

Tecnología, sexo y poder: enfoque biopolítico de la profilaxis preexposición en el Estado español*

Tecnologia, sexo e poder: abordagem biopolítica da profilaxia pré-exposição no Estado espanhol

Technology, Sex, and Power: Biopolitical Approach to Pre-exposure Prophylaxis in the Spanish State

Abel P. Pazos**

DOI:10.30578/nomadas.n55a9

Este artículo considera el tema de la profilaxis preexposición (PrEP), un tipo de intervención biomédica dirigida a la prevención de la transmisión del VIH. El autor desarrolla un mapa y rastrea histórica y conceptualmente algunos de sus cursos biopolíticos como dispositivo sociotécnico en el entramado de la ciencia, la tecnología y la sociedad, además de plantear un acercamiento a la luz de las teorizaciones contemporáneas a propósito de la biomedicalización en el contexto del biocapitalismo. A manera de conclusión, el artículo muestra algunos retos que plantean los marcos que subyacen a estos nuevos abordajes del riesgo serológico, en el contexto del Estado español.

Palabras clave: biocapitalismo, biomedicalización, deuda serológica, farmacopoder, necropoder, PrEP.

Este artigo considera o tema da profilaxia pré-exposição (PrEP), um tipo de intervenção biomédica encaminhada à prevenção da transmissão do VIH. O autor desenvolve um mapa e rastreia histórica e conceptualmente alguns dos seus cursos biopolíticos como dispositivo sociotécnico no tecido da ciência, a tecnologia e a sociedade, além de plantear uma aproximação à luz das teorias contemporâneas a propósito da biomedicalização no contexto do biocapitalismo. A maneira de conclusão, o artigo mostra alguns retos que planteiam os marcos que sobejassem a estas novas abordagens do risco serológico, no contexto do Estado espanhol.

Palavras-chave: biocapitalismo, biomedicalização, dívida serológica, farmacopoder, necropoder, PrEP.

This article considers the topic of pre-exposure prophylaxis (PrEP), a type of biomedical intervention aimed at preventing HIV transmission. The author develops a map and traces, historically and conceptually, some biopolitical courses of PrEP as a sociotechnical dispositive in the structural framework of science, technology, and society. In addition, it proposes an approach in the light of contemporary theorizations regarding biomedicalization in the context of biocapitalism. As a conclusion, the article shows some challenges posed by the frameworks underlying these new approaches to serological risk within the Spanish State.

Keywords: Biocapitalism, Biomedicalization, Serological Debt, Pharmacopower, Necropower, PrEP.

* El presente trabajo emerge de la investigación "Consumo e impacto social de los fármacos PrEP: Tecnología, sexo y poder" (2020), la cual coordino en la Federación de Asociaciones Juveniles de Oviedo (CMU), España.

** Investigador y docente en el departamento de Ética y Filosofía Moral, Universidad de Oviedo (España), por beneficio de la beca de investigación Severo Ochoa. Estudiante de Doctorado en Investigaciones Humanísticas, Universidad de Oviedo; máster en Estudios LGBTIQ+ (UCM), y Filósofo de la Universidad de Oviedo. Correo: abeper02@ucm.es

original recibido: 08/06/2021
aceptado: 11/10/2021

ISSN impreso: 0121-7550
ISSN electrónico: 2539-4762
nomadas.ucentral.edu.co
nomadas@ucentral.edu.co
Págs. 143~159

La profilaxis preexposición (PrEP) es un tipo de intervención biomédica dirigida a la prevención de la transmisión del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) en personas seronegativas, cuyas prácticas sociales y sexoafectivas son consideradas de alto riesgo. Si bien generalmente el término PrEP se utiliza para referirse al medicamento antirretroviral de consumo oral Truvada® o tenofovir disoproxil fumarato (TDF) y emtricitabina (TFC), recoge todo un paquete de medidas preventivas con las que se combina. Siguiendo al Ministerio de Sanidad del Estado español y su Plan Nacional sobre el Sida (2018), hablamos de la combinación de intervenciones conductuales, de tratamiento, de protección de derechos, de acompañamiento psicosocial, etc., que tienen el propósito de mejorar los índices de acatamiento de tales intervenciones y disminuir la adopción de comportamientos considerados de riesgo a la hora de contraer el virus. Concretamente en el Estado español, desde el 1 de noviembre del 2019 debería existir el acceso público a la PrEP como medida preventiva costeada por la seguridad social y su versión comercial debería empezar a estar disponible mediante receta médica y a ser distribuida como PrEP o como Profilaxis Post-Exposición (PEP) (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003). El caso es que, aún hoy, solo en algunas comunidades autónomas está regulada su distribución y su monitoreo (QuieroPrEPYa, 2020), es decir, en la mayor parte del Estado no se ha regulado todavía y no se tiene acceso ni al fármaco ni a su seguimiento y solo se puede conseguir de manera clandestina, por internet (exclusivamente el fármaco) o en algunos centros médicos privados.

Los estudios más recientes sobre la relación costo-beneficio del dispositivo indican que la intervención tiene éxito si se distribuye en unidades asistenciales que reúnan unos requisitos mínimos, de manera que su implementación sistemática vaya acompañada de monitoreo y evaluación (Guest *et al.*, 2008; Nguyen *et al.*, 2011; Brisson y Nguyen, 2017), por lo que el Estado actual irregular del consumo de Truvada como PrEP, al no ir acompañado del resto de herramientas que componen la batería de la intervención, reduce su efectividad y lo hace potencialmente condicionante de un aumento exponencial del riesgo de contracción de otras infecciones de transmisión genital (ITG) (Van Damme *et al.*, 2012; Ware *et al.*, 2012).

Más allá de los riesgos que plantea la distribución irregular y clandestina del fármaco, la integración de PrEP trae otros dilemas bioéticos que solo pueden ser comprendidos en las coordenadas históricas y contextuales en las que se inscribe este dispositivo. Algunos de los debates actuales sobre PrEP giran en torno a la cuestión de si será el dispositivo social que traiga el fin de la historia del sida, si marcará un nuevo capítulo de ella o si simplemente supondrá un aletargamiento de las dinámicas opresivas que la caracterizan. Los argumentos que componen este debate pueden agruparse en posicionamientos tecnooptimistas y tecnopesimistas. Esta tensión se resume en las caracterizaciones que piensan dispositivos sociotécnicos –como la PrEP– como intrínsecamente emancipadores, desde el punto de vista de las libertades individuales que traen consigo, descontextualizadamente, en forma de promesa

(tecnooptimismo), frente a las que los piensan –de acuerdo con las estructuras que conforman los marcos en que son producidos– como intrínsecamente opresivos y respecto de los cuales no existiría capacidad de agenciamiento político (tecnopesimismo) (Dean, 2015; David, Girard y Nguyen, 2015).

El debate estructurado de esta forma se inmerge en un apriorismo que incapacita un análisis de PrEP que mantenga las tensiones entre sus peligros y sus potencialidades. Aquí propongo una comprensión del carácter híbrido del marco que estructura el desigual reparto de salud serológica y que es el telón de fondo en que se produce PrEP. Esto es, invito a ver los cortes agenciales que pueden hacerse colectivamente ante esos cursos del poder, de manera que se logre desactivar sus efectos opresivos, no quedándose meramente en la dimensión de la libertad individual de los sujetos, sino operando en la forma en que la deuda serológica se genera a partir de las dinámicas que contextualizan PrEP. Solo manteniendo estas tensiones se puede empezar a hacer otras preguntas que desactiven el estancamiento del debate en oposiciones que oscilan entre el voluntarismo, representado por las libertades individuales del consumo de PrEP, y el determinismo social, representado por el reconocimiento del marco estructural en que se genera el microprotético azul.

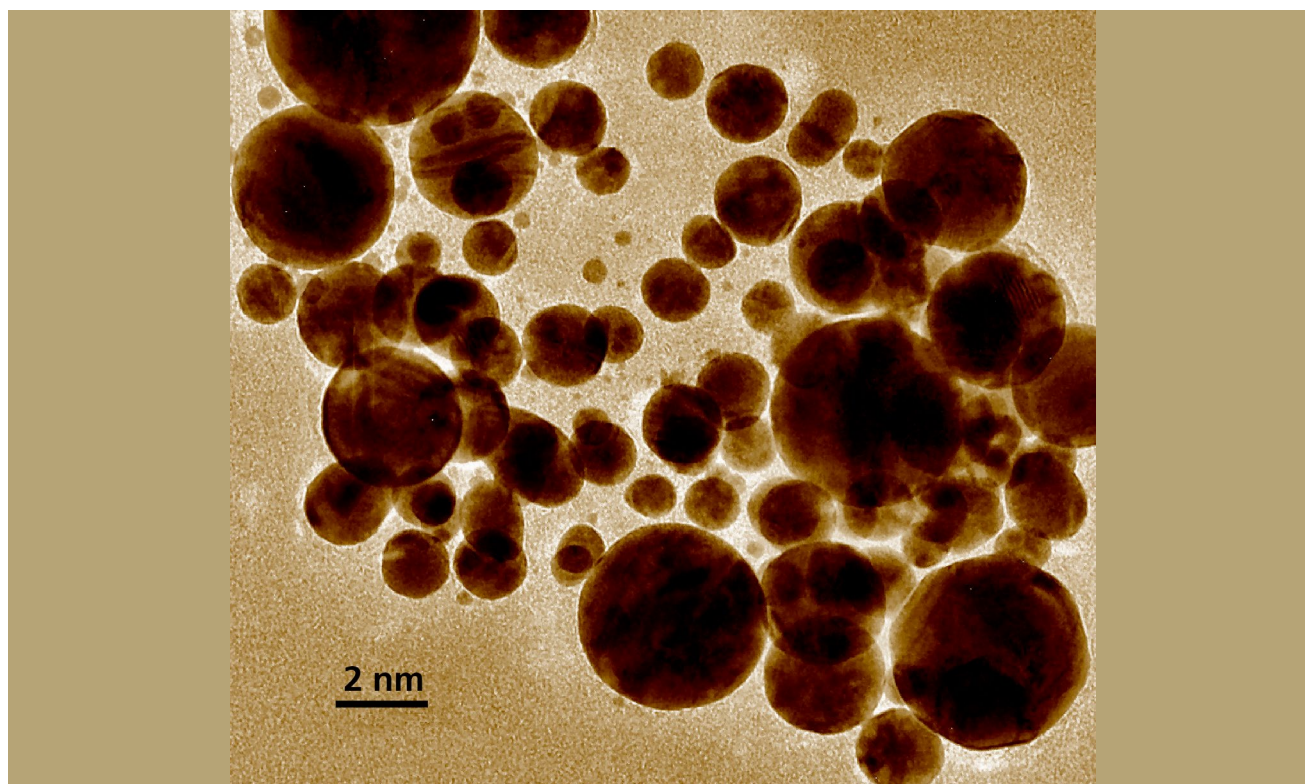
Para esta labor me sitúo teórica y metodológicamente en la línea de José Antonio López Cerezo y entiendo las interacciones entre ciencia, tecnología y sociedad como un producto “inherentemente social donde los elementos no técnicos [...] desempeñan un papel decisivo en su génesis y consolidación” (1998, p. 44), nunca como una actividad autónoma o neutra política y socialmente. En mi análisis de PrEP, enfatizo en la dimensión social del dispositivo y rechazo la imagen de la actividad o el producto científico-tecnológico como puros, así como la idea de la tecnología como mera ampliación neutral de la ciencia. En este marco más generalista de los estudios sobre ciencia, tecnología y sociedad (CTS), parto de la idea, siguiendo a Marta González (2017), de que la ciencia y la tecnología son instrumentos que sirven en ocasiones, por su uso, diseño y aplicación, para la perpetuación de desigualdades. En el análisis trato de desvelar formas de subvertir los guiones sociales, así como las presuposiciones contextuales incorporadas a la materialidad del artefacto PrEP a través de la inclusión/exclusión de las representaciones de sus posibles

usuaries¹, representaciones que configuran, en la elaboración de su diseño, el escenario de sus posibilidades. A partir de tales consideraciones, me pregunto por otro agenciamiento político posible del dispositivo.

Para ello sigo las directrices metodológicas y conceptuales que propone Clarke (2010) en su teorización de los procesos de biomedicalización. Me pregunto por: 1) las dinámicas de la economía biopolítica que producen el artefacto, 2) la forma en que intensifican el enfoque de la salud a través de medios estrictamente tecnocientíficos y de extrema vigilancia y control a los grupos diana, 3) cómo en el proceso se elabora una tecnocientificación específica de ciertas prácticas biomédicas, y 4) el efecto que esto tiene en la producción de nuevas identidades tecnocientíficas a nivel individual y poblacional. Direcciones que me guían durante el recorrido que hago por la historia de la gestión social del VIH/SIDA en el Estado español y me permiten desentrañar algunas de sus facetas opresivas.

Enclaves filosóficos para una comprensión biopolítica de PrEP

Para la comprensión de la historia del fenómeno del VIH/SIDA en que se inscribe PrEP, propongo un mapa en el cual rastrear sus cursos de poder. Divido este marco en dos regímenes somatopolíticos: R1: Biopolítica y R2: Biocapitalismo², como aquel que dota de significado a las que en el punto siguiente desarrollaré como fases históricas que ha tomado la gestión social del VIH/SIDA en el Estado español. Siguiendo a Paul B. Preciado (2008; 2011) hablo de regímenes somatopolíticos como los periodos históricos clasificados según las lógicas de despliegue y ejercicio del poder que se inscriben en los cuerpos a modo de marco y que los producen y dotan de significado. Preciado, siguiendo a Foucault, piensa los regímenes: tanatopolítico, propio de las sociedades preindustriales; biopolítico, propio de las sociedades modernas y –ya completando el esquema foucaultiano– farmacopornográfico, propio de las sociedades posindustriales, como regímenes que se van sucediendo uno tras de otro, pero sin sustituirse, acumulándose sus cursos del poder y sus significados simbólicos históricos, sin anularse entre sí, manteniendo tensiones a través de unos cuerpos que hacen las veces de archivo de todos esos elementos discursivos.



▪ *Nanpartículas de oro*, 2019 | Capturada por: Georgy Shafeev. Tomada de: Dreamstime.com

En el momento biopolítico el poder se pone a funcionar a partir de un principio de producción de vida y mediante una lógica que penetra los cuerpos, a los que se aferra para su dirección y modificación. El régimen biopolítico es aquel donde el poder se ejerce en el cuidado y la producción de la vida, disciplinando sobre la manera correcta y normativa del vivir. Críticos de la ruta trazada por Foucault y Preciado, tanto Achille Mbembe como Jasbir Puar –entre otros filósofos y activistas racializados, *queer* y vih-positivos– ven una carencia conceptual en la noción del biopoder, al ser incapaz de pensar los cuerpos más vulnerados por el régimen de disciplinamiento a través de las lógicas biopolíticas en contextos de estados de excepción y geografías de guerra y confinamiento. Por ello Mbembe y Puar proponen las nociones de “necropolítica” y “necropoder”, respectivamente. Con su noción, Achille Mbembe (2019) está pensando en geografías situadas, como pueden ser las lógicas arquitectónicas y de distribución espacial en que se expresa la ocupación israelí de los territorios del pueblo de Palestina, o la distribución de las capacidades de muerte en los complejos carcelarios estadounidenses, o la violencia emanada de las políticas fronterizas y de contención de movilidad for-

zosa, cuestiones estas que condenan al naufragio, la electrocución, la deportación en caliente o la muerte lenta por la privación de medicamentos, alimentos u otros productos de necesidad básica.

En línea con Judith Butler (2020 [1993]), señalamos que las formas de distribución de la precariedad por parte de los Estados y las instituciones públicas y privadas no se ven explicadas suficientemente por la idea de la administración de la vida que analizan los estudios tradicionales de la biopolítica, pues la reducen al ejercicio del biopoder, sin considerar la distribución de la muerte, la construcción de espacios de excepción y de geografías de cadenas y cadáveres, donde se articulan políticas para muertos vivos, contra cuyos cuerpos se ejerce una violencia a la vez extrema y aletargada que se pone a funcionar expresamente para dejar morir de manera activa. Este es, tal y como lo refiere Lucas Platero, “el poder de los estados de brindar diferencialmente las posibilidades de la vida o, por el contrario, las que conducen al daño o a la muerte” (2019, p. 15), con lo cual el foco se pone en la manera en que las acciones y los discursos institucionales deniegan la posibilidad de tener una vida

vivable, mientras promueven, en cambio, una vida zombie: una vivencia de la muerte en el cuerpo.

Jasbir Puar, por su parte, recoge estas críticas y propone establecer un diálogo entre las nociones de biopoder y necropoder de manera que se pueda atender a ambas esferas vinculando el biopoder con la muerte, a pesar de encontrar su *telos* en el disciplinamiento del vivir, así como el necropoder buscaría la anulación en vida de la vida, en su vinculación con la distribución de las posibilidades de muerte (Puar, 2017, p. 83). Con este acercamiento, invita a pensar estas relaciones atendiendo a las disidencias de género y sexuales por medio de la idea de la necropolítica *queer* (Gosset, 2014), como herramienta teórica con la cual explorar procesos y condiciones históricas que apuntalan y sostienen un rango de distribución desigual de posibilidades de vida y de muerte –como ocurre con las disidencias y la guerra, la migración forzosa o la colonización–, procesos y condiciones históricas que justifican el uso de la carta de derechos de lesbianas, gays, transgénero y bisexuales (LGTB).

Teniendo esto en cuenta, cuando trazo acá la historia de la gestión pública del VIH/SIDA en el Estado español, en el momento biopolítico distingo dos etapas diferenciadas de acuerdo con la primacía de un tipo de lógica de poder sobre otra: la primera marcada por el necropoder y la otra por el biopoder, ambas en el contexto del R1. Biopolítica y necropolítica, pues –tal y como sostiene Estévez– “no son opuestos, sino definitivamente constitutivos” de fenómenos sociales como la migración (2018, p. 33), asuntos que desarrollaré en el punto siguiente.

En el momento contemporáneo, se extendería una nueva lógica somatopolítica que toma forma como farmacopoder. Es lo que Preciado llama régimen fármacopornográfico, en el que tienen un papel fundamental las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y su relación con la construcción de la erótica y la producción de los deseos a través de dispositivos de control desplegados por la industria pornográfica. Preciado ve una influencia clara de la construcción pornográfica normativa del deseo sexual en la interpretación del consumo de microprótesis *cyborg*. Defiende que en el régimen farmacopornográfico el poder es capaz de generar un control absorbible y aspirable y que penetra por todos los orificios, desde los lagrimales (gotas para los

ojos), pasando por el ano (ácido oxábico o GHB), hasta los poros de la piel (contaminación del aire, radiación solar etc.), y que, frente a instituciones biopolíticas como la escuela, donde les alumnos son disciplinados colectivamente, este es ejercido, si bien masivamente, de manera individual, hasta fundirse enteramente con la estructura viviente del sujeto, como una microprótesis que se instala a nivel molecular y tecnifica orgánicamente el cuerpo que transforma. Explícitamente dirá: “Las representaciones dominantes de la era farmacopornográfica –píldora, prótesis, felación y doble penetración– comparten la misma relación entre el cuerpo y el poder: deseo de infiltración, absorción, ocupación total” (Preciado, 2009, p. 135).

En su análisis de la píldora anticonceptiva, Preciado critica cómo se ha extendido un uso de las ideas de libertad y de agencia en un sentido neoliberal estricto donde la autonomía se deposita meramente en la posibilidad de consumir o no consumir, inocentemente al estado del amarre, de las estructuras productoras de la fantasía, que no tienen que ver tanto con la decisión, es decir, donde el agenciamiento político no está relacionado con la gestión individual, sino con el deseo de la decisión, la erótica de la penetración por parte de este micro-fascismo pop. En este régimen, el efecto del poder es la naturalización en clave molecular de los sujetos ficticios producidos, y hace especial mención de la producción de cierto tipo de feminidad que se consigue a través de los cambios biomoleculares generados por la ingesta de ese dispositivo sociotécnico. En este sentido, el disciplinamiento ya no es exógeno y conductivo-conductual, ni tiene que ver ya solamente con la corrección de la postura en aula, sino que opera biomolecularmente transformando el cuerpo hacia el modelo de sujeto desde el que se diseña el artefacto científico-tecnológico. Esto es un biotravestismo en que, al ponerse a funcionar el poder a ese nivel, condiciona la performatividad del sujeto a escala micro y produce de manera técnica unos cuerpos orgánicos concretos a través de su cálculo y regulación.

En conclusión, en el momento contemporáneo, el poder no solo lo ejercen las figuras soberanas (padre de familia) ni solo las estructuras modernas de disciplinamiento (escuela, hospital, etc.). Por la influencia de la industria pornográfica –en nuestro estatuto como cuerpos deseantes sumidos en una sociedad consumista– y de la industria farmacológica –con su capacidad para

producir ficciones políticas de identidad, feminidad y masculinidad de manera molecular biotruste-, se ejerce un nuevo poder: el poder farmacopornográfico, entendido como aquel que, sumándose a las lógicas de poder previas, tiene la capacidad de tomar el control del deseo hasta hacer deseable el biocontrol tecnificado por parte del sistema biocapitalista, con lo que reduce la necesidad tanatopolítica de punición, o biopolítica de vigilancia, a través del fomento de la excitación exaltada por la sumisión.

Para comprender este nuevo ejercicio del poder propio del régimen fármacopornográfico, es necesario entender esas transformaciones que tuvieron lugar con el paso del liberalismo capitalista de la industria pesada a las lógicas neoliberales posindustriales y ver cómo se manifestaron esas transformaciones en el entramado de dispositivos e instituciones que cooperan produciendo el significado contemporáneo de la idea “vida”, pues este es el marco en el que interpretamos el cuidado social y la gestión pública de la sexualidad, así como las relaciones de carácter radical que hay entre las producciones de las ficciones somáticas de sexo y vida.

El concepto “medicalización”, fue acuñado en el contexto de los estudios CTS de la década de los setenta como clave para analizar las formas en que distintos procesos sociales empiezan a ser reconducidos hacia y por la medicina, a partir de la redefinición, en términos de padecimientos o desórdenes, de cuestiones que hasta entonces se salían de su jurisdicción, como pueden ser el alcoholismo o la hiperactividad infantil (Conrad, 2005), así como para analizar las relaciones entre la biotecnología y la creciente industria farmacéutica y el cambio que esa alianza empezaba a suponer en la reconceptualización de los potenciales patientxs, en términos de potenciales consumidorxs, o también en las nuevas formas de gestión y administración de la salud por parte de los Estados y las aseguradoras privadas.

Desde la década de los ochenta se empieza a utilizar la noción de “biomedicalización”, propuesta por Adele E. Clarke en el contexto de los estudios feministas en CTS para hablar de la producción de los esquemas biotecnológicos que condicionan la producción de la salud y la enfermedad mediante el desarrollo de una serie de baterías tecnológicas que desdibujan las fronteras entre la medicina, la ciencia y la industria. Con esta noción se sigue poniendo el foco, por un lado, en la alianza

entre la producción de conocimiento biomédico y los intereses transnacionales de la industria farmacéutica, orientados a la transformación de la salud en términos de mercancía, y, por otro, en el afán contemporáneo por el monitoreo, el control y la vigilancia de padecimientos posibles. Y se aplica el prefijo *bio* para tanto hacer referencia a la capacidad de las ciencias de la vida de transformar la noción propia de “vida” y modificar sus fundamentos mismos como para dar cuenta de la dimensión biopolítica que la gestión social de estos saberes tiene en la producción política de nuevos tipos de sujeto e identidades tecnocientíficas (Clarke *et al.*, 2003; 2010).

En el contexto contemporáneo, tal y como señalan Torres y Suárez (2019; 2020), estamos asistiendo a procesos de biomedicalización que afectan diferencialmente a los sujetos y a las poblaciones de acuerdo con sus marcas políticas, su clase social, su procedencia geográfica, su raza, su género, su sexualidad etc., de manera que las políticas de implementación de dispositivos biomédicos como la profilaxis preexposición (PrEP), vienen segmentadas de acuerdo con directrices sistemáticas de marcaje social y dirigidas en función de los intereses del capital, en el contexto de la implosión de la industria farmacéutica y la extensión del farmacopoder.

Melinda Cooper analiza muy bien esta hibridación entre el saber biomédico y el poder de la industria farmacéutica en lo que llama biocapitalismo. La autora sitúa la principal diferencia entre el biocapitalismo tecnocentrado neoliberal y el sistema industrial de la modernidad occidental en que mientras este último encuentra como límite el agotamiento de las reservas terrestres de la vida humana, el primero trata de sobrepasarlo por medio de la capitalización de la promesa que se manifiesta en la monetización de la potencialidad de la vida.

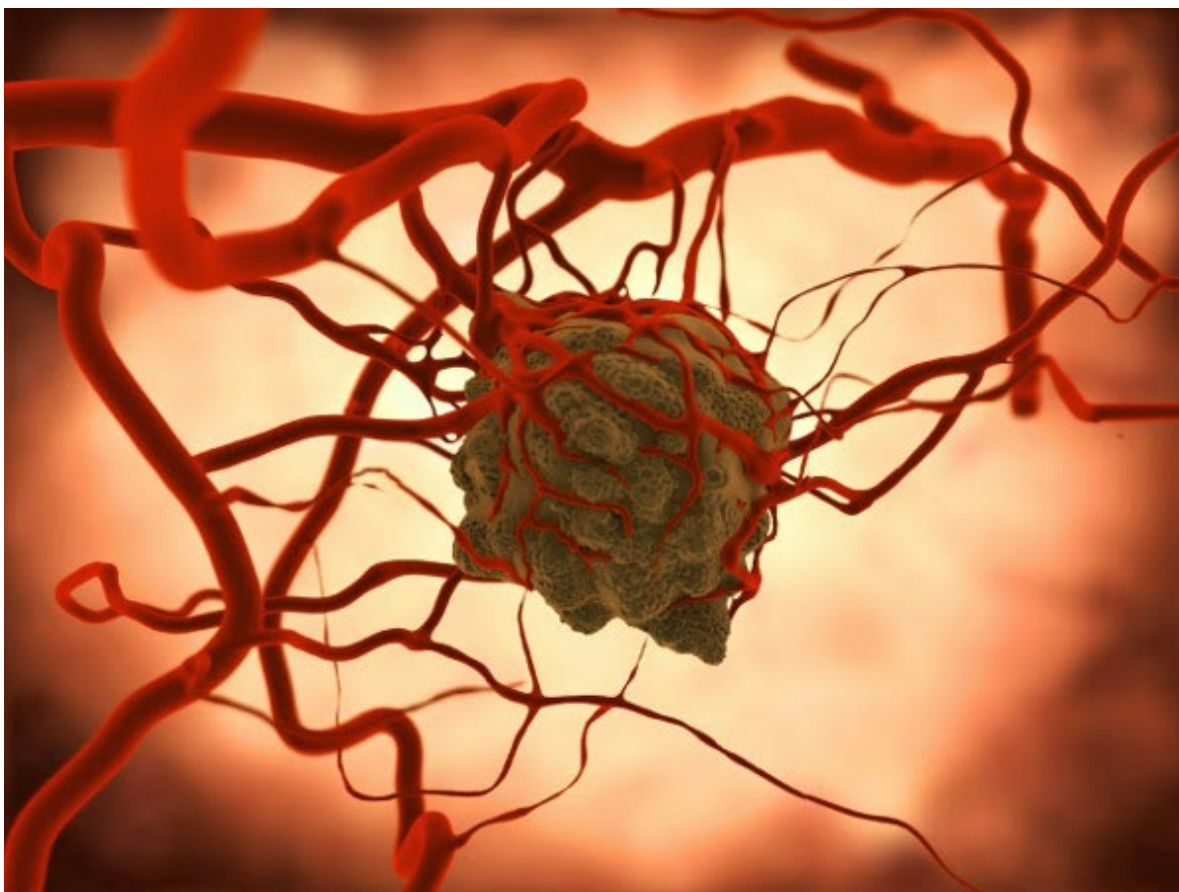
La vida se integra en la lógica de la producción al punto que hay que entender ambas categorías como entidades indiferenciadas, que capitalizan de este modo las posibilidades futuras de producción y reproducción. El capital empieza a imaginarse a sí mismo como algo capaz de atribuirse autónomamente nuevos valores, como una fuerza viva con sus propios poderes de regeneración que supera las reservas geológicas de la Tierra, en un olvido delirante del agotamiento de sus

reservas naturales, olvido que permite que el capital se reproduzca en esa forma de fantasma que agota la totalidad del presente en una sobreproducción de carácter maniaco que reduce el presente habitable a un mínimo vivible, a cambio de un futuro que está por llegar, de una Tierra tecnoprometida, que, por la propia autotransformación de la misma deuda que se genera, nunca puede terminar de materializarse más que en forma de nuevas promesas.

Estos son “the two sides of the capitalist delirium –he drive to push beyond limits and the need to reimpose them, in the form of scarcity– must be understood as mutually constitutive” (Cooper, 2008, p. 49), en una imbricación vida-economía donde las ciencias económicas empiezan a entenderse como ciencias de la vida, el capital como un organismo vivo y con valores y capacidades orgánicas, y la vida como *surplus*, un excedente que alberga la capacidad de autorregenerarse y trascender sus propios límites evolutivos.

Este esbozo ya deja rastrear las relaciones estructurales entre los momentos de crisis del capital, de creación de deuda y de devaluación periódica de la vida humana. En estas relaciones, en un primer momento, la lógica neoliberal nos localiza en una reevaluación en la que el capital nos traslada futurísticamente lejos del presente a una utopía financiera futura que responde especulativamente a las crisis donde de hecho se distribuye la precariedad en cada contexto, y, en un segundo momento, inmediato y de transcurso paralelo al anterior, tiene lugar una devaluación de la vida, una desinversión donde los organismos no rentables, es decir, las vidas que no valen los costos de su propia producción en términos de fuerzas productivas –y a los ojos de esta perversa lente neoliberal– son devastadas e intercambiadas por esa geoespaciación global utópica prometida.

Así, la vida se produce de modo biocapitalista en el marco en que se despliega el poder farmacopornográfico que refuerza estas relaciones neocoloniales globalistas



▪ Tumor con aumento de la vascularización, 2012 | Autor: Selvanegra.Tomada de: istockphoto.com

en su control sobre la vida, y con el amarre de la excitación sexual y la producción biomolecular del género y el sexo. Esta producción se lleva a cabo en dos direcciones simultáneas: por el lado biocapitalista, con la capitalización de la sexualidad y la monetización del peligro social en el contexto del VIH/SIDA por parte de estructuras generadoras de fantasía, y, por el lado farmacopornográfico, la vida de la excitación social se produce con la hipermedicalización, que reduce la agencia de los sujetos y los grupos sociales a la mera libertad de elección de la ocupación total del cuerpo propio a través del consumo o no consumo de fármacos y otras intervenciones biomédicas.

Es decir, en el R3: Biocapitalista se da una relación bidireccional en que el sexo (las sexualidades, la erótica, el deseo) se produce dentro de unas estructuras sociales biocapitalistas condicionadas por la lógica neoliberal que impulsa el desarrollo biotecnológico manifiesto en el consumo de fármacos (PrEP, píldora), amarre farmacopornográfico de la excitación sexual que lleva a interpretar como un ejercicio de libertad individual la posibilidad de ser intervenido por medio del consumo, la libre elección de la hipermedicalización del cuerpo propio –asumida y popularizada como un ejercicio de derechos humanos fundamentales– y la monetización del peligro social y la capitalización de la vida de los grupos considerados de riesgo, lo que se entiende como el ejercicio de la libertad y que se resume en la posibilidad de consumir o no consumir el microprotético azul.

La individualización y borrado histórico en que –según explicaré– ha derivado la gestión social del VIH/SIDA en el Estado español tienen un efecto invisibilizador de los cursos necropolíticos *queer* de ejercicio del poder, los cuales relegan ciertos cuerpos e identidades a la sentencia de la violencia de muerte aletargada, como son los grupos sociales que son privados estructuralmente del acceso a medidas preventivas básicas para con las prácticas de alta prevalencia de VIH. Un borrado que se da, en parte, por la hipervisibilización de la cuestión de las libertades individuales que el dispositivo PrEP promete, en el sentido neoliberal de la capitalización de la promesa del cuerpo usuario privilegiado con acceso a esta nueva estrategia preventiva, con lo que expulsa del debate contextos de riesgo menos normativos. Así la estructura biocapitalista contemporánea se

desarrolla con el arrase del presente por la promesa del tecnificado mundo venidero; en este caso, se trata de las tecnologías necropolíticas *queer* que generan esa deuda serológica manifiesta en el desigual acceso a medidas preventivas, aparentemente justificada por la promesa de la solución de la crisis del VIH/SIDA, que vendría de la mano de la hipermedicalización de todas las dimensiones del sujeto.

A lo que llamo deuda serológica es lo generado en esta organización del poder: 1) por efecto del amarre fármaco-pornográfico producido por las estructuras que se encargan de producir el deseo individual de ser biomonitorizado, deseo que organiza los grupos sociales usuarios de PrEP desde la forma de la mera libertad de desear ser intervenidos a escala molecular, y 2) por el efecto enmascarador que este juego de la libertad individual tecno-producida tiene para con el arrase sistémico de otros grupos sociales, en el contexto de la producción biocapitalista de la vida, contexto que les priva de condiciones de accesibilidad a salud serológica y genera nuevos cursos necropolíticos *queer* que se ven desplegados a través de este acceso condicionado por las estructuras sociales que enmarcan el régimen político en que se produce PrEP.

La gestión del VIH/SIDA en el Estado español

Siguiendo la propuesta de Pablo Santoro (2019), hablo de F1: Necropoder, F2: Biopoder y F3: Farmacopoder, como fases que se inscriben en este marco, y de regímenes somatopolíticos: R1: Biopolítico y R2: Biocapitalista, que he desarrollado conceptualmente en el punto anterior. En el marco del R1: Biopolítica, hablo de Fase 1: Detección temprana y primeras políticas públicas (años ochenta y noventa), caracterizada por la exclusión del cuerpo potencialmente VIH+ a través del ejercicio sistemático del necropoder, y de Fase 2: Prevención y aumento de la esperanza de vida (años noventa y dos mil), caracterizada por la normalización de la vida con VIH en el ejercicio del biopoder. Y en el momento contemporáneo R2: Biocapitalismo (desde las primeras décadas del 2000), de Fase 3: El momento contemporáneo, caracterizada por una nueva ola de biomedicalización de la potencialidad del riesgo y una monitorización y producción científica tecnificada de la vida a través del ejercicio del farmacopoder.



▪ *Burbujas* | Capturada por: Brian Gordon Green. Tomada de: nationalgeographic.org

Fase 1 (1980/1990): Necropoder, detección temprana y primeras políticas públicas excluyentes

La enfermedad del sida fue diagnosticada en el Estado español por primera vez en 1981 en el Hospital Vall d'Hebron, en Catalunya (Martín, 2011), el mismo año en que tuvo lugar el primer caso en Estados Unidos, donde el Centers of Disease Control and Prevention (CDC) llevó a cabo el primer diagnóstico. A estos diagnósticos siguió el despliegue del Protocolo 577, un informe de diagnóstico y recomendaciones sociosanitarias en el que se concluía que el elemento en común de aquellos cinco primeros diagnósticos era la no heterosexualidad de los usuarios y el “elevado” número de relaciones sexo-afectivas genitales que mantenían. En un contexto de homofobia social intensa, los primeros diagnósticos del sida se ligaron por completo a la sexualidad disidente, a la precariedad y a las prácticas sexo-afectivas extraconyugales, llegando a categorizarse los primeros años de la pandemia del sida como inmunodeficiencia relacionada con los gais (*gay-related immune deficiency* - GRID), como el cáncer rosa y, más

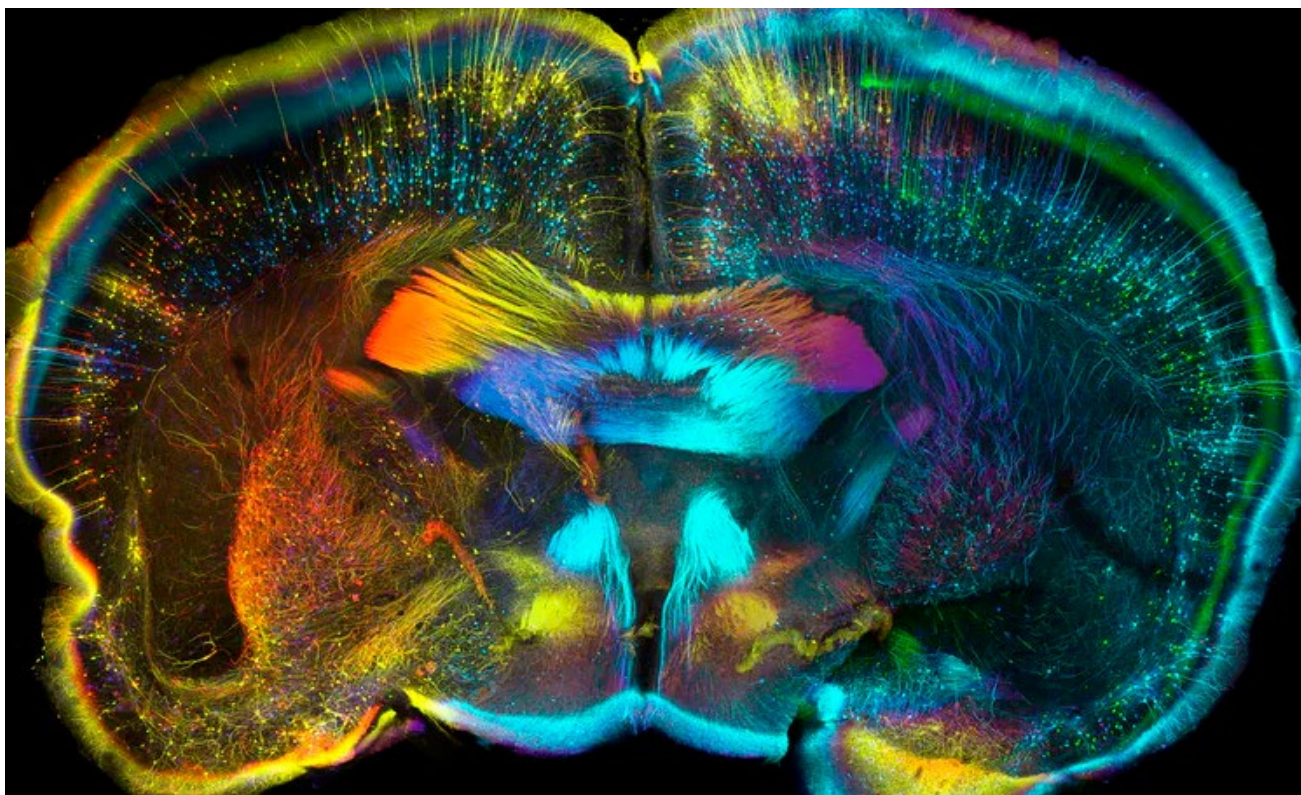
adelante, como la enfermedad de las cuatro H (hemofilia, Haití, homosexualidad y heroína).

En el contexto en que empieza a expandirse la pandemia, el cuerpo categorizado como infectado/infectioso aparece como objeto de protocolos de prevención, por cuya peligrosidad potencial habría de ser disciplinado de alguna manera. Esta cuestión dio pie a un tipo de diversofobia proyectada sobre los grupos sociales que encarnan la enfermedad, de manera que estos empiezan a servir de depositarios de todo un nuevo dispositivo opresivo, una nueva marca social que tiene que ver con el estigma de la serofobia y que se va materializando en la exclusión social, la negligencia médica y la distribución de azidotimidina (AZT) como primeros antiretrovirales, acerca de los cuales no solo era conocida su no efectividad como antiretroviral, sino que además eran sabidos también sus efectos perjudiciales en periodos largos de consumo (France, 2012).

Las políticas públicas de esta primera década se basaban en la negación u obstaculación directa del acceso a la atención sanitaria y al resto de formas de protección

y cuidado de las personas enfermas de sida, o directamente en la distribución de un fármaco demostrado como letal en contextos de enfermedad no marcados por la disidencia sexual, racial, o por la precariedad y el consumo de drogas. Esto es, un ejercicio necropolítico *queer* del poder que hace énfasis en la idea de activamente dejar morir a los grupos sociales que simbolizan un peligro para las estructuras tradicionales de normatividad social, lógica negligente sostenida sobre la exclusión de los grupos sociales pensados como “grupos de riesgo”, quienes más sufren el VIH/SIDA, a la vez fuente de contagio y expansión de la pandemia, construidos como masas condenadas al ostracismo social y a vivenciar aletargadamente la presencia de la muerte en sus cuerpos.

la gestión pública de la enfermedad estaba reforzando desigualdades estructurales y haciendo más intensa la presencia de VIH/SIDA en los grupos sociales estigmatizados. Los discursos epidemiológicos dejaban de hablar de “grupos de riesgo” y empezaban a referirse a “prácticas de riesgo”. Esto, junto con los nuevos dispositivos biomédicos –que a diferencia de los AZT sí tenían un efecto paliativo en las personas seropositivas enfermas de sida– trajo consigo el alargamiento de la esperanza de vida de las personas diagnosticadas, al punto que el sida pasó de significar una sentencia de muerte a entenderse como una enfermedad crónica, algo con lo que se podía vivir mucho más tiempo, con el acompañamiento sociosanitario adecuado.



▪ *Cerebro de ratón, vista coronal, 2015* | Capturada por: Luis de la Torre-Ubieta. Tomada de: theconversation.com

Fase 2 (1990/2000): Biopoder, prevención y aumento de la esperanza de vida

A principios de los noventa empiezan a desplegarse políticas públicas en torno del VIH/SIDA que se ponen a funcionar con una pretensión desestigmatizante de los “grupos de riesgo”, conscientes de las formas como

El alargamiento de la esperanza de vida de las personas con sida trajo consigo nuevas formas de ejercicio de control del cuerpo VIH+. El discurso biomédico trató de modelar los comportamientos de las poblaciones desde políticas de prevención que se sostienen en la idea del *safe* y que sirven para crear una oposición entre los buenos y los malos cuerpos, siendo esos “buenos cuerpos” los que cumplen con todas las obligaciones

médico-morales respecto a la vida sexual, con el uso del preservativo, la limitación de las parejas, o el no consumo de drogas de manera ilegal.

Estos cambios tuvieron y tienen efecto productor de identidad, concretamente en lo que se refiere a la población homosexual masculina cisgénero, con la construcción de una identidad “gay”, por oposición al cuerpo homosexual VIH+ de los años ochenta, sostenida sobre la idea de la inclusión en la normatividad social como cuerpo social “respetable”, donde respetable significa “no peligroso”, en el sentido de un peligro no meramente epidemiológico, sino uno donde el contagio simboliza la permeabilidad de la disidencia y, por tanto, la desestabilización de las estructuras sociales y de parentesco patriarcales y capitalistas tradicionales (Santoro, 2019, p. 98).

Fase 3 (momento contemporáneo): Farmacopoder y nueva biomedicalización

Con la gestión de las últimas décadas de la pandemia, se ha llegado al momento de la indetectabilidad/intransmibilidad. Se estima que actualmente en el Estado español viven con VIH un total de 151.387 personas, de las cuales alrededor de un 13% desconoce que está infectada (Vigilancia Epidemiológica del VIH y Sida en España, 2021), es decir, se llega a superar la cifra de más del 70% de personas diagnosticadas entre la totalidad de personas que viven con VIH, y donde más de la mitad de ellas está en tratamiento con una carga viral indetectable e intransmisible. Esto trae consigo una rotura simbólica de la cadena causal entre la infección por VIH y la enfermedad del sida, así como elimina el riesgo de la transmisión sanguínea en relaciones sexuales con personas VIH+ en tratamiento, al menos entre los grupos sociales que cuentan con acceso a medidas preventivas.

Para llegar a este momento de indetectabilidad e intransmibilidad se ha generado un complejo estructural que posibilita una integral biomedicalización. En el contexto biocapitalista, la enfermedad se entiende como un fenómeno que debe ser encarado mediante políticas estrictamente biomédicas que reducen la complejidad biosocial del VIH/SIDA a un estado de salud cada vez más individualizado en que la medicación pasa a venderse como única forma de afrontar el síntoma o

efecto de la enfermedad, así como también como mejor estrategia preventiva (Nguyen *et al.*, 2011).

Esto es a lo que me refiero con biomedicalización, entendida como la comprensión biomédica estricta, en sentido pretendidamente no social, que trae consigo la anatomización del individuo como un cuerpo aislado que se pretende como desgajado de sus relaciones sociales e históricas, lo que relega las dimensiones de la enfermedad que no refieren tan directamente a los planos orgánico y fisiológico, todo lo relacionado con la historia social del estigma y la enfermedad, así como las condiciones estructurales de distribución de la salud que incrementan la prevalencia del VIH en distintos grupos sociales en un plano casi oculto y que se pretende invisible.

Esta medicalización biocapitalista del VIH/SIDA, por un lado, significa un paquete de medidas con una alta efectividad con respecto a los efectos patológicos del virus y su tratamiento, pero, por otro, también una dependencia total de la industria farmacéutica y un potencial borrado histórico del significado social de la pandemia (Carrascosa, 2020). Cuestiones que juntas tienen la potencialidad de reforzar las desigualdades sociales ya existentes con respecto a la distribución de la salud serológica y que pueden verse rastreadas en la limitación al acceso a la intervención.

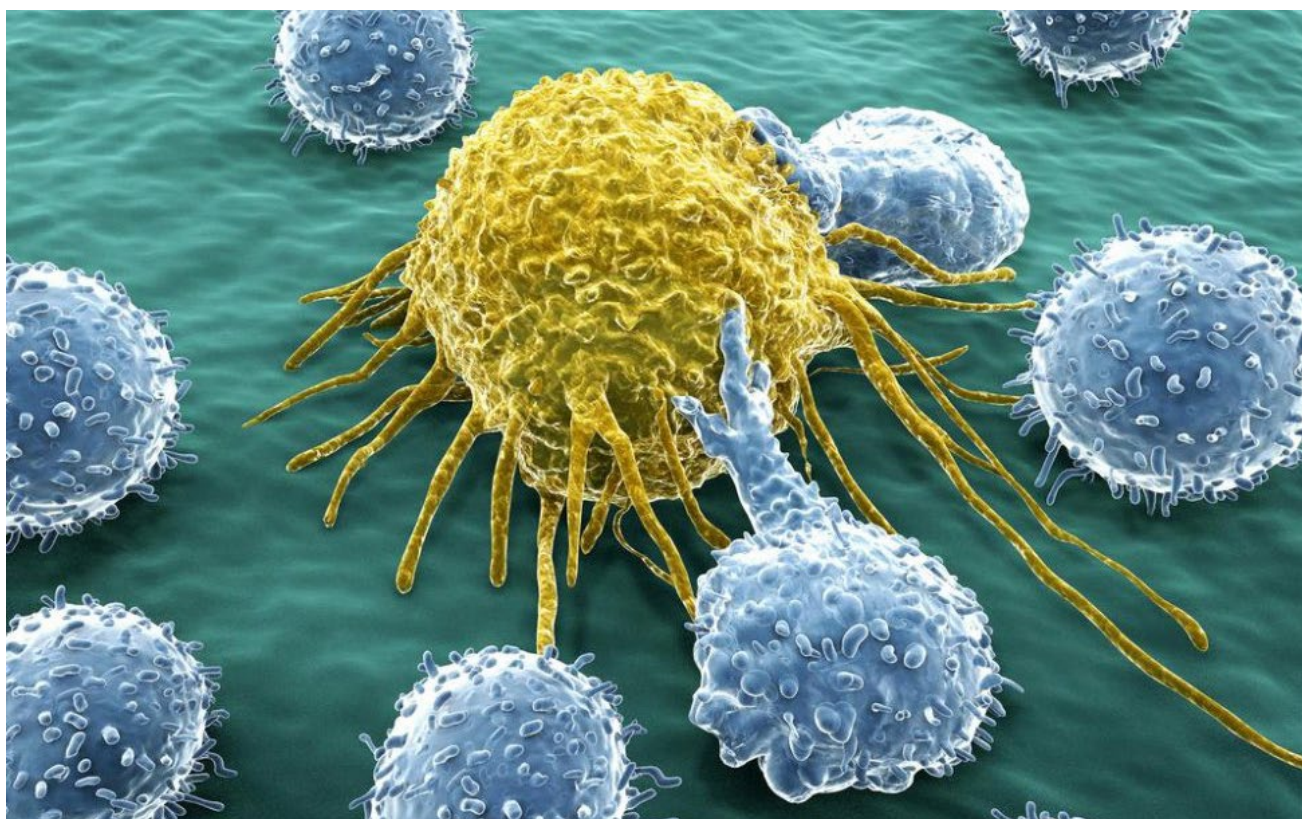
En conclusión, podemos pensar la historia de la gestión pública del VIH/SIDA en el Estado español como una historia de la individualización de la responsabilidad social que puede rastrearse en las producciones semiótico-materiales de los grupos diáspora a través de las categorías epidemiológicas “grupos de riesgo” (Fase 1), “prácticas de riesgo” (Fase 2) o “prácticas de alta prevalencia del VIH” (Fase 3), matices lingüísticos que representan la cada vez mayor influencia de las lógicas biocapitalistas de gestión de la salud y la sexualidad, cuyo culmen es la asunción del ejercicio de ciertas libertades individuales relacionadas con rutinas preventivas o el consumo de ciertos fármacos. Todo ello es expresión de una forma de ejercicio de libertad a cambio de una regularización del sexo que se va normativizando conductivo-conductualmente mediante campañas del sexo seguro, con su efecto productor de “buenos sujetos sexuales disidentes” (Fase 2), hasta una normativización de carácter biomolecular, precisamente la que trae

consigo PrEP, donde se mercantiliza la potencia del riesgo y las prácticas sexo-afectivas y de alta prevalencia al VIH son expuestas en toda su verdad ante le profesional sanitarie de manera periódica, y donde los sujetos son definidos con base en una monitorización y seguimiento moleculares de carácter total (Fase 3).

En este recorrido desarrollo los cuatro interrogantes planteados al marco estructural en que se produce PrEP. Ello me permiten preguntarme por formas de subvertir sus guiones sociales. En referencia a la pregunta 1 (*supra*), las dinámicas de la economía biopolítica a través de las cuales se lleva a cabo el artefacto, me refiero a la extensión del biocapitalismo neoliberal y a su ejercicio del farmacopoder, desarrollado en el punto anterior como sistema político y económico que da pie a esa producción biocapitalista del sexo y farmacopornográfica de la vida. También doy cuenta de la pregunta 2, al señalar la intensificación del monitoreo y el enfoque de la salud aplicados a los grupos diana por medios que, conforme avanza la historia de

la gestión pública del VIH/SIDA, cada vez son más estrictamente tecnocientíficos, lo cual se corresponde con la pregunta 3, concerniente a la mayor tecnocientificación de las prácticas biomédicas en el contexto del Estado español, prácticas mediante las cuales se lleva a cabo esa vigilancia radical de la verdad, a desvelar en la sangre monitorizada de los grupos diana.

El reconocimiento de estas lógicas desemboca en la pregunta 4, por el efecto que esto tiene en la producción de nuevas identidades tecnocientíficas, individuales y poblacionales, es decir, por las nuevas ficciones políticas que comportan esas identidades tecnocientíficas fruto de la capitalización del riesgo y la codificación molecular y sanguínea de la moral y la política sexual, pues las lógicas somatopolíticas –inscritas en el actual momento biocapitalista y ejercidas por el farmacopoder– producen la significación social de los sujetos y de las poblaciones, a partir de esa mediación biotecnológica que supone PrEP en la tercera fase de la gestión pública de la pandemia del sida.



■ Moléculas matan las células cancerosas, 2015 | Autor: Juan Gaertner. Tomada de: Shutterstock.com

En resumen, en esta historia de la individualización de la responsabilidad social del VIH/SIDA, que culmina en la asunción del monitoreo molecular de la sexualidad, como ejercicio de la voluntad individual, el sexo se produce biocapitalistamente. Entendiendo “sexo”, en sentido amplio, como conjunto de prácticas y deseos afectivos, genitales o no, relacionados con el placer y la erótica, así como de las identidades sexuales, al organizarse el buen-sexo, las formas normativas de expresarse sexualmente según los criterios impuestos por la industria farmacológica, esa que dicta qué drogas es lícito que medien el disfrute de la sexualidad y la erótica.

Por otro lado, se da una producción farmacopornográfica de la vida, donde los deseos, la excitación, y cualquier ejercicio de libertad relacionado con el VIH/SIDA, son controlados por la misma industria farmacológica a cambio de un pequeño paquete de libertades individuales, como la posibilidad o no de consumo del fármaco, de acudir a una cita con le médique, o de olvidarte algún día de ingerir la Truvada, pareciendo así que incluso se deja un espacio para el libre albedrío en la vida que es radicalmente biomonitorizada.

Estas individualización y borrado histórico tienen un efecto invisibilizador con los cursos necropolíticos *queer* de ejercicio del poder, mismos que relegan ciertos cuerpos e identidades a la sentencia de la vivencia de la muerte aletargada, como pasa con los grupos sociales deprivados estructuralmente del acceso a medidas preventivas, básicas en cuanto a las prácticas de alta prevalencia de VIH. Un borrado que se da, en parte, por la hipervisibilización de la cuestión de las libertades individuales que el dispositivo PrEP promete, con esa pulsión neoliberal de capitalizar la promesa del cuerpo usuario privilegiado que tiene acceso a esta nueva estrategia preventiva, mientras se expulsan del debate cuestiones menos normativas, como son la alta prevalencia del VIH y la negligencia social a su tratamiento en cárceles y Centros de Internamiento de Extranjeros (CIES), por ejemplo (Lemoine, 2001; Schifter, 2001). Así se desarrolla la estructura biocapitalista contemporánea, con el arrase del presente por la promesa del tecnificado mundo venidero; en este caso, las tecnologías necropolíticas *queer* que generan esa deuda serológica, aparentemente justificada por la promesa de la solución de la crisis del VIH/SIDA, que

supuestamente vendrá de la mano de la hipermedicalización de todas las dimensiones del sujeto.

Cortes agenciales en los cursos de la pastilla azul: PrEP en contextos de extranjería

En el Estado español, algunos de estos cursos necropolíticos *queer* se identifican en la gran dificultad o casi imposibilidad de acceso a la sanidad pública en general y, por tanto, también al dispositivo biomédico PrEP por parte de las personas migrantes y residentes “irregulares” e indocumentadas (Pérez y Goicolea, 2017; Ruiz *et al.*, 2018), sin autonomía jurídica. Esto les pasa concretamente a los colectivos de personas neurodivergentes en situación de tutelaje y curatela, y ocurre en la exposición a formas específicas de violencia que sufren las personas trans* (Ortega y Platero, 2015) con identidades no binarias o que no han cambiado su nombre ni la mención de su género en sus documentos oficiales, por ejemplo al tener que acceder a PrEP a costa de ser categorizadas como “HSH” (hombres que tienen sexo con hombres) o como “mujeres transexuales”, categorías protocolarias en que se inspiran los documentos oficiales para la dirección de la intervención (Plan Nacional sobre el Sida-Grupo de Expertos PrEP, 2018).

Puntualmente, con respecto a la situación de la extranjería en el Estado español, la relación entre la supuesta irregularidad de la residencia por cuestiones de migración y extranjería y el acceso a la sanidad pública ha ido variando en las últimas décadas. Así, con el conocido como “Decreto de la vergüenza” (RDL 16/2012), en el contexto de la crisis económica de la primera década del 2000, se retiró la tarjeta sanitaria a 873.000 personas en situación de migración (Gimeno, 2021), con lo que se las condenó a tener un acceso limitado a la sanidad pública, limitado solamente en casos de urgencia o embarazo (Moreno y Fuentes, 2013). Más adelante, por medio del real decreto-ley RDL 7/2018 se pretendió extender el acceso a la sanidad pública no solamente a personas con nacionalidad española, sino a personas con derecho a la asistencia sanitaria por algún otro título jurídico y a personas cuya residencia legal habitual se situara en el Estado español. De este modo, se trataba desligar de la residencia y la nacionalidad el derecho al acceso a la sanidad (Jefatura de Estado, 2018), pero,

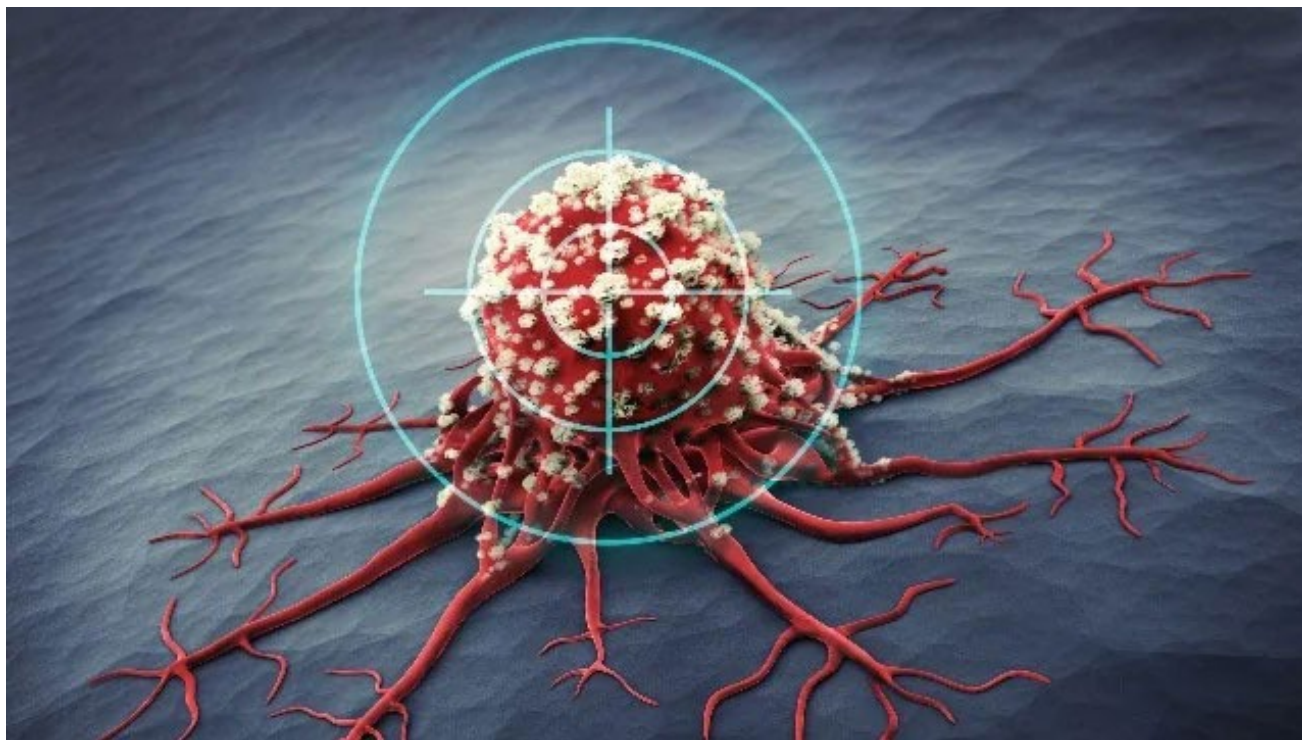
eso sí, limitando su acceso al pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

Desde entonces, para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a los fondos públicos, las personas titulares de los derechos deben encontrarse en alguno de los supuestos expresamente previstos. Esto significa que, a pesar de los preámbulos de las normas o los objetivos originales del decreto de 2018, la sanidad sigue siendo un derecho de configuración legal y no absoluto y que, para su acceso con cobertura completa, las personas que se encuentran en esta situación deben hallarse igualmente en alguno de los supuestos anteriores: nacionalidad y/o residencia, pues el RDC 7/2018 exige a la persona extranjera por fuera de los supuestos anteriores acreditar cubrimiento en un sistema de salud, público o privado, contratado en España o en otro país, que le proporcione esa cobertura sanitaria durante el tiempo de residencia, para que esta sea legal. En conclusión, se les reconoce el derecho a la asistencia sanitaria a las personas extranjeras en situación de residencia irregular y luego se les niega, con los mismos requisitos que se les exige para su regularización (Gómez, 2019). Y como cada comunidad autónoma sigue aplicando la ley de manera distinta, no se armoniza el procedimiento, lo que pone todo tipo de barreras a las personas migrantes sin la documentación en regla (Médicos del Mundo, 2019).

Teniendo en cuenta el marco en que se produce PrEP como un agenciamiento político y colectivo de la intervención y considerando la postura bioéticamente responsable con el complejo en que se estructura y que reproduce el dispositivo, me sitúo en la línea de Karsten Schubert y su propuesta de democratización de la biopolítica (2019), pues sirve para poner sobre el tablero e intervenir en algunas de las dimensiones opresivas que regulan nuestro contexto jurídico y social y para enfrentar la forma en que el desigual reparto de accesibilidad a la ruta de PrEP precariza y condena a vivenciar el aletargamiento de la muerte a las personas no reconocidas como ciudadanas de pleno derecho, sabiendo que todo ello se da en el contexto del desigual reparto de la salud afectivo-sexual, al no estar estas incluidas en los protocolos para su dirección y seguimiento.

En el escenario que estoy revisando, agenciarse política y colectivamente de PrEP y promover su consumo y fomento tiene que llevar directamente a una crítica desmantelante de la Ley de Extranjería, de las categorías jurídicas de tutelaje y curatelaje, o a la articulación de una Ley Integral Trans* (Médicos del Mundo, 2017; Abiétar, 2021), como ejemplo de algunas barreras que solo el marco jurídico general ya edifica, con lo que se endurecen las diferencias estructurales entre grupos sociales. Estas son las presuposiciones contextuales que se incorporan a la materialidad de PrEP como entramado CTS, que en su extensión diseña un escenario de posibilidades que, al no incluir grupos sociales específicos como sus posibles usuarixs, genera para estos cuerpos un escenario de salud serológica caracterizado por la imposibilidad, cuyo efecto es la privación de sus capacidades de vivir.

Este agenciamiento invita a una reapropiación de las formas de producción y distribución de PrEP, a intervenir en ellas de manera que su consumo sirva para abrir un debate que va más allá de un “a favor o en contra”. Ello nos sitúa, además, frente al poder de la industria farmacéutica y saca a flote nuestra responsabilidad colectiva para con ella, conscientes de la manera en que nuestras fantasías sexuales –mediadas por la pornografía *mainstream*– condicionan también nuestras formas de sociabilidad en el resto de esferas sociales. Asimismo, ello nos lleva a entender la sobremedicalización de nuestros cuerpos como un ejercicio de libertad individual, o a verlo en su marco colonial, binario y neurocapacitista, a costa del cual existe ese falaz “derecho universal” a la salud. En otras palabras, ello nos impulsa a transformar las maneras en que este dispositivo sale y se extiende en la sociedad mediante la expropiación de las condiciones de su dirección. De tal manera, su efecto más inmediato sería que los cursos opresivos del poder dejaran de acentuarse, así como la manera en que refuerzan los repartos desiguales de condiciones de vida y de muerte, sin que ciertos cuerpos entren automáticamente en el tiempo de la muerte aletargada. Con este agenciamiento se subvertirían algunos de los guiones sociales que hoy en día conforman la materialidad de PrEP y hacen de este un dispositivo necropolítico *queer*. Con él se empieza a saldar la deuda serológica pendiente.



▪ *Inmunoterapia contra los cánceres*, 2019 | Tomada de: infobae.com

Conclusiones

PrEP es un dispositivo sociotécnico en cuyos trazados históricos se puede rastrear el marco biopolítico que en el presente posibilita una distribución desigual de la salud y la precariedad serológicas. Agenciarse colectivamente de PrEP implica intervenir en la deuda serológica que genera la biocapitalización de la promesa de un futuro sin VIH/SIDA, cuando esa promesa supone el arrase del presente a través de un ejercicio necropolítico *queer* que hipervisibiliza la situación de unxs potenciales usuarios/clientes de PrEP, a costa del silenciamiento de las desigualdades estructurales que el mismo dispositivo reproduce con sus políticas de implementación.

Aquí se han analizado algunos conceptos clave para una comprensión de PrEP como entramado CTS, en

el contexto de estudios contemporáneos sobre biopolítica y biocapitalismo, y se ha enganchado el marco conceptual en el contexto específico de la historia de la gestión pública del VIH/SIDA en el Estado español, para finalmente analizar el marco legal de este en relación con la situación de la población extranjera y su acceso a la sanidad pública. Así, se lo abordó como uno de los dispositivos a través de los que la futura distribución de PrEP contribuirá a reproducir desigualdades estructurales, por cuestiones raciales y de procedencia geográfica, al no incluir ciertos grupos sociales en su diseño. Esto da cuenta de cómo estrategias estrictamente tecnocientíficas no son suficientes, si los marcos y políticas de salud pública no tienen en consideración las complejidades estructurales y de carácter interseccional que atraviesan fenómenos tan complejos como es la gestión de la salud serológica.

Nota

1. Para evitar un uso excluyente del lenguaje, sustituiré las terminaciones a/as y o/os de las palabras que llevan marca de género en el castellano por las terminaciones en e/es para singulares y plurales respectivamente, salvo en casos en que la palabra en cuestión ya sea un masculino terminado en e/es o cuando tal sustitución implique un cambio de significado, donde sustituiré e por x. Asimismo, conservaré las marcas de género originales en citas tomadas de otros textos.
2. Si bien Paul B. Preciado desarrolla el régimen somatopolítico propio de las sociedades contemporáneas como régimen farmacopornográfico, en este plano he decidido, aún manteniendo la idea del farmacopoder como lógica de ejercicio del poder en la contemporaneidad hipertecnificada, usar el concepto de biocapitalismo para hablar del marco somatopolítico general en que se despliega el poder, pues tiene un alcance más amplio y sirve para reconocer otros cursos necropolíticos que el farmacopoder también permite.

Referencias

1. ABIÉTTAR, D. (2021). Diversidad sin diferencias. Un análisis de salud pública sobre la propuesta de ley trans. *Juvent. Revista Juvenil Alternativa*, 18 de marzo. <https://revistajuvent.cat/2021/03/18/analisis-ley-trans/>
2. BUTLER, J., (2020) [1993]. *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Paidós.
3. BRISSON, J. y Nguyen, V. (2017). Science, Technology, Power and Sex: PrEP and HIV-positive Gay Men in Paris. *Culture, Health & Sexuality. An International Journal for Research, Intervention and Care*, 19(10), 1-12. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1291994>
4. CARRASCOSA, S. (2020). Nadie hablará del SIDA cuando estemos muertas. En Fefa Vila y Javier Sáez (eds). *El libro del buen amor. Sexualidades raras y políticas extrañas*. Ayuntamiento de Madrid.
5. CLARKE, A. E. et al. (2003). Biomedicalization: Theorizing Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociology Review*, 2, 161-194.
6. CLARKE, A. E. et al. (2010). *Biomedicalization. Technoscience, Health and Illness in the U.S.* Duke University Press.
7. CONRAD, P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 1, 3-14.
8. COOPER, M. (2008). *Life as Surplus. Biotechnology & Capitalism In The Neoliberal Era*. University of Washington Press.
9. DAVID, P., Girard, G. y Nguyen, V. (2015). Aids & Biocapitalisation. The Ambiguities of a "World Without Aids". *eBooks & Ideas.net*.
10. DEAN, T. (2015). Mediated Intimacies: Raw Sex, Truvada®, and the Biopolitics of Chemoprophylaxis. *Sexualities*, 18, 224-246.
11. DEPARTAMENT DE Sanitat i Seguretat Social (2003). *Recomendacions per a la profilaxi postexposició no ocupacional a l'HIV*. Generalitat de Catalunya, Direcció de Drogodependències i Sida.
12. ESTÉVEZ, A. (2018). Biopolítica y necropolítica: ¿Constitutivos u opuestos?. *Espiral*, 73, 9-43.
13. FRANCE, D. (dir.) (2012). *How to Survive a Plague*. [Documental]. Ninety Thousands Words, Public Square Films.
14. GONZÁLEZ, M. I. (2017). *Ciencia, tecnología y género*. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (ConaCyT).
15. GIMENO, L. A. (2021). Uso de la sanidad pública por la población migrante: prejuicios y realidad. *Acta Sanitaria*. <https://www.actasanitaria.com/uso-de-la-sanidad-publica-por-la-poblacion-migrante-prejuicios-y-realidad/>
16. GÓMEZ, L. (2019). ¿Tienen derecho todos los extranjeros a la sanidad universal? *Legal Today*, 3 de septiembre. <https://www.legaltoday.com/practica-juridica/derecho-publico/derecho-administrativo/tienen-derecho-todos-los-extranjeros-a-la-sanidad-universal-2019-09-03/>
17. GOSSET, Ch. (2014). We Will not Rest in Peace: AIDS Activism, Black Radicalism, Queer and/or Trans Resistance. En J. Haritaworn, A. Kuntsman y S. Posocco (eds.), *Queer Necropolitics*. Routledge.
18. GUEST, G. et al. (2008). Changes in Sexual Risk Behavior Among Participants in a PrEP HIV Prevention Trial. *Sexually Transmitted Diseases*, 5, 1002-1008.
19. LEMOINE, D. (2001). Identidad y V.I.H.: Análisis de las influencias de la cárcel en la identidad de los detenidos seropositivos. Una visión etnológica y de antropología social. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 3, 5-13.
20. LÓPEZ CERESO, J. A. (1998). Ciencia, tecnología y sociedad: el estado de la cuestión en Europa y Estados Unidos. *Revista Iberoamericana de Educación*, 18, 41-68.

21. MARTÍN PLAZA, A. (2011). El primer caso de sida en España se detectó hace 30 años en el Hospital Vall d'Hebron. *RTVE Noticias España*. <https://www.rtve.es/noticias/20110602/primer-caso-sida-espana-se-detecto-hace-30-anos-hospital-vall-dhebron/436543.shtml>
22. MBEMBE, A. (2019). *Necropolitics*. Duke University Press.
23. MÉDICOS DEL MUNDO (2017). *Informe del estado del derecho a la salud de las personas transgénero en la Comunidad de Madrid*. Dirección General de Servicios Sociales e Integración Social, Madrid.
24. MÉDICOS DEL MUNDO (2018). Sanidad universal en España: La exclusión sanitaria persiste. Médicosdelmundo.org. <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/noticias/sanidad-universal-en-espana-la-exclusion-sanitaria-persiste>
25. MÉDICOS DEL MUNDO (2019). Reclamamos al gobierno un reglamento que garantice una sanidad plenamente universal. Médicosdelmundo.org. <https://www.medicosdelmundo.org/toca-defender-la-apuesta-por-la-sanidad-universal>
26. MINISTERIO DE Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018). *Profilaxis. Preexposición al VIH en España*. Plan Nacional sobre el Sida-Grupo de Expertos PrEP.
27. MORENO, F. J. y De Figueiredo Fuentes, S. (2013). Inmigración, sanidad, crisis económica y politización de la inmigración en España. *Remhu*, 40, 27-47.
28. NGUYEN, V. *et al.* (2011). Remedicalizing and Epidemic: from HIV Treatment as Prevention to HIV Treatment is Prevention. *AIDS*, 25, 291-293.
29. ORTEGA E. y PLATERO R. (2015). Movimientos feministas y trans* en la encrucijada: aprendizajes mutuos y conflictos productivos. *Quaderns de psicologia*. 17(3). 17-30
30. PÉREZ-URDIALES, I. e Goicolea, I. (2017). ¿Cómo acceden las mujeres inmigrantes a los servicios sociales en el País Vasco? Percepciones de profesionales sanitarias. *Atención Primaria*, 50(6), 368-376.
31. PLAN NACIONAL sobre el Sida (2020). D.G. de Salud Pública / Centro Nacional de Epidemiología, Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y Hepatitis / Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida, Madrid.
32. PLATERO, R. L. y López, S. (eds.) (2019). *Cuerpos marcados, vidas que cuentan y políticas públicas*. Bellaterra.
33. PRECIADO, P. B. (2008). *Testo yonki*. Espasa.
34. PRECIADO, P. B. (2011). *Manifiesto contrasexual*. Anagrama.
35. PUAR, J. K. (2017 [2007]). *Ensamblajes terroristas queer. El homonacionalismo en tiempos queer*. Bellaterra.
36. QuieroPrePYa (2020). ¿Qué es Prep? www.quieroprepya.info
37. RUIZ-AZAROLA, A. *et al.* (2018). La perspectiva de personas migrantes sobre el acceso a la atención sanitaria en el contexto de políticas de austeridad en Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 34(3), 261-276.
38. REAL Decreto-Ley 7 (2018). Sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. 27 de julio. https://noticias.juridicas.com/base_datos/Laboral/626029-rdl-7-2018-de-27-jul-acceso-universal-al-sistema-nacional-de-salud.html
39. SANTORO, P. (2019). Encarnar el virus. En R. Platero y S. López (eds.), *Cuerpos marcados. Vidas que cuentan y políticas públicas*. Bellaterra.
40. SCHIFTER, J. (2001). La prevención del VIH/SIDA y el desarrollo de la salud integral en las cárceles. *Interamerican Journal of Psychology*, 35(2), 133-154.
41. SCHUBERT, K. (2019). The Democratic Biopolitics of PrEP. En H. Gerhands y K. Barun (eds.), *Biopolitiken – Regierungen des Lebens heute* (pp. 121-153). Springer Fach-Medien.
42. TORRES, C. y Suárez, E. (2019). The Stratified Biomedicalization of HIV Prevention in Mexico City. *Global Public Health*, 15, 598-610.
43. TORRES, C. y Suárez, E. (2020). La biomedicalización del riesgo sexual en América Latina en el siglo XXI. *Revista de Ciencias de la Salud*, 18(3), 1-22. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9799>
44. VAN DAMME, L. *et al.* (2012). Preexposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women. *The New England Journal of Medicine*, 367(5), 411-422.
45. VIGILANCIA EPIDEMOLÓGICA del VIH y Sida en España (2021): Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y tuberculosis. DG de Salud Pública/Centro Nacional de Epidemiología – ISCIII.
46. WARE, N. *et al.* (2012). What's Love Got to Do with It? Explaining Adherence to Oral Antiretroviral Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) on HIV Serodiscordant Couples. *NIH Public Access*, 15(59), 1-10.