



## **Trabajo en dispositivos asistenciales y preventivos: la construcción social del sida**

### **Work in care and prevention devices: the social construction of AIDS**

**Milca CUBERLI\***

Recibido: 14. 5. 11

Revisión editorial: 23.12.11

Aprobado definitivamente: 21.5.12

#### **RESUMEN**

En el marco de un estudio exploratorio y descriptivo que tuvo como propósito analizar las prácticas comunicacionales implementadas en los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD) de VIH/sida de la red asistencial pública de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina) desde la perspectiva del equipo de salud, se presenta la construcción social que realizan los actores acerca del sida. Dicha categoría presenta la caracterización histórica dada a una determinada enfermedad o evento a partir de una mirada individual y social, producida en la relación usuario-profesional/equipo de salud. El estudio se realizó durante los años 2008-2009, se contemplaron cinco unidades de muestreo (CePAD) y se realizaron 22 (veintidós) entrevistas semiestructuradas a integrantes del equipo de salud, el muestreo fue intencional.

Los resultados evidencian el predominio de un enfoque de comportamientos de riesgo al describir las prácticas por las cuales los usuarios demandan la realización del test de VIH. Los entrevistados caracterizan las prácticas de exposición de los usuarios en contextos privados, separadas de cuestiones sociales, económicas y políticas. Existe consenso en definir al sida como una enfermedad o síndrome de característica sexual, donde los hombres devienen como el grupo más expuesto por sus prácticas sexuales.

**Palabras clave:** construcción social- VIH/sida- equipo de salud

#### **ABSTRACT**

In the frame of an exploratory and descriptive study that had as intention to analyze the communicational practices implemented in the Centers of Prevention, Advice and Diagnosis (CePAD) of HIV / AIDS of health public network of the City of Buenos Aires (Argentina) from the perspective of the equipment of health, there appears the social construction that actors make about the AIDS

This category has the historical characterization given to a particular disease or event from a social and individual look, produced in the relationship user-professional/health team. The study was conducted during the years 2008-2009, includes five sampling units (CEPAD) and made 22 (twenty) members of semi-structured interviews health team, the sampling was intentional. The results demonstrate the prevalence of a behavior approach risk to describe the practices which users demand the HIV test performance. Respondents characterize the practices user exposure in private contexts, separate issues social, economic and political. There is consensus in

---

\* Magíster en Salud Pública (UBA). Doctoranda en Ciencias Sociales (UBA). Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG/FCS/UBA). Correo: milcacu@hotmail.com

defining AIDS as a disease or syndrome sexual characteristic, where men become the group more exposed to sexual practices.

**Keywords:** social construction- VIH/sida- health team

## SUMARIO

Introducción. La creación de los centros de testeo voluntario en la ciudad de Buenos Aires. Acerca del equipo de salud. Acerca de la construcción social de la enfermedad. Conceptualizaciones acerca del sida. Estigma, discriminación y género. A modo de cierre. Bibliografía

\*\*\*\*\*

## Introducción

En el marco de una investigación cuyo objeto de estudio fueron las prácticas comunicacionales desarrolladas por los equipos de salud que implementan un dispositivo de características preventivas y asistenciales, se presenta un análisis sobre la construcción social del sida desarrollada por los trabajadores. Estos dispositivos, parte de la red asistencial pública de la Ciudad de Buenos Aires y denominados CePAD (Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico), se presentan como consultorías: espacios de información y asesoramiento. Lo novedoso de la propuesta es la lógica de atención que dispensan, basada en principios de autonomía y derechos ciudadanos. Propuesta superadora de un vínculo inmerso en un modelo caracterizado históricamente como hegemónico; que construye en marcos de relaciones autoritarias disposiciones negativas hacia los usuarios como la falta de reconocimiento de su contexto cultural, social e histórico. Disposiciones que se traducen en consecuencias negativas afectando los procesos de atención, tratamiento y rehabilitación de las personas en su relación con el sistema de salud.

## La creación de los centros de testeo voluntario en la ciudad de Buenos Aires

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) concentraba en el año 2000 la epidemia más importante de sida del país (29% del total de los casos de VIH diagnosticados). En el año 2000 a partir de la gestión de Aníbal Ibarra como Jefe de Gobierno se creó una estructura con rango de Dirección General que se denominó, Coordinación Sida<sup>1</sup>. En el diseño del Plan Estratégico se esbozaron lineamientos que orientaron las políticas públicas respecto al VIH/sida con el propósito de brindar atención a las personas afectadas, promover prácticas de prevención y controlar la epidemia (Bloch , 2007).

La concepción que primó en el equipo interdisciplinario que llevó a cabo la gestión<sup>2</sup> en la Coordinación Sida, fue la de un Estado con un rol central en la conducción de las políticas públicas. El propósito remitía a impactar sobre la epidemia mediante la modificación de prácticas ineficaces en salud e instaurar nuevas lógicas de trabajo. Puede mencionarse como dos ejes principales de la política establecida por la Coordinación Sida: la construcción de ciudadanía y la accesibilidad al sistema de salud. Aspectos que pueden evidenciarse en el trabajo intersectorial (la creación de redes entre diferentes áreas gubernamentales y

---

<sup>1</sup> Anteriormente se implementaba en la ciudad un programa de sida con poco desarrollo a nivel de estructura jerárquica y actividades básicas como distribución de medicamentos, vigilancia epidemiológica y acciones de prevención no sistemáticas.

<sup>2</sup> Cabe aclarar que el equipo desarrolló su tarea hasta el año 2007 a cargo del Dr. Claudio Bloch. Posteriormente hasta la actualidad (año 2010) la Coordinación SIDA está a cargo de la Dra. Adriana Va sombrío con continuidad acerca de los lineamientos prioritarios para abordar el VIH/sida pero con la diferencia que la problemática no ocupa un lugar prioritario en la agenda gubernamental de la ciudad.

organizaciones del tercer sector), el uso del consentimiento informado como una herramienta para promover decisiones en los usuarios (en oposición a una herramienta exclusivamente médica), la distribución de preservativos y la accesibilidad al testeo. Al respecto, una de las iniciativas que surgieron durante la gestión 2000-2007 fue la creación de los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD). La propuesta fue ubicar servicios de mayor acceso a la población para promover el testeo voluntario y la distribución de preservativos. Si bien podrían implementarse en instituciones de salud preferentemente del primer nivel de atención, lo novedoso fue promover su instalación en organizaciones comunitarias que debían disponer recursos como la articulación con el hospital, personas capacitadas (no necesariamente pertenecientes al sistema de salud) y espacio físico para realizar las tareas concernientes al testeo (asesoramiento y extracción de sangre entre otros).

El consejo y testeo voluntario son reconocidos internacionalmente como punto de entrada a la prevención o al tratamiento del VIH posibilitando que las personas disminuyan las probabilidades de contraer la enfermedad o de infectarse con el virus. En mayo de 2007, la OMS y ONUSIDA pronunciaron indicaciones sobre el asesoramiento y las pruebas de VIH voluntarias. El motivo fundamental de fomentar el diagnóstico precoz tiene como consecuencia optimizar beneficios potenciales del tratamiento y la atención que prolonga la vida de las personas infectadas. Existen en la actualidad dos tipos de asesoramiento, el que solicita el usuario y el que ofrece el proveedor de salud<sup>3</sup>. En ambos se propone desde las recomendaciones considerar el consentimiento, la confidencialidad y el aconsejamiento (OMS, 2007). El asesoramiento y las pruebas voluntarias para VIH/sida funcionan como una doble vía: como modo preventivo de la infección para las personas que se acercan a realizarse el test y como puerta de entrada al sistema de salud (Basambrío; Carrozi; Genari; Weller, 2005).

### **Acerca del equipo de salud**

El equipo de salud que fue entrevistado se caracteriza por estar constituido por 12 mujeres y 10 varones. En relación a sus profesiones de grado o terciarias, 11 de los actores se ven representados por la orientación humanística o correspondiente a las ciencias sociales (antropólogos, psicólogos, trabajadoras sociales, psicóloga social), 5 al campo de las ciencias médicas (médicos y enfermeros/as) y 6 son voluntarios sin profesiones específicas o determinantes del campo de la salud (administrativos, voluntarios, promotores de salud, entre otros). La edad promedio es de 40 años, con un valor mínimo de 26 años y un valor máximo de 56 años.

Desde la política implementada por la Coordinación Sida -en relación a los CePAD- se considera la modalidad de trabajo bajo un encuadre organizativo de "equipo", como la mejor estrategia para lograr conocimientos y habilidades diversas. El requerimiento acerca de los posibles integrantes de los CePAD, describe a personas que quieran trabajar en prevención con conocimiento y/o disposición a aumentar sus conocimientos sobre la problemática del VIH/sida (Basambrío; Carrozi; Gennari y Weller, 2005).

En el presente artículo se enuncia a los miembros de los equipos de salud como orientadores o entrevistadores, modalidad bajo la cuál se definen a sí mismos. Respecto a la experiencia por parte de los entrevistados en relación a la problemática del VIH/sida, algunos participaron ( y participan) en intervenciones en el campo de la salud sexual y reproductiva en el sistema de salud público<sup>4</sup>. Por fuera del sistema de salud (aquellos que no pertenecían al mismo antes de insertarse en los CePAD), bajo intervenciones como talleres e implementación de proyectos en torno a la temática desde el Tercer sector. Ciertos orientadores en carácter individual o como parte de un equipo (antes de instalarse los CePAD como parte de una política pública) desarrollaban consultorías sobre VIH/sida en las instituciones de salud (centros de salud y hospitales). Existe consenso por parte de los entrevistados en declarar como interés por trabajar

---

<sup>3</sup> Este último con éxito en países como Kenya, Malawi, Uganda y Zambia.

<sup>4</sup> Como parte del Programa de Salud Sexual y Reproductiva (PSSyR) implementado desde el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

en y desde el VIH/sida, un compromiso social hacia el abordaje de la problemática, que se establece por ser trabajador de la salud, miembro de la comunidad, haber tenido experiencias vinculares con PVVS (personas viviendo con VIH) o directamente por ser PVVS. Existe consenso entre los actores entrevistados, por enunciar dos aspectos necesarios para trabajar en el componente de Asesoramiento de los CePAD: “*compromiso con la temática*” y “*capacitación*”. Esto último valorado por todos, se relaciona con las capacitaciones brindadas por la Coordinación Sida, además de las actualizaciones y capacitaciones que tienen entre sí como equipo.

### **Acerca de la construcción social de la enfermedad**

La categoría de construcción social (Grimberg, 1992) resulta útil para considerar las prácticas y sus modalidades de articulación con el espacio donde operan. Posibilita explorar relaciones de diferencia y articulación que pueden darse entre diferentes grupos sociales, entre los que los individuos verbalizan -y conforma su saber teórico- y las acciones y prácticas que tienen las personas inmersas en situaciones de enfermedad o de cuidado de la salud (Biagini y Sánchez, 1995). Cada sociedad en diferentes momentos históricos otorga un sentido a la enfermedad. En el proceso de asignación de sentido a los fenómenos sociales intervienen diferentes actores, por ello la problemática de la salud-enfermedad se construye a nivel de la práctica médica y de los conjuntos sociales; contexto en el cual deviene significativa la categoría de “construcción social” (Freidson, 1978; Conrad, 1982; Conrad y Schneider, 1985; Grimberg, 1992, 1995).

Dado que los significados atribuidos al VIH/sida conforman saberes y prácticas que se hacen presentes diariamente en el trabajo de los equipos de salud, se consideró importante relevar qué concepciones están presentes en los equipos de trabajo que desarrollan sus tareas en los CePAD. Para abordar la construcción social del sida se analizaron dimensiones como: el concepto, las referencias al estigma y la discriminación y el género.

### **Conceptualizaciones acerca del sida**

Al estudiar las enfermedades infecciosas surge una tensión entre los conceptos de enfermedad y síndrome (Carrara y Moraes, 1989). Respecto del primero prima la tesis de la “unicausalidad externa”, a la que se asocia la idea de enfermedad como la pérdida del estado original del hombre; y se contempla además una externalidad de la causa que la originó (Biagini y Sánchez, 1995). Superador del concepto de enfermedad, el síndrome emerge como un conjunto de signos y síntomas de aparición conjunta donde la relación fisiopatológica es insuficiente o se desconoce (Vasco Uribe, 1987). Asentado en la tesis de la “multifactorialidad”, se investiga porqué las personas afectadas han estado predispuestas a contraer la enfermedad. Se consideran además de los agentes causantes de la enfermedad, cuestiones de índole social, cultural y económica, entre otras (Biagini y Sánchez, 1995).

Conforme la distinción anterior se han encontrado discursos de los entrevistados que pueden ubicarse desde una perspectiva unicausal de la enfermedad, donde la misma aparece exclusivamente como producto del virus de VIH:

*“Para mí el sida es la última etapa del VIH que eso es lo bueno, que es la última etapa,... por eso hay que ser tan difusor del análisis. Porque una persona puede vivir con el virus del VIH, con una calidad de vida igual que cualquier otra... pero si llega al Sida, es que no hicimos nada antes. Y entonces, uno puede evitar llegar a la última etapa de la enfermedad, donde generalmente puede traer tantas complicaciones que puede llegar a la muerte... (M, 56)*

*“La diferencia con el VIH, tenés el virus, convivís con él y podés tener una vida sana, el sida es cuando ya no tenés retorno. Compraste el pasaje y lo usaste. (V, 50)*

También existe consenso entre los entrevistados en establecer una distinción entre VIH y sida:

*“A ver, yo lo veo en la actualidad como una etapa muy avanzada de una enfermedad que en realidad se la dejó avanzar en cierta medida... hoy el sida en realidad es como una*

*picardía cuando están las herramientas de prevención disponibles que hoy tenemos, que es por ejemplo el análisis y los tratamiento antirretrovirales... es como una etapa avanzada de una enfermedad. Por lo general hoy nos encontramos con personas que cuando están sensibilizadas en el tema, cuando se preocupan en buscar asesoramiento... a lo mejor tenemos personas que viven con un virus en el cuerpo, pero que no llegan a desarrollar el sida.” (M, 26)*

*“El sida...la realidad que el sida no existe como enfermedad, lo que existe es el virus de inmunodeficiencia humana que nos convoca a trabajar, el sida es cuando la gente se empieza a enfermar desde diferentes causas, por diferentes cosas....” (M, 36)*

De forma excepcional, algunos entrevistados describen el funcionamiento del virus con metáforas bélicas:

*“Entré con una pérdida de 50 Kg., en 4 días bajé un montón. El sida no tiene retorno, vos tenés que ser fuerte y rechazarlo, porque el virus va a seguir jodiendo. A nosotros nos mostraron en pantalla, ( en referencia a un video) ataca a las células, vuelve a la carga, no hay que bajar las defensas, una vez que entró comienza a destruir todo, no deja nada... Es como el pac-man del video, come, come, come, eso es el sida” (V, 50)*

Los orientadores reconocen en discursos de algunos usuarios el funcionamiento de metáforas como “muerte”, “vergüenza” y “castigo” (Parker y Aggleton, 2002) 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 (Parker y Aggleton, 2002):

*“[...]entonces cuando vos le hablas así a la gente, hay como una ruptura. En las escuelas también hay que empezar a bajar los niveles de discriminación, decir que esto no es algo que le pasa a alguien que hizo alguna cosa...” (M, 26).*

*“Creo que el VIH tiene esto de “mejor no saber” o “se puede vivir”. Una de las preguntas en sala de espera recién fue: “¿cuánto tiempo pasa hasta que uno se da cuenta que tiene?”. Y eso puede ser, uno puede estar años desentendiéndose de la situación y por miedo...por el miedo también a todo el imaginario que rodea al tema: sida igual muerte, igual decrepitud, me parece que el miedo es algo que también obstaculiza. “ (M, 26)*

Los discursos asentados en una perspectiva multicausal señalan al sida como una “cuestión social, una tragedia social, un fenómeno social” superador de la cuestión infectológica exclusivamente o médica. Surge en los discursos la necesidad de un abordaje interdisciplinario e intervenciones por fuera de los servicios de salud. Lo presentan como algo que excede este campo y que puede instalarse en el espacio público, donde otros actores pueden participar en su resolución o tratamiento:

*“El tema sida no es salud y menos mal que instaló otras instancias participativas y de participación ciudadana, por suerte. Es una de las enfermedades que instaló que otros también se puedan ocupar, porque si fuera de salud solamente, estamos listos. (...) El sida es una enfermedad terrible, la verdad que aquellas personas que no han podido por alguna razón cuidarse y llegar a enfermarse, ver a las personas que se mueren de sida, es terrible y es terrible por la situación en la que llegan. Pero porque uno sabe que hay una historia que tuvo con ver con el abandono, el abandono por parte del Estado, de las instituciones. [...]Digamos hay una cosa fuerte con esto, para que una persona llegue a esto algo terrible pasó en su historia, como persona integrante de una sociedad. (M, 56)*

*“Una enfermedad crónica, pero también social, política, económica. Es decir, está atravesada por muchísimas variables. Si bien es la persona que vive con el virus, a veces está desprovista de lo que son los derechos y cómo que hay mucha desinformación y mucho estigma, como que el dato biológico se transforma en algo que empieza a discriminar. Si hay una epidemia que afecta a mucha gente y hay gente que no sabe, tiene que ver con la pobreza, con la desinformación, con la política.” (M, 37)*

## Estigma, discriminación y género

Surge por parte de algunos entrevistados la conceptualización del sida como una “enfermedad más entre otras”, para mitigar la “discriminación social” que se produce con las personas infectadas y que es visibilizada en los servicios de salud:

*“El sida...la enfermedad..? Hoy por hoy es una enfermedad, algo crónico. Hay muchos tratamientos, a mí me han preguntando: “¿Cómo te gusta trabajar con personas y estás ahí todo el día en contacto?”, en realidad, los trabajadores de salud tenemos que tener cuidado con todas las personas que ingresan a un hospital, porque no sabes...Siempre hay que tener las normas de bioseguridad con todos, no en especial con uno. Me gustaría que se pueda ayudar a hacer una vacuna, algo con esta epidemia que ya es una pandemia...de nuestra parte poder trabajar más para poder impedir que se sigan infectando personas ...” (M, 31).*

*“Yo lo miro desde adentro y a mí no me parece tan terrible ver una persona que tiene sida (...) Pero digamos la primera vez que yo ví a una persona que tenía sida, no entendía, estaba acá en la sala y el pibe estaba acá tirado en la cama. Los médicos hacían una recorrida y cuando tocaba ese paciente, salteaban. El pibe tenía sida y nadie le daba bolilla. Esto lo vi en el 93, y me dicen tiene sida y digo: “¿qué es el sida.?! , ¿qué será esto?”. De hecho nadie lo quería tocar, de hecho los médicos lo tenía ahí. Después no me acuerdo que pasó, si se murió o lo trasladaron. Pero...de hecho eso existe acá en el hospital, la discriminación. No!... la “ignorancia” de parte de algunos médicos, lo hemos escuchado... Yo he escuchado cada cosa de médicos que le dicen a las personas, pero digo, uno va al médico y para vos es palabra santa o decís: “tiene razón”. Entonces vos te preguntas, pero ¿cómo le puede dar la información a esa persona, que seguramente lo va a tomar y va a tener un cuidado terrible?(V, 45).*

También las referencias a la discriminación de las personas que viven con VIH es aludida cuando los entrevistados al referirse a los aspectos sociales lo hacen basándose en los efectos más que en las causas, como si fuera “la otra cara de la enfermedad”:

*“Y el sida es una enfermedad...Yo pienso que es una marcación social como enfermedad...Vivir con HIV, ser portador de HIV, eso lo he discutido muchas veces. La persona viven con papá, mamá, sola, pero no con HIV...Pero no los entiendo ( respecto a las personas que se hacen llamar, identifican o discursivamente se denominan “personas viviendo con VIH” PVVH)[...] Para mí no es un ente que se hacer corpóreo, me imagino al virus como un chabón con antena, chorreando. Es una enfermedad que socialmente hasta que salga otra es marcadora social. El HIV, vos lo podes llevar lo más bien, pero socialmente...( V, 43).*

*“El sida es una pandemia, como habrá sido la tuberculosis, la fiebre amarilla, la lepra, ese tipo de enfermedades. La lepra era así, en el sentido de la segregación, la discriminación me parece que en este momento, todavía tener sida es como que hay que meterlos a todos juntos en un sidario -no se como se diría- y que se maneje como apartarlos. Porque es una enfermedad, es una enfermedad viral pero que pasa por lo moral, por la sociedad, porque tiene que ver con la droga, con la sexualidad. Eh no lo sé, pero viste, me parece que el sida es una enfermedad viral, pero la gente lo ve como algo moral.” (M, 48).*

Una parte de los entrevistados visualiza a las mujeres como atravesadas por vulnerabilidad física, biológica y sexual. Aparece en algunos discursos de los entrevistados la visión de una “(ir)responsabilidad” por parte de las mismas al no cuidarse con preservativo en las prácticas sexuales con sus parejas. Donde la construcción del problema por la negociación del uso del método quedaría en el orden de lo individual-privado. Sin embargo, se encuentran discursos que funcionan a modo de excepción y contextualizan la perspectiva de género en las prácticas sexuales que involucran a mujeres.

*“[...] mujeres de edad, digamos casadas que no usan preservativo hay muchas. En general los matrimonios adentro del matrimonio no usan preservativo y muchas veces llegan porque se enteraron que la pareja tal cosa, o a veces llaman por embarazo.” (M, 33)*

*“Vienen señora jóvenes, con instrucción nivel medio completo que trabajan y que piensan que por tener relaciones con el coitus interruptus no se van a contagiar. Que no van a*

*adquirir el virus [...] Me parecía que era obvio, no era un método anticonceptivo y mucho menos de prevención de enfermedades sexuales. Pero viste lo que es obvio para uno,... hay que todo el tiempo confrontarlo con la realidad, a mí la realidad me supera” (M, 47)*

Al realizar una descripción del sida, los entrevistados que lo inscriben en una perspectiva unicausal como multicausal, lo consideran como una enfermedad de “tipo sexual” que afecta a la sexualidad o que se origina en el plano de lo sexual:

*“Si esa es la pregunta, como una enfermedad de mierda. Con la información necesaria te diría como el mal que nos tocó vivir en esta época, sin información y conocimientos puntuales y necesarios, es la espada de Damocles. Yo te la describiría como una enfermedad de mierda, ¿que querés que te diga?, para mí la vida sexual ocupa un lugar muy importante en la vida, te mejora la salud . La vida sexual mejora la salud y de repente que haya algo que te impida desarrollar al 100% la vida sexual,...(V, 37).*

*“Es un flagelo. Para mí es algo que cambio las relaciones, las reglas del juego, cambió las relaciones humanas y un problema muy serio para los sectores más pobres de Argentina y del mundo. Y digo cambió todo, porque yo soy de una generación donde estábamos re contentos de tener la píldora y no había ninguna preocupación por las enfermedades de transmisión sexual. Y la aparición del sida fue un cambio importantísimo en relación a ver con quién te vas a acostar, si vas a tener relaciones con un solo hombre o con muchos, la libertad sexual” (M, 56 años)*

*“En parte es una cagada, me parece que también es un emergente de un montón de cosas socialmente. Y que mucho tiene que ver con esta cuestión de los vínculos, de cómo nos vinculamos entre las personas. Donde el encuentro sexual tiene mucho que ver. Me parece que todo el tema de la sexualidad, del encuentro sexual, tiene mucho que ver, la despersonalización que hay de esa situación, como la desconexión personal que hay, de algo tan personal. Como que no me parece casual que esta enfermedad sea casual en esta etapa de la vida que vivimos, esta forma de estar en contacto,... me parece como que el tema del sida habla mucho de eso. Como de un encuentro de poco amor, en el sentido del cuidado de uno mismo, del otro ...(M, 33)*

El reconocimiento del estigma sexual se encuentra en los discursos de algunos entrevistados en los que subyace el aporte a la designación de una “enfermedad como pecado” (Freidson, 1978):

*“Se me ocurren palabras con la sexualidad desde un lugar negativo... no sé que imagen quiero tener pero quiero deconstruir esa imagen. No quiero esa imagen que no sirve, no ayuda a nosotros tratando de hacer prevención ni a la gente con VIH. Porque a pesar de que hay otras vías de transmisión posibles, siempre se hace pie en la sexualidad y en una connotación negativa de la sexualidad.” (M, 33).*

*“ ...hay muchos hombres heterosexuales que se infectan con otros varones en prácticas no seguras, en lugares digamos no sanos... y bueno, te tenés que encontrar con una realidad que tenés una vida, una historia, una familia,... estas poniendo en riesgo un montón de cosas por tu hipocresía. Y eso sería como el tema a trabajar, paremos con la hipocresía, la hipocresía de la Iglesia, la hipocresía del Estado, la hipocresía de las comunidades que dicen “no, a nosotros no nos va a afectar”. (M, 36)*

A nivel histórico las primeras construcciones del sida estuvieron vinculadas a imágenes de homosexualidad. Posteriormente surgieron otras formas de estigmatización asociadas a la sexualidad como la prostitución, la “desviación” y la promiscuidad (Parker y Aggleton, 2002). Existe consenso entre los entrevistados –varones y mujeres– de evidenciar una asociación entre conductas y grupos determinados de población con énfasis en los varones heterosexuales, sobre todo en relación a prácticas sexuales por fuera de su pareja formal, connotando marcadores de “promiscuidad” (Cáceres, 1995).

*“Y entre 50 y 70 años se tendrían que acercar todos, y que población también, por ej. los taxistas de 50, 60 años, colectiveros.....no por discriminar a nadie. Digo mayormente son todos señores casados, pero son los que están mayormente expuestos. Que sé yo! algunos padres de familia ya tienen toda la vida hecha, pero el taxista, tiene toda la libertad del mundo, depende todo del lugar de trabajo. Está el hombre que trabaja en la fábrica que sabes que horarios tiene, es muy difícil..., Pero el otro, que hace 10 pasajeros, no se trata de discriminar...es lo que uno va viendo...( V, 41 años)*

*“Y también las mujeres tiene como un lavado en la cabecita en el sentido de que sus esposos o parejas le van haciendo la cabeza de que total las demás son putas y ellas no. Y acá un poco sale todo el tema de que ellos, también pueden perder la cabeza y también tener relaciones sin preservativos que de hecho lo hacen y de hecho lo tienen, lo hacen. No siempre se ponen forro, para mí el tema del varón es una historia, no quiero generalizar pero tienen resistencia a usar preservativo....” (M, 47)*

Lo señalado en estos últimos discursos puede evidenciar indicadores de estigmatización en los servicios de salud, donde la historia y el tratamiento que ha tenido la enfermedad a lo largo de estos años es parte de la desigualdad que la misma produce desde las prácticas en salud. Estigmatización que deviene fundamental para la construcción del orden social y que funciona en la intersección entre cultura, poder y diferencia; proceso que evidencia nociones como las de hegemonía y violencia simbólica (Parker y Aggleton, 2002). En los discursos de los entrevistados se presentan como campos principales que anuncian al estigma: los de sexualidad, género y marginalidad económica (en ese orden). “Fuentes” (Parker y Aggleton, 2002) que determinan el estigma relacionado a la problemática y pueden dificultar las intervenciones en salud produciendo por ej., inaccesibilidad simbólica al testeo.

### **A modo de cierre**

Respecto a la construcción social del sida, salvo excepciones, se observa en los entrevistados, la coexistencia entre perspectivas unicasales y multifactoriales para describir al sida como enfermedad o síndrome. Lo social aparece visualizado en las consecuencias desfavorables que le toca vivenciar a una persona que vive con el virus. Salvo excepciones, los aspectos sociales no se consideran ni causas directas de la infección ni indirectas, en el sentido de favorecer la exposición a una situación de riesgo. Los orientadores caracterizan las prácticas de exposición de los usuarios en contextos privados, separadas de cuestiones sociales, económicas y políticas. Existe también, consenso entre los entrevistados, en definir al sida como una enfermedad o síndrome de característica sexual, donde los hombres devienen como el grupo más expuesto por sus prácticas sexuales (con orientación homosexual y heterosexual).

Las cuestiones señaladas sitúan las prácticas de los trabajadores de salud en el marco de un enfoque de riesgo ya que se espera un cambio en las conductas a partir de una supuesta relación entre información y voluntad. Al situar las prácticas sociales y sexuales de los consultantes que se realizan el test en marcos privados, se omite el reconocimiento de recursos que distribuidos de forma desigual producen estratificación social y obstaculizan e invalidan los procesos de toma de conciencia, autonomía y en última instancia el cambio de prácticas. Ya que la percepción hacia la exposición al virus de VIH no es homogénea sobre las personas y las posibilidades del cambio de prácticas no dependen sólo de la voluntad individual, sino del contexto en que esas subjetividades se conforman. De esta manera, conocer la construcción social del sida que realizan estos trabajadores posibilita brindar información para considerar en el diseño de políticas públicas la existencia de espacios de formación que consideren las diferencias en los usuarios de servicios de salud, discriminando en las actividades de asistencia y prevención segmentos con diferencias en sus exposiciones de acuerdo a la posición que ocupan en las relaciones sociales.

### **Bibliografía**

- Basambrío A, Carrozi B, Gennari L, Weller S (2005). “Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD): Herramientas para su desarrollo”. Coordinación SIDA, Buenos Aires: Secretaria de Salud, 2005.
- Biagini G, Sánchez M (1995). *Actores Sociales y SIDA. Las Organizaciones no gubernamentales en Argentina y el Complejo VIH-SIDA*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Bloch C. Hechos y palabras (2007). *La experiencia de gestión de la Coordinación Sida en la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2007.



- Cáceres C (1991). "Comportamiento sexual y seroprevalencia del VIH, Tipo 1". En: varones homosexuales peruanos. Boletín de San Pablo, N°111 (3).
- Carrara S y Moraes C (1989). "Un solo virus no hace enfermedad". En: *Cuadernos Médicos Sociales*, N° 47.
- Conrad P (1982). "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social". En: Ingleby, *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Grijalbo.
- Conrad P, Scheneider J (1985). "Deviance and Medicalization". En: *Badness to Sickness*. Ohio: Merrill Publishing Company.
- Freidson E (1978). "La construcción profesional de conceptos de enfermedad". En: *La profesión Médica*. Barcelona: Península.
- Grimberg M (1992). "VIH/SIDA y proceso salud-enfermedad-atención: construcción social y relaciones de hegemonía". Seminario Taller de capacitación de formadores. Buenos Aires: LUSIDA.
- Grimberg M (1995). "Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH". En *Cuadernos de Antropología Social*. N° 17. Facultad de Filosofía y Letras. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 2001.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2007) ONUSIDA. Grupo de trabajo OMS/ONUSIDA sobre la vigilancia mundial de VIH/sida y las ITS. Ginebra.
- Parker R, Aggleton P (2002). "HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action". *Social Science & Medicine*. 2002; 57 (27) 13-24.
- Parker R, Aggleton P (2002). "Estigma y discriminación relacionadas con el VIH/SIDA: un marco conceptual e implicaciones para la acción". Documento de trabajo N°9. Programa de Salud Sexual Reproductiva y Sociedad. México, 2002.
- Vasco Uribe, E (1987). *Estructura y proceso en la conceptualización de la enfermedad*, Colombia: Mimeo.