

Instituto de Investigaciones Gino Germani

VII Jornadas de Jóvenes Investigadores

6,7, 8 de noviembre 2013

Maira Melina, Osman Luz, Repetto Maria Belen

Facultad De Ciencias Sociales, Comunicación Social- Uba

melimaira@hotmail.com; belu_repetto@hotmail.com; osmanluz@gmail.com

Eje7 - Políticas Del Cuerpo

**La salud de la población como dispositivo biopolítico: distintas construcciones de sujeto
en torno a políticas de VIH**

Resumen

En la presente ponencia indagaremos sobre los distintos discursos y posturas que impactan en la construcción del cuerpo entorno al VIH. Desde una mirada Foucaultiana, las diferentes políticas que se buscan aplicar, pueden leerse como biopolíticas, en las cuales las poblaciones se convierten en objetos a controlar y modelar. Las regulaciones a las cuales se busca someter a los cuerpos van construyendo concepciones de sujeto diversas. El objetivo de la ponencia es poder analizar las propuestas y argumentos sobre los que se sostienen los discursos, para poder pensar cuáles son las construcciones de cuerpo que cada uno sostiene. La metodología que utilizaremos será una investigación cualitativa mediante entrevistas en profundidad y análisis de datos a partir de fuentes secundarias.

Introducción

En el año 2002 se promulgó la ley de ofrecimiento obligatorio del test de VIH para mujeres embarazadas a nivel nacional, la cual establece que los profesionales de salud deben ofrecer el testeo a todas las mujeres embarazadas, previo consentimiento e información otorgada a la paciente. Además prevé el tratamiento y contención de aquellos casos cuyo resultado dé positivo. Haciendo un salto temporal, a partir del 28 de julio de este año, en el partido de Almirante Brown, se firmó un decreto que hizo extensiva la obligatoriedad del ofrecimiento a las parejas de las mujeres embarazadas. Actualmente, desde la Fundación Huésped y el Ministerio de Salud de la Nación, se debate la posibilidad de ampliar el ofrecimiento obligatorio del testeo a toda la población (al presente este depende de la demanda espontánea de los individuos). El objetivo es erradicar el virus, el cual, al ser asintomático, abre la posibilidad de pensarnos a todos como potenciales portadores-transmisores, incluyéndonos dentro de la población en riesgo. Estas iniciativas, se fundamentan en que una detección precoz del virus permite un tratamiento temprano, mejorando la calidad de vida del portador, y al mismo tiempo, reduce la transmisión.

Sin embargo, hay opiniones que cuestionan el testeo como estrategia para la erradicación del virus. Si bien apoyan la universalización del ofrecimiento del test, como una política que favorece el diagnóstico temprano, y una mejor calidad de tratamiento, ponen en duda la efectividad del control del virus a través de un testeo indiscriminado hacia toda la población. La Coordinación de Sida del Ministerio de la Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (CSMS), encarnando esta posición, sostiene que el testeo universal sería un sinsentido si la política no se acompaña de un correspondiente asesoramiento previo y de un tratamiento adecuado, en caso de que el testeo de positivo. Al mismo tiempo, proponen priorizar políticas que promuevan la oferta activa, faciliten el acceso al test - a partir de la implementación del testeo rápido (con resultados en el momento) y la ampliación de los Centros de Prevención Asesoramiento y Diagnóstico del VIH-sida (CePAD) -, entre otras medidas posibles

A partir de las divergencias en torno a las políticas de VIH y en particular, al rol que debe cumplir el test como herramienta de diagnóstico y de prevención, es posible afirmar que existen dos posiciones diferenciadas. Ambas, son construcciones que delimitan concepciones de sujetos y cuerpos diferentes. El concepto de biopolítica nos permite pensar este debate en torno a instancias de poder, cuyo objeto son las poblaciones.

Biopolítica y prevención

El testeo de VIH, entendido como una estrategia de prevención, puede enmarcarse dentro de lo que Foucault denominó “biopolítica”. Esta implica mecanismos que controlan y moldean los cuerpos de acuerdo con parámetros de normalidad. Según Foucault durante el desarrollo de lo que él denominó “sociedad disciplinaria, en el siglo XVII y XVIII, se constituyeron las estrategias de poder sobre el hombre en tanto ser vivo: “Uno de los polos, al parecer el primero en formarse, fue centrado en el cuerpo como máquina: su educación. El aumento de sus aptitudes, el arrancamiento de sus fuerzas, el crecimiento de su utilidad y su docilidad (...) El segundo, formado algo más tarde, hacia mediados del siglo XVIII, fue centrado en el cuerpo especie, en el cuerpo transido por la mecánica de lo viviente y que sirve de soporte a los procesos biológicos: la proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad, con todas las condiciones que pueden hacerlos variar”(Foucault, 2003:168). Al primero se lo denominó “anatomopolítica” mientras que al segundo, “biopolítica”. Estas dos estrategias se articularon conformando todo un dispositivo de biopoder.

En la clase *Defender la sociedad* (1976), Foucault logró definir la biopolítica como una forma de “estatización de lo biológico”. En *El hombre post orgánico*, Paula Sibilía agrega que “Se trata de una “especie de secuestro de la vida (que) fue implementado de manera sistemática y racional a través de (...) toda una gama de dispositivos de poder que apuntaba a las poblaciones. Este último concepto alude a un conjunto de seres vivos que comparten un determinado espacio, con sus rasgos biológicos particulares, y que pueden ser reconfigurados mediante el uso de técnicas y saberes específicos” (Sibilía, 2005:198) Es decir, se remite a controles reguladores e intervenciones que impactan en la constitución de una población. Las biopolíticas tienen por fin el control y la sujeción de los individuos a determinadas normas y formas de lo social. Estas no se reducen a la represión de lo condenable, sino que por el contrario son generadoras de un tipo de sujeto histórico, económicamente útil y políticamente dócil. Cabría agregar que Foucault pensaba lo social como una construcción histórica y que por ese motivo, cada época era específica en sus relaciones sociales, saberes, discursos de verdad, etc.

Las biopolíticas se plasman a través de las políticas de salud. Estas se conciben de acuerdo a una definición de población a la cual deben estar dirigidas. En el caso de las políticas de prevención del VIH es posible afirmar que se entiende a la población de distintas maneras. Por un lado, la posición de la Fundación Huésped y la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (entre otras organizaciones), suponen que el riesgo está

en todos, que cualquier persona sexualmente activa puede estar infectada, entonces, incentivan el testeo indiscriminado como futura política de prevención. Desde esta mirada, se construye a la población como un conjunto de vectores. La lógica que rige esta posición define a los sujetos como actores racionales, los cuales, a partir de conocer su condición de infectados, adoptarán las medidas de prevención que el Estado promueve. De esta manera, el testeo, es una de las herramienta más eficientes de acceso al tratamiento (suponiendo que una vez diagnosticado, la persona inicia y continúa de por vida un tratamiento) y de prevención, basándose en el argumento que al conocer su condición de infectado, la persona adoptaría las medidas necesarias para no transmitir el virus. Sin embargo, esta corriente es cuestionada a partir de una formulación muy básica: quienes transmiten el virus son personas, no vectores. Adriana Durán, médica integrante de la CSMS, marca la diferencia entre el VIH y otras epidemias, como la fiebre amarilla o la peste, en las cuales la transmisión se genera a partir de un vector. En contraposición, la transmisión de VIH se produce entre sujetos, por lo tanto, se vuelve imposible pensar en la erradicación de la epidemia. Al mismo tiempo, múltiples variables entran en juego al momento del diagnóstico. Cada persona se acerca al sistema de salud con una trayectoria única, en donde los factores sociales, económicos, culturales (entre otros) inciden al momento de encarar un tratamiento y otros posibles contagios. Contemplar estas variables al momento de pensar una estrategia de prevención, son primordiales para esta segunda posición, ya que el éxito de cualquier política, dependerá de las decisiones que en cada momento asuman las personas. No se basan en una concepción de la población como un conjunto de vectores sino que buscan promover la ampliación del ofrecimiento a la población en general y al mismo tiempo trabajar puntualmente con grupos vulnerables. Su argumento principal es que el diagnóstico temprano, junto a un tratamiento y un asesoramiento adecuado, permite a la persona portadora del VIH tener una buena calidad de vida.

La importancia del cuerpo, el discurso de “lo normal” y la necesidad del testeo continuo como dispositivo de control

“El control de la sociedad sobre los individuos no se efectúa solamente por la conciencia o por la ideología, sino también en el cuerpo y con el cuerpo. Para la sociedad capitalista, lo que importa antes que nada es lo bio-político, lo somático, lo corporal. El

cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault:1994). Foucault tenía bien en claro que el destinatario de las estrategias de poder era el cuerpo. Es en la materialidad física donde se ven refractados los hilos del poder.

Desde sus inicios y en la actualidad, la medicina jugó un rol fundamental en la implementación de la biopolítica. A través de sus instituciones, relevó información estadística, que sistematizada y centralizada, dio lugar a políticas de tratamiento de la enfermedad a través de la promoción de la higiene personal y la medicalización. Así se constituyó una red de vigilancia en torno al sujeto. En la actualidad, este aspecto sigue vigente, aunque, el acento está puesto en la prevención, entendida esta como estrategia de control social. El individuo pasa a tener un rol central en cuanto a que es responsable de su salud y es gestor de sus riesgos. Siguiendo los planteos de Sibilía, las medidas preventivas son consideradas instrumentos de poder, porque todos los seres humanos tienen probabilidades, en menor o mayor grado, de enfermarse y morir. Por eso las estrategias de biopoder que apuntan a la prevención de riesgos involucran a todos los sujetos a lo largo de toda la vida. Sibilía retoma el concepto foucaultiano y puntualiza en que “el objetivo de las biopolíticas era organizar la vida, cultivarla, protegerla, garantizarla, multiplicarla, regularla; en fin: controlar y compensar sus contingencias, delimitando sus posibilidades biológicas al encuadrarlas en un formato pre-establecido y definido como normal.”(Sibilía, 2005:204).

Las biopolíticas implican una suerte de gestión de los cuerpos, operada en un primer momento por el Estado, como actor regulador, a partir de la marcación de trayectorias de lo deseable y lo esperable en la vida de un ser humano. Es aquí donde podemos evidenciar la relación entre “la normalidad” y las biopolíticas.

Lo normal, desde el plano discursivo, construye un encuadre estandarizado a partir del cual se somete a los cuerpos. El saber médico es quien construye parámetros de normalidad distinguiendo al cuerpo sano del enfermo/anormal. Esta gama de saberes que detenta la ciencia médica le permite ejercer poder sobre el cuerpo. La medicalización y el testeo son instrumentos que intentan detectar anormalidades para luego poder encaminarlas hacia el constructo de lo normal.

En relación a esto, queremos conectar las declaraciones públicas del director de la Fundación Huésped, Pedro Cahn, en donde sostiene la importancia de generar la “normalización del testeo de VIH” como Política de Salud. Actualmente, el examen de VIH no es una obligación del ciudadano, sino que depende de su voluntad. Sin embargo, Cahn recalca la importancia del testeo como una práctica preventiva que todos deberíamos procurar

hacernos, justificado en que somos “todos potenciales portadores del virus”(Metro 95.1, Entrevista en *Basta de todo*, 19-6-2013)

Desde la lógica de este discurso médico, el examen debería ser algo que todo médico debería solicitar al paciente que lo visita. Hacia el final de la entrevista, Cahn expresa la voluntad de Fundación Huésped y el Ministerio de Salud de la Nación de impulsar el testeo obligatorio a toda la población, en calidad de política futura. Este proyecto se apoya en la idea de que cuanto antes sea detectado el VIH, mejor será la calidad de vida del portador y tendrá menores riesgos de contagiar a otros. Para Cahn, “la condición de que se pueda tener una expectativa de vida igual o similar a la de una persona VIH negativo, es el diagnóstico temprano, para eso, la única forma (de hacerlo) es testeando. Estamos impulsando que los médicos ofrezcan el testeo en cualquier situación, es la única forma de llegar al diagnóstico temprano. El 99,5% de la población argentina va a testear negativa, y un tercio de los que son positivo, llegan muy enfermos al hospital”.

Esta iniciativa pone al descubierto que al trazar dispositivos de prevención frente al VIH, se genera una biopolítica, un poder los cuerpos, quienes son entregados primero al saber médico y luego al Estado.

Para Foucault el examen tiene una función normalizadora: “Es una vigilancia que permite calificar, clasificar. Establece sobre los individuos una visibilidad a través de la cual se los diferencia” (Foucault ,2008:215). Desde esta mirada, se entiende al testeo como un procedimiento biopolítico, de extracción de un saber individual que radica en el cuerpo de un hombre, para la constitución de un saber sobre la población. En el caso de VIH, el testeo cumple la función práctica de observar y clasificar a los individuos bajo la norma infectado-no infectado.

Un caso particular es el del portador asintomático. Para Sibilia, este redefine la noción normalidad-enfermedad. ¿Cuál es la categoría a la que pertenece? En este caso, el testeo es la única herramienta que permite clasificarlo bajo el parámetro al cual debería inscribirse. Previo al examen, se supone que pertenece a la normalidad (aun estando infectado). Luego del mismo, al constatarse el resultado positivo, pasará a conformar la población de infectados. En dicho caso, queda evidenciada la naturaleza puramente discursiva del concepto de normalidad: el cuerpo no se modificó, sino que en tanto a la información que le fue sustraída, lo que redefinió su categorización.

La obligatoriedad del chequeo significa un control que se hace no solo para visibilizar a quien está infectado, sino que también funciona como mecanismo que actualiza la pertinencia del individuo a la categoría de no infectado. De esta manera los sujetos deben ser

permanentemente examinados. En el caso del testeo de VIH, el individuo se ve obligado a dar cuenta de su práctica y de su condición sexual sana, tenga o no sospechas de una posible infección.

La condición de sano no es fija, sino que debe ser ratificada constantemente. Siguiendo a Deleuze, en las actuales sociedades de control, (“nunca se termina nada”) (Deleuze, 1990: 19) este se vuelve algo permanente y necesario. Por este motivo, el individuo que testeó negativo no está inmunizado sino que pertenece a lo que denominamos *individuo potencialmente infectado*, es decir, un sujeto que en cualquier momento puede perder su condición de sano y que debe dar cuenta de ello. Con la universalización del test, se pone de manifiesto que cualquier individuo es potencialmente un sujeto peligroso (ya que puede contagiar a otros) y al mismo tiempo víctima (ya que él mismo puede estar infectado). De esta forma, podemos notar como este relato, sostiene una construcción de sujeto/cuerpo entendido como factor probable. Es pertinente resaltar que la prevención es el eje central dentro de estas políticas desarrolladas en relación al VIH, porque permite justificar y atar al cuerpo a controles indefinidos de salud. Esta es la corriente que hoy en día prevalece en lo que entendemos como “imperativo de salud”, donde no se privilegia la cura de una enfermedad, sino la anticipación a su desarrollo, y posibilita la creación de nuevos dispositivos de control del cuerpo.

Acciones estatales de control y responsabilidad inculcada al cuerpo

Sumado a estas estrategias que se buscan aplicar sobre todos los cuerpos, partiendo del argumento de que todos somos posibles portadores- transmisores del virus, se sugieren otras en los casos en los cuales el virus ya es detectado. Estas se fundamentan en el control de la epidemia, y se las piensa como procesos de “vigilancia epidemiológica” (Boletín epidemiológico de VIH y Sida: 2012). De esta manera, una vez que el virus fue detectado, la institución está obligada a notificar el caso a las autoridades sanitarias. Así, se establecen lo que podría dividirse como dos niveles de control respecto al virus: sobre los potenciales portadores, y sobre los actuales portadores.

Estos datos recolectados por los centros de salud, pasan a ser información validada por el discurso médico. Si el virus no fue detectado, ese individuo por ahora, es “sano”. Para mantenerse en ese nivel ideal de sanidad, necesita seguir cuidándose con los mecanismos de prevención que se supone ya conoce, y debe hacerse el testeo en un futuro, para controlar, nuevamente, que el virus no le fue transmitido. Ahora, imaginemos que esta segunda vez, el

testeo le da positivo: está infectado. Una mejor calidad de vida es posible, y es el objetivo, junto con la no-transmisión del virus de este nuevo individuo afectado a otros. Este paciente tendría responsabilidades sobre sí mismo, y sobre la población, responsabilidades que antes de saber que estaba infectado no tenía. En el ejemplo se ve claro lo que, para Foucault, son dos caras de la misma moneda: saber-poder. Lo interesante acá es pensar desde qué lugar de autoridad el individuo se siente dirigido como para tomar las responsabilidades del virus como propias. En otras palabras, ¿quién tiene la autoridad necesaria para, por un lado, decirle al individuo que ahora está enfermo, y por otro lado, para marcar la responsabilidad que él ahora tiene consigo y con los demás?

Planteándolo de esta manera, el lugar de poder, el discurso hegemónico, o el actor que está en dicha posición, es quien tiene también el saber: los médicos. Así, el centro de la salud detecta el virus, por lo tanto, esa información ya no es del individuo afectado, porque refiere a una epidemia que puede afectar a otros cuerpos, sino que depende de una autoridad mayor que sí mismo. Este movimiento de información es posible porque el discurso médico hegemónico es el único que en dicho caso sabe qué es lo correcto de llevar a cabo con el cuerpo infectado. El cuerpo médico, a partir de este saber que le es propio, puede llevar a cabo, o por lo menos plantear las estrategias, para controlar el virus y permitir que el paciente tenga una mejor calidad de vida. De esta forma, se ve cómo el saber que se posee permite la acción, y legitima el discurso. La autoridad que posee el médico, va unida a su responsabilidad de informar al paciente qué es lo correcto. A su vez, el saberse infectado por el VIH pasa también a ser una responsabilidad, sobre su propio cuerpo y sobre los demás (la población, mundo, especie, etc). Esta responsabilidad se torna en obligación moral: el enfermo puede elegir no cuidarse y transmitir el virus a otras personas, no ir a los controles y dejar que el virus se transforme en SIDA y enfermarse, pero si la posibilidad de mejora existe, ese individuo se ve condicionado a seguir lo que es “socialmente” correcto.

El saber legitimado toma el papel de “verdad”. Por esta, siguiendo a Foucault, debemos “entender el conjunto de procedimientos regulados por la producción, la ley, la repartición, la puesta en circulación y el funcionamiento de los enunciados. La -verdad- estaría ligada circularmente a sistemas de poder que la producen y la sostienen, y a efectos de poder que induce y la prorrogan” (Foucault,2003*:131). Entonces, en esta definición se puede ver cómo saber y poder son indisolubles, cada uno necesita apoyarse en el otro. La verdad del tratamiento para el VIH, el saber médico, se encuentra legitimada porque, en este momento de la historia, la medicina se encuentra en un lugar de poder, y, a su vez, poseer ese saber legitima, o da poder a los médicos para impulsar ciertos tratamientos.

La extracción de información, o saber, del cuerpo del individuo se apoya en que dicha información no es propia, sino que, al tratarse de una epidemia de la cual todos podemos ser víctimas, o agresores, debe ser conocida, y es la medicina quien está en el lugar de autoridad para extraerla y usarla en pos de la tarea de vigilancia epidemiológica. Se crea el discurso de que, si la posibilidad médica de saber si uno está o no infectado existe, y luego los procedimientos ayudan a mantener el virus controlado, se torna difícil pensar en ningún argumento valorable que lleve a uno a negarse al testeo.

Siguiendo la posición que plantea Cahn, al considerar que todos somos posibles portadores, ¿se podría hacer oídos sordos una vez ofrecido el testeo, sabiendo que puedo estar enferma y ser un peligro para mí y para otros? Si el testeo me diera positivo, ¿podría cerrar los ojos a los tratamientos que me permiten a mi tener una mejor calidad de vida e impedir la transmisión del virus? La obligatoriedad del ofrecimiento del testeo, aunque tenga como sujeto de la ley al médico, se valida sobre los sujetos porque ya hay un discurso de saber, de verdad, que, desde un lugar de poder, se impone a los individuos.

A modo de conclusión

Las biopolíticas construyen poblaciones, las delimitan, las forman, las controlan. Las posiciones detectadas en los actores que impulsan prácticas de control y prevención del VIH, buscan enmarcar sus objetivos en biopolíticas de salud.

El caso del VIH es un ejemplo de cómo distintas políticas de salud construyen de distinta manera el concepto de población. La posición hegemónica, que actualmente se plasma en la mayoría de las Políticas de Salud Pública y que en este trabajo se encarna en el discurso de Cahn y del Ministerio de Salud de la Nación, concibe al testeo como una herramienta de control vital para prevenir la epidemia.

Dicha postura construye un sujeto poblacional, donde el conjunto de los cuerpos, cada uno como parte de la nación-estado, se encuentra vinculado a los otros a partir de una serie de relaciones y responsabilidades. El cuerpo del sujeto individual, de esta manera, queda relegado a un segundo plano, poniendo el énfasis en que el control y la prevención individual llevará a un bienestar de toda la sociedad. De esta forma se justifica la necesidad de realizar el chequeo de VIH constantemente. Lo que prima, más que la búsqueda de la cura, es la

prevención de la enfermedad del Sida (como el camino para la erradicación del mismo). De esta manera, se construyen los ideales de cuerpo y de sujeto: el cuerpo sano, frente al enfermo. La sanidad se piensa como un nivel de normalidad, el cual implica tener en cuenta diversas variables. La aplicación del testeo obligatorio y universal del VIH, funciona como una política de prevención y se apoya en la idea de que todos somos potenciales portadores-transmisores del virus. De esta manera, el bienestar poblacional se alcanzará con el control de cada uno de los individuos. Al extender a todos los individuos sexualmente activos el concepto de población de riesgo, se vuelve imperativo el control a todos los cuerpos de dicho territorio.

La postura de la CSMS, si bien trabaja con un fuerte énfasis en lo poblacional, presenta diferencias en la manera de entender a los individuos. El sujeto no es pensado como un riesgo, sino que se manejan otras categorías. La población se piensa en términos de mayor o menor vulnerabilidad. Dicho concepto permite construir diversos grados de injerencia en relación al VIH. El objetivo final de este discurso es controlar al virus, y no erradicarlo. Desde esta posición, el testeo universal no sirve si, en los casos de infección, no se facilite un tratamiento. Por esto, la población se segmenta, dependiendo de diversos factores que influyen en el contagio del virus, y las políticas son pensadas en relación a las diferentes coyunturas.

Si bien esta epidemia ya tiene más de 30 años, las políticas de prevención, diagnóstico y tratamiento, están en constante revisión. La posición hegemónica, plasma en los distintos niveles de atención de la salud, *un ideal de salud*, no sin resistencias, que ponen en tela de juicio los supuestos básicos con los que se constituyen. Por lo tanto, consideramos necesario y pertinente, continuar trabajando con dicho análisis, a fin de poder reconocer con mayor precisión teórica y práctica, cuales son los sentidos, categorías y argumentos, que sustentan las distintas estrategias biopolíticas.

Bibliografía

- Deleuze, Gilles (1990) *Posdata sobre las sociedades de control*, Buenos Aires: Revista Babel N 21
- Foucault, Michel (2003) *Historia de la sexualidad I*, Buenos Aires: Siglo XXI
- Foucault Michel (2008) *Vigilar y castigar*, Buenos Aires, Siglo XXI
- Foucault Michel (2003*) *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*: Alianza

Sibilia, Paula (2005) *El hombre postorgánico. Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*, Buenos Aires: Fondo de cultura económica

Ministerio de Salud de la Nación. *Boletín sobre VIH, Sida en la Argentina, Diciembre 2012, N 29* [Consulta:30-8-2013] www.msal.gov.ar/images/stories/publicaciones/pdf/boletin-epidemiologico-2012.pdf