



EL MODEL DE LA SIDA I LES SEVES VÍCTIMES

The AIDS model and its victims

TERESA TORRA BORRÀS

UNIVERSITAT DE BARCELONA teresatorra.b@gmail.com

Actualment estic realitzant la meua tesi doctoral, dirigida per Miguel Morey. Llicenciada en Filosofia per la Universitat de Barcelona el febrer de 2003. El 2006, vaig obtenir el Diploma d'Estudis Avançats (DEA) del Doctorat d'Història, Estètica i Antropologia a la mateixa Universitat.

RECIBIDO: 12 DE JUNIO DE 2017

RESUMEN: En un moviment similar al que efectua Michel Foucault en analitzar la lepra i la pesta com a malalties model del poder disciplinari i del poder sobirà, l'objectiu serà presentar la sida com a malaltia model del biopoder. Es tracta d'analitzar com els mecanismes de poder i de saber que gestionen la sida responen a una determinada economia de poder, que ja no pot ser explicada a través del model binari de la lepra, ni del model pesat i geomètric de la pesta. Per aconseguir això, farem un breu recorregut pel concepte de biopoder i pel model de la lepra i de la pesta. Seguidament, presentarem les novetats del model de la sida. L'anàlisi es centrarà en els primers anys de la malaltia: farem un recorregut pels primers casos que van aparèixer i com van ser analitzats tant pel personal mèdic com pels mitjans de comunicació. Però, sobretot, es centrarà en les víctimes: com van ser tractades i estigmatitzades, el reagrupament dels anomenats "grups de risc". En definitiva, veure com la seva relació amb la malaltia i la mort va passar per les instàncies del poder.

PARAULES CLAU: Foucault, biopoder, malaltia, sida, víctimes.

ACEPTADO: 18 DE NOVIEMBRE DE 2017

ABSTRACT: By making a move similar to the one that Michel Foucault used to analyze leprosy and plague as illness models of sovereign and disciplinary power respectively, we aim to present aids as a model for illness under biopower. We will analyze how the mechanics of power and knowledge that manage aids belongs to a specific power economy that can no longer be explained by means of a binary leprosy model, nor through a heavy, geometrical plague model. After that, we will present aids model's novelties. The analysis will be focused on the first years of the illness: we will go over the first registered cases and the way they were analysed both by medical authorities and communication media. But above all, we will focus on the victims: the way they were treated and stigmatized, the designation of the so-called "risks groups". Especially, we will analyze how the power affected the victim's relationship with illness and death.

KEYWORDS: Foucault, biopower, illness, aids, victims.

Teresa Torra Borràs.

"El model de la sida i les seves víctimes".

Kamchatka. Revista de anàlisis cultural 10 (Diciembre 2017): 39-56

DOI: 10.7203/KAM. 10.10365 ISSN: 2340-1869

*La relació de cadascú amb la seva malaltia
i la seva mort passa per les instàncies del poder.*

Michel Foucault, *Vigilar i castigar*

1. DEL PODER SOBRE LA MORT AL CONTROL DE LA VIDA

El concepte de biopoder apareix per primer cop en l'obra de Foucault l'any 1976 al final del primer volum de la *Història de la sexualitat*, anomenat *La voluntat de saber*, publicat el 1976 (Foucault, 1998: 163-194). També apareix a la lliçó del 17 de març de 1976 del curs del *Collège de France* que porta per títol *S'ha de defensar la societat* (Foucault, 2003: 205-225), en què diu:

Em sembla que un dels fenòmens fonamentals del segle XIX va ser i és el que podríem anomenar la consideració de la vida per part del poder; per dir-ho d'alguna manera, un exercici del poder sobre l'home en tant que ser vivent, una espècie d'estatització d'allò biològic [...] (Foucault, 2003: 205-206).

Segons Foucault, en el model de la sobirania, el dret de vida i de mort és un privilegi del sobirà. El poder del sobirà s'exerceix sobre la vida en el moment en què pot matar. Aquest poder sempre s'exerceix d'una manera desequilibrada, asimètrica, del costat de la mort. És el dret de fer morir o de deixar viure (Foucault, 2003:206).

Amb l'aparició del biopoder, el poder tendeix a incitar, reforçar, controlar, organitzar i, sobretot, augmentar les forces que sotmet. El dret a fer morir comença a desaparèixer sota les exigències d'un poder que administra la vida. El poder s'exerceix positivament sobre la vida, a través de controls i regulacions. Allò propi del poder és la consideració de la vida, l'estatització d'allò biològic, l'exercici del poder sobre l'home en tant que ser viu (Foucault, 1998: 165).

El poder s'inverteix: el poder de fer morir o de deixar viure es converteix en el poder de fer viure o de deixar morir (Foucault, 2003: 206).

El poder ha d'assegurar la vida de la població, ha de mantenir-la i desenvolupar-la. Es tracta de vigilar la vida, però també de produir efectes sobre ella. El poder segresta la vida de les persones, a través del seu cos, dels seus desitjos i dels seus plaers, i la vida de l'espècie, a través del control de poblacions, natalitat, mortalitat, fecunditat o nivell de vida. L'aparició del biopoder esdevé en el moment en què els fenòmens propis de la vida de l'espècie humana entren en l'ordre del saber i del poder. I explica Foucault:

Més enllà, per tant, d'aquest gran poder absolut, dramàtic, tètric que era el poder de la sobirania, i que consistia a poder fer morir, heus aquí que, amb la tecnologia del biopoder, la tecnologia del poder sobre "la" població com a tal, sobre l'home com a ésser viu, apareix ara un poder continu, savi, que és el poder de "fer viure" (Foucault, 2003: 211).

En un primer moment, Foucault diu que el poder passa a ser gestor de la vida a través de dues formes principals. Es tracta de dues sèries de mecanismes que s'articulen entre si. En primer lloc, una

sèrie de mecanismes que se centren en el cos, amb els mètodes de vigilància i ensinistrament. Es tracta de l'anatomia política del cos, el poder disciplinari, que entén el cos com a màquina, com a objecte a manipular. El seu camp d'intervenció és l'educació del cos, l'augment de les seves forces i aptituds, el creixement de la seva utilitat i de la seva docilitat. Es tracta d'un poder disciplinari que controla el cos social fins a l'element més tènue: l'individu. Aquesta tecnologia es dona dins l'espai tancat de les institucions, a nivell ínfim, local, del detall. En segon lloc, una sèrie de mecanismes de poder que es centren en els fenòmens globals de la població, el dels processos biològics dels éssers humans. Amb la biopolítica de la població, com explica Foucault, es tracta de controlar els esdeveniments de risc que puguin produir-se establint la seva probabilitat i compensant els seus efectes (Foucault, 2003: 207-208).

Dues tecnologies complementàries i que tenen un abordatge diferent respecte al cos, segons Foucault. Cos com a màquina per a les disciplines, i cos com a espècie per a la biopolítica. Conjunt orgànic i institucional pel costat de les disciplines i conjunt biològic i estatal pel costat de la biopolítica.

[...] aquesta gran tecnologia de doble tall –anatòmica i biològica, individualitzant i especificant, girada cap a les realitzacions del cos i atenta als processos de la vida– caracteritza un poder la funció més alta del qual ja no és matar sinó envair la vida completament. (Foucault, 1998: 169)

Però més endavant, Foucault parla del biopoder com un poder diferent del poder disciplinari. Apareix com el dispositiu de seguretat, que agrupa els efectes de massa propis de la població. Amb el biopoder s'estableixen mecanismes diferents dels disciplinaris, com les estadístiques, les estimacions i les previsions globals. No es tracta de modificar els fenòmens particulars de cada individu, sinó que s'intervé a nivell dels fenòmens generals (Foucault, 2008: 13-37).

Cada malaltia va acompanyada de discursos, de veritats i de mentides, d'institucions, de víctimes i literatura, d'intervencions mèdiques... tot això en un gran entramat de relacions sobre ella que li són pròpies. Cada malaltia va acompanyada d'un determinat règim de saber i d'uns determinats mecanismes de poder. Els sistemes de poder que van excloure la lepra i disciplinar la pesta no es poden aplicar a la sida, ja no serveixen, formen part d'una altra economia del poder.

2. DEL MODEL DE LA LEPRAL AL MODEL DE LA SIDA.

Foucault presenta dos esquemes paradigmàtics per explicar el funcionament del poder sobirà i del model disciplinari: el model de la lepra i el de la pesta. Aquest models apareixen en diverses de les seves obres, com *Vigilar i castigar* (Foucault, 2005: 199-203) o *Seguretat, territori, població* (Foucault, 2008: 21-22).

El model de la lepra anava acompanyat de rituals que exclòien els individus en una societat binària. S'exclòien els individus leprosos dels sans, i es marcaven separacions i divisions en tot el cos social. El que es pretenia era establir una exclusió que permetés afirmar: aquí hi ha la comunitat pura i allà, a una distància que permet evitar els contactes i els contagis, hi ha els leprosos. El model de la

lepra, doncs, segons explica Foucault, responia a rituals d'exclusió que establien una divisió entre els individus sans i els individus malalts. I aquesta divisió servia per a tots els contactes a evitar. Es tractava d'una pràctica de rebuig que formava part d'un determinat tipus de poder, el poder sobirà, i que responia al somni d'aconseguir una comunitat pura. (Foucault, 2005: 199-200)

El model de la pesta, en canvi, responia a esquemes disciplinaris. Estava relacionat amb una altra economia del poder, amb la societat disciplinària. Els reglaments de la pesta tenien uns objectius i uns instruments diferents dels de la lepra. Es tractava de separacions i distribucions que s'aplicaven sobre una multiplicitat d'individus. El model de la pesta estava destinat a atacar tots els desordres i les confusions. Estava relacionat amb l'obsessió dels contagis, de les revoltes, dels crims i de les desercions, "[...] dels individus que apareixen i desapareixen, que viuen i moren en el desordre" (Foucault, 2005: 201). La pesta tenia com a correlat mèdic i polític la disciplina. La pràctica de la distribució de la multiplicitat i de la bona canalització de les conductes en el model de la pesta responia al somni polític de la societat disciplinada. En la ciutat apestada de què ens parla Foucault, l'espai estava retallat, petrificat; les reglamentacions indicaven qui en podia sortir, com, a quines hores, què havien de fer, quina alimentació havien de tenir, quins contactes havien d'evitar; hi havia una inspecció que funcionava contínuament, que registrava la població, passant revista dels vius i dels morts. I afegeix Foucault:

Aquest espai tancat, retallat, vigilat, en tots els seus punts, en què els individus estan inserits en un lloc fix, en què els menors moviments es troben controlats, en què tots els esdeveniments estan registrats, en què una tasca ininterrompuda d'escriptura uneix el centre i la perifèria, en què el poder s'exerceix completament [...], en què cada individu està constantment localitzat, examinat i distribuït entre els vius, els malalts i els morts –tot això constitueix un model compacte del dispositiu disciplinari (Foucault, 2005: 201).

En la societat disciplinària el model de la lepra i el de la pesta funcionen junts a l'interior de les institucions disciplinàries, en què s'estableix una divisió binària entre normal i anormal, malalt i sa, amb la seva conseqüent exclusió: tancament dels malalts als hospitals, dels bojos als psiquiàtrics, dels criminals a les presons; i, a la vegada, es distribueix, reparteix i assigna la multiplicitat d'individus dins d'un espai tancat i jerarquitzat (Foucault, 2005: 202-203). Com explica Foucault:

Al fons dels esquemes disciplinaris la imatge de la pesta val per a totes les confusions i els desordres; de la mateixa manera que la imatge de la lepra, del contacte a tallar, es troba al fons dels esquemes d'exclusió (Foucault, 2005: 202).

Al curs *Seguretat, Territori, Població* (Foucault, 2008: 21-22 i 66-71), Foucault ens parla d'un nou conjunt de tècniques de poder que gestionen la malaltia: el biopoder. Amb aquest nou dispositiu de poder no es tractava d'excloure els malalts, ni d'imposar una disciplina. Segons Foucault:

El problema es planteja d'una altra manera molt diferent: no consisteix tant a imposar una disciplina, malgrat se sol·liciti l'auxili d'aquesta; el problema fonamental serà saber quantes persones són víctimes [...], a quina edat, amb quins efectes, quina mortalitat, quines lesions o seqüeles [...], quins són els efectes estadístics sobre la població en general; en definitiva, tot

un problema que ja no és el de l'exclusió com en el cas de la lepra, que ja no és el de la quarantena com en la pesta, i serà en canvi el problema de les epidèmies i les campanyes mèdiques a través de les quals s'intenten eradicar els fenòmens, siguin epidèmics, siguin endèmics (Foucault, 2008: 22).

En definitiva, doncs, tot un conjunt de mecanismes que no estan relacionats ni amb l'exclusió ni amb l'internament. La malaltia de la sida s'inscriu en aquest nou dispositiu de poder, el biopoder. El que anomenarem “model de la sida” no respon al somni d'una comunitat pura, ni al d'una societat disciplinada, sinó que respon al somni mèdic i polític d'una població protegida i regulada. La malaltia de la sida ja no està relacionada amb el model d'exclusió de la lepra, ni amb el model tancat i geomètric de la pesta. La sida és una malaltia nova ja que s'inscriu dins d'un nou dispositiu de poder.

3. L'APARICIÓ DE LA SIDA

Però la novetat es pot analitzar no només del costat del poder, ja que la sida és una malaltia realment nova. L'aparició de la sida va sorprendre perquè es tractava d'una categoria de malaltia que la teoria mèdica ni tan sols havia previst en aquell moment. Els metges la van classificar com a nova per dos motius, segons Grmek, “[...] perquè abans mai no l'havien vista, i perquè, per comprendre-la, havien de recórrer a models desconeguts en la patologia i l'epidemiologia clàssiques” (Grmek, 1990: 23).

La sida és una malaltia nova en el sentit que fins als anys setanta era inconcebible. Fins llavors, una malaltia es definia pels símptomes clínics o per les lesions patològiques, i ni els uns ni les altres no caracteritzaven la sida. La sida apareixia com una malaltia sense símptomes clínics propis i marcada per lesions subcel·lulars invisibles. Els malalts morien a causa d'altres malalties, les malalties oportunistes. I afegeix Grmek: “Això no és una malaltia, en el sentit antic, en la mesura en què l'acció del virus és immunopatògena, és a dir, afecta el sistema immunitari i només produeix símptomes clínics a través d'una infecció oportunista” (Grmek, 1990: 187). La malaltia de la sida va progressar en un principi de manera dissimulada, sota la màscara d'una malaltia oportunista o d'un síndrome de deteriorament que portava a un diagnòstic vague i incert.

Segons Grmek, a la malaltia de la sida se li pot aplicar la regla que proposava el bacteriòleg Charles Nicolle:

Els assaigs de la natura en la via de la creació de malalties infeccioses noves són tan constants com ordinàriament vans. Allò que va passar en les èpoques passades en què, per excepció, la natura va reeixir en un assaig, es repeteix a tots els instants presents i es repetirà sempre. Hi haurà, doncs, malalties noves. Aquest és un fet fatal. Un altre fet fatal és que mai no sabrem descobrir-les des del seu origen. Quan tindrem la noció d'aquestes malalties, ja estaran formades, seran adultes es podria dir. [...] Ens hem de resignar a la ignorància dels primers casos evidents. Aquests seran mal coneguts, confosos amb les altres malalties ja existents, i no serà fins després d'un llarg període de vacil·lacions que el nou tipus patològic no s'alliberarà de la taula de les afeccions ja classificades (Grmek, 1990: 203-204).

L'any 1981, la malaltia encara no tenia nom. Es parlava del “càncer gai” o de la “pneumònia

gai” o del GRID (*Gai Related Immuno-Deficiency*), ja que l’homosexualitat dels afectats sempre va ser subratllada. Aquestes denominacions no van perdurar. Tot i així, segons Grmek, són interessants, ja que “revelaven a la vegada errors mèdics i prejudicis [...] morals” (Grmek, 1990: 68). Amb el reconeixement de la universalitat de la malaltia, se li va donar un nom amb validesa general. Es va batejar, en anglès, amb la sigla A.I.D.S (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*). Aquesta sigla va ser acceptada l’estiu de 1982 i difosa ràpidament pels informes del *Centers for Disease Control*, d’Atlanta. En francès es va crear la sigla anàloga S.I.D.A., que va evolucionar a “sida”, i va quedar com a definitiu a partir d’aquest moment. I afegeix Grmek:

El 1983, l’expressió *acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)* entra en el *Cumulated Index Medicus*. Només és a partir d’aquest moment que els biògrafs i els documentalistes enregistren el naixement d’una nova entitat nosològica (Grmek, 1990: 70).

En el moment de la creació d’aquest nom, regnava la incertesa i la confusió sobre la veritable naturalesa de la malaltia. L’evolució dels coneixements va convertir el nom en impropï, ja que “sida” designa expressament un síndrome, és a dir, el conjunt de símptomes que constitueixen una individualitat clínica, però no etiològica, ja que no explica les causes (Grmek, 1990: 70).

L’any 1983, l’Organització Mundial de la Salut va acceptar la següent definició:

La sida és caracteritzada per l’aparició d’un síndrome tumoral o de manifestacions infeccioses dites oportunistes o de l’associació de les dues en un adult de menys de 60 anys, sense patologia subjacent anteriorment coneguda i que no rep un tractament immunodepressor (Grmek, 1990: 70).

Aquesta situació va canviar radicalment quan es va demostrar que la sida és un estat clínic que resulta de l’acció del virus VIH. A partir d’aquí es va definir la sida com un estat patològic a conseqüència de la infecció pel virus VIH. Així, la sida deixava de ser un síndrome per passar a ser una malaltia infecciosa, i l’antiga definició no era més que un estat particular de la malaltia.

Tot i així, el nom no es va canviar. La malaltia havia sigut definitivament batejada amb un nom incorrecte. Com explica Moulin:

La sida és la primera malaltia infecciosa a què la immunologia va imposar el nom. En ser identificat el virus, no va ser la malaltia que va adaptar el seu nom, sinó el virus que l’en va prendre. [...] Sembla com si la sida enfrontés els immunòlegs a un enigma fet per a ells (Moulin, 1991: 424).

4. ELS PRIMERS CASOS

A finals de 1979 a Los Angeles es va destacar l’augment de casos d’una malaltia que, en principi, no afecta els adults sinó els nadons. Es tractava d’un síndrome mononucleòtic “amb brots febrils, senyals d’aprimament i tumefaccions limfàtiques”, i havia aparegut en homes joves i homosexuals. Un dels pacients va ser ingressat al servei d’immunologia clínica de la Universitat de Califòrnia, el febrer de 1981, on el doctor Michael Gottlieb el va comparar amb un cas similar del mes

de desembre de 1980. Les anàlisis van mostrar una disminució dels limfòcits T auxiliars i també va revelar una infecció pulmonar: la *Pneumocystis carinii*. Els pacients també tenien en comú el fet de ser homosexuals (Grmek, 1990: 24-25). Aquests casos es van contrastar amb cinc casos similars de malalts hospitalitzats a Los Angeles. “Es dona llavors”, ens diu Grmek, “un senyal d’alarma, molt discret i sobri” (Grmek, 1990: 25). I afegeix:

La gravetat de la malaltia era impressionant: malgrat una quimioteràpia intensiva dirigida principalment contra la *Pneumocystis carinii* i certs agents virals, dos malalts sucumbien ràpidament i cap dels altres tres no donava la impressió d’estar en vies de recuperació (Grmek, 1990: 26).

Simultàniament, a la ciutat de Nova York començaven a aparèixer casos d’immunodeficiència adquirida en homes amb les mateixes característiques. La gravetat dels casos de Nova York, però, va fer pensar per primera vegada en un desastre estrany i misteriós del sistema immunitari que precedia altres patologies, les anomenades “malalties oportunistes” (Grmek, 1990: 27-28).

A Nova York es va destacar l’aparició inusual del sarcoma de Kaposi, una malaltia cancerosa raríssima, entre la comunitat homosexual. El mes de març de 1981, s’hi havien diagnosticat almenys vuit casos de pacients amb sarcoma de Kaposi, quatre dels quals van morir aquell mateix mes. A San Francisco, el primer cas diagnosticat de sarcoma de Kaposi va aparèixer a l’abril de 1981. El malalt tenia també la *Pneumocystis carinii*. (Grmek, 1990: 28-29).

El dia 5 de juny de 1981 va aparèixer el primer anunci oficial sobre la malaltia al butlletí *Morbidity and Mortality Weekly Report*, de l’Agència Epidemiològica Federal *Centers for Disease Control*, que descrivia els cinc casos recents i greus de *Pneumocystis carinii* en joves homosexuals, observats en tres hospitals diferents de Los Angeles (Grmek, 1990: 25). Segons Grmek, malgrat que no era encara una partida de naixement en el sentit estricte, va ser “el primer acte d’estat civil de la sida” (Grmek, 1990: 27). Segons Pialoux, aquest document és “el debut de la sida en tant que malaltia” (Lestrade i Pialoux, 2012: 37). I afegeix:

Aquesta és la primera H de la història –H per Homosexuals– i del que constituïria, en els primers anys del seu mal naixement, les “quatre H”: Homosexuals, Heroïnòmans, Haitians, Hemofílics. Cinc casos, solament, per iniciar la història, cinc casos observats en homosexuals. El reagrupament d’aquests casos d’homosexuals, joves i en ple alliberament, va ser suficient per intrigar (Lestrade i Pialoux, 2012: 37).

El 4 de juliol de 1981, va aparèixer el segon comunicat del butlletí *Morbidity and Mortality Weekly Report*, sota el títol: “Sarcoma de Kaposi i Pneumònia de *Pneumocystis* entre homosexuals – Ciutat de Nova York i Califòrnia”. En aquest comunicat s’informava que des de principis de 1979 s’havia diagnosticat el sarcoma de Kaposi en 26 homes, a Nova York i a Califòrnia. Tots els pacients eren homosexuals. Sis pacients patien també d’una pneumònia, un patia una toxoplasmosi i un una meningitis. Vuit havien mort en un termini inferior a dos anys (Grmek, 1990: 30). Aquests casos es van qualificar com a “altament insòlits” (Grmek, 1990: 31).

A la premsa mèdica començaren a aparèixer els primers articles: l’*American Journal of*

Dermatopathology publicà un article sobre les particularitats histològiques del sarcoma de Kaposi disseminat entre els homosexuals americans, que va passar pràcticament desapercebut. A la revista mèdica *The Lancet*, el setembre de 1981, apareixia un article en què es descriu les característiques del sarcoma de Kaposi observat en homes homosexuals a Nova York. (Grmek, 1990: 33-34).

A Dinamarca, entre 1980 i 1981, hi va haver quatre homosexuals hospitalitzats amb símptomes semblants. Després de Dinamarca, altres països europeus van començar a detectar casos d'aquesta estranya malaltia. A finals de 1981 hi havia 36 persones diagnosticades a tot Europa. Segons Grmek:

Els casos europeus descrits semblaven confirmar plenament la concepció americana inicial de malaltia pròpia dels homosexuals. De fet, es tracta d'una espècie d'autoconfirmació, de cercle viciós, ja que d'entrada l'homosexualitat va ser ella mateixa un criteri essencial de diagnòstic (Grmek, 1990: 54).

Tot i així, diu Grmek, la realitat de la malaltia ja estava desmentint que es tractés només d'una malaltia exclusivament d'homes i homosexuals. En el transcurs de 1982 van aparèixer a Nova York els primers casos de *Pneumocystis carinii* en heterosexuals. Tenien un tret en comú: tots utilitzaven drogues intravenoses (Grmek, 1990: 34). A Copenhaguen va aparèixer el primer cas oficialment reconegut d'una dona amb immunodeficiència adquirida (Grmek, 1990: 54).

Segons Pialoux: “L'arribada de la segona H, els heroïnòmans (6 casos), caracteritza clarament, des de 1981, la transmissió probable per la sang i pel sexe” (Lestrade i Pialoux, 2012: 38). El juliol 1982 va aparèixer la tercera H, que feia referència als hemofílics.¹ I el mes de març de 1983, va aparèixer la quarta H, que feia referència als haitians² (Lestrade i Pialoux, 2012: 40).

¹ Fins a mitjan del segle XX, els hemofílics normalment morien abans dels vint anys. Entre 1968 i 1979, gràcies a l'ús de les fraccions plasmàtiques, la seva esperança de vida es va doblar. Però, segons Grmek: “El resultat mostra que aquest regal de la biotecnologia podia estar enverinat” (Grmek, 1990: 268). Els concentrats dels factors VIII i IX, que s'utilitzaven per fer transfusions als hemofílics, es preparaven a partir del plasma de fins a 20.000 donants. Per tant, el risc de contagi era enorme, ja que els hemofílics s'exposaven a la sang de molts donants. I un sol donant infectat podia contagiar a centenars d'hemofílics.

² Des de principis del 1982, a la Universitat de Miami, a Florida, es constatà que molts pacients presentaven la simptomatologia de la sida. No eren homosexuals ni toxicòmans, però tenien un tret en comú: eren d'origen haitià. A l'hospital *Jackson Memorial Hospital* de Miami es van començar a estudiar tots els casos d'immigrants d'Haití que havien sigut admesos de 1980 a 1982. Van aparèixer 17 homes i 3 dones d'origen haitià infectats de la malaltia. Estudis similars van arribar als mateixos resultats a Canadà i Nova York. Segons explica Grmek: “Es declara als haitians ‘grup de risc’ i en els informes oficials es classifica aquest grup geopolític al costat de les categories definides per una certa pràctica social. Se'ls estigmatitza a tots com a portadors potencials de la contaminació i, fins i tot, se sospita d'ells de ser els importadors de la sida, la font veritable de l'epidèmia. Un boc expiatori ha sigut trobat” (Grmek, 1990: 72).

Però l'aparició de la malaltia a Haití va ser contemporània a la dels Estats Units i es va propagar a través del turisme sexual. Des de finals dels anys 70, Haití era un centre important de turisme sexual i, el 1983, arran d'una investigació entre els malalts de l'illa, van descobrir que el 30% dels malalts havia tingut relacions homosexuals amb estrangers, per motius econòmics (Grmek, 1990: 73).

Els haitians immigrants als Estats Units van patir un rebuig social particularment “eficaç i brutal”. Més fàcilment identificables que els membres d'altres grups, pel fet de ser negres, francoparlants i pobres, s'evitava el contacte amb ells. A l'illa d'Haití, la supervivència de la qual depenia sobretot del turisme dels Estats Units, aquest rebuig va esdevenir una “catàstrofe nacional” (Grmek, 1990: 81).

5. UNA MALALTIA MEDIÀTICA

El 3 de juliol de 1981 va aparèixer el primer article sobre la sida a la premsa pel públic en general. Lawrence K. Altman, periodista científic de *The New York Times*, va ser qui va escriure l'article, que portava per títol: "Càncer estrany observat en 41 homosexuals". Altman parlava d'un tipus de càncer estrany diagnosticat en homosexuals a la ciutat de Nova York i San Francisco. Explicava que les causes del mal eren desconegudes i que no hi havia prova de contagi (Grmek, 1990: 32).

I així va ser com aquesta nova malaltia, que sorprenia els metges i començava a atemorir els homosexuals, va fer irrupció sobre el gran públic, més enllà dels especialistes i els professionals mèdics. Com explica Grmek:

La notícia ocupava una columna de la pàgina 20 del *New York Times*, aixafada per la publicitat d'un banc. Ningú no podia sospitar que per aquest "càncer estrany" s'iniciava la malaltia de la fi del segle i que aquest subjecte aparentment esotèric hauria d'omplir milers de pàgines en tots els diaris del món (Grmek, 1990: 32).

El setembre de 1981 va aparèixer el primer article a França, al *Gai Pied*, en què s'explicava que la comunitat gai americana estava en estat de *shock* i els metges, perplexos (Lestrade i Pialoux, 2012: 40). En l'article es preguntaven: "[...] per què aquesta afectació, ja que la seva naturalesa infecciosa o cancerosa és discutida, afecta de cop i volta un grup que no té cap característica genètica comuna?" (Lestrade i Pialoux, 2012: 40).

El 24 de juliol de 1982 va aparèixer un dels primers articles a *Le Figaro*, en què s'assenyalaven onze casos a França d'una malaltia que encara no tenia nom, però que se l'anomenava el "càncer gai". Les primeres informacions a la premsa francesa, des de 1981 a 1983, van vincular aquesta nova malaltia a les "antigues epidèmies", com explica Vigarello (Vigarello, 2006: 374). Per exemple, el 13 de novembre de 1981, el diari *Libération* va publicar un article sota el títol: "La pesta als Estats Units" i el 26 d'abril de 1985, al *Nouvel Observateur* apareixia un article titulat: "Sida: la nova pesta". El 28 d'abril de 1983, en el *Quotidien de Paris* apareixia el següent comentari, que també relacionava la sida amb antigues pestes: "Davant d'una nova calamitat equivalent a la pesta i a la lepra de l'Edat Mitjana, les reaccions són irracionals, irreflexives" (Vigarello, 2006: 374).

Lestrade explica el terrible efecte que va tenir un article aparegut al *Paris Match* sota el títol: "La nova pesta. La sida, aquesta malaltia que terroritza Amèrica", el 15 de juliol de 1983: "Aquestes fotos de cossos esquelètics, recoberts de taques de Kaposi, els ulls enfonsats en la cara sense carn. [...] Aquesta va ser durant molt de temps la imatge de la sida" (Lestrade i Pialoux, 2012: 34).

El 21 d'agost de 1982, *El País* publicava al primera notícia que apareixia a la premsa pel públic en general a l'Estat espanyol. A la notícia, que portava per títol "200 morts als Estats Units per un mal desconegut", s'hi afirmava que la malaltia havia sigut anomenada "aids", que podia ser transmesa per la sang i que afectava, textualment, els "hemofílics, addictes a drogues dures (heroïnòmans), homosexuals i refugiats d'Haití" (VVAA, 2002: 4), és a dir, els grups de risc que més

tard serien identificats com “el club de les quatre H” pel personal mèdic i científic nord-americà

El 16 de gener de 1983, *La Vanguardia* va publicar el primer article sobre sida sota el títol “AIDS: una nova i enigmàtica malaltia”. L'article, d'alt contingut clínic, ressaltava el caràcter enigmàtic de la malaltia, que encara no tenia un nom traduït al castellà, en descrivia els grups de risc, parlava d'una alta mortalitat i de l'alteració dels limfòcits T (VVAA, 2002: 3).

En el cas de la malaltia de la sida, els mitjans de comunicació van jugar un paper clau, sobretot en dos sentits. Per una banda, en tractar-se d'una malaltia de grans conseqüències socials, econòmiques i de salut, van ser els responsables de la transmissió d'informació –en molts casos, i sobretot al principi, confusa i deficient– i en la creació i el manteniment d'estats generals d'opinió. En qualsevol cas, a través de la premsa la població es va poder informar sobre quines eren les vies de transmissió del virus, les mesures de prevenció, la problemàtica que tenien els afectats i com avançava la investigació. Per altra banda, es tracta d'una malaltia que va començar afectant col·lectius marginats –drogoaddictes, prostitutes, gais– que no van despertar comprensió en el moment de l'aparició de la malaltia. Els que llavors van ser anomenats “grups de risc” o “les quatre H” representaven un tema ideal de notícia, com es recull a l'informe de *Quaderns Quiral*:

Sexe, drogues, morts, misteri, contradicció i una malaltia nova i desconeguda: quina altra patologia ha reunit tants ingredients de *noticiabilitat*? La participació dels mitjans de comunicació, alimentats pel terror de les xifres d'afectats i de víctimes mortals, i alimentats també pels actes mediàtics que protagonitzaven alguns grups de pressió com el col·lectiu gai, va ser sens dubte decisiva en la pròpia història de la malaltia (VA, 2001: 3-4).

Davant de les reaccions d'alarma social que van desencadenar els articles publicats a la premsa, els mitjans de comunicació van intentar arribar a un consens per “conjurar el pànic col·lectiu” que ells mateixos havien creat. Així, la premsa va començar a deixar d'evocar constantment la imatge de “la pitjor de les plagues”, d'un risc de desaparició col·lectiva, d'apocalipsi (Vigarello, 2006: 376). El 26 de juliol de 1985, *L'Express* va publicar un article titulat: “S'ha de tenir por de la sida?”. El 16 de setembre del mateix any, a *Le Point* hi va aparèixer un article titulat: “Psicosi o realitat? Sida: s'ha de tenir por del sexe?”. Malgrat que s'havia rebaixat el to d'alarma, no va desaparèixer del tot. Així, per exemple *Le Monde* publicava el 20 de juny de 1990 un article sobre la sida amb el següent subtítol: “Hem de considerar-nos en estat de guerra” (Vigarello, 2006: 376).

Pel que fa referència a la informació, les campanyes publicitàries i educatives relacionades amb la sida, s'ha tractat la població com a públic. Segons explica Foucault a *Seguretat, Territori Població* (Foucault, 2008: 87), la noció de “públic” és una noció capital des del segle XVIII. Es tracta de fer presa la població pel costat de les seves opinions, els seus comportaments, les seves creences i els seus prejudicis. És en la seva vessant de públic que la població pot ser objectiu d'educació, de campanyes i de conviccions. Els mitjans de comunicació van jugar al costat de crear estats generals d'opinió, d'influir en el comportament de la població, en el seu nivell d'informació, en els seus hàbits (Foucault, 2008: 87).

6. ELS GRUPS DE RISC: LES “QUATRE H”

La noció de “grup de risc” és, segons Pollak, una noció utilitzada, a falta d’un terme més adequat, per designar les persones que formen part d’una població estadísticament més exposada a la infecció que la resta de la població (Pollak, 1991: 151). En un principi, respecte a l’epidèmia de la sida, es va fer una construcció estadística molt rígida dels grups de risc, entre els quals hi havia homosexuals, prostitutes, drogodependents, haitians i hemofílics.

La noció de “grup de risc” però, entrà gairebé des del principi de la malaltia en un llarg debat. Es tractava de la diferència entre “grups” i “comportaments de risc”, nocions que, malgrat ser diferents, es complementen. Segons Brunet, existeixen certes interaccions entre els “grups” i les “conductes”, ja que la transmissió d’una infecció depèn d’un comportament, però també de la freqüència amb la qual aquest comportament es troba en un o en un altre grup. A més a més, amb el mateix comportament, la possibilitat d’infectar-se no és la mateixa si aquest comportament es dona al si d’una població molt afectada o no. Finalment, malgrat que la definició epidemiològica és en cert sentit arbitrària, té dues conseqüències importants, segons l’autor de l’article: en primer lloc, permet definir millor les xarxes sociosexuals en què la difusió de l’epidèmia és més gran i, en segon lloc, això permet millorar les estratègies de prevenció (Brunet, 1993: 52-56).

També en un principi, i d’un punt de vista estadístic, tenia sentit parlar de “grups de risc” ja que és un col·lectiu amb més probabilitats d’infectar-se que un altre. La noció de “grup de risc”, tot i ser molt important en epidemiologia, no acaba de ser apropiada en un context d’educació sanitària, en què cal explicar que el que realment ajuda a difondre la infecció és una conducta, un comportament concret, i no pertànyer a un col·lectiu o a un altre.

Però malgrat tot, al principi de l’epidèmia els grups de risc van ser ràpidament designats i estigmatitzats, la població en general va percebre que aquesta malaltia no podia afectar-los, i les persones que pertanyien a aquests col·lectius van ser designades ràpidament com a víctimes probables, cosa que no ajudava, com assenyala Pollak, a establir una estratègia eficaç de gestió del risc, i cosa que creava, en moltes persones, el sentiment que eren denunciades més pel que eren que pel que feien (Pollak, 1991: 144-145).

L’any 1981 el perfil del malalt estava molt clar: es tractava d’homes joves, entre 27 i 40 anys, sense antecedents mèdics importants, afectats de sarcoma de Kaposi o *Pneumocystis carinii* (Grmek, 1990: 36). La majoria eren homosexuals, d’aquí que aquest fos designat el primer grup de risc i fos

en els col·lectius homosexuals on la morbiditat va ser més elevada.³ Però entre aquests pacients n'hi havia d'heterosexuals i toxicòmans. “En aquests [...] malalts es creu descobrir com a factor comú no un comportament sexual particular, sinó la seva pertinença a un cert subgrup social, a una ‘comunitat’ d’alguna manera marginal. El síndrome en qüestió és ‘comunitàriament-adquirit’ i no simplement ‘gai’” (Grmek, 1990: 36).

La premsa occidental va començar a alertar la població sobre aquesta característica de la malaltia: “Una nova pesta s’ha abatut sobre la humanitat, però no massiva ni cegament” (Grmek, 1990: 67). Els periodistes insistien sobre el nombre de víctimes i el fet que pertanyien a “grups” concrets, que apareixien com a “marginals”. La sensació, durant aquell primer període, era la següent, segons Grmek: “El mal no posa en perill les ‘persones honestes’, com tu o jo, sinó només les persones ‘estigmatitzades’ d’entrada pel seu comportament, pel seu origen ètnic o per una tara” (Grmek, 1990: 67-68).

Els epidemiòlegs americans van començar a parlar del “club de les quatre H” o “cinc H”: homosexuals, heroïnòmans, haitians, hemofílics i prostitutes (en anglès *hookers*). Però no s’inclouien en aquest “club dels maleïts”, considerats com a “culpables” en part de la seva malaltia, dos grups considerats com a “innocents”: les persones que havien rebut una transfusió de sang⁴ i els nounats infectats per via intra-uterina (Grmek, 1990: 68).

A la seva biografia sobre Foucault, Miller també fa referència a aquest tema:

Durant molts anys, la primera impressió que va causar la malaltia –una espècie de maledicció biològica que queia sobre els pecadors– restaria en la imaginació popular i mantindria l’angoixa al voltant del “virus del més enllà”. Els fets i la ciència ficció es van entreteixir d’una manera grotesca i van forçar a més d’un portador del virus a lluitar en dos fronts: contra una malaltia letal que la medicina moderna encara no domina i contra l’atribució *a priori* d’una condemna moral. A molts conservadors [...] la sida els semblava un senyal de culpa si no el càstig diví per crims contra natura, malgrat que, com ha comentat un crític, “és molt estrany un déu que escull castigar els homosexuals homes i no les dones i que s’enfada amb els

³ L’any 1982 va sorgir l’organització *Gay Men’s Health Crisis*, a Nova York; l’any 1983, la *Terrence Higgins Trust* a Londres; i, el 1984, l’*Aides*, a París. Aquestes organitzacions van ser creades per homosexuals, però oferien serveis a tots els sectors afectats de la població. Com explica Defert, aquestes organitzacions van inventar “el model de lluita” contra la sida. Van ser les primeres a expressar públicament les necessitats emocionals, mèdiques, socials, legals, ètiques i domèstiques dels primers malalts. Van inventar les primeres estratègies preventives comunitàries, la vigilància contra la discriminació, l’afirmació de la dignitat i dels drets de les persones afectades mentre l’entorn social encara era, en paraules de Defert, “indiferent, incrèdul o hostil” (Defert, 1993: 44). Així, en el cas de la sida, van ser les organitzacions no governamentals les primeres a posar en pràctica mitjans de lluita contra la malaltia, de suport a les víctimes i de difusió d’informació, molt abans que els organismes de l’Estat hi intervinguessin. I van ser els mateixos individus afectats els que van haver de responsabilitzar-se dels seus actes, de la informació que tenien i dels riscos que corrien.

⁴ A diferència dels hemofílics, que necessitaven regularment la sang dels altres per sobreviure, no s’inclouïa en el grup dels “maleïts” les persones que rebien una transfusió puntual de sang a causa d’un accident o d’una operació; malgrat que tant en un cas com en l’altre es podien contagiar del virus de la sida.

El mes de novembre de 1980, un home de 53 anys va rebre una transfusió de sang a la Clínica Mayo de Rochester, Minnesota. Dos anys després, tenia la sida. Es tracta d’un dels primers casos d’infecció de sida a causa d’una transfusió de sang, i és un dels més famosos. Com explica Grmek: “La publicació del cas Rochester el novembre de 1983 té l’efecte d’una bomba: un acte salvador, triomf de la medicina moderna, esdevé una amenaça mortal” (Grmek, 1990: 77).

drogoaddictes que s'injecten droga i no amb els que la inhalen" (Miller, 1996: 31-32).

A partir de l'any 1982, l'epidèmia de la sida va augmentar durant anys de manera regular. La incidència de la malaltia, és a dir, el nombre de casos nous, mostra un creixement exponencial. A finals de 1981, el nombre total de malalts reconeguts pels *Centers for Disease Control* era de 200. A finals de 1982, la xifra havia augmentat a 750, i fins a 8.000 a finals de 1984. Cap dels pacients nord-americans diagnosticats abans de 1983 no va sobreviure. La taxa de letalitat, és a dir, el nombre de morts a l'any en relació amb el nombre de malalts, era del 40% aproximadament. L'any 1983, la malaltia havia afectat a 44 estats dels Estats Units, cosa que suposa quasi la totalitat dels estats, d'una manera irregular: Nova York, Califòrnia, Florida i Nova Jersey tenien un 80% dels malalts aproximadament, mentre que la ciutat de Nova York, ella sola, tenia la meitat d'aquests malalts. El repartiment de la incidència de la malaltia per grups de risc va evolucionar de manera significativa: els homosexuals representaven el 92% dels malalts enregistrats l'any 1982. L'any 1984 havien descendit els casos fins al 72%. Es tractava d'homes blancs, de 30 a 40 anys, amb bona educació escolar i un nivell de vida elevat. En el cas dels consumidors de drogues intravenoses, el nombre de casos va augmentar durant anys de manera constant. Es va passar d'entre el 3 i el 4%, l'any 1981, al 17%, l'any 1984. Es tractava d'homes negres o hispans, joves, heterosexuals i heroïnòmans. Entre 1983 i 1984, el 6% dels casos de sida a Estats Units eren immigrants d'Haití. Els hemofílics constituïen un 1% del total d'infectats (Grmek, 1990: 82).

La història de les víctimes de la malaltia de la sida, però, no es va acabar en aquests col·lectius. La malaltia va desbordar el cercle de les "quatre H" per començar a atacar a la població en general, aquella població que s'havia vist lliure de la sida fins aleshores, centrant-se en diferents col·lectius, convertint-los en més dèbils, fent-los ressaltar en les estadístiques de la sida, convertint-los en blanc de les campanyes de prevenció i de vigilància epidemiològica. El desbordament del cercle de les "quatre H" va comportar, en un principi, molts problemes als responsables de la salut pública. Com explica Pollak:

La sida posa en relació a minories ja afectades per la malaltia i a una majoria encara indemne, però potencialment de risc; el missatge preventiu es troba afectat. En voler dirigir-se simultàniament a la majoria no exposada i a les minories exposades, el missatge tendeix a adoptar una estructura reflexiva negativa. En conseqüència, acostuma a donar la impressió de negar allò que afirma i d'afirmar allò que nega (Pollak, 1995: 132-133).

7. LES DIFERENTS NORMALITATS

La disciplina, el dispositiu de poder que respon al model de la pesta, té una funció normalitzadora. Dins del seu espai propi descompon els individus, però també el seu temps, els seus gestos i els seus actes. La disciplina organitza la multiplicitat d'individus, controlant-los constantment, incrementant la seva docilitat i la seva utilitat. La disciplina, segons explica Foucault a *Territori, Seguretat, Població*, parteix de la norma i amb relació a ella es distingeix allò normal d'allò anormal (Foucault, 2008: 65). I afegeix:

La normalització disciplinària consisteix a posar d'entrada un model, un model òptim que és construït en funció d'un cert resultat, i l'operació de la normalització disciplinària consisteix a tractar de sotmetre les persones, els gestos, els actes conformes a aquest model. El normal és precisament aquell que és capaç de conformar-se a aquesta norma i l'anormal, aquell que no n'és capaç. [...] Altrament dit, hi ha un caràcter primitivament prescriptiu de la norma i és en relació a aquesta norma posada que la determinació i el repartiment d'allò normal i allò anormal esdevenen possibles (Foucault, 2008: 65).

En canvi, en el dispositiu de seguretat, que és el dispositiu de poder que respon al model de la sida, es parteix d'un repartiment d'allò normal i d'allò anormal, de les diferents corbes de normalitat. Es tracta que aquestes diferents distribucions de normalitat es compensin les unes en relació amb les altres, fent que les més desfavorables retornin a aquelles que són més favorables. I afegeix:

I aquestes distribucions serviran de norma. La norma és un joc a l'interior de les normalitats diferencials. És allò normal el que és primer i és la norma la que se'n dedueix, o es fixa i compleix el seu paper operatiu a partir de l'estudi de les normalitats (Foucault, 2008: 72).

Pel que fa a les epidèmies, per exemple, el dispositiu disciplinari tendeix a fer un repartiment entre malalts i sans, tractant els malalts i intentant evitar el contagi entre els individus malalts i no malalts.

En el dispositiu de seguretat, en canvi, no es fa una repartició entre sans i malalts, sinó que es pren en consideració el conjunt dels malalts i els no malalts sense ruptures ni discontinuïtats. Es pren en consideració la població: el seu coeficient de morbiditat i mortalitat probables, i s'estableixen taxes de mortalitats i morbiditats normals. Un cop es té una idea d'aquesta normalitat, d'aquesta mortalitat considerada com a normal, es tracta de descompondre les diferents normalitats les unes en relació amb les altres (segons edats, regions, ciutats, professions, etcètera). Així s'aconsegueix la corba normal, general, i les diferents corbes considerades com a normals. És a partir d'aquí que es pot tractar de combatre les normalitats més desfavorables respecte a la corba global, intentant que aquesta corba tendeixi a acostar-se al nivell mitjà de morbiditat i de mortalitat (Foucault, 2008: 72).

Així doncs, des del principi de l'epidèmia de la sida, es va prendre en consideració el conjunt de la població i se'n van descompondre les diferents corbes de normalitat. Així es va poder establir una corba global de l'epidèmia i es van poder definir les normalitats més febles: els "grups de risc". En ells, les taxes de mortalitat i morbiditat eren més elevades que en la resta de la població. De manera que l'objectiu era centrar tots els esforços a fer que la seva mortalitat tendís un altre cop a la mitjana normal. Es van definir els factors de risc de cada col·lectiu, la manera de combatre'ls i de gestionar aquest risc, la rapidesa d'adaptació al risc de cada col·lectiu, etcètera. Les campanyes de prevenció es van centrar a aconseguir que els homosexuals practiquessin el sexe segur, a que els drogodependents utilitzessin material estèril, a controlar les donacions i les transfusions de sang. Tots els mecanismes de poder, administracions, científics, metges, governs, ONG, organismes internacionals, es van concentrar a fer possible la normalització d'aquests col·lectius.

La sida, doncs, va continuar fluctuant entre diferents col·lectius, afectant més unes franges de població que unes altres. En qualsevol cas, periòdicament es dibuixava un nou mosaic de la incidència

de la malaltia, una nova corba de normalitat general. Els mecanismes de poder havien de gestionar la situació intervenint en els grups més dèbils per fer-los retornar a la normalitat general, abandonant temporalment aquells col·lectius que havien aconseguit retornar a allò considerat normal.

8. LES VÍCTIMES

Cada època històrica té els seus marginats, els seus estigmatitzats. I cada època decideix què fer-ne: excloure'ls, corregir-los, internar-los, normalitzar-los, gestionar-los. Allò que una societat designa com a anormal o desviat, i els mecanismes que utilitza per gestionar aquest segment de la població, té a veure amb una certa economia de poder i un cert règim de saber que defineixen aquesta societat.

Durant el segle XVII, i com ens explica Foucault a la *Història de la bogeria* (Foucault, 2002: 95-161) es posaren sota el mateix registre, internats en el mateix asil, com formant una massa homogènia, el depravat, l'imbècil, el desequilibrat, el llibertí, el fill bastard, la prostituta i l'insensat. Aquestes eren les persones que alteraven l'ordre de les ciutats, que provocaven escàndol, que estaven relacionades amb la misèria i amb la pobresa, amb l'ociositat i les desviacions sexuals. Aquests individus van ser internats amb el fi de castigar-los i corregir-los, de curar-los i reeducar-los. Aquest gest tenia un paper negatiu de segregació, però també un gest positiu d'organització.

Amb la irrupció de la sida un nou repartiment de marginats va aparèixer a l'horitzó de la malaltia. Amb un mateix moviment inicial es va posar dins del mateix grup a l'haitià i l'homosexual, l'hemofílic i l'heroïnòman, i finalment la prostituta. Amb els designats com a "grups de risc" vam assistir, a principis dels vuitanta, a un reagrupament sota un mateix comú denominador d'experiències i persones que fins llavors havien restat allunyades les unes de les altres. Els haitians van ser estigmatitzats per la seva procedència. Es tractava d'un criteri geopolític. Però eren negres, immigrants i en la majoria dels casos pobres. També els drogodependents tenien relació amb la pobresa i amb l'exclusió social. Però el seu factor de risc era l'intercanvi de xeringues per drogar-se. Ni els haitians pel seu origen, ni els drogodependents per la seva addicció, no tenien res a veure amb els homosexuals, en la majoria dels casos de classe benestant, amb bona educació, que vivien a les grans ciutats. Ni aquests amb les prostitutes, malgrat que en els dos casos el factor de risc tenia a veure amb les pràctiques sexuals. Tampoc els hemofílics no tenien res en comú amb els altres membres d'aquest "grup de maleïts". El seu factor de risc era el fet de patir una malaltia que els obligava a dependre de la sang dels altres. No hi tenia res a veure, en el seu cas, ni el seu origen geogràfic ni les seves pràctiques sexuals. Però en qualsevol cas, tot aquest conjunt d'individus tenia alguna relació amb la misèria, la pobresa, l'ociositat, la precarietat i la perversió sexual, com el conjunt de població exclosa i internada durant el segle XVIII.

En pocs anys, aquest conjunt de personatges es trobaven els uns al costat dels altres, formant estranys parentius entre ells. El rostre de la malaltia s'estava dibuixant, però en una multiplicitat de rostres. Aquests segments de la població van esdevenir un perill per a la societat, representaven el risc de la sida, de la infecció, d'una mort segura, ràpida i dolorosa. Tinguessin o no la malaltia, fossin o no

seropositius, haguessin tingut o no pràctiques de risc, estaven ja estigmatitzats com a víctimes potencials de la sida, com a possibles culpables del contagi de la sida a la resta de la població.

A diferència del moviment que va excloure els insensats i els vagabunds durant el segle XVII, els membres dels “grups de risc” no van ser exclosos de les ciutats, no van ser internats, ni van ser allunyats. Els mecanismes del biopoder no són els de l’època sobiranista, ni els de l’època disciplinària. No es tractava de mantenir-los a distància, seguint el somni d’aconseguir una comunitat pura. Els malalts de sida, els infectats pel VIH, tampoc no van ser exclosos, vivien a les ciutats, entre la població “normal”. No existeix un “dins” i un “fora” que permeti allunyar les poblacions de risc. Es tracta de gestionar-los, però sense excloure’ls, sense internar-los, sense disciplinar-los. Els mecanismes del dispositiu de la seguretat estan relacionats amb la ciutat i la circulació. La ciutat com el lloc de visibilitat de la malaltia: l’espai per on circulen els malalts, els sans i els virus. El que intenta el dispositiu de la seguretat és regular aquesta circulació. No marcar-la, ni fixar-la, sinó fer que tot es desplaci sense interrupció, però de manera que els perills inherents a aquesta circulació siguin frenats, compensats i, finalment, i si és possible, anul·lats (Foucault, 2008: 49).

I malgrat que les tècniques del poder ja no responien als rituals d’exclusió, també amb la sida es va intentar recórrer a aquest mecanisme de segregació de l’altre, del malalt, d’intentar-lo posar a una distància sagrada. Van tractar d’excloure la malaltia, malgrat que sense reeixir-hi.

Cada malaltia evoca les seves pròpies imatges, les seves metàfores. Amb els anys, la malaltia va deixar de centrar-se en ells, per afectar altres sectors de la població, però en el nostre imaginari, la sida serà, encara durant molts anys, la malaltia de l’“homosexual desenfrenat”, o del “drogoaddicte demacrat”, o de l’“immigrant negre”. Les pràctiques mèdiques van acabar de definir el rostre de la malaltia. El primer rostre va ser el dels “cossos esquelètics, recoberts de taques de Kaposi, els ulls enfonsats en la cara sense carn” (Lestrade i Pialoux, 2012: 34). Amb la invenció dels inhibidors de la proteasa es va allargar la vida dels malalts i es van salvar aquells que no havien sucumbit amb l’AZT (Grmek, 1990: 283-304). Al cap de quatre o cinc anys de prendre aquesta medicació, però, causava lipodistròfia en els afectats, és a dir, canviava el seu aspecte físic. I aquest va ser el segon rostre de la malaltia: pòmuls sortits, cara amb forma de calavera, cames primes, acumulació de greix a la panxa, gepa... Aquest va ser l’aspecte del malalt de sida durant molts anys.

Des de la irrupció de la malaltia fins ara, els progressos en l’àmbit de la medicina i la ciència, les investigacions en tractaments, els canvis en la percepció social de la malaltia i dels malalts, els mosaics d’afectats que s’han dibuixat i esborrat, la circulació pròpia del virus... tots aquests elements han canviat dràsticament amb els anys. I així ho continuaran fent. Potser algun dia la sida serà una pesta definitivament vençuda, com la verola, com la sífilis. Potser els progressos de la medicina podran fer desaparèixer la sida com van fer desaparèixer la lepra i la tuberculosi, però podríem dir, parafrasejant Foucault, que una cosa restarà, quan la sida hagi sortit definitivament del circuit d’allò patològic, i és la relació de l’individu amb la seua

fantasmes, la relació d'una cultura amb allò que exclou.⁵

BIBLIOGRAFIA

- BRUNET, Jean-Baptiste. "Comportament français". *Les Temps Modernes*, "New York, Londres, París. Toxicomanie, sida, exclusión" 567 (1993): 52-56.
- DEFERT, Daniel. "La ville malade du sida". *Les Temps Modernes*, "New York, Londres, París. Toxicomanie, sida, exclusión" 567 (1993): 41-46.
- FOUCAULT, Michel (1999). *Entre filosofía y literatura*. Barcelona: Paidós.
- FOUCAULT, Michel (2003). *Hay que defender la sociedad*. Madrid: Akal.
- FOUCAULT, Michel (2002). *Historia de la locura en la época clásica*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, Michel (1998). *Historia de la sexualidad. I. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.
- FOUCAULT, Michel (2008). *Seguridad, territorio, población*. Madrid: Akal.
- FOUCAULT, Michel (2005). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI.
- GRMEK, Mirko D. (1990). *Histoire du sida. Début et origine d'une pandémie actuelle*. París: Éditions Payot.
- LESTRADE, Didier i Pialoux, Gilles (2012). *Sida 2.0. Regards croisés sur 30 ans d'une pandémie... et demain?* París: Fleuve Noir.
- MILLER, James (1996). *La pasión de Michel Foucault*. Barcelona: Editorial Andrés Bello.
- MOULIN, A.M. (1991). *Le dernier langage de la médecine. Histoire de l'immunologie de Pasteur au sida*. París: PUF.
- POLLAK, Michaël (1991). *Le sida: Une épidémie autogérée? La prise de conscience des homosexuels en Europe*. Citat a: VVAA (1991). *Conquête de la sécurité. Gestion des risques*. París: Éditions l'Harmattan.

⁵ La cita a què fem referència és de *La Locura, la ausencia de obra*: "Sé molt bé que proposant aquesta última hipòtesis impugno el que s'admet ordinàriament: que els progressos de la medicina podran fer desaparèixer la malaltia mental, com la lepra i la tuberculosi; però una cosa restarà: que és la relació de l'home amb els seus fantasmes, amb el seu impossible, amb el seu dolor sense cos, amb el seu esquelet de nit; que un cop posat fora de circuit allò patològic, el fosc parentiu de l'home a la bogeria serà la memòria sense edat d'un mal esborrat en la seva forma de malaltia, però que continua obstinant-se com a desgràcia. La veritat és que aquesta idea suposa inalterablement allò que, sens dubte, és el més precari, molt més precari que les constàncies d'allò patològic: la relació d'una cultura amb allò que exclou" (Foucault, 1999: 270).

POLLAK, Michaël (1995). *Une identité blessée*. Citat a: Glucksmann, André (1995). *La fisura del mundo. Ética y sida*. Barcelona: Península.

VIGARELLO, Georges (2006). *Lo sano y lo malsano. Historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días*. Madrid: Abada Editores.

VVAA. “El sida en los medios de comunicación. Análisis comparativo de El País, La Vanguardia y The New York Times en los 20 años de historia de la enfermedad (1981-2001)”. *Quark*, 24 (2002): 48-61.

VVAA. “Sida y otras enfermedades emergentes. De la alarma a la falsa sensación de seguridad”. *Quadernos Quiral* IX 3 (2001): 1-14.