

Repensar el VIH/SIDA: aportes para la construcción de un abordaje integral, en perspectiva de derechos

Por Viviana Ríos Alvarado

Resumen

El artículo aborda al VIH/Sida como una problemática social en términos de política médica y de recursos, con objetivos principalmente en términos de concientización y desmitificación de la infección, para discutir con la estigmatización con que se respondió en el momento del surgimiento de la misma. En este sentido, aporta datos actuales con una reflexión sobre el tratamiento en términos sociales y desde los dispositivos de salud.

PALABRAS CLAVES

VIH/SIDA SAUD
DERECHOS
POLÍTICA PÚBLICA

Introducción

El artículo aborda al VIH/Sida como una **problemática social** en términos de política médica y de recursos, con objetivos principalmente en términos de concientización y desmitificación de la infección. Aporta datos actuales con una reflexión sobre el tratamiento en términos sociales y desde los dispositivos de salud.

El VIH/Sida es hoy una enfermedad que afecta a miles de personas en nuestro país y en el mundo, y que debido a la estigmatización social con que se respondió en el momento del surgimiento de la misma, no sólo afecta la salud física quienes conviven con seropositivo, sino también a limitaciones sociales que

dificultan su desarrollo personal y social.

A esta situación se suman la falta de políticas de prevención y difusión, generando que muchas personas nunca se enteren que son portadoras, o que en el caso de enterarse de ello, tengan limitaciones de todo tipo para acceder al tratamiento retroviral. También pueden llegar a abandonar el tratamiento médico debido a la falta de conciencia sobre la necesidad de sostenerlo, así como a la estigmatización y depresión que las/os afecta. La escasez de centros de atención de la problemática influyen también negativamente en la adherencia al tratamiento, ya sea por la distancia que deben recorrer para tratarse, como por la imposibilidad de plantear en los espacios laborales.

Si bien por Ley Nacional, Argentina ofrece la atención universal a la enfermedad, muchas son las faltas hoy por hoy en el servicio de salud pública que ha ido además en profundo retroceso en los últimos cuatro años. Esto impacta en la estabilidad de las personas en tratamiento debilitando la posibilidad de un cambio en la conciencia cultural sobre la problemática, manteniendo el silencio y la discriminación.

Se ha señalado que en nuestra América, la profundización de las injusticias sociales acentúa el acceso desigual a recursos materiales y simbólicos necesarios para la apropiación y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la construcción de ciudadanía.

La enfermedad social

Para nuestro análisis tomaremos al Virus de Inmunodeficiencia Humana como una **enfermedad social**, es decir desde una perspectiva que pone el foco en analizar cómo una sociedad en determinado momento histórico define a sus componentes sociales, (sujetos, instituciones y problemáticas). De esta forma, abordaremos el acceso a la salud de personas con VIH no sólo como un problema de salud pública, sino como una manifestación de las desigualdades de clase y

de género establecidas socialmente, por lo cual atañe a la política pública.

Utilizaremos como encuadre de análisis general el concepto de Modelo Médico Hegemónico (MMH) definido como: "Conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII logró dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado" (Menéndez, 1990, p.83).

Entendiendo que este modelo se instaura en la sociedad capitalista y patriarcal, sus principales características se expresan en una mirada de índole positivista, biologicista, *individual, ahistórica*, con una relación *asimétrica en la diada médico-paciente*. La salud/enfermedad se inserta como una mercancía más y se arraiga la concepción de subordinación social en tanto que se ve al sujeto tutelar de derechos como ignorante de un saber y como *responsable de su enfermedad*, con una orientación básicamente curativa y efectivista.

"Existe una población que no es riesgosa, sino que esta socialmente puesta en peligro debido a la estigmatización y la desidia del Estado"

Esto se evidencia cuando hablamos de VIH ya que el tratamiento clínico es casi exclusivamente responsabilidad singular de lxs sujetxs que se atienden, visto como individuo capaz de generar las herramientas por sí mismo que lx lleven a la "curación", generando que la asimetría de poder y la ahistoricidad no permitan ver los causantes sociales y las implicancias subjetivas de la configuración de la enfermedad en los territorios.

En este sentido, es importante reconocer y problematizar la noción de poblaciones vulneradas, entendiendo estas como "los diferentes grados y naturalezas de la susceptibilidad de lxs individuxs o colectividades a infectarse, enfermarse o morir de VIH o sida, los cuales dependen de su situación frente al conjunto integrado de aspectos culturales, sociales, políticos y económicos que los ubican en relación con el problema y

con los recursos para enfrentarlo" (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2011). Esta vulnerabilidad se caracteriza por ser multidimensional, integral y progresiva, afectando de formas diversas todos los aspectos de la vida de una persona y agravándose con el tiempo y con las desigualdades si desde el Estado no se tienden políticas certeras desde un enfoque de derechos humanos. *Es decir, existe una población que no es riesgosa, sino que esta socialmente puesta en peligro debido a la estigmatización y la desidia del Estado.*

De esta forma, lejos de construir un perfil de personas con VIH/SIDA, es imprescindible relevar información crítica para construir un tipo de política social equitativa que deje de lado los tabúes y pase a conformar un modelo complejo de salud nacional.

Actualmente en Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación señala que los principales afectados forman parte de la población económicamente activa, entre los 20 y 39 años. El 63% de esta población no terminó los estudios secundarios y la relación entre varones y mujeres es de 2.1 a 1 respectivamente.

El 90% de la población contrajo el virus a partir de relaciones sexuales sin protección, en su mayoría a partir de la relación sexual con varones (mujer con varón - varón con varón - trans con varón). La mayor situación de vulnerabilidad se da sobre las mujeres y mujeres trans, dado que el 57% de ellas vive en condiciones socioeconómicas bajas, mientras que ellos en un 46%. El 58% del total se queda sin comida antes de tener dinero suficiente que les permita volver a comprarla (principalmente en el norte del país).

Luego de que la OMS decretó la notificación obligatoria para las personas que se transmitan de esta infección (2000), Argentina lo legisló y a la par que autoriza a las Fuerzas Armadas a hacer serologías abiertas a las personas que tienen relación con su servicio, comenzó a tender en casi todas las provincias planes de refuerzos alimentarios que a través de una canasta de alimentos se repartía entre los pacientes con VIH. El mayor problema de esta canasta era que muy difícilmente se ajustaba a la dieta adecuada para una persona que convive con el virus.

Al inicio de 2008, se proveía también a través de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud, tratamientos antirretrovirales para 26.500 personas y medicación para enfermedades oportunistas (Ministerio de Salud, 2008).

De esta forma si bien se daban respuestas a las exigencias de la OMS, la ley reproduce en cierto sentido una marca personalizada para quienes

portan el virus, que según Maglio (2003) aporta a la construcción social del VIH o sida en sus efectores de salud. Parte del pensamiento hegemónico sólo reconoce al estrés como mediación entre lo social y lo biológico, cuando los determinantes sociales del proceso salud enfermedad tienen que ver con los procesos políticos y sociales que se lleven adelante en una sociedad.

Al respecto, Curbeli (2012) hizo un relevamiento sobre las concepciones de los efectores de salud sobre el VIH, a través de entrevistas sobre aspectos que iban desde el concepto y las referencias al estigma, hasta la discriminación y el género: "Los orientadores reconocen en discursos de algunos usuarios el funcionamiento de metáforas como *muerte, vergüenza y castigo* y su función como maniobras lingüísticas que operan en los imaginarios. Las mismas posibilitan una base a nivel social para las respuestas estigmatizantes y discriminatorias al VIH/sida, además de formar imágenes inexactas" (Curbeli, 2012, p. 497).

A través de este estudio podemos ver que muchas de las ideas culpabilizadoras que socialmente se generan sobre el virus persisten en efectores de salud: "Los orientadores caracterizan las prácticas de exposición de los usuarios en contextos privados, separadas de cuestiones sociales, económicas y políticas" (Curbeli, 2012, p. 500). Sobre los determinantes sociales de la salud, Laurell (1982) plantea la **necesidad de romper con el ideario mono-causal del Modelo Médico Hegemónico, recuperando la unidad entre enfermedad y salud, siendo distintos momentos de un mismo proceso**. Son precisamente estas cuestiones sociales económicas y políticas la que llaman a la presencia de políticas públicas en espacios públicos de salud y educación. Hay mucha vinculación entre los contextos socioeconómicos adversos, la discriminación de género y étnica y la vulnerabilidad a la transmisión del virus.

Los tabúes sociales respecto de la sexualidad humana, la negación a una educación sexual integral y la falta de acceso a instituciones públicas de salud (en los casos donde la más cercana ya está de por sí a kilómetros de la vivienda propia) son factores de la desigualdad, que hacen que una población sin conocimiento no viva el virus de la misma forma de quien lo conoce, sabe y tiene las condiciones para sobrellevarlo.

Esto se ve sobre todo en que la mayoría de los programas preventivos (es decir aquellos que atañen a la educación y no sólo al testeo) suelen negar que existen contactos sexuales entre hombres o estigmatizar a quienes además de ser homosexuales portan el virus, como si fuese una sumatoria de condenas sociales que

aíslan y cortan el vínculo de confianza de lxs sujetxs con la sociedad (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2011).

En cuanto a las mujeres, suele señalárselas como inmorales o promiscuas desde una **concepción cristiana hegemónica de la moral**, restringiendo la búsqueda de información o incluso el acceso al tratamiento.

De esta forma, la discriminación altera la percepción de las mismas personas sobre su salud y su integridad, haciéndolas sentir fuera de las categorías de ciudadanía tanto en espacios públicos como privados.

No se puede separar esto de las nociones que se intentan implantar desde los organismos de gestión, que a veces más, a veces menos, no preparan instrumentos eficaces para la erradicación del VIH como un problema de injusticia social que trascienda los límites de un gobierno y sea política de Estado. Los cambios en las gestiones son también cambios en tanto a los modos de ver los problemas, a los actores considerados y convocados, a los modos de organizar el trabajo, como también al desarrollo de aspectos vinculados a la subjetividad de las personas que se encuentran involucradas en los procesos de trabajo.

De esta forma, cuando hay vaciamiento de la política pública, faltantes de recursos para los tratamientos y la prevención del VIH/Sida, es el Estado quien está constituyendo a la enfermedad como una amenaza para la vida, la libertad, la supervivencia, la seguridad y la vivencia de una sexualidad libre de riesgos.

Lo simbólico se pone en juego

En el último Boletín sobre el VIH-SIDA en Argentina, publicado por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación, se estima que actualmente son 120 mil personas las afectadas por el virus a nivel nacional, "la relación hombre/mujer es de 2,4 a 1: por cada dos varones con VIH hay una mujer con el virus. Y en cuanto a los varones, un número que también viene creciendo: uno de cada cuatro nuevos diagnósticos de VIH se da en hombres de 20 a 35 años que tienen sexo sin protección con otros hombres. Vemos cómo nuevamente los varones, especialmente los más jóvenes, gays y bisexuales siguen liderando los casos de infección y cómo las mujeres por encima de los 40 están empezando a tener una relevancia que no habían tenido hasta ahora en la historia de la epidemia" (Dirección de Sida, ETS,

Hepatitis y TBC, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2016)

Recién a partir del 2001, momento en el que comenzó la notificación obligatoria del diagnóstico, la eficacia de la detección aumentó en un 36,2%, con criterios de especificación de población vulnerable, estudios por sexo y edad, y datos estadísticos comparados en un programa de computadora creado por la ONU. En este sentido es necesario marcar el hecho de que estos datos aportan información sobre la orientación sexual e identidad de género de lxs afectadxs a nivel nacional, y, al ser una reglamentación internacional, sobre lxs diagnosticadxs en todo el mundo.

Esto se debe a la aparición del VIH en la agenda pública, de la mano de la estigmatización a homosexuales y trabajadoras sexuales, responsabilizándolos de la transmisión de la infección.

Aquí nos parece fundamental el aporte de Gimenez (2007) quien plantea que lo simbólico son aquellas representaciones sociales que se materializan en todas las prácticas sociales. Desde esta concepción simbólica de la cultura las representaciones sociales son producto de condiciones históricas y de contextos inmediatos que generan pautas de sentido y producen sistemas simbólicos que ordenan la conducta colectiva.

Es por esta interpretación de la cultura que la mayoría de las políticas de prevención y tratamiento de la persona serológica positiva van hacia el cambio cultural de la concepción de la enfermedad de VIH; son estas representaciones socialmente constituidas y sus significantes lo que condicionan no sólo la mirada hacia la enfermedad, sino también la respuesta de "lx enfermx" hacia un discurso que incorpora formas de control social y corporal que parece establecida como la correcta y les delega un lugar pasivo.

Lejos de querer perpetuar esta estigmatización, son muchas las organizaciones feministas y de la disidencia sexual las que exigen que la política pública entienda que estas poblaciones son vulnerables no por el hecho de tener más latencia a la infección (los estudios internacionales de la última década demuestran que son principalmente varones heterosexuales quienes mayoritariamente esparcen el virus entre sus parejas sexuales), sino porque la marginalidad con la que se vive genera conflictos emocionales tales como ansiedad, negación, temor y aislamiento social, que se agrava con:

- La ausencia de la atención y promoción primaria de la salud para la prevención.

- La falta de recursos a los hospitales de salud pública donde los pacientes con VIH retiran los medicamentos, ya que la falta de seguimiento por

parte del hospital lleva a la deserción de los espacios de contención, tales como círculos de debate que intentan contrarrestar la culpabilidad, el enojo y la depresión.

Retomando a Gramsci, la triada poder- cultura-conflicto aparece también dentro del campo de salud, donde las prácticas del sistema médico se organizan para que siga respondiendo al modelo médico hegemónico, llevando a que los tratamientos con grupos vulnerados en vez de aportar a la desmitificación la acentúen.

No nos parece menor que en esta enfermedad que tiene su mayor momento de visibilización a principios de los años ochenta, la respuesta del modelo médico hegemónico no haya sido la internación, sino la adaptación al nuevo tipo de sociedad que estaba en formación: las sociedades de control. En ella lo que empieza a crecer es moldear a lxs individuadxs desde el marketing y el mercado para ejercer control social.

Por esto es imprescindible considerar a lxs sujetxs titulares de derechos con VIH/SIDA vinculadxs a su situación socioeconómica, cultural, identidad de género y sexual, ya que pueden llegar a tener algún tipo de incidencia en la efectividad de un tratamiento que erradique de una vez por todas al VIH/SIDA como una forma más de injusticia social.

Convivir con VIH/Sida en la actualidad

La falta de recursos en reactivos, antirretrovirales y CD4 que son denunciados por los efectores de la salud pública desde Marzo del 2016, así como el vaciamiento del Plan Nacional de Alimentación para personas con VIH/SIDA, el cierre de las pensiones que estaban a cargo de la Dirección de Sida y ETS, junto con el achicamiento del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable que se encargaba de la distribución de preservativos gratuitos a nivel nacional, afectan definitivamente el desenvolvimiento de la atención médica y social que los hospitales públicos puedan brindar para el tratamiento integral de la población con VIH.

Los últimos números registran 6.500 nuevos diagnósticos de VIH, siendo en mujeres de entre los 45 y 59 años y en varones entre 15 y 24 años. A la par de esto, durante el año 2018 se han dado nuevas políticas del gobierno de Mauricio Macri en contra de sistema público de salud que ha repercutido en los alcances de políticas orientadas a personas con VIH/SIDA y que también han ido en retroceso respecto de cómo se entiende a la enfermedad.

En este sentido, el artículo 126 del nuevo código

de faltas que está en tratamiento en el Congreso Provincial de Mendoza y con media sanción de la Cámara de Senadores establece que "la persona que transmitiere enfermedad venérea o contagiosa, será sancionada con multa desde un mil quinientas (1.500) U.F. hasta tres mil (3.000) U.F. o arresto desde quince (15) días hasta treinta (30) días". Así, las formas estigmatizantes toman un matiz criminalizador hacia las personas que viven con enfermedades de transmisión sexual, como el VIH/Sida.

Esta propuesta desconoce la evidencia científica en relación a que la criminalización de las personas con VIH está generando más daños que beneficios en términos de impacto en la salud pública y en los derechos humanos.

En contraposición a esta mirada que se asemeja más a la que existía en los años 80 que a la que se venía trabajando actualmente, es importante introducir a nuestro análisis una concepción del sujetx con VIH/Sida como sujetxs de derechos, entendido de forma multidimensional. De esta forma quien accede a la atención de VIH no sólo tiene como derecho el acceso a la salud, sino también al placer y a disfrutar de su sexualidad libremente.

Es para ello necesario un correcto conocimiento de los mecanismos de protección y barrera contra la enfermedad, como el preservativo.

El desconocimiento de estas estrategias es responsabilidad del Estado y no de lxs sujetx que transitan la enfermedad, por lo que una condena al respecto de su transmisión insiste con la individualización y la estigmatización. La mirada pasiva de lxs enfermxs del MMH, que en el caso del VIH/SIDA toma posesión de los cuerpos desde una mirada de control, moldeando el cuerpo enfermo al padecimiento y no al goce toma un nuevo cariz represivo acorde a las políticas de gobierno coercitivas.

Esto va de la mano del fuerte recorte del presupuesto de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis, Tuberculosis y Lepra a raíz del pase del Ministerio de Salud a Secretaría. Habiendo analizado que la mayor parte de la población que hoy se ve afectada por la falta de medicamentos y de acceso a la información de prevención y tratamiento es la que está siendo afectada por la fuerte devaluación y el proceso inflacionario, los ataques a la salud pública ponen en jaque la continuidad de los Programas que conforman esta Dirección.

También cabe destacar que la población trabajadora sexual que vive con VIH está particularmente criminalizada, yendo en ascenso en los últimos años la cantidad de arrestos y coexiste con la persecución policial, llevándolas a que en muchas oportunidades estén detenidxs y en ese

marco no reciban la adecuada medicación para el tratamiento de VIH/SIDA, reforzando esta idea de que lxs sujetxs no son vulnerables, sino que están siendo vulneradxs por el Estado.

En este marco de retrocesos para las políticas de salud y para las concepciones y debates en torno a las enfermedades sociales, es fundamental destacar el lugar que ocupan lxs efectores de salud y sus nociones sobre la enfermedad, ya que son las prácticas que sientan posiciones respecto del MMH producido por sociedad capitalista y patriarcal.

Entender que el campo médico está en disputa y que pueden existir perspectivas de trabajo que den la batalla por la construcción de nuevas concepciones y prácticas dentro de la medicina aporta a la conciencia práctica de la realidad.

Es por esto que proponemos un posicionamiento crítico respecto del estigma social que genera la enfermedad por sus orígenes relacionados con la discriminación y la falsa responsabilización del colectivo LGTBI y de trabajadoras sexuales, el señalamiento patriarcal hacia las mujeres como "promiscuas" y demás posicionamientos instalados en el sentido común y también por prácticas del propio MMH. Trabajar sobre esa falsa identificación de la enfermedad con colectivos de disidencia sexual requiere debates dentro de los colectivos profesionales que planteen que no es real la identificación lineal de la enfermedad con estas personas pero que identifiquen en el recorrido histórico de la enfermedad a sujetxs vulnerados socialmente y que requieren de políticas públicas que lxs pongan en el centro de la escena como sujetxs de derechos y de deseos que deben poder decidir sobre su salud. Eso parte de entender esta enfermedad como social producida y perpetuada por las necesidades del mercado, entendido este como núcleo de las demandas del capital y del patriarcado para la reproducción social de las desigualdades.

Las trabas para el acceso a medicamentos y todos los problemas de salud pública que confiere se deben a esto mismo: la población identificada en sus inicios como la responsable del virus es considerada población de "segunda" y por eso su atención desmerecida. La marca social que conlleva hace que la depresión y angustia lleven a dejar el tratamiento de forma frecuente en la población que considera que contraer la enfermedad es cargar con los prejuicios sociales, sintiéndose señaladxs y a la deriva.

Esto parte también de que es lo que se espera de unxserológicx positivo. Porque en la lógica de la construcción simbólica de la enfermedad es el silencio lo que se espera y demanda en la

división público-privado.

Es por esto que se hace fundamental entender que las representaciones sociales son muchas veces prejuicios instalados por los sectores dominantes que generan efectiva y materialmente formas interiorizadas y objetivadas de creencias, hábitos, nociones morales y formas de actuar (Gimenez, 2007), no sólo en quienes viven con la enfermedad sino también en quienes trabajan con ella y que en un contexto de ajuste tienen que salir a la calle para visibilizar que el VIH/SIDA existe y necesita que el Estado presente políticas públicas integrales de abordaje.

El salto a la esfera pública de los derechos y deseos de lxs sujetxs que conviven con la enfermedad es esencial para poder trabajar sobre las prenociones sobre las cuales se asienta, y el trabajo de lxs efectores de salud a la par de estxs sujetxs una forma de avanzar hacia la erradicación de las trabas institucionales que se configuran a partir de la reproducción simbólica y social de la enfermedad.

Bibliografía

AHUMADA, M., ESCALANTE, E., SANTIAGO, I. (2011). *Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA. Subjetividad y procesos Cognitivos*, vol.15 no.1. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

BOURDIEU, P. (1990). "Algunas propiedades de los campos". En: *Sociología y cultura*. México: Grijalbo.

BOURDIEU, P. (1991). "Estructura, habitus y prácticas". En: *El sentido práctico*. España: Taurus Humanidades.

BOURDIEU, P. (2000) "Sobre el poder simbólico". En: *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires. Eudeba.

CURBELI, M. (2012). *Trabajo en dispositivos asistenciales y preventivos: la construcción social del sida. Trabajo y Sociedad*, n°19. Santiago del Estero, Argentina.

DELUZE, G. (1999) "las sociedades de control" En: Ferrer Ch. (comp.). *El lenguaje libertario*. Buenos Aires: Altamira.

Editorial (2016, Marzo, Jueves 17). *VIH: denuncian la falta de insumos en los hospitales públicos*. En *Infonews*. Recuperado de <http://www.infonews.com/nota/284888/vih-denuncian-la-falta-de-insumos-en-los>

FOUCAULT, M. (1995) "El sujeto y el poder". En: Terán, O (comp.). *Michel Foucault (Discurso, Poder y*

subjetividad). Bs. As: *El cielo por asalto*.

GIMENEZ, G. (2007). "La concepción simbólica de la cultura". En: *Estudios sobre la cultura y las representaciones sociales*. Guadalajara: CONACULTA/ITESO.

GUBER, R. (2005) *El salvaje metropolitano*. Buenos Aires: Paidós.

KROTZ, E. (1994). "Alteridad y pregunta antropológica". En: *Revista antropológica* n°83 y 84.- Coordinación nacional de Difusión del INAH.

LAURELL, A. C. (1982). "La salud-enfermedad como proceso social" En: *Revista Latinoamericana de Salud*. Nueva Imagen.

LINS RIBEIRO, G (1999). "Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica. Un ensayo sobre la perspectiva antropológica". En: Boivin, M., Rosato, A. Guber, R. (1999) *Constructores de otredad*. Buenos Aires: Eudeba.

MAGLIO, I. (2003). *Legislación en VIH Y SIDA*. En CUETO, J.; BARBERIS, D.; PLAZA, J. M.; NEUMAN, E., SANTORO, M.; et. En *SIDA: La sociedad bajo la lupa*. (pp.145-170). Buenos Aires. Editorial Dunker.

MENÉNDEZ, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.

Ministerio de Protección Social (2011). *Guía de Prevención VIH-SIDA: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud (2011). *Manual de prevención de VIH-SIDA*.

Ministerio de Salud de la Nación (2016). *Boletín sobre el VIH-SIDA en la Argentina, IX*. WILLIAMS, R (1980). "La hegemonía". En: *Marxismo y literatura*. Barcelona: Península.

Catedral de la Ciudad de La Plata

Viviana Ríos Alvarado - Fotografía
Movilización y paro de CICOP
por paritarias y cierre de ministerio
06-09-2018