Anda a dar una vuelta, me dijo”. (...) Un día la dominicana [amiga de mi hermana con la que compartía piso] me dijo: “Emilio, a ti qué te van más ¿los chicos o las chicas?”, “La dominicana esa es más preguntona”, le dije a mi hermana, “me preguntó ahí en el salón que qué me iba más”. “Pues tú dile”, me dijo mi hermana, “tú dile la verdad”. “Ah! Vale, si lo sospecha para qué pregunta, tontera!” (Emilio)

También es su hermana, significativamente, la que le advierte de que tenga cuidado en sus escapadas a Chueca, y posteriormente, cuando es diagnosticado, es a ella a quien le cuenta la noticia inmediatamente.

Yo soy culpable de lo que ha sucedido, pero si me gusta alguien, tomar conciencia de que tengo el virus ¿entiendes? Y no irme con cualquiera. Porque claro, yo no quiero morirme joven, tengo ahora 41 años... (Emilio)

Por otra parte, en el relato de Emilio es un relato de cosas hechas: de vínculos manejados y de proyectos fallidos. Su lucha para conseguir estabilizar su situación legal, los contactos que va trabando con personas e instituciones que pueden ofrecerle los ansiados papeles siempre frustrados, pues Emilio me ha relatado a lo largo de estos últimos años sus empleos precarios y sus peleas con jefes abusivos, y sus intentos de establecer relaciones duraderas con otros gays que se frustran antes de empezar porque ya se sabe cómo es “ese nosotros” al que aludía como “no sé si somos promiscuos o nos gusta a todos...”. La cuestión es que todos estos *haceres* estaban ligados en su relato y no conforman un orden de cosas distinto de su bregarse con su cuerpo, que se impone, que también actúa, inoportuno, como un proyecto fallido más, en forma de una sucesión de enfermedades de transmisión sexual y finalmente, el VIH.

Las tecnologías contienen “presuposiciones y asunciones acerca de los seres humanos”. El ambiente tiene sus reglas y desde luego la condición de inmigrante ilegal también. El asumir hacerse la prueba como forma de autoresponsabilización no sólo es la incorporación pasiva de un mensaje distorsionado de prevención – distorsionado en origen, entiéndase bien-; además, cobra sentido desde las condiciones de vida de Emilio, que está transando, está tratando de *keep himself together*

(Mol y Law, 2006). Esto me relataba en 2009, cuando sólo empezaban a sentirse las consecuencias de la crisis.

También todo depende de mí y cuidarme y no empeorar mi salud, sino bajan las defensas... eso es peor. Yo quiero seguir el tratamiento aquí, no quiero seguir el tratamiento en Chile porque va a ser más difícil y también por la discriminación, el estigma de que 'ah!' Cada vez que vaya a Chile me dirán, cuántas medicinas tomas o... y por qué tomas esto. Porque allí la gente es más cotilla, más poco privada, la gente allí es más tonta. Yo prefiero aquí, ya llevo aquí 5 años y desear... si con tanto anhelo decidí venir para acá, seguir aquí, yo sé que está chungu la cosa, la situación económica, pero seguir como sea... (Emilio)

Emilio actualmente sigue en la brega, a pesar de que su situación migratoria es ilegal y pende sobre él una orden de expulsión, y recibe los medicamentos que necesita de quincena en quincena con la amenaza pendiente sobre su cabeza de que una nueva vuelta de tuerca de recortes le saque definitivamente del sistema para el que nunca se le ha permitido cotizar.

5. Alberto

Alberto tiene 24 años, es español y procede de una ciudad obrera de la corona metropolitana de Madrid, y a diferencia de Emilio, va componiendo su capital sexual de una forma íntimamente enraizada en su medio social. Es importante subrayar cómo, frente al optimismo imperante, Alberto refleja en su relato exactamente las mismas relaciones cotidianas homófobas que este investigador encontraba en los 90, o que relatan entrevistados mucho más mayores en medios sociales similares:

(...) la gente que es muy mala, me llamaban maricón, tal. A mí de pequeño me han pegado en el colegio, me esperaban con piedras y cadenas a la salida para pegarme. Entonces claro, yo para meterme un poco más en ese mundo de ellos yo tenía novia.

Lo que sí ha cambiado es la existencia de espacios de socialización gay y de discursos de identificación alternativos, las posibilidades de generar redes, identidades y oportunidades de vida seguras son ahora mayores, y Alberto parece haberlas aprovechado, conformando una intensa sociabilidad gay (Villaamil y Jociles, 2008)

Te bebías unas litronas, te tomabas unas pipas, fumabas unos canutos y estabas para acá y para allá, se estaba muy bien. Yo me lo pasaba fenomenal. Sobre todo mi primera vez, que yo tenía 17 años en esa época, y me llevaron al *Pasapoga*, antiguo de Gran Vía. Eso era lo más. Yo no quería salir de ahí. Que luego nos travestíamos de *drag queen* y acabamos trabajando dentro. Empezamos a trabajar por la noche de imagen, de gogó-drag, bailábamos de ahí nos íbamos a una discoteca, que ahora la han cambiado, se llamaba de *Moon*. Ahí estuve trabajando cinco o seis años. Todo ese mundo era para mí lo más, me encantaba bailar, me encantaba el rollo del *drag queen* y siempre me ha encantado. Yo iba, hacía mis cosas, me maquillaba y bailábamos, y claro, ligabas con uno, ligabas con otro, te dabas el teléfono con uno, el te-

léfono con otro, el *messenger*, tal, no sé qué... quedabas con uno y con otro y claro... pues siempre ha sido algo como muy... yo lo viví como un *boom* para mí eso (Alberto).

Con estos mismos 17 años y en este contexto de amistades nuevas y amantes que se transforman en conocidos con gran rapidez, conformando una red social de cierta amplitud, conoce a Ramón, un joven diez años mayor que él, en Legazpi, una conocida zona de *cruising* al aire libre de la capital. Allí va con sus amigos. No va con mayores, le dan miedo, le parecen arriesgados, conoce así a jóvenes que acaban siendo conocidos. No va solo, le llevan amigos o los amigos de sus amigos, o gente que ha contactado en Internet. Cuando se va con Ramón, avisa a sus amigos, que quedan con él en que les llame cuando lleguen a su destino "*para saber que estás bien*". El ligue es para Alberto, a diferencia de Emilio, una experiencia compartida y socializada. Y con Ramón está en una primera etapa nueve meses, y en algún momento, sin que Alberto sepa concretarlo, dejaron de usar preservativo.

Yo con él al principio tenía relaciones con preservativo, luego después no, porque si era mi pareja, pues bueno, confiaba en él, confiaba en mí y bien.

Ramón tenía relaciones con al menos otra persona, algo que Alberto descubre por casualidad, aunque más bien parezca inevitable dado lo tupido del mundo de relaciones compartido en el que se mueven ambos, y rompen, pero vuelven al cabo de unos meses.

Tal que bueno, retomamos la relación, entonces yo quise echar un polvo. Entonces yo le dije: "ponte el preservativo" Yo ahí tenía más años, yo ahí ya tenía 19 años, yo ahí era más maduro y le dije: "No, ponte un preservativo" Entonces me dijo: ¿qué pasa, que no confías en mí? "¿O es que tienes algo?" "No, yo no tengo nada, yo estoy muy bien" "¿Entonces, qué pasa, que no me quieres?" "Sí te quiero" "Pues si me quieres, demuéstremelo" Yo, gilipollas de mí, que quería demostrarle que yo le quería, que yo no tenía nada, pues venga, sin preservativo.

Alberto va al dermatólogo por una sarna que según sospecha cogió en una sauna y éste le propone realizarse la prueba del VIH. A partir de este momento, en el relato de Alberto los tests del VIH que se ha practicado, con sus correspondientes periodos ventana, se introducen en un complicado cálculo para componer un relato moral consistente, en el que integra momentos de su relación con Ramón e informaciones que le va dando su doctora de atención primaria, quien le da los resultados. Este relato forma parte del esfuerzo presente de Alberto por dar sentido a lo que le ha ocurrido, pero, los hechos relatados no dejan de mostrar el profundo carácter moral de la prueba como práctica.

En la época en la que me lo contagió él, yo aparte de que tenía una relación con él, yo sí había tenido relaciones con otros dos chicos más, pero con ellos fueron con preservativo. Y ellos ni terminaron en mi boca, ni yo me lo tragaba ni nada, porque a mí eso me ha dado siempre mucho asco. Con la única persona con quien lo he hecho ha sido con él, por quererle, por demostrarle que yo le quería. Entonces yo sé que fue ese chico el que me infectó porque yo le dije a mi doctora: "Bueno, y esto, ¿desde

cuándo puede ser? De qué lo tengo o que me lo hayan pegado, me hayan infectado”. Entonces me dijo: “Esto, de ahora a tres meses atrás.”

Al igual que Emilio, Alberto se hacía la prueba cada seis meses. La última prueba había sido hace cinco, con lo que puede despejar exactamente la x de las culpabilidades, y para eliminar dudas se pone en contacto con y pide que se hagan la prueba las dos personas con las que había mantenido relaciones antes de retomar la relación con Ramón. Su médica colabora con él, en un monitoreo de los contactos un tanto peculiar.

Esos chicos después de nueve meses me llamaron y me dijeron: estamos limpios. Y me enseñaron sus papeles, que quedaron conmigo y me dijeron: para que lo veas. Ellos se hicieron una prueba, a los tres meses se la volvieron a hacer y a los tres meses se la volvieron a hacer, su médico por seguridad. Se hicieron tres pruebas en nueve meses, cada tres meses y me dijeron: estamos limpios.

Aunque Alberto no está enteramente seguro de que esta narración sea del todo fidedigna, resulta destacable el modo en que consideraciones acerca de la forma en que se conforman los vínculos se ligan a conocimientos acerca de los mecanismos de transmisión y las especificidades técnicas de la prueba, que como es sabido no detecta la presencia del virus, sino de los anticuerpos con los que el sistema inmunitario responde a su presencia en el organismo, y que tardan de media tres meses y un máximo de seis en ser producidos. Este famoso periodo ventana es causa probable de que nuestros entrevistados hayan elegido esta periodicidad para repetirse la prueba (la recomendación es de un año), aunque no podemos estar seguros de ello. Es desde luego el tiempo que se menciona, repetidamente en los folletos, debe transcurrir para estar plenamente seguro de un estado serológico negativo, en caso, por ejemplo, de decidir dejar de usar el preservativo con la pareja; justo el caso, pero simétricamente invertido, de Alberto. Como decía, el manejo de conocimientos médicos técnicos salpica las descripciones de los modos de vinculación de Alberto, que insiste en sus prácticas seguras salvo con Ramón.

Claro, yo siempre llevaba mi preservativo, mis amigos no, me decían: “dame, dame” y yo siempre, claro, los llevaba. “Dame, dame” y yo: “toma, tranquilo, no me los quites de las manos” (...) No sé cómo habrán caído, yo sé cómo caí yo. Ellos habrán caído por algún desliz o también porque se iban a las saunas se quedaban dormidos y ya sabes que en una sauna llega uno, te ve dormido, te folla el culo y sale. Y si es listo se lo pone... y si es buena gente se pone el preservativo y si no, no se lo pone. Luego terminas de tirarte a ese hombre, te duchas, bajas otra vez y te tiras a otro, y ya si te ha pegado algo ya se lo estás pegando a otro, ya es una cadena.

Justamente porque para Alberto el ideal es la relación en pareja, las relaciones en contextos anónimos son en sí mismas de riesgo, pues al igual que Emilio ha incorporado consistentemente el mensaje, no siempre explícito, pero consistentemente transmitido de la prevención oficial. Incluso repite el argumento de *la cadena*, un tropo habitual en estos mensajes que en otra oportunidad llamo el árbol genealógico perverso del SIDA (Villaamil, 2005). En los *verbátims* que acabamos de citar,

Alberto insiste en que ha sido consistentemente seguro, y la prueba entonces se inscribe en una lógica de chequeos, en el mismo orden de cosas que usar el preservativo o ducharse en la sauna.

Hay que interpretar la prueba como una forma de poner en escena el cuerpo seronegativo. Y en este orden de cosas hay que señalar que Alberto es consciente de que en su entorno se cotillea acerca de si alguien “es *sidosa*”, porque es algo que él mismo ha hecho y que ahora sufre; otro aspecto de continuidad desde los años 90.

Entonces yo normalmente con la gente con la que me enrolló, no [les digo que tengo el VIH], porque luego la gente te señala... luego la gente lo habla y lo comenta. Cuidado con este y tal. Yo cuando no lo tenía me acuerdo que me decían: uy! No le des un pico a ese, que es *sidosa*. ¡Es que encima son malas! ¡Las mariquitas, son malas! Uy, esa *sidosa* ten cuidado y no sé qué. Entonces, claro, ¡yo no le daba ni un beso! Fíjate lo incrédulo que era yo, que yo no le daba ni un beso por... a ver si me va a contagiar.

Esta cuestión, aunque sea como hipótesis, tiene que ser incluida en la ecuación para entender adecuadamente lo que significaba realizar la prueba periódicamente en el caso de Alberto. Aunque sea una práctica individual, como el sexo anónimo, creo que se trata de una práctica enteramente socializada. Son formas de vincularse, economías morales que se concretan en formas de hacer: ir en coche con tal o con cual, hablar con su madre de su último royo, recibir la llamada a un amigo, ir a la sauna, hacer de gogó, ligarse al mas guapo..., hacerse la prueba. En nuestro estudio de 2003 comprobamos que dar negativo, especialmente entre los más jóvenes, era una forma de identificarse con un yo imaginario gay concebido implícitamente como seronegativo. En las formas de hacer que acabamos de mostrar está involucrado el cuerpo seronegativo de forma prominente: la prueba lo pone en escena, como objeto material y como objeto moral. De forma muy distinta a Emilio, una tecnología pone en acto un cuerpo localmente situado; pero, la tecnología misma, como he venido argumentando, se modifica en función de los escenarios biopolíticos y de las estrategias de los agentes.

6. Conclusiones

La prueba del VIH parece haber asumido un papel en sí mismo preventivo y al parecer el número de gays que han decidido practicarse la prueba de forma periódica va claramente en aumento desde 2005 (Proyecto EPI-VIH, 2010). Desde el punto de vista de la formulación de las políticas de control de la epidemia, la normalización de la prueba del VIH debe ser saludada como una buena noticia: es la forma en que se asegura que las personas que han resultado infectadas reciben cuidados sanitarios a tiempo. Un diagnóstico temprano es el requisito necesario para una real transformación de la infección por VIH en una condición crónica, y, al menos entre los gays, la nueva política parece haber dado frutos (PNS, 2013). Pero en un orden práctico, el problema estriba en que no se ha dado una respuesta igualmente eficaz a

las personas que reciben un resultado negativo, como si hacerse la prueba en sí mismo fuese una política de prevención, cuando no lo es (Valdiserri, 2007).

En España, es probable que en un contexto de recortes en el que además por razones ideológicas se ha tendido a no poner en valor el papel del movimiento ciudadano, la normalización de la prueba se interpreta como el momento para situar el eje de la prevención en *la vida de la especie* (Fassin, 2004) en la forma de un constructo despolitizado del tipo “carga viral poblacional”. Esto sería un error cuyas consecuencias se verán a medio y largo plazo.

Se ha visto como detrás de esta interpretación abusiva de la prueba como estrategia de prevención existe un modelo epistemológicamente débil de relación entre los elementos técnicos y la información, por un lado, y los sujetos encarnados por otro. La forma de pensar la prueba en tanto que tecnología preventiva va ligada a una específica economía moral que genera una concreta e histórica puesta en escena (*enactment*) de la materialidad del VIH y el cuerpo seropositivo, así como unas expectativas sobre los sujetos que se la hacen. Sin embargo, ellos no se limitan a actuar según esas expectativas sino que también expresan su capacidad de actuar (agencia) en escenarios morales y de interacción concretos. En dichos procesos se generan nuevos sentidos para la prueba, y se modifican y son modificados por los conocimientos, las tecnologías y los vínculos en los que se insertan.

Los casos de Gerardo y Fede muestran cómo la prueba, insertada en su contexto, puede paradójicamente contribuir a invisibilizar el status frente al VIH de los sujetos, lo que no deja de ser una específica puesta en escena del cuerpo seropositivo. En los casos de Alberto y Emilio, ya instalada la prueba como práctica de cuidado de sí, vemos cómo los conocimientos y las expectativas que entraña son puestos en juego en escenarios morales muy distintos: si en el caso de Alberto se trata de poner en escena el cuerpo seronegativo en una lógica distintivamente grupal, en el de Emilio se trata de negociar entre economías morales fracturadas. En ambos casos, el nuevo diseño de la prueba como hábito de autocuidado ha sido asumido por los entrevistados, pero parece claro asimismo que la tecnología (la prueba) ha tomado sentidos que están muy alejados de un modelo medicalizado que pretende una relación unívoca entre conocimientos, tecnologías y cuerpos. Además, se ha visto que en estos casos realizar la prueba regularmente no ha tenido valor preventivo y el cuerpo seropositivo ha irrumpido más bien como un actor indeseado e intempestivo.

Puede comprenderse ahora la paradoja que representa el poco valor dado al *counseling* en el caso de resultados negativos, que se resuelve si se piensa que, en el nuevo diseño, la clave está en que Emilio y Alberto no serán vectores de nuevas infecciones al entrar en tratamiento. Recuérdese además que los fondos para prevención se dedican mayormente a promover la prueba y que la prevención primaria en sí ha sido confiada al tratamiento, siendo que de éste ha sido excluido un sector importante de la población migrante, que representa un 35% de las nuevas infecciones en 2012. En conjunto, ello puede llevar a una profundización de la fractura entre seropositivos y seronegativos insertado en un nuevo diseño biopolítico en el que la “vida misma” adquiera un protagonismo inusitado, expresándose en sí misma,

sin intermediaciones, como vida política bajo la apariencia de una gestión puramente técnica.

Nota:

Esta publicación ha sido producida con el financiamiento de HERMES European Project (2011–2013) del Daphne III Programme, Comisión Europea. El contenido de esta publicación es de sola responsabilidad del autor y no refleja necesariamente la posición de la Comisión Europea.

Bibliografía

- Agamben, G. (1998) *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*, Madrid: Pretextos.
- Bayer, R. (1991): “Public health policy and the AIDS epidemic. An end to HIV exceptionalism?”, *New England Journal of Medicine* 324(21): 1500-1504.
- Bayer, R. y C. Edington (2009) “HIV Testing, Human Rights, and Global AIDS Policy: Exceptionalism and Its Discontents”, *Journal of Health Politics, Policy and Law* 34 (3): 301-323.
- Bayer, R. y A.L. Fairchild (2006) “Changing the Paradigm for HIV Testing —The End of Exceptionalism”, *New England Journal of Medicine* 355 (7): 647-649.
- Biehl J, D. Coutinho y A.L. Outeiro (2001) “Technology and affect: hiv/aids testing in Brazil”, *Culture, Medicine and Psychiatry* 25: 87–129.
- Biehl, J y A. Moran-Thomas (2009) “Symptom: Subjectivities, Social Ills, Technologies”, *Annual Review of Anthropology* 38: 267-88.
- Branson, B.M., H.H. Handsfield, M.A. Lampe, R.S. Janssen, A.W. Taylor, S.B. Lyss y J.E. Clark (2006) “Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings”, *MMWR* 55 (RR14): 1–17.
- Briggs, C.L. y M. Nichter (2009) “Biocommunicability and the Biopolitics of Pandemic Threats”, *Medical Anthropology* 28 (3): 189-198.
- Centers for Disease Control and Prevention (2001) “Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral and Revised Recommendations for HIV Screening of Pregnant Women”, *MMWR* 50 (RR-19): 1-58.
- Chou, R., L.H. Huffman, R. Fu, A.K. Smits, P.T. Korthuis y US Preventive Services Task Force Review (2005) “Screening for HIV: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force”, *Annals of Internal Medicine* 143 (1): 55-73.

- Collier, S.J. y A. Lakoff (2005) "On regimes of living", en A. Ong y S.J. Collier (eds.): *Global assemblages: Technology, politics, and ethics as anthropological problems*, Blackwell Publishing Ltd., 22-39.
- Cornelis, A., C. Rietmeijer y M. Thrun (2006) "Mainstreaming HIV testing", *AIDS* 20: 1667-1668.
- Davis, M. (2009): *Sex, technology and Public Health*, Hampshire, UK: Palgrave MacMillan.
- ECDC (European Center for Disease Prevention and Control) (2010) *HIV testing: Increasing uptake and effectiveness in the European Union*, Accesible en Internet http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/101129_gui_hiv_testing.pdf
- Fassin, D. (2004) "Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida", *Revista Colombiana de Antropología* 40: 283-318.
- Fassin, D. (2008) *Faire de la Santé Publique*, Paris: Editions de l'École de Hautes Études en Santé Publique.
- Fassin, D. (2009a) "Les économies morales revisitées", *Annales HSS* 6(6): 1237-1266.
- Fassin, D. (2009b) "Another politics of life is possible", *Theory, Culture & Society* 26(5): 44-60.
- Foucault, M. (1990) *Tecnologías del yo*, Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2001) *Defender la Sociedad*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2006) *Seguridad, territorio y población*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Frankenberg, R. (1988) "Gramsci, culture, and medical anthropology: Kundry and Parsifal? or rat's tail to sea serpent?", *Medical Anthropology Quarterly*, 2 (4): 324-337.
- Good, B. (2004) *Medicina, Racionalidad y Experiencia*, Barcelona; Bellaterra.
- Granich, R.M., C.F. Gilks, C. Dye, K.M. De Cock y B.G. Williams (2009) "Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model", *Lancet* 373(9657): 48-57.
- Hacking, I. (2006) "Making Up People", *London Review of Books* 28(16): 23-26.
- Haraway, D.J. (1995) *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*, Valencia: Universitat de Valencia.
- Informe FIPSE (2005) *Discriminación y VIH/SIDA 2005. Estudio FIPSE sobre discriminación arbitraria de las personas que viven con VIH o SIDA*. Madrid: Fundación FIPSE.
- Kippax, S. (2010) "Safe Sex: It's not as Simple as ABC", en Aggleton P. y Parker R (eds): *Routledge Handbook of Sexuality, Health and Rights*, 184-192, London: Routledge.
- Kleinman, A. (1999) "Experience and Its Moral Modes: Culture, Human Conditions, and Disorder". *The Tanner Lectures on Human Values, Delivered at Stanford*

- University April 13-16, 1999. Accesible en Internet: <http://tannerlectures.utah.edu/>
- Koo, D.J., E.M. Begier, M.H. Henn, K.A. Sepkowitz y S.E. Kellerman (2006) "HIV counseling and testing: less targeting, more testing", *American Journal of Public Health* 96: 962-964.
- Leaity, S., L. Sherr, H. Wells, A. Evans, R. Miller, M. Johnson y J. Elford. (2000) "Repeat HIV testing: high-risk behaviour or risk reduction strategy?", *Aids*, 14 (5): 547-552.
- Lemke, T. (2005): "A Zone of Indistinction—A Critique of Giorgio Agamben's Concept of Biopolitics", *Outlines. Critical Practice Studies*, 7 (1): 3-13.
- Marks, G., N. Crepaz, J.W. Senterfitty R.S. Janssen (2005) "Meta-Analysis of High-Risk Sexual Behavior in Persons Aware and Unaware They are Infected With HIV in the United States: Implications for HIV Prevention Programs", *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 39 (4): 446-453.
- Martínez, A. (2008) *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, Barcelona, Anthropos.
- Mendes- Leite, R. (1996) "Identité et altérité : protections imaginaires et symboliques face au sida", *Gradhiva* 18: 93-103.
- Menéndez, E. (2005) "Intencionalidad, experiencia y función. La articulación de los saberes médicos", *Revista de Antropología Social* 14: 33-69.
- Mol, A. (2003) *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Durham, NC: Duke University Press.
- Mol, A. (2008) *The logic of care. Health and the Problem of Patient Choice*, London and New York: Routledge.
- Mol, A. y J. Law (2006) "Embodied Action, Enacted Bodies. The Example of Hypoglycaemia", *Body & Society* 10(2-3): 43-62.
- Montaner, J., V.D. Lima, R. Barrios, B. Yip, E. Wood, T. Kerr, K. Shannon, P.R. Harrigan, R.S. Hogg y P. Daly (2010) "Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnoses in British Columbia, Canada: a population-based study", *The Lancet*, 376 (9740): 532-539.
- Mykhalovskiy, E. (2008) "Beyond Decision Making: Class, Community Organizations, and the Healthwork of People Living with HIV/AIDS. Contributions from Institutional Ethnographic Research", *Medical Anthropology* 27 (2): 136-163.
- Nguyen, V.-K., C.Y. Ako, P. Niamba, A. Sylla y I. Tiendrébéogo (2007) "Adherence as therapeutic citizenship: impact of the history of access to antiretroviral drugs on adherence to treatment", *AIDS* 21(suppl): S31-S35.
- Obermeyer, C.M. y M. Osborn (2007) "The utilization of testing and counseling for HIV: a review of the social and behavioral evidence", *American Journal of Public Health* 97 (10): 1762-1774.
- Padian, N., S. McCoy, S. Abdool Karim, N. Hasen, J. Kim, M. Bartos, E. Katabira, S. Bertozzi, B. Schwartländer y M. Cohen (2011) "HIV prevention transformed: the new prevention research agenda", *The Lancet* 378(9787): 269-278.

- Padian, N., M. Isbell, E. Russell y M. Essex (2012) "The Future of HIV Prevention", *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 60(suppl): S22–S26.
- Patton, C. (1996) *Fatal advice: how safe sex education went wrong*, Durham: Duke University Press.
- Pizza, G. (2007) *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma: Carocci.
- Proyecto EPI– VIH (2010) *Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en personas atendidas en una red de centros de diagnóstico de VIH/ITS, 2000-2010*, Madrid: Mº de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Mº de Economía y Competitividad e Instituto de Salud Carlos III; Disponible en Internet: http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEPI_VIH2000_2010.pdf
- Rabinow, P. y N. Rose (2006) "Biopower today". *BioSocieties* 1: 195-217.
- Reynolds-White, S. (2009) "Health Identities and Subjectivities: The Ethnographic Challenge", *Medical Anthropology Quarterly* 23 (1): 6-15.
- Rose, N. (1996) "Identity, genealogy, History", en Hall S y Du Gay P (eds.) *Questions of cultural identity*, London: Sage.
- Rose, N. (2007): *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*, Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Rosengarten, M. (2009): *HIV Interventions: Biomedicine and the Traffic between Information and Flesh*, Seattle: University of Washington Press.
- Sevillano, E. (2010) "Sanidad destina un millón de euros menos a prevención", en diario *El País*, 3/1/2010.
- Smith, K., K.A. Powers, A.D. Kashuba y M.S. Cohen (2011) "HIV-1 treatmentas prevention: the good, the bad, and the challenges", *Current Opinion in HIV and AIDS* 6: 315–25.
- SPNS (2008) Plan multisectorial frente a la infección por VIH y el sida. España 2008-2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Accesible en Internet: <http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PMS200812.pdf>,
- Valdiserri, R.O. (2007) "Late HIV Diagnosis: Bad Medicine and Worse Public Health", *PLoS Medicine* 4(6): e200.
- Villaamil, F. (2013) "Ciudadanía sexual frágiles. Información, carne y VIH", *Quaderns-e de l'Institut Català de Antropologia* 18(1): 19-38.
- Villaamil, F. y M.I. Jociles (2008) "Diferencias y desigualdades entre los HSH usuarios de locales comerciales de encuentro sexual: algunas contribuciones a las estrategias comunitarias de prevención del VIH", *Etnografica* 12(2): 285-321.
- Villaamil, F. y M.I. Jociles (2011) "Risk and community: The impact of HIV among gays in Madrid. The case of sex clubs", *Sexualities* 14(2): 580-596.