

X Jornadas de Jóvenes Investigadores

Instituto de Investigaciones Gino Germani

6, 7 y 8 de noviembre de 2019

Viviana Ríos Alvarado

Estudiante de grado de la Facultad de Trabajo Social-UNLP

vra297@gmail.com

Eje problemático propuesto: Estado, instituciones y políticas públicas.

Eje problemático alternativo: Feminismos, estudios de género y sexualidades.

Repensar el VIH/SIDA

Aportes para la construcción de un abordaje integral, en perspectiva de derechos.

Palabras Claves: VIH/Sida--salud-derechos-política pública

Introducción

El artículo aborda al Virus de Inmunodeficiencia Humana como una **enfermedad social** en términos de política médica y de recursos, con el objetivo principal de desmitificar la construcción de los sujetos. A partir de datos extraídos del Boletín sobre VIH- Sida publicado por el Ministerio de Salud durante 2016 y de consultas bibliográficas más diálogos con profesionales de la salud y miembros del colectivo militante, se propone una reflexión sobre la enfermedad en términos conceptuales, sociales y desde los dispositivos de salud.

El VIH/sida afecta a miles personas en nuestro país y en el mundo, y debido a la estigmatización social con que se respondió desde su surgimiento no sólo aqueja la salud física, sino también al desarrollo personal y social en vinculación con el hacer y no hacer del Estado.

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 influye también negativamente en la adherencia al tratamiento, ya sea por la distancia que deben recorrer para tratarse, como por la imposibilidad de plantear su enfermedad en los espacios laborales.

Se configura como una forma de injusticia social a través de un acceso desigual a recursos materiales y simbólicos, encontrando como único estribo de disputa el salto a la esfera pública. En un contexto de alza del debate público por los derechos sexuales, repensar el Modelo Médico Hegemónico y su ideario monocausal nos lleva a problematizar la construcción de los sujetos que se ven atravesadas por múltiples determinaciones que operan en las formas de vivir en sociedad la sexualidad.

La enfermedad social

Para el presente análisis tomaré al VIH/Sida 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, abordare 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.

Utilizaré 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)

Entiendo que este modelo se instaura en beneficio de la sociedad capitalista y patriarcal, sus principales características son de índole positivista, biologicista, individual, a-historica, 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.

Esto se evidencia cuando hablamos de VIH ya que el tratamiento clínico es casi exclusivamente responsabilidad singular de los sujetos, generando que la asimetría de poder y la ahistoricidad oculten los causantes sociales y las implicancias subjetivas de la configuración de la enfermedad. Así mismo, el modelo de prevención basado únicamente en el uso del preservativo está pensado desde el control social y corporal, apelando exclusivamente a la individualidad e invisibilizando las determinaciones sociales que caracterizan al sexo. Se genera así una ilusión de decisión personal /individual sobre el uso del profiláctico, cuando su uso se encuentra muchas veces por fuera de lo negociable en una relación sexual ya sea afectiva, esporádica o laboral.

Por otro lado, es importante la inversión de “grupos vulnerables” a **sectores vulnerados**, entendiendo que esta vulnerabilidad se caracteriza por ser multidimensional, integral y progresiva, afectando de formas diversas todos los aspectos de la vida de una persona, agravándose con el tiempo y siendo determinantes las desigualdades si desde el Estado no se tienden políticas certeras desde un enfoque de derechos humanos. **Es decir, no existe una población 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 como el sentido común y mediático ha pregonado durante muchos años, 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.

En Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación señalaba hacia fines de 2016 que las principales personas afectadas 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 (aumentando en el norte del país).

Luego de que la OMS en el 2000 decretara la notificación obligatoria para las personas que se transmitan de esta infección, Argentina lo legisló a partir de la Ley N° 23.798 (conocida como Ley Nacional de SIDA e ITS, reglamentada desde 1991) y comenzó a tender en casi todas las provincias testeos y 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 actual de nuestro país reproduce una marca personalizada para quienes portan el virus, que según Maglio aporta a la construcción social del VIH/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)

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) Sobre las determinantes sociales de la salud, Laurell plantea la necesidad de romper con el ideario monocausal del Modelo Médico Hegemónico, recuperando la unidad entre enfermedad y salud, siendo distintos momentos de un mismo proceso socialmente situado.

Son precisamente estas cuestiones sociales económicas y políticas la que llaman a la presencia de políticas públicas en espacios públicos de salud y educación. La vinculación entre los contextos socioeconómicos adversos, la discriminación de género y étnica y la vulnerabilidad como caldo de cultivo para vulneración de personas que conviven con el virus refleja una enfermedad socialmente situada, generada a partir del proceso de socialización de la sexualidad, los deseos y autopercepciones que valorizan las identidades sexuales. Estas son producidas según las características y clasificaciones propias de la cultura.

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 son factores de la desigualdad, que hacen que una población no viva el virus de la misma forma de quien tiene las condiciones para sobrellevarlo.

Esto se ve sobre todo en que la mayoría de los programas preventivos que atañen a la educación sexual suelen negar que existan relaciones sexuales entre hombres, siendo a su vez la estigmatización a quienes además de ser homosexuales portan el virus una sumatoria de condenas sociales que aíslan y cortan el vínculo de confianza de los sujetos con la sociedad.

En cuanto a las mujeres, el estigma de inmorales o promiscuas desde una **concepción cristiana hegemónica de la moral** restringe la búsqueda de información o incluso el acceso al tratamiento. Entiendo como uno de los pilares de la confluencia de esta concepción con el Modelo Médico Hegemónico la separación de las esferas pública y privada y la culpabilización de los sujetos respecto de prácticas sexuales que son consideradas nocivas para la reproducción social en un sentido amplio del término.

En escritos del activismo militante de la última década, como “Cumbia copeteo y lágrimas” de Lohana Berkins, vemos a través de sus entrevistas como muchas trans sin testeos realizados, comentan que la repulsión que sufren en los centros de salud se debe no a su condición desconocida de seropositiva o negativa, sino a su sexualidad, lo cual les hace elegir no testearse para no tener que ver sobre sí más estigmas de los que traen con ellas.

De esta forma, la discriminación altera la percepción de las mismas personas sobre su salud y su integridad, dejándolas fuera de la categoría de ciudadanos tanto en espacios públicos como privados.

No se puede separar esto de los modelos de salud pública hoy en pugna a nivel latinoamericano. Las mismas, se intentan implantar desde 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, los actores considerados y convocados para su resolución, los modos

de organizar el trabajo, como así también al desarrollo de aspectos vinculados a la subjetividad de las personas que se encuentran involucradas en los procesos de trabajo.

Cuestionando sobre los modelos que construyen la situación por la que están atravesando hoy los diagnosticados de VIH en el sistema de salud pública, pude encontrarme reconstruyendo el trabajo cotidiano de una trabajadora social de la consejería pre y post testeo de VIH del Hospital San Juan de Dios de la ciudad de La Plata durante el 2016, y con el colectivo militante “Mesa Positiva” de la ciudad de Rosario durante 2019.

El relato del vaciamiento de los centros de salud, de la estigmatización y la discriminación materializándose en falta de recursos como orden del día en el sistema de salud público. Aún más grave, puede verse también en la baja de algunas banderas enarboladas por el movimiento de positivos (que se reconocen así) para luchar por sus derechos. Esta “baja de banderas” proviene del mismo vaciamiento, que produce desmovilización al atacar explícitamente a los cuerpos de quienes demandan, siendo que el costo del vaciamiento está precisamente ahí, en sus cuerpos y en sus vidas.

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, siendo que 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 (una mujer positiva cada dos varones positivos) que no habían tenido hasta ahora en la historia de la epidemia. (Datos de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, 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 por ciento, 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 las afectadas a nivel nacional, y, al ser una reglamentación internacional, sobre los diagnosticados 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. A partir de esta definición me pregunte sobre las nociones con las que trabajan las efectoras de salud del área de pre y post testeo de VIH, intentando conocer la “conciencia práctica” en relación a la enfermedad y entendiendo que el campo médico está en disputa ya que existen perspectivas de trabajo que dan la batalla por la construcción de espacios políticos que saquen del closet a la enfermedad.

“Entiéndase, los preservativos para el VIH no son sólo una política de prevención sino una forma de hacerle ver al que tiene un diagnóstico positivo que puede seguir disfrutando de su sexualidad libremente, de forma cuidada, y gratuita.” (Trabajadora Social del área de VIH/ Sida, San Juan de Dios, La Plata)

De esta forma podemos introducir a nuestro análisis a partir de la entrevista realizada, una concepción de sujeto de derechos, entendiendo a estos como multidimensionales y no intercambiables entre sí. De esta forma quien accede a la atención de VIH no sólo debiera tener como derecho el acceso a la salud, sino también al placer y a disfrutar de su sexualidad libremente. Esta mirada presente en al efectora de salud se contrapone con la mirada pasiva de enferma/o 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 el no goce.

Parte de no subordinar a quien tiene derecho a la información, la salud y la sexualidad es aportar en otorgarle otra mirada para su vida que no sea la establecida por los sectores dominantes sobre las personas con VIH.

Es por esta posición sobre los derechos que la mayoría de las políticas de prevención y tratamiento de la persona serológica positiva van hacia la transformación 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 materialidad de la vida del enfermo y su posibilidad de respuesta hacia un discurso que incorpora formas de control social y corporal. Desde un lugar pasivo, de esfera privada, y de estigmatización de la enfermedad, se oculta la posibilidad de organización y transformación en sujeto colectivo, la historia del movimiento LGTB en luchas por la cura del VIH/Sida, y las posibilidades de organización que transformen en la actualidad a los/las hoy positivos en actores políticos de la esfera pública que reclaman por mejores condiciones de vida.

Lejos de querer perpetuar esta estigmatización, son muchas las organizaciones feministas y de la disidencia sexual las que exigieron que esta consideración sea tomada internacionalmente y 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 por la estigmatización con la que viven a partir de elecciones sobre su sexualidad, generando 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 de la enfermedad en prácticas sexuales no heteros y /o hegemónicas.

- 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.

No me 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 la sociedad desde el marketing y el mercado para ejercer control social.

En el contacto telefónico con Mesa Positiva de Rosario un planteo fundamental que surgió para ellos como colectivo militante fue desde “la necesidad de putos positivos de encontrarnos y ver qué hacemos con lo que nos queda, porque en definitiva la medicación está para alargar algo que ya sabes cómo termina” (entrevista a militante). Hoy esta organización creció, y se encuentra además en Capital federal, incluyendo mujeres, lesbianas, transexuales y travestis.

Desde dicho espacio se plantea que el MMH ganó en los 2000 la disputa que el movimiento LGBT instaló en la calle durante los 90: la necesidad de la cura. Esta ya no es parte de la agenda política de los colectivos organizados ni mucho menos del Estado: una vida dependiente de la medicación y de la producción de las grandes farmacéuticas es lo máximo a lo que pueden aspirar.

Intentando poner en eje que ni el sistema científico nacional ni los laboratorios privados ven como negocio la posibilidad de estudiar por una cura para la enfermedad, Mesa Positiva se organiza como colectivo a través de la visibilización y la acción callejera en movilizaciones, pintadas y demás. Siendo conscientes en primera persona de las condiciones de vida con las que tiene que lidiar una persona positiva sin recursos, y de las reacciones adversas a la medicación que aumentan las posibilidades de que una persona deje de adherir al tratamiento, esta organización surgida casi en paralelo a la publicación del Boletín Oficial de Sida publicado por el Ministerio de Salud, denuncian hoy la faltante de medicamentos y el vaciamiento de la política destinada a contener y acompañar a las personas con diagnóstico positivo.

Esto se complejiza teniendo en cuenta que como organización plantean que la dependencia del medicamento es un negocio para pocos, y que el conocimiento de la enfermedad, de los niveles en sangre y de los tiempos del tratamiento, haría que sea vista de

forma distinta no sólo por la sociedad sino por las mismas personas que reciben el diagnóstico.

Por esto es imprescindible considerar a los sujetos con VIH/SIDA vinculadas a su situación socioeconómica, cultural, identidad de género y sexual, ya que inciden en la efectividad de políticas que erradiquen al VIH/SIDA como una forma más de injusticia social.

Convivir hoy con VIH/SIDA

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 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/Sida está generando más daños que beneficios en términos de impacto en la salud pública y en los derechos humanos.

Cabe destacar a las trabajadoras sexuales que viven con VIH/Sida como sujetas particularmente criminalizadas, yendo en ascenso en los últimos años la cantidad de arrestos coexistentes con la persecución policial, llevándolas a que en muchas oportunidades estén detenidas y en ese marco no reciban la adecuada medicación para el tratamiento, reforzando esta idea de que las personas positivas no son vulnerables, sino que están siendo vulneradas por el Estado.

La mirada pasiva de las personas seropositivas del MMH toma posesión de los cuerpos desde una mirada de control, moldeando el cuerpo enfermo al padecimiento y no al goce, tomando 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. Las trabas para el acceso a medicamentos y todos los problemas de salud pública que esto confiere refuerza la construcción simbólica de la enfermedad en el silencio como bien demanda la división social público-privado. 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 los efectores de salud y la constitución de organizaciones sociales que no sólo se plantean la urgencia del hoy, sino un futuro que desde la acción colectiva avance en la búsqueda de la cura y de la disputa con el MMH producido por sociedad capitalista y patriarcal.

Estas demandas parten 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 que construyen las enfermedades sociales de este tiempo. Las representaciones sociales alrededor del VIH/ Sida son juicios instalados por los sectores dominantes que generan efectiva y materialmente formas interiorizadas y objetivadas de creencias, nociones morales y prácticas 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 las personas que conviven con la enfermedad es esencial para poder trabajar sobre las preconcepciones sobre las cuales se asienta, y el trabajo de las/los efectores de salud a la par de estos sujetos una forma de avanzar hacia la cura y la erradicación de la reproducción material simbólica y social de la enfermedad y las desigualdades.

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.

Berkins, Lohana Compiladora. (2007) “Cumbia, copeteo y lágrimas: informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros”. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo, [2015]

Bourdieu, P. (2000) “Sobre el poder simbólico”. En: *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires. Eudeba.

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

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

Laurell, A. C. (1982) “La salud-enfermedad como proceso social” En: Revista Latinoamericana de Salud. Nueva Imagen.

Maglio, Ignacio. (2003). Legislación en VIH Y SIDA. En Jorge Cueto; Daniel Barberis; Jesus María Plaza; Elías Neuman, María Santoro; et. En SIDA: La sociedad bajo la lupa. (pp.145-170). Buenos Aires. Editorial Dunken.

Menéndez, E. (1990) Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. México: Alianza Editorial Mexicana. Cap. 3.

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

Ministerio de Salud de la Nación (2016). Boletín sobre el VIH-SIDA en la Argentina, IX. Diciembre.

Williams, R (1980). “La hegemonía”. En: Marxismo y literatura. Barcelona: Península.

Anexos

Entrevista a Jefa de residentes en el año 2016 del área de Servicio Social y Pre y post testeo de VIH/Sida.

Desgrabación:

-Bueno, para empezar quería que me comentas un poco de qué se trata tu trabajo en el hospital.

En este momento estoy transitando el último año de residencia, en la tarea de jefa de residentes, por lo cual no realizo asistencia directa a usuarios y usuarias a diferencia de los tres años anteriores. En el marco de la residencia he pasado por distintos proyectos de formación: sala de Neumología, atención de demanda espontánea, sala de Infectología y consejería en pre y post test de VIH y otras its, rotación por el primer nivel de atención y sala de cardiología.

Hoy como jefa de residentes trabajo con todo el servicio social del hospital, pero sigo más que nada enfocada al trabajo en este área porque si bien el San Juan es el especializado en Infectología hay muchas cosas que cuestan más que en otras áreas y que no sé, por interés capaz también, entiendo que se necesita un anclaje y un apoyo más fuerte para los y las pibas que entran de residentes a éste área.

Es pertinente mencionar que el sistema de residencias es una beca de formación en servicio, pero no es considerado un trabajo para el ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires, por lo cual

mucho del trabajo que se realiza es a pulmón. Horas que bueno, vos habrás visto, corriendo a las once de la noche por toda la plata para buscar el quit de medicamentos que faltan para poder dárselo al usuario. Es difícil y sin contactos con los otros hospitales no haces nada. El problema es que a veces ese contacto también se establece a pulmón por los residentes más que por la propia institución.

-¿Y sobre las políticas de prevención del VIH en Provincia de Buenos Aires?

La verdad es que desde el Ministerio de salud de la provincia no se efectúan políticas públicas integrales acorde a la problemática de salud. En materia de prevención existe el programa que se encarga de entregar folletería en hospitales y centros de salud, sin embargo, cotidianamente nos encontramos sin insumos y la reiterada falta de preservativos.

Recordemos que arrancamos el 2016 con el intento de vaciamiento a nivel provincial del programa de Salud Reproductiva y procreación responsable, que es el que se encarga no sólo de los preservativos sino también de las pastillas anticonceptivas que el gobierno debe garantizar en cada salita y hospital.

Desde varios equipos de trabajo en salud se generan estrategias para la prevención de la problemática de salud, en nuestro caso trabajamos en la consejería pre y post test de VIH/Sida y otras ITS con el objetivo de prevenir el VIH, difundiendo no sólo los mecanismos de cuidado sino también informando sobre el período ventana y la utilización de quit antiretroviral, de la mano de trabajar mitos, representaciones sobre la problemática de salud.

-¿Y acá? ¿El acceso a reactivos, medicación antiretroviral y psicofármacos para diagnósticos de VIH/SIDA en el San Juan?

Se ha profundizado la falta de insumos y el mal funcionamiento del programa pero ya venía siendo así. Hay un programa de "Asistencia alimentaria" que se encarga de entregarle a las personas que conviven con el virus un monto de \$600 por mes para que puedan comprar en supermercados. A la falta de actualización en el monto del programa se le suma la gran burocratización del mismo; demora hasta 1 año en salir, se pierde la documentación de usuarios cotidianamente. Por otro lado existe la posibilidad de que la personas que tienen VIH gestionen una pensión de nación.

Son esas cosas también de las que en parte desde éste área nos encargamos de motorizar pero cuesta.

Con cada usuario y usuaria puede o no venir una historia familiar atrás que complejiza todo, porque capaz están acompañados, capaz no. capaz un mes sí, pero al siguiente son ellos quienes se tienen que poner al hombro la familia y la burocracia los aleja de los programas que existen, como así también el decir social no. Ser titular de un programa para personas con VIH es algo que muchas personas no saben bien cómo encarar en cuanto a lo que significa para ellos asumir que tienen serología confirmada y demás.

Acá hoy por suerte los reactivos para VIH tenemos, hubo veces que faltó el antirretroviral (olvidate que los psicofármacos por suerte no han faltado pero porque siempre curar antes que prevenir, viste

como es). Bueno sí, cuando faltó el antirretroviral eso fue difícil, ahí tuvimos que coordinar mucho con el San Martín, que tampoco tenía para usuarios pero sí para los mismos médicos y enfermeros por si se pinchan y eso. Acá ni ese llegaba el año pasado y era más que nada un arreglo que hacíamos con los residentes de allá. Íbamos lo buscábamos y ellos ponían lo habían usado para ellas mismos.

Pero bueno, ahora eso está acá pero se recortó de otros lados. No tenemos reactivos para otras ITS, justo las que ahora están en pleno resurgir como clamidia y sífilis. Sífilis igual creo que llega la semana que viene junto con la penicilina pero nunca sabes.

¡Ah! ¡¡Y los preservativos!! Eso estuvimos en septiembre creo que fue, del año pasado. Nada había. Conseguimos porque bueno, somos una unidad más grande, ahora en salitas y eso es muy difícil. Entiéndase, los preservativos para el VIH no son sólo una política de prevención sino una forma de hacerle ver al que tiene un diagnóstico positivo que puede seguir disfrutando de su sexualidad libremente, de forma cuidada, y gratuita.

-Bueno vos hablabas de estas cosas que le cuestan asumir a un serológico positivo, ¿ves estigmatización en el sistema de salud?

Estigmatización se refleja en todos los ámbitos de la vida social. En nuestro hospital la falta de atención acorde a las necesidades de usuarios es cotidiana. Hay un estándar de enfermo y esa discriminación esa violencia ya viene así bajada desde los programas. En mi tránsito por el San Juan he podido ver variadas situaciones de discriminación tanto a personas con VIH como a mujeres Trans. El trato en el laboratorio, cuando te van a sacar sangre o hacer una muestra de orina... puf, a veces te dan una bronca. Pero porque mismo entre los efectores de salud hay mucha desinformación.

También a las personas que vienen varias veces, qué se yo no me importa porque viene varias veces a hacerse el estudio, hay una subestimación ahí. No se, por suerte yo mucho de éste área no me puedo quejar, pero por fuera del equipo a veces es difícil. Y bueno, no me preguntes más porque tampoco te puedo hablar mal de todos mis colegas.

-¿Se distinguen grupos vulnerables para las políticas de prevención? ¿Cuáles?

Desde nuestra perspectiva de trabajo de las residentes del hospital en general debatimos fuertemente con el idea de grupo de riesgo, creemos que es una forma de construir más estigmatización y discriminación. Históricamente el VIH ha estado relacionado con homosexuales, prostitutas o trabajadoras sexuales, etc., con la idea de generar una doble estigmatización sobre ellos.

Todas las personas tenemos las mismas posibilidades de contraer el VIH, no importa de identidad que asumamos ni mucho menos la orientación sexual.