



Disponible en www.sciencedirect.com

DEBATE
FEMINISTA

Debate Feminista 54 (2017) 34–62



CENTRO DE INVESTIGACIONES
Y ESTUDIOS DE GÉNERO

www.debatefeminista.cieg.unam.mx

Vidas inimaginadas: gubernamentalidad y medialidad en la prevención del VIH/sida

*Unimagined lives: Governmentality and mediality
in HIV/AIDS prevention*

*Vidas inimagináveis: governamentalidade e mídialidade
na prevenção do HIV/AIDS*

Fabrizio Guerrero Mc Manus^{a,*} y Agustín Mercado-Reyes^b

^a Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

^b Posgrado en Filosofía de la Ciencia, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

Recibido el 29 de enero de 2017; aceptado el 26 de abril de 2017

Disponible en Internet el 24 de agosto de 2017

Resumen

En el presente estudio comparamos materiales visuales de prevención de VIH provenientes de cuatro países (Alemania, Brasil, Estados Unidos y México) entre los años 1985 y 2005. Utilizando simultáneamente los marcos teóricos de la medicalización, la gubernamentalidad y los *media studies*, analizamos las formas en que diversas subjetividades se representan e interpelan en la folletería de prevención del VIH. Entre los resultados destacables, este estudio comparativo propone nuevas perspectivas acerca de los distintos discursos que cada país implementó para acercarse al VIH como fenómeno biosocial; por ejemplo, la invisibilización selectiva de sectores vulnerables o las diversas estrategias para lidiar con los contextos sociopolíticos particulares a cada zona. Dichas particularidades pueden considerarse como una de las bases sobre las que se construyen interseccionalidades.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones y Estudios de Género. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Palabras clave: Gubernamentalidad; Medicalización; VIH-sida; Prevención; Cultura visual

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: FabrizioMc@gmail.com (F. Guerrero Mc Manus).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.df.2017.06.001>

0188-9478/© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones y Estudios de Género. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Abstract

In this study we compare visual HIV prevention materials from four countries (Germany, Brazil, the United States and Mexico) between 1985 and 2005. By simultaneously using the theoretical frameworks of medicalization, governmentality and media studies, we analyze the ways various subjectivities are constructed, represented, structured and controlled. Among its significant results, this comparative study proposes new perspectives on the various discourses each country implemented to approach HIV as a bio-social phenomenon, such as the selective invisibilization of vulnerable sectors or the various strategies for dealing with the particular sociopolitical contexts of each zone. These characteristics can be considered one of the bases on which intersectionalities are built.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones y Estudios de Género. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords: Governmentality; Medicalization; HIV-AIDS; Prevention; Visual culture

Resumo

No presente estudo comparamos materiais visuais de prevenção do HIV usados em quatro países (Alemanha, Brasil, Estados Unidos e México) entre 1985 e 2005. Baseados simultaneamente nos quadros teóricos de medicalização, governamentalidade e estudos de mídia, analisamos as formas em que diferentes subjetividades são construídas, representadas, estruturadas e controladas. Entre outros resultados notáveis, este estudo comparativo propõe novas perspectivas sobre os vários discursos implementados em cada país para abordar o HIV como fenômeno bio-social; por exemplo, a invisibilidade seletiva de sectores vulneráveis ou as várias estratégias para lidar com os contextos sociopolíticos particulares de cada um. Tais peculiaridades podem-se considerar um dos alicerces para a construção de interseccionalidades.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones y Estudios de Género. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a licença de Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Palavras-chave: Governamentalidade; Medicalização; Prevenção do HIV/SIDA; Cultura visual

Introducción: de la medicalización como gubernamentalidad

La irrupción de la pandemia del VIH y del sida en la década de 1980 representó una nueva etapa en la medicalización de la sexualidad. Antes de esta época habíamos observado el retroceso de la medicalización de algunas de las sexualidades no hegemónicas —la homosexualidad, el lesbianismo, la bisexualidad— gracias a fuertes movimientos influidos por la contracultura de los años 1960 y que culminaron en 1973 con la remoción de la homosexualidad del famoso *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). La irrupción de esta pandemia impulsó una nueva lógica de medicalización de las sexualidades, aunque ya no con el viejo modelo foucaultiano basado en la creación de nuevas *clases de sujetos* —como el homosexual mismo—, sino ahora mediante la medicalización de ciertos “estilos de vida” asociados a *poblaciones vulnerables* que terminaron metonímicamente por convertirse en “grupos de riesgo” (Epstein, 1996; véase también Conrad y Angell, 2004): una expresión que, en cualquier caso, pone en evidencia cómo se generaron nuevos imaginarios que estructuraron vidas y en los cuales se estaba en riesgo y, a la vez, alguien era constituido como un riesgo. Imaginarios que el activismo ha tenido que ir desmontando.

Si por medicalización entendemos la expansión de las competencias de la ciencia médica tanto en su faceta de institución como en su faceta de discurso (Conrad y Schneider, 1992; Conrad, 2007), entonces tendríamos que reconocer que la aparición del VIH representó un nuevo capítulo en la medicalización de la sexualidad.¹ Podría pensarse, por ejemplo, que las cuatro “H” que en los últimos veinte años del siglo XX se asociaron con el sida —homosexuales, haitianos, hemofílicos y heroínomanos— se engarzan netamente con los modelos descritos por Foucault en obras como *Los anormales* (Foucault y Marchetti, 2001).

Sin embargo, entre el homosexual decimonónico, el niño masturbador, la mujer histérica y la pareja maltusiana, por un lado, y el homosexual asociado al sida, los haitianos, los hemofílicos y los heroínomanos, por otro, hay por lo menos tres importantes rupturas epistemológicas: a) la medicalización mediante el discurso del riesgo y su atención a grupos/poblaciones en términos estadísticos/epidemiológicos; b) la asociación de todo lo anterior con estilos de vida específicos y no ya con tipos de sujetos, y, finalmente, c) la aparición de un nuevo tipo de biopolítica y de medicalización: la biomedicalización como un fenómeno específico al biocapitalismo (Clarke, Shim, Mamo, Fosket y Fishman, 2003; Conrad, 2005).

Tras mencionar estas tres rupturas quisiéramos señalar que hay asimismo importantes continuidades entre la vieja biopolítica medicalizante y esta nueva biomedicalización biocapitalista. Quizás la más importante se juega en la dimensión misma de la gubernamentalidad, la cual, como bien señalan Nikolas Rose y colaboradores (Rose, O’Malley y Valverde, 2006), designa ante todo el surgimiento de estilos de racionalidad situados, encarnados en prácticas sociales concretas y destinados a fomentar acciones orientadas por saberes con dominios específicos y cuyo lugar dentro de la sociedad se explica en función del rol social que juegan en el Estado moderno.

En ese sentido, es claro que las racionalidades de la medicina son categóricamente un ejemplo de modos de gobernanza de los individuos; son instancias de diversas gubernamentalidades que orientan justamente las acciones de los sujetos a la luz de conocimientos expertos avalados por cierta funcionalidad social. Esta funcionalidad sin duda estaba ya presente en las cuatro categorías decimonónicas descritas por Foucault. Dichas categorías representaban, en figuras emblemáticas, casos específicos que configuraron tanto las posibilidades de intervención del dispositivo de la sexualidad como su propia coherencia taxonómica. Las figuras abarcaban desde un problema potencialmente ubicuo —como la sexualidad incontrolable y virtualmente degenerada del niño masturbador— hasta situaciones más particulares —como la mujer histérica o el homosexual— y solo podían ser evitadas si nos entregábamos al poder disciplinario que cristalizaba en la pareja maltusiana el ejemplo por antonomasia de cómo vivir correctamente la propia sexualidad.

A la luz de lo anterior, no sorprenderá, por tanto, que la prevención —es decir, la medicina preventiva que está en el centro del presente texto— pueda leerse no únicamente como una

¹ En la bibliografía sobre medicalización se suscitó una interesante discusión entre Adele Clarke (Clarke et al., 2003; véase también Clarke y Shim, 2011) y Peter Conrad (2005) en lo que refiere a los cambios en la lógica de la medicalización tras la segunda posguerra. Para Clarke y colaboradores nos encontramos en un nuevo momento que bautizan como “biomedicalización” precisamente por una serie de cambios que incluyen el descentramiento de la figura del médico y del Estado, la importancia de las nuevas tecnologías bioinformáticas y de los discursos del riesgo asociados a las aseguradoras y, finalmente, la emergencia de medios nuevos y el cambio de la relación entre medios y público, lo que permitió una mayor disponibilidad de información para los pacientes. En este texto, nosotros consideramos que la medicalización del VIH y del sida comparten numerosos aspectos con la nueva biomedicalización, aunque no es posible afirmar que se satisfacen plenamente todas las condiciones señaladas por Clarke y colaboradores. Por ejemplo, el Estado sigue teniendo un papel preponderante en la medicalización del VIH y del sida, aunque, sin duda, tanto los activismos como las farmacéuticas han modificado el escenario clásico de medicalización que Conrad describió. El hecho, sin duda, de que la prevención se juegue en el terreno del riesgo es lo que apuntaría a una mayor cercanía con la nueva biomedicalización.

conquista del saber ante la aparente impredecibilidad de la enfermedad, sino como el surgimiento de un modo de racionalidad que busca disminuir los costos sociales y económicos que implica un sujeto enfermo. Se genera así un sujeto que, en su autogobierno, puede continuar siendo un trabajador eficiente y productivo. Un sujeto que es, claramente, moldeado por un capitalismo que, al fundirse con la biopolítica, ha dado lugar al nuevo biocapitalismo (sobre esta nueva faceta, véase [Rajan, 2006](#), y [Nguyen, 2007](#)).²

Dicho sea de paso, en este punto vale la pena insistir en que, en los análisis en torno a la biopolítica y la gubernamentalidad, siempre hay una relación íntima entre las representaciones y discursos sobre un sujeto y la forma en la cual dicho sujeto se configura. Si ello pasa no es porque se haya retornado a viejos modelos sobredeterministas, sino porque se admite que la hermenéutica o interpretación que el sujeto hace de sí mismo se ve fuertemente influida por las herramientas de auto-comprensión de las que dispone y, en gran medida, esas herramientas tienen una historia política que versa acerca de cómo, al incidir en el tipo de representaciones y discursos que están disponibles en un momento histórico, se puede asimismo incidir en las dinámicas de autogobierno de los sujetos.

Es en este punto donde aparecen con mayor contundencia las dimensiones gubernamentales de las campañas de prevención, de esta nueva biomedicalización que no requiere fabricar tipos de sujeto, sino que es capaz de atender a los actos, pero no solo a los actos que se realizan, sino también a los actos en potencia. La prevención justamente se vuelve un modo de gubernamentalidad no únicamente porque genera racionalidades que moldean sujetos, no únicamente porque impone una mentalidad de cómo gobernar a las poblaciones de sujetos que son, asimismo, ciudadanos, sino también porque esta lógica, como ha señalado el sociólogo Robert [Crawford \(2004\)](#), genera de manera casi paradójica una ritualización que invisibiliza la depauperación en la cual el sujeto posmoderno se encuentra.

Por ende, habría que afirmar con claridad que un análisis sobre las culturas visuales, sobre las representaciones y discursos, no es nunca un análisis desconectado de la conformación de nuevos sujetos, sino que, por el contrario, está íntimamente conectado con este segundo tipo de abordaje.³

En este punto vale la pena hacer conexiones con la bibliografía actual en torno a la medicalización del VIH y del sida. Sociólogos como Vin-Kihn [Nguyen \(2007\)](#) (véase también [Nguyen, O'Malley y Pirkle, 2011](#)) validan los elementos antes mencionados. En sus trabajos más recientes este autor sudafricano señala que hoy vivimos una remedicalización del VIH y lo explica con razones adicionales. Por ejemplo, señala que el discurso de los derechos ha ido perdiendo terreno y que las discusiones técnicas se han vuelto preponderantes, en contraste con lo que se vio en

² Quizá valdría la pena añadir que este proceso no debe leerse ni de forma sobredeterminista —como si lo económico se impusiera sin más sobre toda otra dinámica— ni tampoco como una suerte de olvido o borradura ni de la agencia de los sujetos ni de la materialidad de sus cuerpos. Sobre lo primero, las racionalidades que articula la gubernamentalidad se generan en dominios específicos que atienden a problemáticas concretas atravesadas por múltiples objetivos y valores; ejemplo: cómo prevenir el contagio de VIH. Sobre lo segundo, en el corazón de la gubernamentalidad se encuentra un agente que no reacciona pasivamente ante los saberes, sino que los introyecta y emplea en su autogobierno. Finalmente, no se niega en ningún momento que la materialidad del cuerpo o de diversas fuerzas —como el propio VIH— juegue un papel. De allí que haya una diferencia sustantiva entre esta aproximación y aquellas que avanzan una posición en la cual la medicina es puramente ideológica, está controlada a cabalidad por el capitalismo y genera una sociedad irreflexiva y “dopada”.

³ Cabe aclarar que, metodológicamente, no resulta suficiente atender a los discursos y culturas visuales en abstracto. Habría que complementar abordajes como este con enfoques antropológicos o etnográficos que den cuenta de cómo se reciben y asimilan los saberes que estos medios pretenden transmitir.

las décadas de 1980 y 1990, cuando el activismo de las personas que vivían con VIH o con sida logró arrebatarse la discusión de la mano de los médicos y la abrió para incluir a diversos sectores sociales (véase también Kippax, 2010).

Lo que Nguyen describe es, en cierto sentido, consonante con lo aquí ya dicho, pues el auge de la biomedicalización por la vía del discurso del riesgo y su prevención arroja a la esfera de la racionalidad técnica un conjunto de reflexiones en torno a cómo se vive la sexualidad que no debieran colapsarse en una dimensión que pierda de vista las perspectivas de los propios sujetos o de los saberes humanísticos y sociales.

Lo anterior, sin embargo, no debe leerse como si ambas estrategias fueran una suerte de impostura. Como también nos recuerda Nikolas Rose (2009), la constatación de las dimensiones biopolíticas de diversos saberes y disciplinas no implica que sus logros sean espejismos. Es decir, constatar las dimensiones gubernamentales de la medicina preventiva no implica descreer de su importancia. Lo que sí implica es señalar dimensiones sociológicas que deben ser objeto de reflexión no para abandonar los frutos del saber médico, sino para problematizar sus mecanismos de operación.

Antes de hacer esa problematización es importante describir el contexto dentro del cual se desarrollaron las campañas de prevención del VIH-sida en los países analizados. En la siguiente sección presentamos una serie de datos que aportan este marco de lectura.

De la historia global de una pandemia

En un trabajo anterior señalábamos que el sida era, a la vez, un fenómeno biológico-epidemiológico, social y político (Mc Manus y Mercado-Reyes, 2016; véase también Smallman, 2007). Esta aseveración entraña una verdad que no es únicamente sociológica, sino también histórica. No es fácil comenzar a narrar la historia del sida, pues su ontología es fundamentalmente histórica —en el sentido de Hacking (2002)— y no únicamente por las diversas descripciones con las que se le ha buscado comprender desde comienzos de la década de 1980. Si la ontología del sida es histórica, esto se debe tanto a la historicidad de las nomenclaturas y los constructos gnoseológicos que lo han demarcado como fenómeno como a las diversas relaciones que llevaron al VIH a tener una distribución planetaria.

En cualquier caso, ya en la década de 1980 el sida estaba internacionalizado y hoy está francamente globalizado. Como todo fenómeno cuya ontología es histórica, el sida ha seguido transformándose. Si en la década de 1980 cobró visibilidad asociado con los homosexuales, los heroinómanos, los hemofílicos y los haitianos (las cuatro “H”), hoy en día se heterosexualiza, se ruraliza, pero también se racializa y estratifica en tanto se ha vuelto una afección que ya solo mata a los pobres; esos pobres que precisamente suelen estar racializados o cuyas historias de migración o desplazamiento los colocan en posiciones de vulnerabilidad agudizada.

A la vez, el sida exhibe una relacionalidad ecológica, pues no afecta de igual manera en cada rincón del planeta. A modo de ejemplo, pensemos en las diferencias entre el África subsahariana y Centroamérica, y en cómo esas regiones son distintas de Europa. En la primera región se vive una heterosexualización de la pandemia que no tiene comparación, lo cual, a su vez, ha desencadenado una feminización de la población que vive con VIH. En la segunda, los militares —y quizás más recientemente los Maras— han sido un vector del virus que ha fomentado su dispersión. La tercera, por el contrario —al menos la Europa comunitaria del Oeste— ha logrado, por la vía del Estado del bienestar, que disminuyan gradualmente las tasas de *incidencia* —nuevos casos— y *prevalencia* —número de individuos afectados sin importar cuándo contrajeron el virus— de

formas exitosas; para esta Europa, la migración se ha vuelto la nueva frontera en la lucha contra el sida.

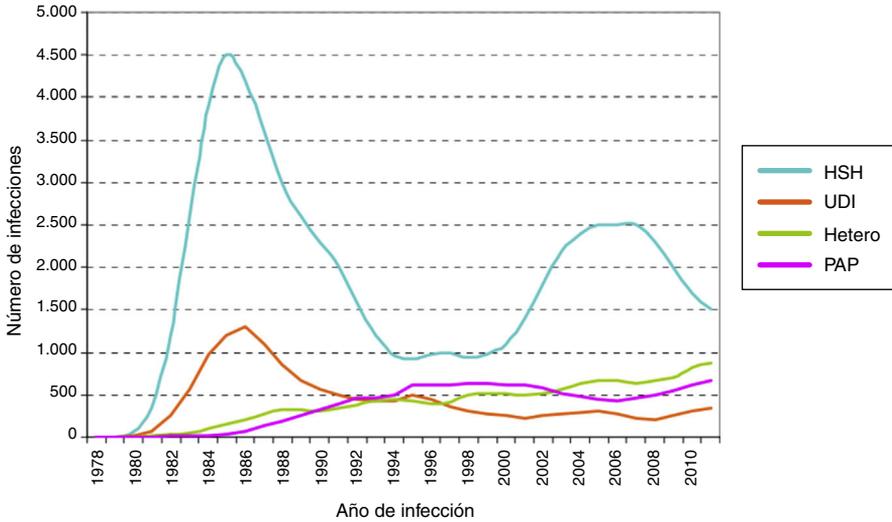
Es por ello que nuestro afán de comprender los imaginarios asociados a la prevención de este virus debe atender los diversos contextos “ecológicos” en los que se sitúa el VIH. Hace falta comprender mínimamente esta dimensión situada para entender cómo cada Estado ha respondido ante esta pandemia. Y es que, como uno de nosotros ha señalado en otros textos, la globalidad no implica la negación de la especificidad de lo local (Guerrero Mc Manus, 2016).

Nos interesa, por ello mismo, no solo comprender el caso mexicano, sino también atender las semejanzas y diferencias con otros contextos. De allí nuestro afán de comparar a México con Estados Unidos, Brasil y Alemania. Hemos elegido Estados Unidos por la importancia que este país tiene para México, tanto en el plano financiero como en el cultural y el migratorio. Hemos elegido Brasil por ser el país latinoamericano con la mayor población de personas seropositivas, pero también por ser un icono en la lucha contra el sida y por tener una composición demográfica cuya historia y cuya diversidad permiten interesantes comparaciones con México. Finalmente, escogimos Alemania porque este país —como Estados Unidos— recibe migrantes y es fuertemente multicultural; comprender cómo lidia con ello puede alumbrar también formas de pensar el sida en el contexto migratorio que atraviesa México y que incluye a Centroamérica y Estados Unidos.

Antes de una breve descripción de la situación del VIH y del sida en estos países entre 1985 y 2005, valgan un par de comentarios finales.

Primero, la creación en la década de los 1990 de ONUSIDA, con el impulso de la ONU y la OMS, sin duda hizo posible una acción concertada y global en contra de esta pandemia. Hizo posible, asimismo, que los países en vías de desarrollo o del Sur global accedieran a programas de financiación y a políticas de salud que no habrían podido implementar en solitario. Sin embargo, ONUSIDA ha generado una paradoja curiosa, y es que, hoy por hoy, es mucho más fácil conocer una serie de indicadores estandarizados para estos países de lo que es conocer datos similares para los países desarrollados o del Norte global. Esto ocurre porque esta agencia concentra datos del Sur, pero no del Norte. Este hecho tiene implicaciones epistemológicas que abordaremos más adelante.

Segundo, el periodo que abordamos —1985-2005— incluye tres importantes transiciones. Por un lado, la conversión del diagnóstico de VIH de una sentencia de muerte a una suerte de condición crónica si se tiene acceso a antirretrovirales. Por otro lado, el auge de nuevos medios digitales que irán desplazando a los medios aquí revisados. Por último, ONUSIDA comenzó a operar en la década de 1990 y muchos indicadores importantes no fueron introducidos en sus bases de datos sino hasta un periodo posterior al que nosotros revisamos. De allí que no dispongamos de datos sobre, por ejemplo, el nivel de conocimiento que una población dada tenía acerca de: a) cómo prevenir la infección por VIH; b) cómo usar correctamente el condón, y c) la importancia de llevar a cabo pruebas de detección periódicas tanto para la población en general como para poblaciones de trabajadores y trabajadoras sexuales (TS), hombres que tienen sexo con hombres (HSH), usuarios de drogas inyectables (UDI), personas trans (PT) y otras. Sin duda, estos datos habrían complementado lo que a nosotros nos interesa, pues nuestro estudio se coloca justamente en la intersección entre aquellos análisis que se enfocan en las políticas de salud del Estado y aquellos cuyo objetivo es comprender cómo el sujeto asimila en su vida el VIH, el sida o el riesgo que pueden suponerle.



HSH = Hombres que tienen sexo con hombres; UDI = Usuarios de drogas inyectables;
 Hetero = Transmisión heterosexual; PAP = Originarios de países con alta prevalencia de VIH

Gráfica 1. Número estimado de nuevas infecciones por riesgo de transmisión en Alemania para el periodo 1978-2011. Fuente: [ONUSIDA \(2012\)](#).

Alemania

En el periodo estudiado, y como se observa en la [gráfica 1](#), en este país el sector de la población que registró el mayor número de nuevas infecciones por VIH fue el de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH). En la década de 1980, a este grupo le siguió el de los usuarios de drogas inyectables (UDI), pero ya para mediados de la década de 1990 se vuelve mucho más importante el factor migración, es decir, los migrantes que provienen de países con alta prevalencia se vuelven el segundo grupo que más nuevas infecciones registra. Es solo de manera muy reciente que los contagios heterosexuales han desplazado los de este grupo, pero ello ocurre fuera del lapso aquí discutido ([ONUSIDA, 2012](#)).

A pesar de una marcada disminución de la incidencia posterior a 1986, el grupo que sigue registrando la mayor cantidad de nuevos casos es el de HSH. De hecho, se puede observar que, después del año 2000 y hasta 2008, hay un aumento en la incidencia en este sector, mientras que los demás se mantienen relativamente estables o muestran un muy ligero repunte.

Es difícil ofrecer un estimado del número de personas que viven con VIH para el periodo 1985-2005. Los datos disponibles se refieren sobre todo a los años 1990 tardíos y 2000 tempranos. Por ejemplo, de acuerdo con [ONUSIDA \(2000\)](#), en 1999 había 37,000 personas viviendo con VIH en Alemania, todas reportadas como adultos de entre 15 y 49 años de edad, y solo 7,400 como mujeres adultas de 15 años y más. Habría, según esta misma fuente, sólo 500 niños menores de 15 años. Lo anterior implica que el porcentaje de adultos que viven con VIH es del 0.1% y que la prevalencia en mujeres de 15 a 24 años estaría comprendida en un intervalo de 0.03 y 0.05, mientras que la prevalencia en varones de 15 a 24 años estaría comprendida en un intervalo de 0.05 y 0.14.

Ya para 2003, habría 43,000 personas viviendo con VIH, con aproximadamente 9,500 mujeres dentro de esta cifra ([ONUSIDA, 2004](#)). De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la

Cuadro 1
Estadísticas sobre VIH en Brasil para 1990, 1995, 2000 y 2005

Personas que viven con VIH	1990	1995	2000	2005
Total	290,000	360,000	460,000	580,000
Menores de 15 años	N/D	N/D	10,000	20,000
Mujeres mayores de 15 años	80,000	120,000	170,000	210,000
Prevalencia para la población de 15 años o más	0.4	0.4	0.4	0.5
Prevalencia en varones de 15 años o más	0.5	0.5	0.5	0.6
Incidencia para la población de 15 años o más	0.5	0.4	0.4	0.4

N/D: información no disponible.

Fuente: <http://aidsinfo.unaids.org/> [consultado 3 Dic 2016].

Salud (OMS), a comienzos del milenio el 55% de las infecciones se concentraban en HSH, con una tasa de contagios que, como ya se dijo, aumentó notablemente respecto de la década anterior. En ese periodo las tasas de contagio de sífilis también aumentaron para este mismo grupo (Matic, Lazarus y Donoghoe, 2006).

Los datos de Matic et al. (2006) coinciden en las tendencias que ONUSIDA (2012) reporta y que mencionamos anteriormente. De acuerdo con el primer estudio, en la última década del siglo xx, aproximadamente el 20% de las nuevas infecciones de VIH se encuentran en inmigrantes que provienen de países con altas tasas de prevalencia; el 15% adicional es explicable por medio del contagio heterosexual. Desde la década de 1990, el número y el porcentaje de UDI han disminuido, hasta llegar al 8% de las infecciones. Es decir, en Alemania la heterosexualización, aunque presente, es tardía y, para el periodo de nuestro interés, es secundaria con respecto a la migración y los contagios entre HSH.

Brasil

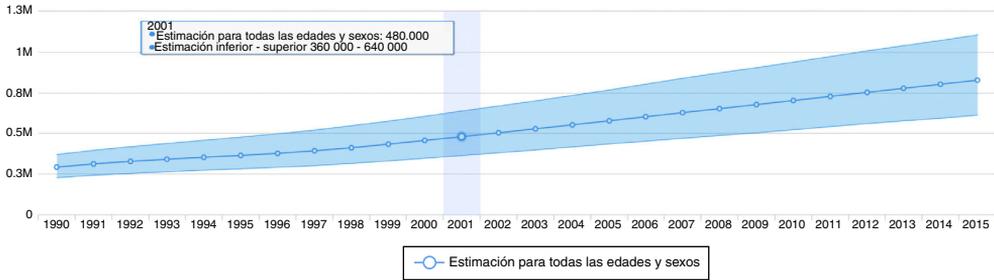
En comparación con Alemania, es mucho más fácil ofrecer un análisis detallado del caso brasileño, al menos en lo que a datos epidemiológicos refiere, ya que ONUSIDA ofrece en su sitio en línea (consultado el 3 de diciembre de 2016) información sobre ese país para el periodo de 1990 a 2005. Como se observa en el cuadro 1, elaborada a partir de dicha información, hacia 1990 en Brasil había 290,000 personas viviendo con VIH, 80,000 de las cuales eran mujeres mayores de 15 años. La tasa de prevalencia era del 0.4% para la población de 15 años o más (290,000 personas en total) y 37,000 casos nuevos (es decir, una tasa de incidencia del 0.5%) en dicha población.

Cinco años después, en 1995, los números absolutos habían aumentado, con 360,000 personas viviendo con VIH, de las cuales 120,000 eran mujeres mayores de 15 años. Sin embargo, si bien la prevalencia permanece sin cambios, la incidencia es para entonces de 0.4% para la población de 15 años o más, esto es, comienza a disminuir. Para el año 2000, el número de personas viviendo con VIH ha aumentado a 460,000, y las tasas de prevalencia e incidencia se mantienen sin cambios, es decir, tanto los casos totales como los casos nuevos se mantienen en la misma proporción con respecto a la población total del país.

Para 2005, año en el cual ya hay en Brasil 580,000 personas viviendo con VIH, vemos un repunte en la prevalencia hasta alcanzar el 0.5% para la población de 15 años o más y el 0.6% en varones de 15 años o más. Dado que ello ocurre sin que la incidencia aumente, es posible que esto se deba a una disminución en las muertes ocasionadas por VIH. Esto último es compatible con

BRASIL

Personas viviendo con VIH (de todas las edades)



Gráfica 2. Número de personas que vivían con VIH entre 1990 y 2015 en Brasil.

Fuente: <http://aidsinfo.unaids.org/> [consultado 3 Dic 2016].

lo que se observa en las [gráficas 2 y 3](#), en las cuales vemos un aumento en el número de personas viviendo con VIH y en su prevalencia.

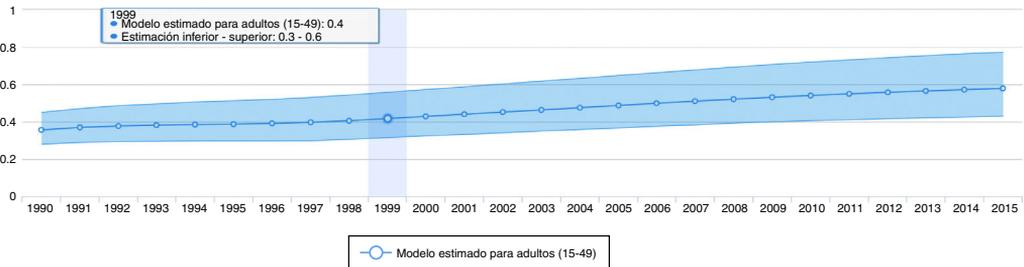
Tristemente, y a diferencia de lo que vimos para Alemania, no disponemos de datos sobre las incidencias y prevalencias por grupos demográficos, ni tampoco sobre las correlaciones que pudieran existir con aspectos como la clase, la raza, la migración o la oposición urbano/rural.

Estados Unidos

Curiosamente, Estados Unidos representó un reto, pues los datos epidemiológicos que [ONUSIDA \(2000\)](#) proporciona no concuerdan con los que el propio Centro de Control de Enfermedades de ese país (CDC) proporciona en su portal de internet.

Esto se observa sobre todo al comparar los datos de 1999 que registra ONUSIDA con los del CDC para el periodo de 1996 a 2000. Según la primera fuente, en 1999 habría en Estados Unidos unas 850,000 personas viviendo con VIH; de estas, 840,000 eran adultos entre 15 y 49 años, 170,000 mujeres adultas entre 15 y 49 años y 10,000 niños menores de 15 años de edad. El porcentaje de la población adulta que vivía con VIH era del 0.61% y la prevalencia en mujeres de entre 15 a 24 años se localizaba en un intervalo del 0.16 al 0.3%, mientras que la prevalencia en varones de entre 15 a 24 años se localizaba en un intervalo del 0.25 al 0.75%.

Prevalencia de VIH en adultos (15-49)



Gráfica 3. Prevalencia entre adultos de 15 a 49 años de edad, entre 1990 y 2015, en Brasil.

Fuente: <http://aidsinfo.unaids.org/> [consultado 3 Dic 2016].

Cuadro 2
Estadísticas sobre VIH en México para 1990, 1995, 2000 y 2005

Personas que viven con VIH	1990	1995	2000	2005
Total	48,000	140,000	150,000	150,000
Menores de 15 años	< 500	1,100	1,800	2,500
Mujeres mayores de 15 años	7,000	21,000	25,000	27,000
Prevalencia para la población de 15 años o más	0.1	0.3	0.3	0.2
Prevalencia en varones de 15 años o más	0.2	0.5	0.5	0.4
Incidencia para la población de 15 años o más	0.7	0.3	0.2	0.2

N/D: información no disponible.

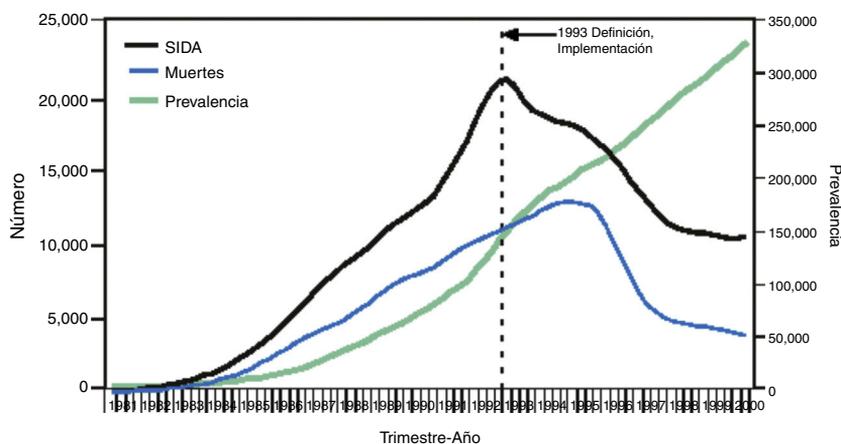
Fuente: <http://aidsinfo.unaids.org/> [consultado 3 Dic 2016].

En contraste, para el periodo de 1996 a 2000 el CDC reportó 204,730 casos de varones (77.4%) y 59,672 casos de mujeres (22.6%) que vivían con VIH. No hace falta ninguna herramienta que vaya más lejos de la aritmética más básica para dejar en claro que la diferencia es abismal.

Como sea, al atender al [cuadro 2](#), lo que observamos es una clara racialización de la epidemia. Y si bien esta racialización implica que aumenta el porcentaje de latinos, nativos americanos y asiáticos americanos, el grupo que aumenta en mayor proporción es el de los afroamericanos, que alcanzan a finales del siglo xx el 44.9% de los casos de personas que viven con VIH.

Un segundo elemento digno de notarse es el aumento proporcional en mujeres, aunque no alcanza a ser tan sorprendente como el que se vincula con aspectos raciales.

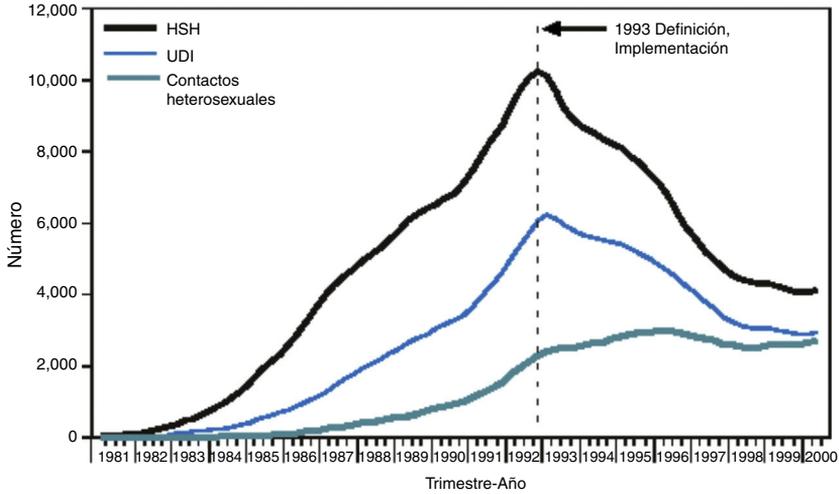
En las [gráficas 4 y 5](#) podemos notar que 1993 fue un año fundamental en la política pública de Estados Unidos, ya que es entonces cuando se da un punto de inflexión en la incidencia, lo cual, de acuerdo con el CDC, es explicable por la implementación exitosa de diversas campañas de prevención. Ahora bien, no sería sino hasta mediados de esa década cuando el número de casos asociados al VIH comenzó a disminuir. Asimismo, como se observa en la



Gráfica 4. Estimaciones sobre la incidencia de sida en Estados Unidos, sus muertes asociadas y su prevalencia entre 1981 y 2000.

Sida (negro), muertes asociadas (azul), prevalencia (verde). El año 1993 está señalado como el punto de inflexión para la incidencia.

Fuente: Centro de Control de Enfermedades [consultado 27 Nov 2016]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5021a2.htm>



Gráfica 5. Número de casos de sida en hombres que tienen sexo con hombres, en usuarios de drogas inyectables y en contactos heterosexuales entre 1981 y 2000.

Hombres que tienen sexo con hombres (HSM o MSM en inglés; en negro), usuarios de drogas inyectables (UDI o IDU en inglés; en azul), contactos heterosexuales (verde). El año 1993 está señalado como el punto de inflexión para la incidencia.

Fuente: Centro de Control de Enfermedades [consultado 27 Nov 2016]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5021a2.htm>

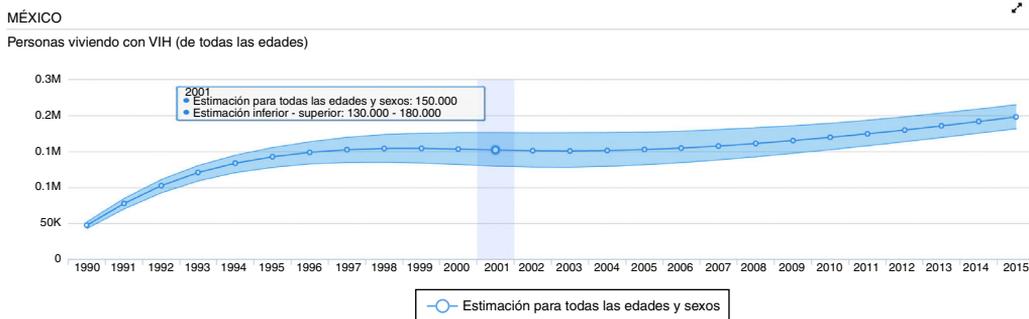
gráfica 5, es a partir de 1993 cuando comienzan a disminuir los casos de sida tanto para HSH como para UDI y heterosexuales. Ello probablemente se debe al éxito de las terapias a base de antirretrovirales.

Además, quisiéramos mencionar como, a pesar de que el propio CDC emplea descriptores conductuales para delimitar grupos vulnerables, se habla sin embargo de hombres que tienen sexo con hombres o de usuarios de drogas inyectables, pero no de personas heterosexuales, sino únicamente de contactos heterosexuales; es decir, en este último caso el sujeto del acto no se incluye en el término descriptivo, mientras que en los dos primeros sí.

México

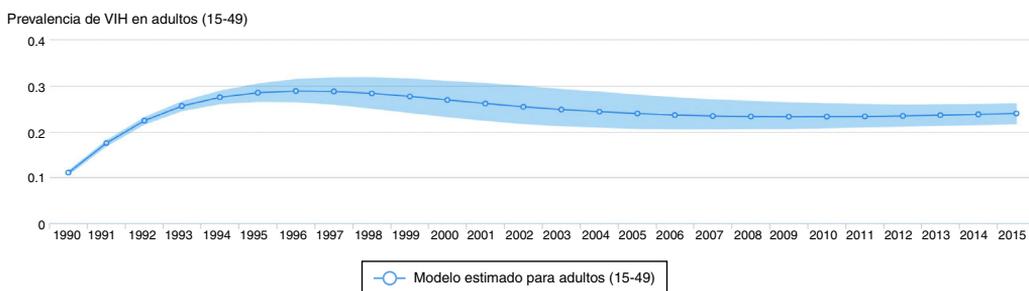
Finalmente, para nuestro país, y de acuerdo con el sitio en línea de ONUSIDA, lo que observamos —que se encuentra resumido en el cuadro 2 y representado en las gráficas 6 y 7 es un aumento en el número de personas que viven con VIH: de 48,000 en 1990 a 150,000 en 2005. Sin embargo, a pesar de que la prevalencia llegó a alcanzar el 0.3% para la población de 15 años y más o del 0.5% cuando nos enfocamos en varones, lo cierto es que para 2005 teníamos una disminución que llegó a 0.2% para la población general y al 0.4% para varones. Ello acompañado de una disminución en la incidencia, la cual pasó del 0.7% en 1990 al 0.2% en 2005.

En un trabajo anterior (Mc Manus y Mercado-Reyes, 2016) hemos comentado a profundidad algunas de las posibles causas de tal disminución y que algunos autores vinculan al éxito de los programas implementados por el gobierno a nivel federal y estatal. Dado lo anterior, en esta ocasión no ahondaremos en más detalles sobre este aspecto.



Gráfica 6. Número de personas que vivían con VIH de 1990 a 2015 en México.

Fuente: <http://aidsinfo.unaids.org/> [consultado 3 Dic 2016].



Gráfica 7. Prevalencia entre adultos entre 15 y 49 años de edad, 1990 a 2015, en México.

Fuente: <http://aidsinfo.unaids.org/> [consultado 3 Dic 2016].

Cerramos pues señalando que, al igual que para Brasil, ONUSIDA no ofrece para este periodo datos acerca de grupos específicos, como sí ocurre en Estados Unidos o Alemania. Ello es sin duda una limitante para el análisis que aquí se ofrece.

Del archivo: la cultura visual de la prevención del VIH/sida

La irrupción del VIH y del sida en la década de 1980 tuvo, como ya hemos dicho, una dimensión política. En primer lugar, el sida modificó el tipo de discursos y demandas que caracterizaron a las contraculturas asociadas con la diversidad sexual que se habían consolidado en la década de 1970 (Guerrero Mc Manus, 2015). Si en ese momento el Movimiento de Liberación Homosexual (MLH) centraba sus esfuerzos en denunciar la persecución y en elaborar una crítica al Estado y la familia, en la década de 1980, y ante el shock que representó esta pandemia, muchos grupos se concentraron en crear redes de solidaridad para lidiar con las muertes, mientras se exigía al Estado una respuesta que incluyera el derecho a la salud para las personas que vivían con VIH.

Lo anterior llevó a que muchos colectivos que habían nacido como parte del MLH se reinvencionaran ahora como grupos de lucha contra el sida y no únicamente para poblaciones LGBT, sino para el grueso de las poblaciones vulnerables. Fueron estos grupos los que crearon redes internacionales que comenzaron a dialogar con gobiernos y actores supranacionales para impulsar esfuerzos concertados tanto a nivel médico como a nivel de derechos humanos (Guerrero Mc Manus, 2015).

Y es en ese contexto donde tanto Nancy Cárdenas como Juan Jacobo Hernández y el Colectivo Sol comienzan a salvaguardar diversos documentos de esta época, incluso folletos y demás herramientas empleadas en la prevención. Algunos de estos documentos habían sido generados por ellos mismos, algo especialmente claro en el caso del Colectivo Sol, mientras que otros fueron conservados quizás simplemente para conocer el tipo de herramientas desarrolladas en otras latitudes y por otros grupos.

A la postre, ambos archivos servirían para la creación del llamado Fondo I, Identidad, Diversidad, Disidencia y Derechos Sexuales, a partir justamente de las donaciones del Centro de Documentación y Archivo Histórico Lésbico de México, América Latina y el Caribe “Nancy Cárdenas” A.C. y del archivo del propio Colectivo Sol. Este fondo se encuentra hoy en día bajo la custodia de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) dentro del Centro Académico para la Memoria de Nuestra América (CAMENA).

El fondo incluye materiales depositados en 51 cajas que comprenden múltiples aspectos de la historia de las disidencias sexuales en México y de la lucha contra el sida. Fue en esta segunda parte del archivo donde emprendimos la presente investigación y es, precisamente, por los años que esta parte del archivo tiene representados que nos enfocamos en el periodo de 1985 a 2005, lo cual, además, permite trazar, como hemos dicho, un análisis de los cambios en la ecología de medios empleados en dicha prevención.

Como se muestra en el [cuadro 3](#), revisamos 666 materiales. De estos, 177 proceden de Alemania, 87 de Brasil, 178 de Estados Unidos y 224 de México. Para estos últimos dos países, y dada la riqueza de materiales, llevamos a cabo una selección. Nos enfocamos en siete entidades federativas de México —Baja California, Baja California Sur, Ciudad de México, Jalisco, Michoacán, Nuevo León y Oaxaca— y en las campañas federales. Esta selección nos permite atender a diversas zonas geográficas, pues incluye las tres zonas metropolitanas más grandes de México: la costa del Pacífico, el Sur y tres estados de la frontera norte. Para Estados Unidos, nos enfocamos en las ciudades de San Francisco, Nueva York y Washington, lo cual permite atender las dos costas y tres de las ciudades más importantes.

Aunque es complicado determinar la representatividad de los materiales allí contenidos —pues no hay datos acerca de los criterios empleados en la recolección—, es claro que la selección la llevaron a cabo personas que están y estuvieron en los momentos más duros de la pandemia y que de primera mano emprendieron acciones contra esta, lo cual nos permite suponer que comprendían a cabalidad la importancia de conocer los diversos materiales empleados en la lucha contra el sida.

Lo anterior, por ejemplo, queda claro cuando atendemos a la diversidad de materiales allí contenidos, que comprende: a) libros o librillos; b) trípticos o folletos; c) postales; d) portavasos; e) porta-condones; f) cómics; g) fotonovelas; h) separadores de libros, e i) estampas o estampillas. Se puede afirmar que, al coleccionar los materiales del c) al i), se tenía en claro que la importancia de los mismos no radicaba únicamente en sus contenidos informativos, sino también en su portabilidad y su configuración material.

Es decir, el archivo tiene la virtud de reconocer que no únicamente importa el tipo de conocimiento que se comunica, sino cómo se hace accesible. De allí que, por ejemplo, resulte interesante analizar medios tales como los porta-condones, que no únicamente ofrecen un condón, sino que lo acompañan de información relevante. O, a modo de segundo ejemplo, las postales, los cómics y las fotonovelas, en las cuales el aspecto visual es mucho más importante que el aspecto conceptual.

Por esta razón es que, metodológicamente, nos hemos aproximado al archivo siguiendo las herramientas de los llamados estudios sobre medios —*media studies*— (Brennen, 2013, ofrece una útil introducción a este campo). En general, como hemos detallado anteriormente (Mc

Cuadro 3
Comparativo del tipo de folletería cada país

Tipo de medio	Alemania	Brasil	Estados Unidos	México
Libro/librillo	23	19	24	10
Tríptico o folleto	54	50	149	155
Postal	77	11	3	47
Portavasos	9	—	—	1
Porta-condones	2	2	—	1
Cómic	6	5	2	4
Fotonovela	4	—	—	1
Separador de libros	—	—	—	5
Estampillas	2	—	—	—
Total	177	87	178	224

Fuente: el material aquí analizado se encuentra en el Fondo I del CAMENA-UACM.

Manus y Mercado-Reyes, 2016; véase también Hentschel, 2014; y para el caso concreto de las relaciones entre análisis comunicacionales y VIH, véase Airhihenbuwa y Obregon, 2000; Gillett, 2003; Lupton, 1994; Treichler, 1987), esto implicó atender a las formas en que el significado de nuestros actos comunicacionales está mediado por las configuraciones materiales con las cuales se comunica un mensaje. Asimismo, requiere reconocer las diversas posiciones —que rara vez se traslapan plenamente— ocupadas tanto por el emisor como por el receptor; es decir, atender a la diferencia de los contextos de génesis y recepción de un mensaje (Hall, 2012).

A la luz de lo anterior es que dividimos los materiales en tres grupos: el primero comprende libros, librillos y folletos con texto como eje comunicacional; el segundo comprende postales, cómics y fotonovelas, en donde los elementos pictóricos, como dibujos o fotografías, son centrales; finalmente, un tercer grupo en el cual texto e imagen son igualmente importantes.

En todos los casos nos interesó determinar el público, el mensaje y el emisor. Nos interesó, asimismo, reconocer si el público estaba delimitado interseccionalmente por aspectos tales como: a) el género; b) la orientación sexual; c) la etnicidad; d) la edad; e) la nacionalidad; f) la condición rural o urbana; g) la ocupación; h) el nivel educativo, e i) la pertenencia a grupos vulnerables.

En los mensajes que emplean texto como eje comunicacional nos interesó reconocer si el lenguaje empleado era principalmente declarativo y presuntamente neutro o si, por el contrario, se empleaban —y cómo— modalidades interrogativas o imperativas; dado el ejercicio comparativo, también nos importó atender a las diversidades lingüísticas que se observan en las campañas. Para los mensajes que utilizan imágenes nos interesó distinguir el rol que estas juegan como recurso comunicacional —auxiliar o preponderante— y el tipo de información que comunican; en los mensajes donde hay representaciones de seres humanos, nos interesó especialmente atender a cómo se figuran las múltiples diversidades.

Ahora bien, con respecto al contenido, nuestro análisis se concentró en reconocer si dichos mensajes transmitían información sobre: a) modos de transmisión; b) prácticas de prevención; c) derechos humanos de las personas que viven con VIH; d) métodos de diagnóstico e importancia de las pruebas regulares; e) información acerca de las terapias y su accesibilidad; f) riesgo de sufrir una infección oportunista, y g) información acerca de hospitales y clínicas que proveen atención médica.

Finalmente, con respecto al tipo de públicos, nos interesó no únicamente detectar cómo se concebía al llamado “público en general”, sino también los diversos sectores vulnerables. Asimismo, nos importó identificar a los tipos de actores que producían dichas campañas, por

ejemplo, organismos supranacionales como ONUSIDA, organismos nacionales como CENSida, organizaciones de la sociedad civil, universidades o instituciones médicas, etcétera.

Algunos de estos elementos se encuentran resumidos en el [cuadro 4](#), donde se observan, de manera comparativa, tanto los años del material revisado para cada país y la cobertura geográfica de las campañas como los principales agentes involucrados en la creación de dichos materiales. Por último, se presentan también las diversas estratificaciones que cada país emplea para detectar públicos relevantes.

Alemania

Entrando de lleno a los resultados específicos para cada país, podemos decir que en Alemania se destaca una campaña de alcance nacional cuyo nombre es “*Gib AIDS keine Chance!*” (¡No le des oportunidad alguna al sida!). Esta campaña produjo folletería en una gran cantidad de lenguas: alemán, inglés, francés, griego, español, portugués, árabe, turco, ruso, polaco y checo; lo anterior refleja claramente la importancia que el Estado alemán concede a la migración no únicamente como un factor central que ha modificado la demografía alemana, sino como una variable epidemiológica en la lucha contra el sida ([fig. 1](#)).

Hay, en todas las lenguas, un núcleo de información básica estandarizada que incluye aspectos tales como qué es el VIH, qué es el sida, cómo se transmite el virus, la importancia de la detección y la prevención y el rechazo al estigma. Los mensajes principales son varios, de entre los que destacan —además de los aspectos ya mencionados— la importancia del uso del condón, los derechos humanos de los que viven con VIH, cuáles son las pruebas de detección y la importancia de una nutrición adecuada y de una educación sexual para prevenir infecciones. Menos común fue la invitación a realizar ejercicio si se es una persona que vive con VIH.

En todos los mensajes es notable la calidad de la impresión. Esta campaña apostó no únicamente por trípticos y folletos, sino también por numerosas postales con imágenes muy bien logradas que buscaban no únicamente transmitir textos cargados de información, sino llamar la atención del interpelado o interpelada.

Eso sí, dada la importancia de crear imágenes que pudieran ser reconocidas por personas de diversas partes del mundo, hay postales en las cuales se emplean imágenes que han recorrido el mundo, por ejemplo, las producidas por el famoso artista Touko Valio Laaksonen, mejor conocido como Tom of Finland. Lo anterior ilustra cómo, en Alemania, la portabilidad del medio es importante al igual que su atractivo visual, con colores y con imágenes y mensajes que despiertan el interés de la población a la que se dirige.

Vale la pena hacer notar que el énfasis en la diversidad cultural y lingüística no únicamente ocurre por motivos de migración. Un segundo elemento que lo impulsa, pero que es claramente diferente al mencionado, es el turismo. Este se incorpora pensando en que Alemania es, a la vez, un país receptor y emisor de turistas. Esto último contrasta fuertemente con el caso de Brasil, ya que los materiales brasileños generalmente dan cuenta de su carácter como destino turístico ([fig. 3](#)), pero en ningún momento interpelan a los brasileños que puedan ir de viaje a otros países.

La folletería alemana representa una enorme variedad de cuerpos y sujetos con variables como la edad, la lengua, la identidad, las prácticas sexuales, la etnicidad, el género, la orientación sexual, etcétera. Ello incluso se refleja en la especificidad de medios como los cómics y las fotonovelas, en los que encontramos mensajes dirigidos a públicos altamente específicos y que invocan lenguajes y situaciones familiares al público dirigido.

En otro ámbito, destaca la existencia de folletos que informan de acciones extraterritoriales emprendidas por el Estado alemán en África y otras regiones ([fig. 2](#)); un ejemplo lo encontramos

Cuadro 4
Comparativo de la folletería por país, atendiendo a las particularidades de producción del medio

Información general sobre el medio	Alemania	Brasil	Estados Unidos	México
Alcance a nivel de país, ciudad o región	Existen campañas de alcance nacional; asimismo, las hay enfocadas en las ciudades de: Berlín, Einsiedeln, Eschborn, Frankfurt, Hamburgo, Köln, München, Würzburg	Existen campañas de alcance nacional y otras más que son impulsadas desde ciudades o municipalidades como Sao Paulo, Porto Alegre, Salvador de Bahia, Florianopolis, Petropolis, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro; y se informa de la existencia de grupos de apoyo en otras siete ciudades	Se revisaron campañas para los estados de California y Nueva York y para la ciudad de Washington D.C. y sus estados aledaños (Virginia y Maryland)	Existen campañas de alcance nacional; asimismo, se hizo una selección y se revisaron los estados de Baja California, Baja California Sur, Ciudad de México, Jalisco, Michoacán, Nuevo León y Oaxaca
Años/periodo	1987-1993, 1996-1998	1988-1994, 1996-1997, 2000-2001, 2004	1984-1985, 1987-1991, 1992-1993, 2001, 2004	1985-1988, 1990-1994, 1999-2000, 2003-2005
Autor/patrocinador	Diversos ministerios del gobierno alemán (RFA), gobiernos de ciudades o estados, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., United Colors of Benetton, Glaxo-Wellcome, estaciones de radio temáticas (e.g., El Doradio, estación LGB)	Programa Nacional de DST/AIDS, diversas municipalidades, apoyos de los gobiernos francés y alemán y de fundaciones como las fundaciones Ford y MacArthur; UNESCO, ONU, grupos activistas (e.g., Grupo Gay da Bahia), Banco do Brasil, Instituto de Estudos da Religiao	Whitman-Walker Clinic, Pierce County AIDS Foundation, San Francisco AIDS Foundation, Proyectos de la City University of New York y de la Universidad de Columbia, The Ryan Center, State of New York, City of New York, AIDS Community Research Initiative America (ACRIA), American Foundation for AIDS Research	CONASIDA, CENSIDA, Secretaría de Salud, múltiples organizaciones no gubernamentales, universidades, gobiernos de los estados, organismos desconcentrados, farmacéuticas

Cuadro 4 (continuación)

Información general sobre el medio	Alemania	Brasil	Estados Unidos	México
Público al que va dirigida la información	Público general (reconociendo su estratificación), jóvenes, personas LGB como grupo o cada sector por separado, niños, padres de niños con el fin de evitar que estos últimos se vuelvan usuarios de drogas; afiliados de prácticas sexuales varias, como el S/M, bondage o “lluvia dorada”; turistas/viajeros; amigos y familiares de personas que viven con VIH, trabajadores sexuales y gente en busca de centros de apoyo psicológico y de detección	Público general (reconociendo su diversidad étnica), mujeres bisexuales y lesbianas, hombres homosexuales, sectores religiosos, trabajadores y trabajadoras sexuales, amigos y familiares de personas que viven con VIH/sida, personas que viven con VIH, usuarios de drogas, adolescentes, turistas, donadores de sangre, mujeres trans	Público general (reconociendo diversidad étnica, lingüística y migratoria), HSH, hombres homosexuales, hombres homosexuales o bisexuales afroamericanos, hombres homosexuales o bisexuales latinos, personas de color (incluyendo asiáticos), latinos y latinas, afroamericanos, personas heterosexuales, mujeres, mujeres embarazadas, mujeres lesbianas, usuarios de drogas y alcohol, amigos y familiares de personas que viven con VIH/sida, personas que viven con VIH/sida, personas que laboralmente conviven con personas que viven con VIH/sida, población carcelaria	Público general, jóvenes, HSH, mujeres, mujeres embarazadas, turistas, migrantes, trabajadores sexuales, militares, estudiantes universitarios, maestros, personal médico, personas seropositivas, activistas, familias y deportistas

Fuente: el material aquí analizado se encuentra en el Fondo I del CAMENA-UACM.

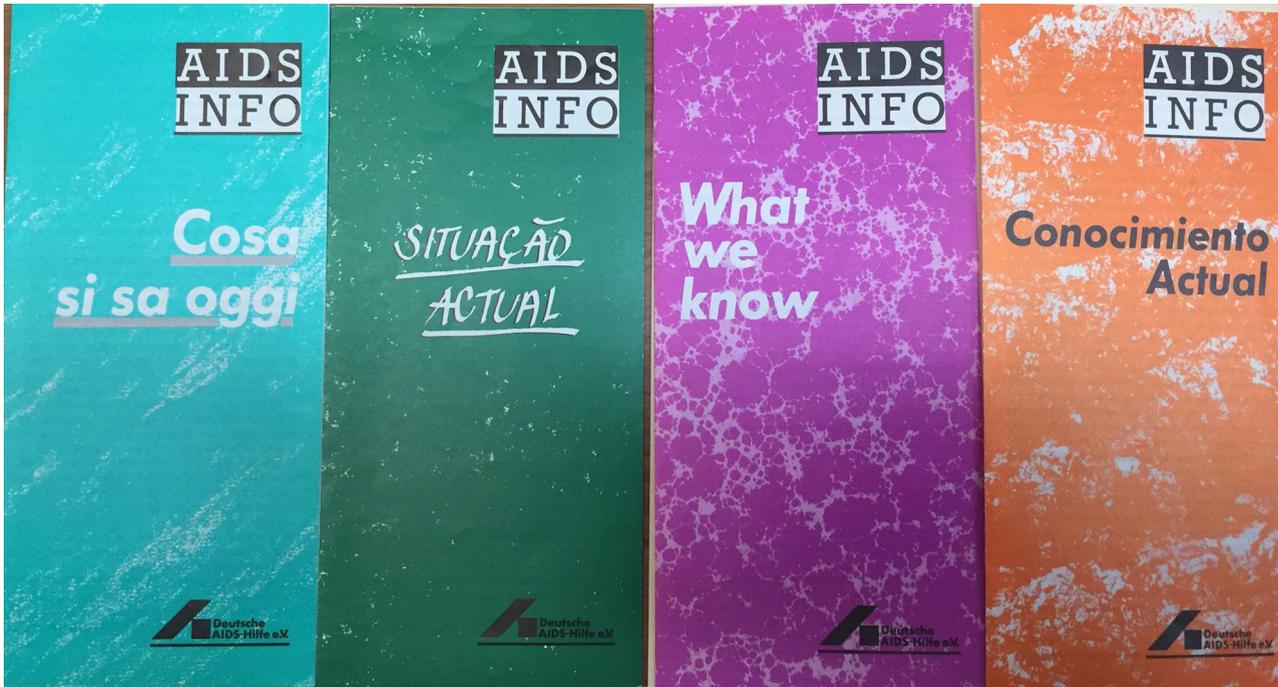


Figura 1. Folletos de Alemania (Deutsche AIDS-Hilfe e. V.) en diversos idiomas.

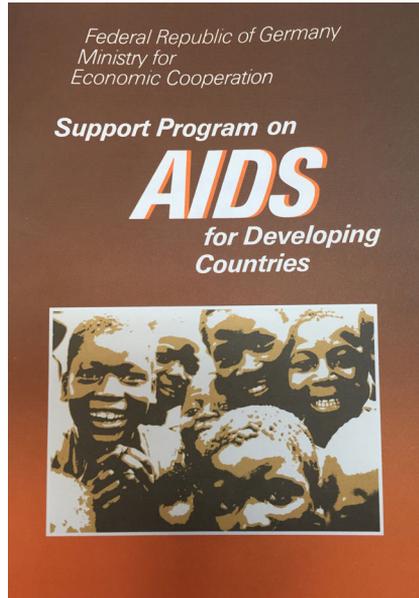


Figura 2. Folleto informativo acerca de campañas extraterritoriales de Alemania.

en las acciones emprendidas por el *Medical Mission Institute Würzburg*. En algunos casos, los mensajes incluso invitan a ser parte de las pruebas clínicas o informar acerca del estado del arte de la investigación contra el VIH.

Finalmente, quisiéramos señalar otros dos elementos. Por un lado, como ocurre en México, en la década de 1980 gran parte de la folletería alemana enfatiza la fidelidad sexual como método de



Figura 3. Folleto multilingüe de Brasil, que se refiere a su popularidad como destino turístico.

prevención, pero esta situación se abandona en la década siguiente, a diferencia de lo que ocurre en México, donde el discurso de abstinencia y fidelidad disminuye, pero aún resulta visible en los materiales del archivo. Por otro lado, a pesar de que encontramos folletos que anteceden a la unificación, los materiales depositados en el archivo provienen únicamente de la República Federal Alemana; esto es, sin duda, una lástima, pues hizo imposible contrastarlos con los que su contraparte socialista pudo haber implementado.

Brasil

Uno de los elementos más llamativos de las campañas de prevención brasileñas tiene que ver con la presencia de un discurso religioso de carácter protestante en numerosos folletos que suelen ser financiados por organismos como iglesias, congregaciones, ministerios, etcétera. En estos materiales se invita a no discriminar, a acompañar a las personas afectadas “de manera cristiana” —es decir, por la vía del cuidado y el involucramiento— y a no suponer que el VIH es una suerte de castigo para el pecado.

Dejando esto de lado, Brasil, al igual que Alemania, produce folletos en diversos idiomas: portugués, español e inglés; si incluimos folletos dedicados a los turistas, entonces esta diversidad de lenguas se expande con la inclusión de alemán, italiano y francés (fig. 3).

Muchos de los contenidos de estos materiales son comunes a los que podríamos encontrar en otras partes del mundo. Por ejemplo, en algunos se explica la diferencia entre sexo seguro y sexo protegido para, posteriormente, señalar las posibilidades eróticas que pueden encontrarse en una u otra modalidad.

Es de destacar, asimismo, que en Brasil había grupos interdisciplinarios que muy pronto comprendieron que el sida no podía abordarse desde una perspectiva única. Por ejemplo, la *Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS* (Asociación Brasileña Interdisciplinaria de sida; ABIA por sus siglas en portugués). Esto claramente se refleja en un abordaje muy elaborado en algunos de sus folletos, donde se buscaba incorporar reflexiones sobre la salud, la lucha contra la discriminación, la importancia de la prevención, etcétera, en un discurso que interpelara a las poblaciones a las que iba dirigido y las informara acerca de todas estas dinámicas.

Brasil, al igual que los países incluidos en este estudio, tiene folletería dedicada al “público en general”, pero también a públicos más específicos. Es de destacar que aquí encontramos folletos dedicados a dos sectores que los demás países dejaron fuera.

Por un lado, encontramos folletos dedicados a familiares y amigos de las poblaciones carcelarias. En estos se les informa acerca de la importancia de atender a las personas que están confinadas en penitenciarías y que suelen ser dejadas de lado por los servicios de salud y prevención relacionados con el VIH y el sida.

Por otro lado, Brasil fue el único país que produjo, al menos en estos años y para el material revisado, contenidos dirigidos a las poblaciones trans (travestis, transgéneros y transexuales). Esto se llevó a cabo gracias al esfuerzo coordinado de cinco organizaciones que se presentan a sí mismas como grupos de “travestis y transformistas” que tienen presencia en las principales ciudades brasileñas (fig. 4).

Estados Unidos

Quizás el elemento más característico de las campañas estadounidenses sea que en los libros o librillos hay un claro patrocinio de empresas que buscan transmitir la imagen de que están comprometidas socialmente. Ejemplos de ello son empresas como Starbucks o Dun-

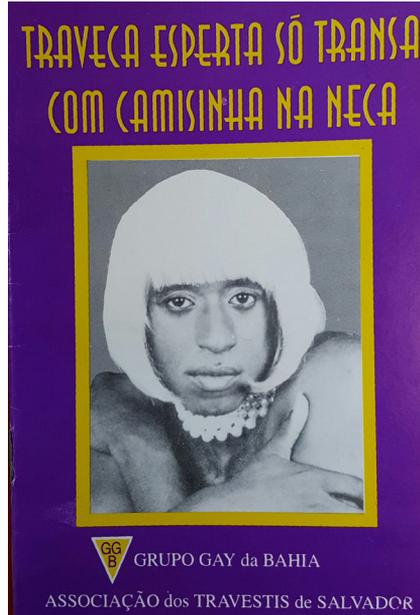


Figura 4. Portada de un folleto informativo dirigido a la comunidad trans brasileña. Su contenido no solo incluye medidas de prevención de VIH, sino también consejos acerca de cómo lidiar con posibles escenarios de violencia.

kin' Donuts, cuyos logos aparecen junto a mensajes que nos hablan acerca de la relevancia de prevenir nuevas infecciones y de luchar por la vida de las personas que ya viven con el VIH. Suponemos que este elemento tan característico obedece a que las campañas están, al menos en parte, financiadas por estos patrocinios y no ya por el Estado u organismos como ONUSIDA.

Los idiomas que encontramos en estos materiales incluyen inglés, español y, en menor medida, chino. El español que se usa no es necesariamente estándar, como el que se usa en México, Brasil o Alemania, sino que incluye en muchas ocasiones términos en inglés, como el propio acrónimo “aids” (fig. 5).

Sobre los contenidos, también aquí se reconoce la importancia de erotizar el sexo seguro y el sexo protegido cuando se interpela a comunidades específicas.

Hay, también, folletos que explican el significado de las pruebas de laboratorio y su relevancia, o folletos en los cuales se habla de la importancia de una buena alimentación y de la higiene diaria. Había incluso un cómic que detallaba la historia de la dispersión global del VIH.

De igual manera encontramos folletos dirigidos a la población afroamericana y en los que se informa de los vínculos entre racismo y homofobia, y de cómo han obstaculizado la lucha contra el sida (fig. 6). Esta intersección entre raza/etnicidad y homofobia es algo que no aparece, al menos en estos términos, en ninguna otra campaña revisada para los demás países.

Además, en los materiales producidos en Estados Unidos encontramos folletos con un tono religioso —aunque sin llegar a los niveles de Brasil— que apelan a la solidaridad cristiana, al cuidado pastoral y a la no discriminación.



Figura 5. Folletos de Estados Unidos (California y Nueva York) dirigidos específicamente a la comunidad latina.

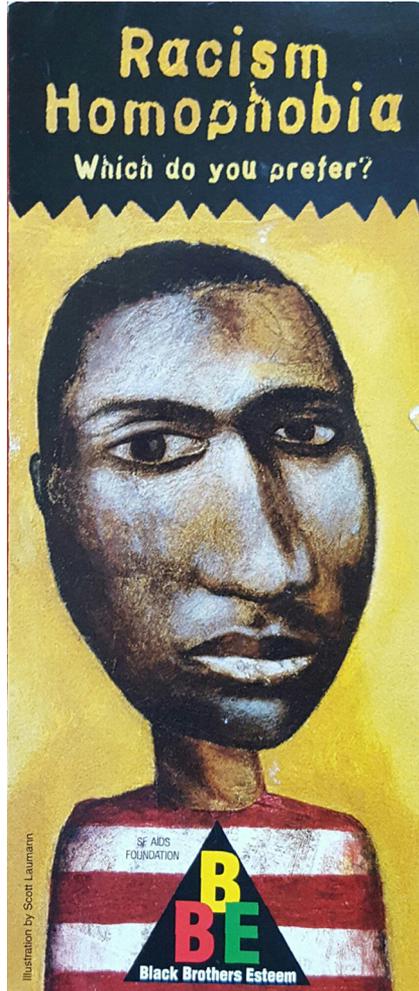


Figura 6. Folleto de Estados Unidos (Nueva York) dirigido a la comunidad afroamericana.

En lo que a usuarios de drogas inyectables se refiere, en un cómic de Estados Unidos encontramos una explicación de cómo desinfectar las agujas con cloro. Allí mismo se aclara que el cloro no debe ingerirse, pues es altamente tóxico. Esto nos llamó la atención, pues implica un reconocimiento de que no se puede pedir a los usuarios de drogas intravenosas que simplemente dejen de consumir, sino que debe explicárseles cómo prevenir el riesgo a contraer el VIH.

Finalmente, y como un triste recordatorio de lo devastador que fue el sida en las décadas de 1980 y 1990 tempranos, en la ciudad de San Francisco había materiales que invitaban a las personas que vivían con sida a que “pusieran sus asuntos en orden”, es decir, que hicieran testamentos en anticipación a lo que vendría casi inexorablemente.

México

Como ya hemos mencionado, anteriormente publicamos un estudio específico para el caso mexicano, así que solo mencionaremos tres de los elementos que consideramos más relevantes para nuestra comparación.⁴

Primero, es de destacar que en México no encontramos lenguas indígenas en ninguno de los materiales y, a nivel de representaciones sobre la diversidad étnica del país, lo que encontramos es que el cien por ciento de los materiales revisados tiene como población objetivo a lo que podríamos caracterizar como “el mestizo mexicano”, es decir, poblaciones que no se identifican como indígenas sino que reivindican una herencia racial diversa.

Segundo, en México la inmensa mayoría de los materiales son producidos por el Estado, organismos descentralizados o desconcentrados, organismos internacionales u organizaciones no gubernamentales. No hay, en contraste con Estados Unidos, materiales pagados por empresas. Tampoco hay campañas, como en Alemania o en California, que se lleven a cabo fuera de las fronteras del país; esto sorprende, dado el hecho de que México es un corredor de migración.

Tercero y último: hubo materiales, aunque muy pocos, que tuvieran un discurso de carácter religioso, y este era fundamentalmente católico. En México casi todos los materiales eran laicos, en consonancia con la política de salud del propio Estado.

Análisis comparativo

En los materiales mexicanos se revelan una serie de abstracciones que tienden a invisibilizar a sectores importantes de la población. Por ejemplo, el aplanamiento del público interpelado como si se tratara de un solo tipo de sujeto, un sujeto mestizo. La desventaja clara de esto es que, si bien el sujeto mestizo pretende ser lo suficientemente general como para que la mayoría de la población se reconozca de alguna u otra manera en él, un análisis incluso superficial encontrará en este mito del nacionalismo revolucionario fallas inherentes, y estas fallas se traducirán en la ruptura de la comunicación que se quería lograr. En esta visión de un grano tan grueso se pierden inevitablemente de vista las identidades regionales, y esto es profundamente desafortunado en un tiempo en el que, como ya se ha mencionado arriba, la estructura de la prevalencia del VIH está cambiando de ser un evento urbano a volverse uno cada vez más ruralizado.

Algo similar ocurre con la percepción de los grupos vulnerables al VIH, particularmente en términos de la diversidad sexual: en los años y los países cuyos materiales analizamos en el archivo, los esfuerzos de prevención estaban enfocados principalmente a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) o, en menor grado, a usuarios de drogas intravenosas. Los documentos de campañas de prevención que quieren interpelar a HSH generalmente utilizan dibujos o fotografías, pero, en un tono inclusivo, dirigen las campañas a la comunidad LGBT.

Este término general (LGBT) que engloba distintas identidades tiene el mismo problema que la conceptualización de “mestizo”: coloca una serie de comunidades dentro de un mismo término, el cual ni siquiera tiene una definición lo suficientemente fina como para tener en cuenta una serie de identidades distintas que no caben en las cuatro siglas originales. Paradójicamente, un intento por aumentar la inclusividad deriva en la invisibilización de distintos modos de vida. Sin embargo, hay otro problema con efectos más inmediatos: a pesar de que la folletería ha sido

⁴ No presentamos imágenes del caso mexicano, pues estas se encuentran en el artículo ya citado (Mc Manus y Mercado-Reyes, 2016).

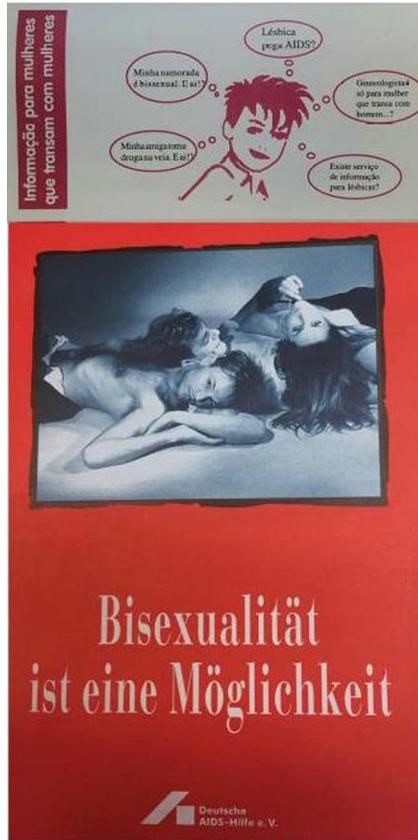


Figura 7. Folletos dirigidos a subjetividades específicas de la comunidad LGBT+, con información para mujeres lesbianas (Brasil) y personas bisexuales (Alemania).

dirigida al grupo vulnerable LGBT, al apelar a las distintas identidades como colectivo pierde de vista importantes puntos de vulnerabilidad. Por ejemplo, la tasa de transmisión por sexo entre dos mujeres es enormemente baja; a pesar de que se han reportado un puñado de casos, son lo suficientemente pocos como para pensar que pudo haber otra vía de transmisión o, al menos, considerarlos estadísticamente como eventos de rareza extrema. La comunidad bisexual presenta un reto en sí misma, pues las prácticas de HSH y las prácticas heterosexuales divergen en términos del uso de protección y preocupaciones alrededor del sexo seguro. Quizá por estas razones es que resulta tan infrecuente encontrarse con materiales enfocados a estos sectores (fig. 7).

En este punto, nos parece necesario señalar el caso específico de la T de las siglas LGBT. Las personas identificadas como transgénero —término general que, de nuevo, abarca un abanico de una diversidad enorme de identidades— son actores sociales particularmente ausentes de las campañas que hemos analizado. Desde luego, lo trans difiere de las otras siglas sobre todo porque no hace referencia a una práctica sexual específica, sino a una identificación de género personal. Y aun así, en la inusual aparición de una persona trans en las imágenes de folletería de México, el grupo está mencionado solo en referencia a una conexión con la cultura gay: la(s) identidad(es) trans se considera(n) una ramificación de lo gay. En el caso más flagrante aparecen como un espectáculo típico de la comunidad homosexual predominantemente masculina; pero incluso

cuando se consideran seriamente, es claro que los medios de comunicación de las campañas de prevención las reducen a otras identidades: para las campañas de prevención, lo trans es reducible a HSH.

Es en este punto donde encontramos una línea valiosa para considerar la folletería que el archivo tiene de otros países, en particular de Brasil, Estados Unidos y Alemania. En estos países hay una serie de prácticas de comunicación que hacen énfasis en una cualidad multicultural de la población, tal como la producción de materiales en diversos idiomas y dirigidos a distintos grupos étnicos o raciales. En México, los únicos folletos de idioma distinto al español que encontramos fueron documentos de estados fronterizos del norte, particularmente de Baja California, impresos y distribuidos en Tijuana; y, como ya dijimos, no hay materiales en lenguas indígenas mexicanas. Evidentemente, el esfuerzo bilingüe no apela a la conciencia de que México puede resultar un destino de turismo (e incluso de turismo sexual) en, por ejemplo, diversas ciudades costeras o megalópolis; mucho menos se consideró que puede haber poblaciones de migrantes que viven en distintos puntos del país. Simplemente se considera, en el caso específico de Tijuana, que es un nodo de población bilingüe porque hay un flujo a través de la frontera con Estados Unidos por mera cercanía geográfica.

Y esto nos lleva a otro tópico de importancia fundamental, y que en el caso de México queda completamente de lado: la inmigración desde otros países. Como hemos mencionado más arriba, la situación geográfica de México con respecto a la epidemia lo coloca en contacto directo con regiones de incidencia y prevalencia elevadas: Centroamérica, el Caribe y Estados Unidos. Además —lo cual agrega complejidad a la situación migratoria—, México funciona como un puente por el que pasa un flujo de migrantes que se dirigen a Estados Unidos o Canadá. En ningún caso las campañas informativas tratan de interpelar a migrantes. Contrastablemente, los demás países que analizamos tienen claro que los flujos migratorios internacionales pueden reconfigurar la epidemiología del VIH, como en el ya citado caso de las campañas extraterritoriales alemanas.

Conclusiones: de los imaginarios que estructuran vidas

Para cerrar, podemos señalar una serie de ejes sobre los cuales valdría la pena reflexionar y que tocan a estos imaginarios que estructuran vidas y que hemos intentado identificar en las campañas de prevención

Primero, la construcción de públicos en los cuatro países refleja claramente los imaginarios de nación de los estados analizados. Así, por ejemplo, en México el grueso de la folletería presupone a un sujeto mestizo y, salvo en el caso de la frontera, no hay una reflexión acerca de la diversidad racial o lingüística del país. Esto a diferencia de Estados Unidos, Brasil o Alemania, donde la prevención intersecta con los temas de migración, diversidad racial e, incluso, diversidad lingüística. En Estados Unidos y Alemania esto se lleva un paso más lejos, ya que la lógica gubernamental de sus campañas de prevención los lleva a financiar campañas extraterritoriales en aquellos países de donde provienen grupos numerosos de migrantes.

Es decir, en los cuatro países analizados, las campañas reconocen la estratificación de las poblaciones y la abordan de manera interseccional, pero cada país construye la interseccionalidad de forma diferente y trae a primer plano categorías diversas.

Segundo, si bien la construcción de públicos reconoce la heterogeneidad de las personas que pueden contraer este virus, llama la atención que en los cuatro países el cuerpo de las personas que lo padecen desaparece completamente de la folletería. Hay una suerte de silencio que nunca menciona, por ejemplo, condiciones como la lipodistrofia. En ese sentido, la folletería siempre parece presuponer a un sujeto seronegativo o, en cualquier caso, a un sujeto que, si fuera

seropositivo, mantendría en gran medida su salud. Este punto parece indicar que, al menos en este eje, la bibliografía de prevención sirve a modo de mecanismo de ritualización y no tanto como un proceso de racionalización que constituya un sujeto capaz de lidiar con problemas específicos.

Aquí, por supuesto, podría señalárenos que la folletería dedicada a la prevención está evidentemente dirigida a personas que, al menos, se identifican como seronegativas y que, por ende, no tendría por qué incluirse un discurso que interpela a personas seropositivas. Sin embargo, la evolución histórica de la propia folletería de prevención muestra la irrupción de un discurso antidiscriminatorio, basado en derechos humanos, que sí tiene como sujeto interpelado a la persona que vive con VIH. Es en ese sentido que detectamos una suerte de vacío ya que, en el plano de la prevención de la discriminación, se menciona a un sujeto que está, sin embargo, descarnado—descorporeizado— y del cual nada dice la bibliografía de sesgo biomédico.

Tercero. Resulta claro que la estrategia de articular discursos de prevención por medio de la creación de públicos específicos como los HSH, los TS o los UDI muestra la forma en la cual la medicalización se lleva a cabo por medio de mecanismos de gubernamentalidad que crean sujetos específicos con racionalidades y saberes específicos en función de situaciones concretas. En ese sentido, la creación de culturas visuales es consustancial a la capacidad de interpelación del Estado y el sistema de salud, ya que es gracias a dichas culturas que pueden transmitirse mensajes específicos y dirigidos a sectores concretos.

A la luz de lo anterior, quisiéramos llamar la atención sobre el olvido de materiales dedicados a personas trans —con la notable excepción de Brasil—, ya que esta población solo aparece dentro del acrónimo LGBT, como parte de la diversidad, o en términos muy indirectos por la vía del trabajo sexual, pero no es interpelada directamente por las campañas alemanas, estadounidenses o mexicanas.

Aún más notable resulta la bajísima representación de mujeres en la folletería de prevención. Aquí, de nuevo, podría señalárenos que este es un resultado esperado, dado que el periodo revisado se caracteriza justamente por la baja incidencia en mujeres —lesbianas o no—, lo cual muy probablemente condujo a que no se les considerase un grupo prioritario. Quizás esta deficiencia es parcialmente responsable del fenómeno de heterosexualización que mencionamos al principio de este texto y que ha afectado en gran medida a mujeres (cis).

Cuarto, en general pareciera que en la folletería dedicada al “público en general”, la educación sexual termina por colapsar en la enseñanza de la anatomía y la fisiología de los órganos reproductivos y en información sobre vías de transmisión y prevención, y solo en los folletos dedicados a grupos especializados se discuten aspectos eróticos y prácticas específicas. Esto probablemente refleja la creencia en que los mensajes dirigidos a un público general y heterogéneo deben ser “objetivos, neutros y científicos”; pero, paradójicamente, pueden tener el efecto de presentar al sexo seguro y al sexo protegido como experiencias muy poco eróticas, algo que terminaría por sabotear a las propias campañas.

Quinto y último, quisiéramos señalar que una comprensión cabal de la creación de públicos y nuevas subjetividades requiere conectar estudios como el que hemos realizado con otro tipo de investigaciones, de carácter antropológico o etnográfico, en las cuales se explore cómo se retoman las representaciones y discursos aquí analizados.

Agradecimientos

Los autores agradecen el apoyo del proyecto PAPIIT IA400115 “La medicalización mediática: el VIH-sida y la folletería de su prevención como estudio de caso”.

Fuentes: material de archivo

Los materiales revisados pertenecen en su totalidad al Fondo I: Identidad, Diversidad, Disidencia y Derechos Sexuales. Dicho Fondo se encuentra bajo custodia del Centro Académico de la Memoria de Nuestra América (CAMENA) de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM). Concretamente revisamos:

Caja 39: QVS 63. Campañas del Consejo Nacional para el control y prevención del sida (CONAsida) México.

Caja 40: QVS 70. Campañas de prevención de VIH/sida en Estados Unidos (San Francisco AIDS Foundation).

Caja 40: QVS 71. Campañas para prevención del sida en Estados Unidos (Whitman-Walker Clinic Inc.).

Caja 40: QVS 72. Campañas para prevención del SIDA en New York State, Estados Unidos.

Caja 40: QVS 75. Campañas de prevención de VIH/sida para Alemania.

Caja 41: QVS 76. Campañas de prevención de VIH/sida para Alemania.

Caja 41: QVS 80. Campañas para prevención del sida en Baja California y Baja California Sur.

Caja 42: QVS 83. Campañas de prevención de VIH/sida para Brasil.

Caja 46: QVS 108. Campañas para prevención del sida en Jalisco.

Caja 46: QVS 111. Campañas para prevención del sida en la Ciudad de México y zona Metropolitana.

Caja 47: QVS 116. Campañas para prevención del sida en Michoacán.

Caja 47: QVS 120. Campañas para prevención del sida en Nuevo León.

Caja 47: QVS 121. Campañas para prevención del sida en Oaxaca.

Referencias

- Airhihenbuwa, C. y Obregon, R. (2000). A critical assessment of theories/models used in health communication for HIV/AIDS. *Journal of Health Communication*, 5(Suppl), 5–15.
- Brennen, B. S. (2013). *Qualitative Research Methods for Media Studies*. Nueva York, NY: Routledge.
- Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R. y Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2), 161–194.
- Clarke, A. E. y J., Shim. (2011). Medicalization and biomedicalization revisited: Technoscience and transformations of health, illness and America medicine. En B. Pescosolido, J. Martin, J. McLeod, y A. Rogers (Eds.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing: A Blueprint for the 21st Century* (pp. 173–199). Estados Unidos: Springer.
- Conrad, P. y Angell, A. (2004). Homosexuality and remedicalization. *Society*, 41(5), 32–39.
- Conrad, P. y Schneider, J. W. (1992). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 3–14.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press.
- Crawford, R. (2004). Risk ritual and the management of control and anxiety in medical culture. *Health*, 8(4), 505–528.
- Epstein, S. (1996). *Impure Science: AIDS Activism and the Politics of Knowledge*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Foucault, M. y Marchetti, V. (2001). *Los anormales* (217) Barcelona: Akal.
- Gillett, J. (2003). Media activism and internet use by people with HIV/AIDS. *Sociology of Health & Illness*, 25(6), 608–624.
- Guerrero Mc Manus, F. (2015). Ciencia y contracultura: El Movimiento de Liberación Homosexual y sus saberes. *Ludus Vitalis*, 23(43), 195–221.
- Guerrero Mc Manus, F. (2016). Medicalización, globalidad y coproducción en Latinoamérica y Angloamérica. En G. Mateos y E. Suárez (Eds.), *Aproximaciones a lo Local y lo Global: América Latina en la Historia de la Ciencia*

- Contemporánea* (pp. 323–354). México: Centro de Estudios Filosóficos, Políticos y Sociales Vicente Lombardo Toledano.
- Hacking, I. (2002). *Historical Ontology*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Hall, S. (2012). Encoding/Decoding. En Durham, Meenakshi, y Douglas Kellner (Eds.), *Media and Cultural Studies. Keywords* (pp. 137–144). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Hentschel, K. (2014). *Visual Cultures in Science and Technology: A Comparative History*. Oxford: Oxford University Press.
- Kippax, S. (2010). Reasserting the social in a biomedical epidemic: The case of HIV-Prevention. En: *Conference on Reframing the Social Dimensions of HIV in a Biomedicalised Epidemic: The Case of Treatment as Prevention*, 5
- Lupton, D. (1994). *Moral threats and dangerous desires: AIDS in the news media*. London: Taylor and Francis.
- Matic S., Lazarus J., Donoghoe M. (2006). HIV/AIDS in Europe. Moving from Death Sentence to Chronic Disease Management. Copenhagen: World Health Organization [consultado 3 Dic 2016]. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/idu/hiv_europe.pdf.
- Mc Manus, F. y Mercado-Reyes, A. (2016). Constructing publics, preventing diseases and medicalizing bodies: HIV, AIDS, and its visual cultures. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 24, 69–102.
- Nguyen, V., O'Malley, J. y Pirkle, C. M. (2011). Remedicalizing an epidemic: From HIV treatment as prevention to HIV treatment is prevention. *AIDS*, 25(11), 1435.
- Nguyen, V. (2007). Antiretroviral Globalism, Biopolitics, and Therapeutic Citizenship. En A. Ong y S. J. Collier (Eds.), *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- ONUSIDA (2000). Report on the HIV AIDS Epidemic, June 2000. Ginebra.
- ONUSIDA (2004). Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections. Germany [consultado 3 Dic 2016]. Disponible en: http://data.unaids.org/publications/fact-sheets01/germany_en.pdf.
- ONUSIDA (2012). Global Aids Response Country Progress Report Germany [consultado 3 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/file%2C68503%2Ces.pdf>.
- Rajan, K. S. (2006). *Biocapitalism: The Constitution of Post-Genomic Life*. Durham: Duke University Press.
- Rose, N. (2009). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Nueva Jersey: Princeton University Press.
- Rose, N., O'Malley, P. y Valverde, M. (2006). Governmentality. *Annual Review of Law and Social Science*, 2, 83–104.
- Smallman, S. (2007). *The AIDS Pandemic in Latin America*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.
- Treichler, P. (1987). AIDS, homophobia and biomedical discourse: An epidemic of signification. *Cultural Studies*, 1(3), 263–305.

Páginas de internet

- <http://aidsinfo.unaids.org/> [consultada 3 Dic 2016].
- Centro de Control de Enfermedades, <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5021a2.htm> [consultada 27 Nov 2016].