



# La Biopolítica del SIDA en Uruguay

## Madres desgraciadas, niños afortunados y adolescentes invisibles

*Hanspeter C. W. Reihling*

### RESUMEN

En ese artículo proponemos que la biopolítica del SIDA en Uruguay se encuentra entre dos grandes polos: la inversión y el rechazo a la vida. El lado productivo se manifiesta en el trato a los niños y niñas que contrajeron la enfermedad vía madre- hijo. Para ellos el VIH en parte se convierte en un recurso hasta que se tornen adolescentes. Se manifiesta poco interés en adolescentes seropositivos, lo que se muestra en la ausencia de formas de contención específicamente destinadas a ellos. Argumentamos que eso es el resultado de una economía moral que asigna el estigma particularmente a personas que contrajeron la enfermedad por vía sexual. Especialmente las madres seropositivas son vistas como irresponsables, en contraposición a los hijos “puros”. La evaluación moralista no toma en cuenta el contexto más amplio en el que estas mujeres se tornan VIH positivas o en el que tienen que mantener el tratamiento antirretroviral. Para contextualizar ese desafío, presentamos una historia de vida para reflexionar sobre las formas de inclusión y exclusión de las personas que vivieron con la enfermedad desde el comienzo de la epidemia en Uruguay. El trabajo se basa en un estudio etnográfico llevado a cabo entre noviembre 2005 y mayo 2006 para UNICEF Montevideo.

**Palabras clave:** Antropología de la Salud, Biopolítica, VIH/SIDA, Ciudadanía, Adolescencia.

El proyecto del iluminismo, de la modernidad y de la postmodernidad fue caracterizado como ambiguo por su tendencia a crear libertad de elección y autonomía por un lado y nuevas formas de control y coerción indirecta por el otro. Se ha subrayado que en ese contexto el cuerpo humano se torna el principal sitio donde se dan luchas del

poder político (Iacub 2004, Lazzarato 2006, Sibilia 2005). Hace tiempo que Michel Foucault mostró que, durante la consolidación de los estados-naciones en Europa, surgieron nuevas formas de gobierno, ligadas al desarrollo del capitalismo industrial y de la ciencia. En esta época el “viejo derecho de *hacer morir o dejar vivir*” fue reemplazado por el “poder de *hacer vivir o de rechazar hacia la muerte*” (Foucault 1981: 167). En esta perspectiva, la importancia del poder gubernamental soberano disminuyó a favor del biopoder, que tiene por fin el perfeccionamiento de la vida humana, si fuera necesario, por medio del sacrificio de individuos y colectivos supuestamente degenerados. El filósofo Giorgio Agamben (1998) sigue esta última línea e insiste en que el incremento del control político mediante la eutanasia, el control de la natalidad o el sistema sanitario despoja al individuo de todo derecho jurídico y descompone los mecanismos tradicionales de control, como lo es la justicia. Esto se manifiesta en particular a través de la declaración de estados excepcionales de crisis en los cuales las autoridades pueden transformar sujetos en mera existencia, una “nuda vida” fuera de la ley. Para Agamben (1998), el campo de exterminio sería el sitio principal de la biopolítica moderna que, sin embargo, también se muestra en cualquier desorden de la existencia política humana.

Se ha censurado el pensamiento de Agamben como básicamente pesimista. Desde esta perspectiva su interpretación de la biopolítica puede emplearse para analizar las perversas dictaduras del siglo XX, pero no las economías neoliberales por las que el individuo se transforma en consumidor (Rabinow y Rose 2006). Agamben rehúsa la parte productiva del biopoder, como lo fuera también duramente criticado por Foucault, en primer lugar. Este último identifica dos dispositivos interdependientes del biopoder: la anátomo-política del cuerpo humano, que concierne al disciplinamiento del sujeto, y la biopolítica de la población, que concierne a la regulación del cuerpo social. Ese modo de poder fluctuante y generalizado no se limita a instituciones, clases o actores determinados, más bien se manifiesta en las prácticas cotidianas de todos los sujetos que internalizan discursos científicos hegemónicos. En efecto, problemas que conciernen a políticas públicas no solamente se transforman en asuntos técnicos, administrados por “expertos” soberanos, sino también en problemas individuales que dependen de la auto-responsabilidad. Así surge un continuo entre gobernarse a sí mismo y ser gobernado por otros, llamado “gubernamentalidad” (Foucault 1977). En lo ideal, cualquier sujeto moderno dispone del biopoder o sea, prioriza la vida y rechaza todo lo que constriña ese proyecto de desarrollo.

En ese artículo propongo que la biopolítica del SIDA en Uruguay se encuentra entre los dos grandes polos: el de priorizar y el de rechazar la vida. Hoy en día el rechazo de la vida VIH seropositiva no es un acto consciente de un poder omnipotente que inmoviliza la ley, como lo sugiere Agamben. Desde el comienzo de la epidemia en Uruguay, se aplican y extienden mecanismos de coerción y control directo con tecnologías más sutiles que requieren la participación de los sujetos que padecen la enfermedad y que, en parte, también interesan al propio enfermo. En ese contexto, la enfermedad crea un conjunto de discursos, prácticas y artefactos caracterizado por diferentes formas de poder que se retroalimentan y que no son determinados únicamente por el médico, como antes había predominado en el campo de la salud en Uruguay. Sin embargo hubo momentos de la epidemia en los que una imaginada crisis legitimó intervenciones compulsivas que suspendieron temporalmente los derechos de las personas con el VIH/SIDA (PVVS). Todavía hay momentos soberanos en los que la vida civil de estos sujetos se reduce a una “nuda vida”, no necesariamente mediante intervenciones rígidas, sino simplemente a través de la inexistencia de adecuadas formas de contención. El interés en el cuerpo individual y colectivo VIH positivo genera formas de inclusión y de exclusión de seres humanos, dependiendo de su imaginado “peligro” o “pureza”

(Douglas 1973). Observaremos esta hipótesis tomando en cuenta el trato diferente al niño que contrajo la enfermedad vía madre - hijo y a la madre que lo contrajo por vías socialmente estigmatizadas. El proyecto de salvar la vida de estos niños sin tomar en cuenta sus lazos sociales más amplios, refleja la dimensión moralista que esconde tras razones científicas el sistema de salud pública. Una economía moral que asigna culpa por haber contraído VIH resulta de disimular las circunstancias en que las madres (y los padres) contraen la enfermedad y mueren.

Los datos que observaremos aquí surgieron de un trabajo etnográfico sobre la situación de niños y adolescentes ante el VIH/SIDA, llevado a cabo entre noviembre 2005 y mayo 2006, con el apoyo de UNICEF y del Instituto de Intercambio Académico Alemán.<sup>1</sup> La investigación alcanzó a más de 20 profesionales y activistas que actúan en el área VIH/SIDA, principalmente médicos, enfermeras, asistentes sociales y psicólogos. Además, contactamos a más de 20 familias afectadas por la enfermedad y realizamos entrevistas con diferentes integrantes de las mismas: adolescentes, padres, abuelos, tutores y padres adoptivos. Grupos de discusión, entrevistas semi-estructuradas e informales fueron profundizadas a través de observaciones directas y participativas en domicilios de familias, en hospitales, en hogares estatales, durante un campamento para niños, talleres de prevención y otros eventos llevados a cabo por organizaciones no-gubernamentales. La etnografía multi-sitio se focalizó en el ámbito urbano de Montevideo, en donde se concentraba el 75% de las más de 9000 personas con VIH/SIDA en el país, en ese tiempo. Por lo demás, visitamos dos departamentos en la frontera con Brasil, que muestran una prevalencia relativamente alta. En lo que sigue, queremos plantear aquellos aspectos del estudio que nos ayudan a entender las funciones y los procesos de una biopolítica del VIH/SIDA en Uruguay. Para contextualizar ese desafío presentamos una historia biográfica que muestra continuidades y transformaciones de esa biopolítica desde el comienzo de la epidemia. Fue reconstruida a través de testimonios de varios informantes, de la revisión de historias clínicas y de observaciones directas.

243

## Una breve historia

Sandra se fugó de la casa de su padre a los 12 años porque éste intentaba violarla; luego comenzó a ejercer la prostitución en el centro de Montevideo. Diez años después, en 1991, Sandra fue diagnosticada VIH positiva; a los tres meses, su tercer hijo, Miguel, mostró los primeros signos de una inmunodeficiencia.<sup>2</sup> Poco tiempo antes un ambicioso proyecto pediátrico quiso establecer una institución dedicada únicamente al bienestar de niños que contrajeran el VIH a través de la transmisión ‘vertical’ madre- hijo. Se otorgó el uso de un fondo en el Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell para instalar dos consultorios. En esa época fueron registrados menos de diez casos de transmisión madre- hijo. La gran mayoría de las transmisiones se atribuían a la vía sexual entre hombres y al uso de drogas inyectables. Miguel se tornó en uno de los primeros pacientes de la nueva Policlínica Obstétrico-Pediátrica de Referencia VIH/SIDA. En oposición a su hijo, Sandra, una de las primeras mujeres con VIH/SIDA, no llamó la atención del mismo modo.

---

1. Ese artículo se basa en datos empíricos del informe (Reihling 2006) pero no lo reproduce. El informe contiene propuestas para el desarrollo de políticas públicas frente al VIH/SIDA y varios otros aspectos que no queremos presentar acá.

2. Necesitamos tomar en cuenta que el VIH hoy en día no está limitado a un ámbito de prostitución y de uso de drogas inyectables, como en el comienzo de la epidemia. El índice de transmisión heterosexual fuera de los así llamados, grupos de riesgo<sup>3</sup> esta creciendo continuamente.

De acuerdo con Graciela, una amiga íntima, a Sandra la atemorizaban las instituciones médicas y los programas de educación. Ya había tenido varias experiencias dolorosas con instituciones estatales, sobre todo con la policía. No conocía las vías de transmisión y se negó a consultar a un médico por miedo a ser discriminada. También temía que su propia enfermedad pudiera perjudicar a sus niños. En consecuencia, quiso entregarlos al Instituto Nacional del Menor (INAME), hoy INAU. Otro motivo para esa decisión fue que su proxeneta no le permitía estar con sus hijos, no asumía su estatus paterno y varias veces maltrató al bebé. El hijo mayor ya vivía con el abuelo materno, pero no quería responsabilizarse por los otros nietos. Graciela, ahora también seropositiva, ofreció hacerse cargo de Miguel y de su hermano y le fue otorgada la curatela legal. Aunque ejerciendo la prostitución, durante ese tiempo, Sandra podía mantener contacto con sus hijos. Finalmente, Graciela se encontró sobrecargada con la tarea, en parte porque tenía un hijo propio que sufría también los signos del SIDA. Miguel fue devuelto al INAME en 1994; más tarde su hermano también reingresaría al Instituto. Ambos perdieron contacto entre sí y también con la madre, que antes los visitaba en casa de la amiga. La separación fue decidida por el INAME, que interpretó la ley supuestamente en interés del niño.

Como indicamos arriba, la fundación de la Policlínica Obstétrico-Pediátrica de Referencia VIH/SIDA fue iniciada en gran parte por un médico comprometido con el problema. Sin embargo, desde un punto de vista genealógico, este compromiso forma parte de un proyecto integral de salvar niños en sus primeros años de vida y de regularizar los procesos del nacimiento, de la salud y de la muerte. Ese apartar a la niñez de la adultez parece constituir un fenómeno relativamente nuevo. Phillippe Ariés reveló que la iconografía medieval europea ‘no conocía la niñez’ o no intentaba diseñarla. Antes de que se tornaran en inocentes y vulnerables objetos de intervenciones familiares y estatales, los niños fueron percibidos como adultos pequeños. Según Ariés el nuevo interés en la infancia por primera vez salió a la luz en las clases acomodadas del siglo XVI y después se extendió a otros estratos sociales. José Barrán indica que el Estado uruguayo no reconocía la niñez como categoría distinta para programas de intervención antes de una medicalización profunda de la sociedad uruguaya en el comienzo del siglo XXI.<sup>3</sup> De modo simplificado se puede decir que en ese proceso de modernización el sacerdote fue substituido por el médico, la iglesia por la corporación médica y la religión, por las ciencias biológicas (Barran 1993). Se desarrolló un sistema rígido de institucionalización de niños y jóvenes en familias substitutas, hogares y hospitales (Barran 1995). En el mismo marco, el trato obstétrico y pediátrico fue establecido a un nivel que permitió la hospitalización de todos los partos nacionales.

## Los momentos soberanos

En el 1993, cuando tenía dos años y medio, Miguel fue separado de sus hermanos e ingresó a una institución creada por el INAME, especialmente para jóvenes con VIH/SIDA. Su internación en esa institución, abierta dos años antes, prácticamente constituyó una excepción. La llamada “Casona” fue concebida exclusivamente para mujeres adolescentes con esa enfermedad. Todos los internos habían pasado por situaciones notablemente precarias, incluso permanencia en la calle, abuso de drogas, prostitución infantil y otras formas de explotación. Dos médicas y una enfermera, ex funcionarias de la Institución, concuerdan en afirmar que, mientras para el caso

---

3. Barran discierne tres niveles en ese proceso: el rol creciente del médico en todos los procesos claves de la vida humana, la conversión de la salud en valor supremo de la sociedad y la asunción por la sociedad de conductas, valores e imágenes derivados directamente de la propagación del saber médico (Barran 1993: 153).

de mujeres adolescentes se actuó siguiendo una línea institucional, para los varones seropositivos se insistía en lograr la integración familiar. No obstante, el abuelo de Miguel, por carecer de recursos suficientes no quiso hacerse cargo del niño. Por otro lado, su madre fue percibida como peligrosa, por ser vínculo con el mismo entorno, como las adolescentes ya internadas en la institución. INAME insistió en una estrategia clásica de higiene pública basada en el aislamiento y la vigilancia de los sujetos supuestamente peligrosos. El problema era percibido exclusivamente como de índole médico, en consecuencia, en el principio el Instituto contrató sólo a médicas y enfermeras para cuidar a las adolescentes.

Durante el primer año, las puertas del hogar, con apariencia de penitenciaría, fueron custodiadas por guardias policiales armados para impedir la fuga de los menores internados. Una médica que trabajaba en la Casona se acuerda de que en el inicio las fantasías sobre el contagio eran ubicuos y universales, incluso entre el propio personal de la institución. Las campañas de salud pública construyeron una imagen opaca de la enfermedad, que en publicidades y en la televisión, subrayó la letalidad y el padecimiento de los infectados. El mensaje llegó al público de modo claro: el VIH/SIDA es algo malo que se tiene que evitar (Mere Rouco y Buquet 2003). Las campañas no se focalizaron en los modos de transmisión, que realmente ponen a las personas en riesgo de contraer la enfermedad, y promovieron, así, angustias e inseguridades. De este modo, los infectados comenzaron a padecer otra patología: el estigma. La enfermedad, rápidamente convertida en un atributo socialmente negativo, funcionó como indicador de la condición moral de la persona y generó la oportunidad para que instituciones estatales distinguieran los cuerpos colectivos supuestamente degenerados de los saludables. Como lo indicaron artículos de prensa, el suspenso de la libertad civil se justifica en el caso de mujeres adolescentes supuestamente promiscuas, descuidadas y contagiadas.

La creación de una institución integral no dependía de un solo actor, sino que formó parte de un momento soberano de exclusión, negociado por los médicos y enfermeras -los únicos profesionales asignados para la supervisión de los jóvenes. Aunque las tecnologías disciplinarias fueron reemplazadas en los años siguientes por políticas más liberales, los internados enfrentaron una estigmatización enorme fuera de la Casona. Como otros miembros del hogar, Miguel afrontó actos discriminatorios dentro del sistema educativo. Había ingresado a la escuela con tres años, pero luego varios compañeros fueron retirados de su clase debido a que los padres se habían enterado de que podía ser “portador” del VIH. El niño era consciente de la situación y le confió a la asistente social de la Policlínica que sus compañeros se habían ido por su culpa. En esa época el caso fue publicado en la prensa nacional, causó cierta sensación en Montevideo y finalmente casi resultó en la adopción de Miguel: una señora solicitó la tenencia, que fue otorgada inmediatamente, sin ninguna evaluación de la situación. Al mismo tiempo, la mujer comenzó a recibir una “recompensa salarial” por parte del INAU que, como todos los beneficios para padres sustitutos, llegaba a un salario mínimo. Pasados tres años, la madre adoptiva rechazó a Miguel, según el informe de la asistente social del INAME por “problemas de comportamiento” que no pudieron ser especificados. A Miguel, su madre substituta le habría dicho que se iba a vivir a Brasil y que él no podía acompañarla.

En el 1998 Miguel entró por segunda vez a un hogar común para niños de 5 a 12 años. Anteriormente la Casona había sido clausurada debido a las persistentes críticas por parte de activistas del campo de VIH/SIDA. La línea institucional, finalmente identificada como discriminatoria por el propio INAME, fue abandonada a favor de la integración de los niños en hogares comunes. En 1998 fue aprobado un decreto que requería la introducción del examen del VIH para todos los nuevos ingresos al instituto,

junto con los demás exámenes clínicos de rutina.<sup>4</sup> Es notable que durante nuestro estudio ese examen aún se realizaba sin consentimiento previo. Mientras, Miguel y otros niños que habían contraído la enfermedad vía madre-a hijo todavía se asistían en la Policlínica. Su director había accedido a garantizar el acceso al Tratamiento Antirretroviral (TARV) con medicamentos originales.<sup>5</sup> Se estableció el *Fondo Nacional Contra el SIDA*, financiado con impuestos específicamente pagados por los jugadores de fútbol que ganan dinero fuera del país. En el mismo año del segundo ingreso de Miguel al INAME, falleció su madre a causa del síndrome de inmunodeficiencia: nunca había comenzado el TARV. Cuatro años antes del fallecimiento, el vínculo entre Miguel y su madre se había desintegrado: autoridades de los equipos de la Policlínica y del Instituto decidieron que era mejor interrumpir el contacto entre ambos debido a un imaginario abandono por parte de la madre.

## El paternalismo biomédico

Aunque la epidemia del VIH/SIDA en Uruguay es de baja prevalencia, cada año aparece un número creciente de afectados, incluyendo huérfanos de padres fallecidos por la enfermedad. De las aproximadamente 1900 personas registradas como casos de SIDA entre los años 2000 y 2005, más de 500 fallecieron por infecciones vinculadas con la enfermedad (Ministerio de Salud Pública 2005). El número parece demasiado alto si tomamos en cuenta el acceso supuestamente universal al tratamiento que, hoy en día, si se administra correctamente previene la muerte. Aquí no podemos especular sobre las implicaciones de la alta mortalidad. Solamente mencionaré que el antropólogo João Biehl reveló una situación parecida en Brasil y lo atribuí a la discapacidad del sistema de salud pública para incluir a los estratos sociales más pobres, particularmente en el campo VIH/SIDA (Biehl 2001, 2006). De hecho, en Uruguay los medicamentos vitales sólo se ofrecen en la Policlínica Obstétrico-Pediátrica de Referencia VIH/SIDA, hoy Unidad de Infectología, el Instituto de Higiene, hoy Servicio de Enfermedades Infecciosas (SEIC), y en algunos hospitales departamentales designados. Sólo aquellos médicos con un certificado particular están autorizados a proporcionar el TARV. Así, personas que viven con el VIH/SIDA se encuentran rápidamente subordinados a estas instituciones y a sus expertos en la “anátomo-política del cuerpo”.

Según Romero Gorski, el modelo patriarcal del médico-padre omnipotente sufrió una “rebelión” de los pacientes hijos/as que empezaron a cuestionar su autoridad, lo que se refleja en la popularidad creciente de medicinas alternativas y complementarias (Romero Gorski 1993, 2005). Por otro lado, sujetos que carecen de recursos económicos necesarios para acudir a estos servicios se encuentran dependientes de la Salud Pública, que funciona como sistema de control social. En efecto, para pacientes en situación de pobreza la “rebeldía” se limita a dirigirse a otro servicio gratuito o a desistir completamente de la atención médica. Cabe decir que la relación médico-paciente, en los servicios de la Salud Pública, se caracteriza por el modo paternalista que desfavorece el desarrollo de la autonomía de los sujetos pacientes, sobre todo de las mujeres con bajos o muy bajos recursos, y se acumula, de esta manera, dominación y subalternidad social (Romero Gorski 2003). Hace tiempo que los antropólogos subrayaron que la relación

---

4. Según el laboratorio del INAU, en el tiempo de esta investigación, el mismo todavía se llevaba a cabo de modo obligatorio y sin consentimiento informado.

5. Hace poco tiempo, en Uruguay existían sólo medicamentos producidos por corporaciones farmacéuticas del Norte y algunas copias de los mismos, pero no genéricos como en Brasil. Por el alto costo de los originales y la incapacidad de las corporaciones de ofrecerlos a un costo más bajo para las naciones del sur, esto está cambiando hoy en día. Mientras se realizaba este estudio, ese problema no había sido resuelto.

patrón-cliente se forma a base de un “clima moral” de intercambio asimétrico (Gellner 1977). Eso no solo se aplica a una economía latifundista que antes predominaba, y en parte todavía prevalece en el Uruguay.

La economía moral más importante en el campo del VIH/SIDA concierne a la administración de medicamentos antirretrovirales, en la que el médico intercambia los medicamentos contra el buen cumplimiento del paciente. El llamado “portador” recibe drogas que pueden salvar su vida si observa las reglas de la administración de las mismas, por ejemplo: cumplir con los horarios, con la cantidad de las pastillas, el número de consultas, el tiempo de espera etc. La “no-adherencia” al medicamento está considerada, por parte de los médicos, como “abandono”. El término procede de la raíz romana *bandum* o *bannum* que significa ‘poder’, ‘autoridad’ o ‘jurisdicción’ y era utilizado para referir a personas que no observaban un bando o una proclamación de un soberano en su jurisdicción. Frente a la epidemia del VIH/SIDA en Uruguay es, de hecho, decisión del médico que el paciente sea autorizado o no a continuar el tratamiento después del “abandono”. Por otro lado, la mayoría de las pacientes que ya hayan cumplido con las exigencias durante por lo menos tres meses, pueden reiniciar el tratamiento después de haber terminado de tomar el medicamento, dependiendo de la relación médico-paciente. Mientras el paternalismo médico existe todavía, imágenes sobre el cumplimiento moralmente adecuado son mediadas por otros varios actores fuera del ámbito profesional de la biomedicina.

## La muda rebeldía

De acuerdo con un director, durante diez años la Policlínica de Referencia de VIH/SIDA redujo la tasa de transmisión madre-hijo de más de 30 por ciento a un 3 por ciento, en 2005. Subraya que la transmisión podría alcanzar un cero por ciento si todas las madres cumplieran adecuadamente desde el punto de biomédico durante el embarazo y si todos los padres administraran los medicamentos como lo indica el médico. El pediatra señala que una chance para resolver ese problema será la de asistir a los padres más allá del tratamiento biomédico, ayudándolos a encontrar un empleo aceptable o a recuperarse de la dependencia de drogas. Esa visión progresista no es compartida por los ginecólogos uruguayos quienes, según diferentes mujeres seropositivas, todavía aconsejan a las madres el aborto o la esterilización ante el VIH. Vale decir, que miembros del equipo de la Policlínica y de la ONG, que colaboran con la misma, asumen visiones higienistas parecidas. En entrevistas informales diferentes señoras explicaron: “es natural” que si no se puede prohibir la reproducción de mujeres con VIH, por lo menos se las persuade de no tener hijos, por medio de talleres educativos y del asesoramiento masivo. No queremos observar aquí las implicaciones de una negligencia de los derechos reproductivos de las personas con VIH/SIDA, aunque sea notorio. Solamente subrayaremos que la enfermedad está siendo evaluada en términos morales que construyen una jerarquía de posiciones, desde la pureza hasta la imaginada culpa de PVVS, que legitima tecnologías disciplinarias.

Niños y niñas que han contraído la enfermedad vía madre-hijo generalmente son mucho menos estigmatizados que la madre.<sup>6</sup> Es más probable que sus familiares los acepten porque no están directamente vinculados al estigma de comportamientos supuestamente inmorales, con los cuales todavía se asocia la enfermedad. Hay una

---

6. Sin embargo, también existen casos en los que niños y niñas con VIH/SIDA no son atendidos en hospitales de Salud Pública, en particular aquellos ubicados en el ámbito rural o en barrios de clase alta o media de Montevideo. Especialmente la estigmatización por parte de odontólogos fue confirmada por varias PVVS y profesionales que trabajan en el área de contención.

jerarquía de desprecio frente a las PVVS, que se agrava según el estrato social, la vía de transmisión y la edad. En la lógica discriminatoria, el niño es más puro porque no tiene la culpa de haber sido infectado. En contraposición, encontramos al adolescente o mejor dicho a la adolescente-mujer que contrae la enfermedad en la adolescencia por vía sexual, o en interacción con varias parejas. En esa lógica de estigmatización que extraemos de los datos, una mujer seropositiva embarazada, y sobre todo aquella que no puede hacerse responsable por su hijo, enfrenta el estigma mayor en la sociedad uruguaya. Esto está, evidentemente, relacionado con su papel tradicional de guardiana de la moralidad y transmisora de valores en el interior de la familia. Se observa que los padres masculinos, en cambio, no han sido discriminados por ser malos padres ni por haberles transmitido la enfermedad a sus parejas, algunas de las cuales, a su vez, la transmitieron ulteriormente a sus hijos.

Cabe decir que el estigma al paciente aumenta si no toma la medicación de forma adecuada desde la perspectiva biomédica. Como indicaron las historias biográficas que analizamos, el fallecimiento de padres y particularmente madres seropositivas está, en la mayoría de los casos, íntimamente vinculado al rechazo o al “abandono” del tratamiento. Esto también se confirmó cuando revisamos 35 historias clínicas de mujeres fallecidas desde el 2000 hasta el 2005. Casi todas ingresaron al SEIC en estado terminal de SIDA y fallecieron en el mismo año del ingreso; la mayoría no había iniciado el TARV previamente. Vale decir que tampoco es fácil mantener el tratamiento, particularmente en el caso de niños, niñas y adolescentes. Desde la perspectiva *emic* de las PVVS, el abandono o rechazo del tratamiento no carece de lógica. La toma de antirretrovirales puede ocasionar malestares físicos, sobre todo dolor de estómago, vómitos y diarrea. Especialmente para los niños y niñas, los medicamentos tienen un gusto feo, desagradable, y a veces son de tamaño demasiado grande. Algunos niños, niñas y adolescentes propusieron desarrollar medicamentos con sabores más agradables y tamaños adecuados, pero en Uruguay no existen medicamentos pediátricos para el TARV.

248

- 1) La administración de cerca 5 a 25 pastillas por día, dependiendo del paciente, debe ser aprendida porque contraviene los hábitos cotidianos de los afectados. Para muchos, es inconveniente tomarlas en una determinada hora; pero cumplir con el horario de la toma es un factor importante para la efectividad del tratamiento.
- 2) Hay personas que rechazan los medicamentos porque han vivido con el virus por más de diez años sin mostrar signos del SIDA y concluyen en que el tratamiento no es necesario. En este caso, la imposibilidad de localizar la enfermedad en el cuerpo contribuye a la negación.
- 3) Como también hemos visto en varias historias, hay madres que comienzan a tomar los antirretrovirales con la primera internación y cuando la salud mejora, lo abandonan. Después de que el medicamento mostró efecto, no ven la necesidad de mantenerlo y detienen el tratamiento como si se tratara de un medicamento común.
- 4) Existen madres que inician el tratamiento en el embarazo y lo dejan atrás después del parto, o bien, durante el embarazo no toman los medicamentos de manera adecuada. Una de ellas señaló que dejó de tomarlos por causas económicas: tenía un alojamiento inestable, tuvo que mendigar en la calle para satisfacer las necesidades básicas y percibió el VIH/SIDA como menos urgente que los demás problemas.
- 5) Otras historias indicaron que el abandono del TARV arraiga en la conciencia o sentimiento de desaliento. Entre las veinte familias entrevistadas, cuatro veces

surgió espontáneamente el tema del suicidio y el número de los intentos reales podría ser más alto. El abandono de la medicación puede ser una forma de suicidio frente a los problemas bio-psico-socio-económicos que evolucionan mal debido a la enfermedad.

- 6) Finalmente, el abandono del tratamiento puede ser un acto emancipatorio para asumir el control de su propio cuerpo. Sobre todo los adolescentes no quieren ser receptores pasivos de consejos y mandatos del adulto. Ya que no pueden participar en las decisiones que conciernen a su salud y a su vida familiar, no tomar las pastillas es la única acción que pueden determinar directamente.

## La ciudadanía biológica

A través del Banco de Previsión Social (BPS), el Estado otorga una pensión de \$2500 por discapacidad laboral a adultos que viven con SIDA. Como condición, la persona tiene que mostrar, a través de exámenes clínicos, una muy baja cantidad de T-linfocitos, responsables de proteger el sistema inmunológico, y/o haber pasado por varias internaciones. Además, las PVVS tienen que tener evidencias de que ningún pariente cercano, normalmente los padres y los hermanos, tiene ingresos mayores que \$5000. Esta pensión se otorga durante dos años y, pasado ese lapso, debe ser solicitada nuevamente cada tres años. Los que aprueban las investigaciones correspondientes también tienen acceso a un pase libre de locomoción y a una canasta del Instituto Nacional de Alimentación (INDA). Mientras parece cada vez más difícil de obtener este beneficio para las personas que contrajeron la enfermedad vía sexual o por el uso de drogas, eso no ocurre con los niños y niñas seropositivos por vía “vertical”. Cuando su estatus serológico indica el VIH, rápidamente reciben un pase libre y una canasta alimentaria idéntica a la de los adultos. En el caso de los niños y niñas, el Estado, a través de la policlínica, permite el acceso a la pensión de \$2500 que fue establecida por discapacidad laboral a adultos. Por otra parte, generalmente, los niños no tienen que avanzar hasta el SIDA para recibir estos beneficios.

249

En el año 2005, dadas las limitaciones del espacio físico de la Policlínica al fondo del Hospital de la Mujer, se estableció una nueva Unidad de Infectología<sup>7</sup> en un sector del Hospital del Niño del centro hospitalario Pereira Rossell. El proyecto fue realizado con el apoyo de UNICEF, de la Embajada de Japón, del Ministerio de Salud Pública (MSP) y de donadores privados. El espacio amplio, con consultorios para la atención obstétrico-pediátrica y el apoyo psicológico y social, fue exclusivamente creado para embarazadas seropositivas y la asistencia ambulante de 150 a 200 niños y niñas de 0 - 14 años que hubieran contraído el virus vía materna. Por parte de la sociedad civil organizada, cuatro ONGs, más o menos vinculadas con la institución, identificaron la necesidad de apoyar a estos niños en los últimos años. Las acciones principales incluyen: acompañamiento emocional de niños y niñas internados por el SIDA o asistidos en la policlínica, organización y realización de fiestas y actividades recreativas, recaudación de fondos con el fin de entregar alimentos, ropa y equipamiento, incluso a la policlínica. En general, los beneficios, servicios y actividades ofrecidos a los niños y niñas que contrajeron el VIH por vía madre-hijo son modestos y limitados por falta de financiación, aunque sean superiores a lo alcanzable por adultos seropositivos, por huérfanos e hijos seronegativos de los mismos ni por los jóvenes que hayan contraído el virus por vía sexual.

---

7. Coloquialmente todavía se refiere a la institución como “Policlínica de referencia VIH”.

El antropólogo Paul Rabinow se refiere a una “biosocialidad” para designar nuevos colectivos que se forman alrededor de enfermedades hereditarias a base de predisposiciones genéticas (Rabinow 1992). Ese concepto se extendió a cualquier grupo que se forma en base al cuerpo y su estado biológico, ante consideraciones de salud y enfermedad, borrando así formas de socialidad convencional. Lo que se destaca es la heterogeneidad de esas formas que en contraposición a movimientos sociales críticos, favorecen alianzas con el Estado, el sector privado y los profesionales del sector biomédico. Esto es lo que podemos observar en el campo del VIH/SIDA en Uruguay. Aunque las brechas todavía existen, es difícil discernir entre una sociedad civil progresista y una clase médica o capitalista nociva. Nos llamó la atención que grupos de pacientes seropositivos uruguayos recibieran fondos de corporaciones multinacionales farmacéuticas para asistir a congresos internacionales en donde se frena la distribución de genéricos y se promueve la compra de medicamentos caros de esas mismas corporaciones. Todavía filántropos quieren cortar los derechos reproductivos de la mujer seropositiva como lo hubiera hecho la Eugenesia del siglo pasado y finalmente las propias personas que viven con el VIH se auto-culpabilizan de una enfermedad que en la mayoría de los casos se relaciona con las circunstancias de pobreza. Lo que vincula a estas asambleas heterogéneas es la idea de que la biología y el virus de la inmunodeficiencia necesariamente son el sitio principal para la asignación de identidad.

Como hemos visto en el caso de Sandra, el desgano de asumir una identidad de “portadora” tuvo como resultado el rechazo de participar completamente en el discurso moralista, con todas las consecuencias para su propia salud.<sup>8</sup> Por otro lado, la identidad de “portador” a cierta edad puede resultar beneficioso. Para Miguel, sus compañeros de la Policlínica y las familias de los mismos, el estatus seropositivo se había convertido en un recurso. Contra lo presumible, Miguel y varios integrantes del equipo de Infectología explicaron que siempre le gustaba ir al hospital. Durante las internaciones, percibió a veces más atención y cuidado que le ofrecía su vida cotidiana. En lo concerniente al aspecto material, varias historias analizadas en nuestro estudio indicaron que la familia, o el tutor del niño seropositivo, dependía de las canastas alimentarias y de la pensión del niño porque no había otra fuente de ingreso. Parece que hoy en día la biología, como tecnología de inscripción de identidades y posibilidades sociales, gana la partida en la transformación de regímenes político-legales.

La antropóloga Adriana Petryna llama a la nueva relación entre el Estado y el sujeto que surge de la biosocialidad “ciudadanía biológica”. Esta se caracteriza como “una demanda enorme, no obstante el acceso limitado a una forma de beneficencia pública a base de criterios médicos, científicos y legales que reconocen el daño biológico y lo compensan”<sup>9</sup> (Petryna 2002: 6).<sup>10</sup> Desde esa perspectiva, las demandas se plantean frente a otras carencias fundamentales, como son el desempleo y la decadencia de los sistemas de seguridad social estatales. En consecuencia, el cuerpo se convierte en un recurso que concede acceso a servicios sociales y de la salud que no dependen de la pertenencia primordial a un colectivo y que conceden derechos desde el nacimiento. En el campo del VIH/SIDA esta nueva forma de ciudadanía no está limitada a una nación, sino que tiene una dimensión transnacional, en la que

---

8. Suponemos que la negación todavía es la respuesta más común en Uruguay. Observamos que las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el área integran pocas PVVS. En el Día Internacional del SIDA de 2005 poco más de diez personas seropositivas participaron en la marcha. La estigmatización todavía impide el establecimiento de colectivos biosociales formados voluntariamente.

9. Traducción del autor.

10. También vea Rose y Novas (2006).

organizaciones de auxilio del Norte substituyen el rol del propio Estado. (Nguyen 2006). Es del caso ver qué implicaciones tiene este proceso para la ciudadanía en Uruguay; el desarrollo de la Unidad de Infectología puede ser un sitio pertinente para situar esta observación.

## La caída de los inocentes

Durante los años de su internación en el hogar del INAME la integración social de Miguel con los doce compañeros del grupo fue caracterizada como ejemplar, por su educadora. Ella señala: “Es un niño como cualquier otro niño, que se puede agarrar una enfermedad (contagiosa) mucho más rápido que cualquier otro”. Para Miguel, el VIH/SIDA se naturalizó. Cuando entró en la adolescencia, algunos de sus compañeros de escuela lo invitaban a participar en actividades recreativas, como juegos, charlas y campamentos de un grupo de jóvenes pertenecientes a una parroquia. Antes de cumplir los doce años quiso también, por voluntad propia, recibir el Bautismo y la Comunión. La primera vez que concurrió a las reuniones preparatorias, en el momento de presentarse, dijo: “Yo soy Miguel y tengo SIDA”. Esa actitud de coraje y franqueza, que falta en muchos adultos que niegan el VIH, fue interpretada como inestabilidad, por los educadores del INAME. En consecuencia, fue referido a una siquiatra para problematizar los aspectos psico-sociales de la enfermedad. Lo mismo, frente al tratamiento de la sexualidad, ante lo cual los funcionarios del Hogar se encuentran perplejos. Comprensiblemente, el adolescente planteó la posibilidad de tener una novia y de tener hijos, y también señaló su resentimiento ante la idea de tener que usar preservativos toda su vida. Su incipiente sexualidad resultó angustiante para su educadora. Por un lado, teme que pueda acontecer un acto sexual que ponga en riesgo la salud de uno de los demás niños; y por otro, señala que en el caso de un hogar para adolescentes existiría el riesgo de violaciones por otros internados.

Como lo hemos indicado, la nueva ciudadanía biológica es excluyente como es inclusiva, y se vincula con la economía moral que establece la biopolítica uruguaya. Esto sale a la luz de modo más claro frente a la juventud, cuando los niños y las niñas se han elevado del estatus de la imaginada pureza e inocencia. Hoy en día los adolescentes seropositivos, en su gran mayoría, contrajeron la enfermedad vía relaciones sexuales desprotegidas y, a veces, por el uso de drogas inyectables. Formalmente, ellos deberían atenderse en el SEIC, todavía conocido como Instituto de Higiene, la institución pública de referencia nacional para el examen y el tratamiento del VIH/SIDA. Sin embargo, menores de 20 años no concurren al servicio, pero tampoco ha habido efectivos esfuerzos individuales o colectivos para asistir a esa franja etaria dentro del sistema de la salud pública. Aunque el servicio no rechaza a adolescentes que quieran someterse al examen del VIH o al tratamiento del SIDA, sólo pueden concurrir acompañados de un tutor adulto. El director de la institución señala que los pocos adolescentes que van a realizarse el análisis generalmente son impulsados por padres o cuidadores adultos que los acompañan. En estos casos, el resultado del test frecuentemente es negativo. También debe tomarse en cuenta que no se ha hecho una campaña para que los adolescentes concurren al servicio. Esto es cierto con relación al test de VIH y también respecto del tratamiento y la asistencia psicológica y social.

En el año 2005, por ejemplo, de un total de casi 350 personas que ingresaron al área de trabajo social para ser estudiados, hubo sólo dos entre 15 y 19 años de edad. Según el director del servicio, de las aproximadamente 1000 personas que anualmente reciben tratamiento antirretroviral en el SEIC, menos de 10 son adolescentes. Cabe preguntarse si es probable que sólo menos del 1% de las personas con VIH/SIDA asis-

tidas en la Salud Pública del Estado sean adolescentes que contrajeron la enfermedad en la adolescencia por vía sexual o sanguínea. Hasta no tener acceso a nuevos datos, podemos suponer con cierta razón que existe un número significativo de adolescentes seropositivos que, efectivamente, no tienen acceso a los servicios del SEIC o que, incluso, no están enterados de su estatus serológico.

## Más allá de la razón

En mayo de 2006, en una conferencia en circunstancia del 15 aniversario de la Policlínica se tornó evidente cuál es el discurso que todavía ocupa la posición de la “verdad universal”. No es una sorpresa que la historia clínica de Miguel fuera presentada como triunfo de la pura razón. Un pediatra proyectó la historia de inversión en la “nuda vida” encima del fracaso moral de la madre, es decir, de su “abandono” del niño por causa de su estatus seropositivo.<sup>11</sup> Desde esa perspectiva la medicina venció la influencia nociva de la madre. Pero esa versión fue contestada. La asistente social que poco tiempo antes había estado presente en la entrevista con Graciela, la amiga de la madre fallecida, no pudo esconder su discrepancia y dijo: “Yo sé la historia verdadera. ¡Ese niño no fue abandonado!”. Es interesante que en el final de la conferencia el propio Director, con mucho cuidado, también cuestionó el discurso dominante de la inversión técnica en la vida. El título de su discurso fue “El pediatra frente a la muerte”. No se focalizó en los logros de la Policlínica, como la reducción de la tasa de transmisión vertical. Comenzó su discurso con una referencia a los curanderos pre-colombinos que le quebraban la espalda al paciente sin chance de cura como forma de asistencia culturalmente probada. La pregunta de cómo el médico debería responder frente a la muerte o próximo a la muerte de un niño constituyó el enfoque de su presentación. Finalmente, el director admitió que existen límites a la razón del médico. Concluyó que se tiene que acercar a estos límites con sensibilidad y compasión, escuchando de la experiencia existencial de los padres y de los parientes del niño fallecido.

252

Propongo que no es solamente la muerte física sino la muerte civil, sobre todo de la gente joven y adulta, incluso las madres, lo que debería obligar a los profesionales de la salud pública a escuchar las voces de todos los que se vuelven niños ante un enfoque moralista. En el 2006, con sus catorce años, Miguel todavía permanecía en el hogar para niños menores de doce años. En un principio quería permanecer en el sitio que le resultaba familiar, sin embargo ahora siente la necesidad de cambiar, entre otras cosas porque todos sus pares ya se han ido. En ese momento, repite el primer año del liceo y señala que prefiere concurrir a la UTU para estudiar carpintería. Sin embargo, preferiría ingresar al hogar al que había sido remitido uno de sus ex compañeros: este establecimiento le facilitaría, además, continuar los estudios, ya que se ubica muy cerca de una Escuela Técnica. Aunque la transferencia todavía era asunto pendiente cuando terminamos este estudio, el hogar de destino ya estaba determinado. No fue aquel de su preferencia. Otro de los temas que preocupan al adolescente tiene que ver con el campamento anual organizado para niños y niñas directa o indirectamente afectados por el VIH/SIDA. Miguel participó en las ediciones anteriores y lamenta que probablemente este año no pueda hacerlo, ya que sólo es para niños y niñas de seis a catorce años y él cumplirá pronto los quince.

---

11. Notablemente una psicóloga también presentó su versión del caso tomando como evidente que la madre rechazó el niño por su enfermedad. Sin embargo no tenía ninguna evidencia.

## Conclusiones

En ese artículo queremos mostrar cómo el lado productivo y el lado destructivo de la biopolítica se retroalimentan. La salud pública incluye procesos de selección que definen a quién “se hace vivir” y a quién “se rechaza hacia la muerte”. El rechazo no necesariamente tiene que resultar en la muerte física, sino que incluye cualquier tipo de exclusión como forma de “muerte civil”. Esa muerte se manifiesta antes en las autoridades biomédicas, que tornan al paciente en una “nuda vida” con escasa capacidad para determinar la trayectoria del propio cuerpo. La muerte civil en gran parte es un resultado del estigma asociado con personas que contrajeron la enfermedad vía sexual. Particularmente las madres seropositivas son percibidas como irresponsables, con poca capacidad de controlar su cuerpo de modo racional. En la trayectoria de vida que presentamos quedó en evidencia un discurso que mostraba a la madre seropositiva como culpable del abandono del niño y de su infección. La evaluación moralista no toma en cuenta el contexto más amplio en el que la mujer se tornó VIH positiva. Lo mismo es cierto frente al TARV, que para muchos pacientes es difícil de iniciar y de mantener. Como consecuencia de la “muerte civil”, los pacientes adolescentes y adultos se rebelan: no quieren consultar los servicios existentes o no mantienen el tratamiento. Estas tácticas dentro de la economía moral del tratamiento antirretroviral finalmente pueden ser letales. Por otro lado, también hemos mostrado cómo la inversión en la vida “pura” de los niños y niñas que contrajeron la enfermedad vía madre-a hijo refleja el lado productivo de la biopolítica. Para los que no son asociados con comportamientos estigmatizados, el VIH se torna en un recurso que forma la base de su ciudadanía. Pueden recibir los servicios de contención, asistencia y nutrición que sus hermanos seronegativos, muchas veces también huérfanos, no alcanzan.

En este artículo no queremos decir que existan demasiados servicios para niños y niñas seropositivos. Pero la inclusión de los niños seropositivos no necesariamente tiene que resultar en la exclusión de sus madres y de los que ya son adolescentes. Llamamos la atención sobre el hecho de que una economía moral del estigma resultó en la inclusión de unos y la exclusión de otros, jóvenes y adultos seropositivos. El cambio se vuelve evidente cuando el niño o la niña inocente se torna un adolescente y, por lo tanto, un “peligro”, por su incipiente sexualidad, en la lógica discriminatoria. En ese momento también sale a la luz la inexistencia de servicios destinados a los adolescentes seropositivos. Un programa de internación compulsiva de adolescentes mujeres seropositivas del INAME fue abandonado por su carácter discriminatorio. En ese sentido, constatamos un descenso del poder soberano sobre la vida de las PVVS desde el comienzo de la epidemia en Uruguay. Al lado de los médicos, que sin duda todavía ocupan una posición hegemónica, psicólogos, asistentes sociales, filántropos y activistas entraron en la clínica e hicieron el campo más heterogéneo. El rol de los activistas seropositivos en la transformación del biopoder uruguayo debería ser objeto de observación en el futuro. No obstante, poco indica un empoderamiento de PVVS: al lado de algunos activistas persistentes, su presencia es invisible, y su rebeldía, en la mayoría de los casos, queda muda en el espacio público. Las propias personas que viven con la enfermedad todavía se auto-culpabilizan y, así, participan en la despolitización de la enfermedad. Eso no es resuelto por un énfasis en la dignidad por parte de las nuevas autoridades, que subrayan el racional dominio del cuerpo por parte del individuo, sin tomar en cuenta los ámbitos socio-económicos y culturales en donde es difícil una vida digna.

## Referencias

- Agamben, Giorgio. 1998. *Homo Sacer: El poder soberano y la "nuda vida"*. Valencia: Pre-Textos.
- Ariés, Phillippe. 1987. *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Madrid: Taurus.
- Barran, José Pedro. 1992. *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos: El poder de curar*. Montevideo: Ed. De la Banda Oriental.
- \_\_\_\_\_. 1993. *Aspectos de la medicalización de la sociedad uruguaya*. En: La medicalización de la sociedad; J.P. Barran et alter. Montevideo: Nordan-Comunidad.
- Biehl, João. 2006. Will to Live: AIDS, Drugs and Local Economies of Salvation. *Public Culture* 18(3): 457-472.
- \_\_\_\_\_. 2001. *Life in a Zone of Social Abandonment*. *Social Text* 68(19)3: 131-149.
- Douglas, Mary. *Pureza y Peligro: Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Translation by María Corneiro. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, Michel. 1981. *Historia de la sexualidad*, vol. 1. 7a. ed., trad. de Ulises Guñazú, Madrid y México: Siglo XXI Editores.
- \_\_\_\_\_. 1977. *La Gubernamentalidad*. En: Saber y poder. Madrid: La Piqueta.
- Gellner, Ernest. 1977. *Patrons and Clients*. In: *Patrons and Clients in Mediterranean Societies*, E. Gellner and J. Waterbury, 1-16. Duckworth, London.
- Iacob, Marcela. 2004. "Las biotecnologías y el poder sobre la vida", en Didier Eribon (comp.), *El infrecuente Michel Foucault: Renovación del pensamiento crítico*. Buenos Aires: Letra Viva / Edelp.
- Lazzarato, Mauricio. 2006. *Los conceptos de vida y vivo en la sociedad de control*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Mere Rouco, Juan y Ana Buquet. 2003. Sistematización de las acciones y estrategias en VIH/SIDA en el Uruguay desde una enfoque cultural. UNESCO: Estudios e Informes Serie Especial, No. 17.
- Ministerio de Salud Pública. 2005. *Informe Epidemiológico del VIH/SIDA 31/12/2005*. Departamento de Epidemiología: Unidad de Vigilancia Epidemiológica.
- Nguyen, Vinh-Kim. 2006. *Antiretroviral Globalism, Biopolitics and Therapeutic Citizenship*. In: *Global Assamblages*, A. Ong und S. Collier (Hg.). London: Blackwell, 124-144.
- Petryna, Adriana. 2002. *Life Exposed: Biological Citizenship after Chernobyl*. Princeton: Princeton University Press.
- Rabinow, Paul. 1992. *Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality*. *Incorporations*: 234-52.
- Rabinow, Paul y Nicolas Rose. 2006. *Biopower Today*. *BioSocieties* 1: 195-217.
- Reihling, Hanspeter C.W. 2006. *La Infancia frente al VIH/SIDA en Uruguay: Informe Final de un Análisis Situacional*. UNICEF Montevideo.
- Romero Gorski, Sonia. 1993. *Transformaciones en el campo de salud en Uruguay: ¿una revolución cultural?* En: La medicalización de la sociedad; J.P. Barran et alter. Montevideo: Nordan-Comunidad.
- \_\_\_\_\_. 2003. Madres e hijos en la Ciudad Vieja. Montevideo: Nordan-Comunidad.
- \_\_\_\_\_. 2005. La Diversidad en el campo de la salud. *Anuario Antropología Social y Cultural en Uruguay 2004-2005*: 111-120.
- Rose, Nicolas and Carlos Novas. 2006. *Biological Citizenship*. In: *Global Assamblages*, A. Ong und S. Collier (Hg.). London: Blackwell, 439-62.
- Sibilia, Paula. 2005. "Biopoder", en *El hombre postorgánico. Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. Buenos Aires: FCE.