



INTERVENCIONES FUGITIVAS

Desde la Campaña Indetectable = Intransmisible
en la Dirección de Especialidades Médicas (Centro)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA: LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

Intervenciones fugitivas desde la Campaña Indetectable=Intransmisible
en la Dirección de Especialidades Médicas (Centro)

Estudiantes:

Cervantes, Mariano Emmanuel - DNI 37314867

Gómez, Martín - DNI 36508774

Nieto, Ana - DNI 41993823

Docente que supervisa la intervención:

Lic. Peña Barberón, Mayra

Orientadora temática:

Lic. Nicora, Valeria

Docente de Sistematización de Tesina:

Prof. Exequiel Torres

Córdoba, Marzo de 2023

"Todxs vivimos con VIH. Algunxs en el cuerpo, en la sangre, otrxs en la sociedad".

Gonzalx Valverde, ACT UP Argentina y ex activista de la Red Argentina de Jóvenes y Adolescentes Positivos (RAJAP).

Índice

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN.....pág. 5

Capítulo I: Aspectos estructurantes del campo. Posicionamiento ético-político sobre Salud y género

1.1 Salud: Paradigmas en disputa.....pág. 10

1.1.1 Configuración del Sistema de Salud Nacional.....pág. 16

1.1.2 Sistemas sanitarios cordobeses: La organización provincial/municipal.....pág. 22

1.1.3 Escenario pandémico y lxs actores en juego.....pág. 26

1.2 Aproximaciones sobre Salud Sexual Reproductiva y (no) Reproductiva.....pág. 29

1.2.1 Perspectiva de género: Aportes desde los feminismos.....pág. 31

Capítulo II: Aproximaciones al Virus de Inmunodeficiencia Humana

2.1 Conceptos fundamentalespág. 35

2.1.1 Procesos de estigma y discriminación.....pág. 40

2.1.2 Campana (I=I) ¿Qué significa Indetectable es igual a Intransmisible?.....pág. 41

2.2 Genealogías del virus en Argentina.....pág. 43

2.2.1. Memorias del VIH en Córdoba.....pág. 45

2.3 Marco normativo y políticas públicas sobre VIH situadas.....pág. 48

Capítulo III: Conceptualizaciones disciplinares en relación al VIH

3.1 Campo problemático: una construcción ético-política.....pág. 54

3.2 Objeto de intervención, la lucha por las necesidades.....pág. 60

3.3 Sujetxs de intervención.....pág. 66

Capítulo IV: Intervenciones fugitivas al Modelo Médico Hegemónico

4.1 Situando nuestras estrategias de intervención.....pág. 70

4.2 Apuestas de acción en tiempos de virus.....pág. 73

4.3 Desandando lo recorrido.....pág. 81

4.3.1 Aportes disciplinares, potencialidades y condicionamientos.....pág. 87

SENTIPENSARES FINALES.....pág. 97

Referencias bibliográficas.....pág. 105

Para quienes dijeron que el silencio era igual a muerte.
Para quienes pusieron su cuerpo y su vida en las conquistas que abrieron camino.
Para lxs que hacen arder las violencias y la moral conservadora.
Para quienes acompañan y tejen redes ante un diagnóstico positivo.
Para aquellxs que enuncian que no hace falta convivir con VIH para luchar juntxs.

Este escrito es un trabajo colaborativo que se construyó gracias al apoyo y esfuerzo desinteresado de un montón de personas. Agradecemos a:

A las Lic. Valeria Nicora, Lic. Mayra Peña Barberón, y la Mgtr. Natalia Becerra por su acompañamiento, afecto y saberes.

Al equipo del Área de Servicio Social de la DEM (Centro) Licenciadxs Karina Carballo y Roberto Pedrón por recibirnos y orientarnos en nuestra intervención en la institución.

A la Red Argentina de Jóvenes y Adolescentes Positivos; en particular a Florencia Ceballos; a Gonzalx Valverde de ActUp Argentina; a Matía Farfán marica activista; Héctor Calisaya y la Red Argentina de Adultos Positivos por su activismo y por acompañar a lxs pares aun cuando el Estado no está.

Al Dr. Luis Kremer, el Programa de VIH-sida Municipalidad de Córdoba, al Equipo de Salud Mental de la DEM y la Dr. Roxana Murúa por compartir su tiempo, conocimientos y quehacer profesional.

A la diseñadora gráfica Teresa Martínez por la paciencia y creatividad puesta en estas páginas y en el dispositivo de difusión. A Sofía Bordoni y Rafael Lazarte por las lecturas atentas y las correcciones literarias.

Al trabajador social Claudio Barbero por su mirada disruptiva y compañera que permea estas páginas.

A nuestra organización el MST que nos abraza todos los días y nos regala la convicción de que otro mundo es posible, que lo indispensable es luchar, luchar con rabia para triunfar. No hay ningún dios que haya fijado que no podemos hacerlo.

A nuestras familias, amigxs y compañerxs que nos bancan y dan fuerzas.

Gracias a todxs lxs que aportaron a este proceso de construcción colectiva del conocimiento.

A la Universidad pública, gratuita, científica, laica que habitamos y defenderemos siempre.

INTRODUCCIÓN

Al empezar a aproximarnos a la temática de interés definimos abordar el VIH en Córdoba y los posibles aportes de nuestra disciplina, desde una perspectiva de género y derechos sexuales y (no) reproductivos. La institución en la que nos insertamos fue la Dirección de Especialidades Médicas - Centro (DEM), dependiente de la Municipalidad de Córdoba. El encuadre en el cual se situó nuestra intervención fue el quinto nivel de la Licenciatura en Trabajo Social (FCS-UNC), en el devenir del año 2021.

En cuanto al objetivo general de nuestra intervención deseamos construir un dispositivo para la difusión de la Campaña Indetectable es igual a Intransmisible (I=I) y así promover la apropiación de capitales culturales entre personas que reciben su diagnóstico positivo de VIH en la DEM Centro. Sobre los objetivos específicos de la intervención nos propusimos en primer lugar promover la Campaña Indetectable=Intransmisible entre lxs miembrxs del equipo de salud, las personas que asisten a la DEM y el Programa Municipal de VIH-sida; en una segunda instancia buscamos generar procesos de diálogos de los saberes-vivires, experiencias y prácticas entre la DEM-Centro y los espacios activistas de las personas que conviven con VIH de la Ciudad de Córdoba. Por último, elaboramos estrategias creativas y comunicacionales que interpelaron a las personas que transitaban la DEM en torno a la experiencia de convivir con VIH.

Nuestra intervención buscó confrontar con la mirada del Modelo Médico Hegemónico (Belmartino, 1988), en el abordaje del VIH en tanto infección de transmisión sexual atravesada por múltiples violencias e interseccionalidades de género, clase e identidad. Este modelo dominante construye representaciones y subjetividades en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención en la salud sexual. De allí que, aspiramos a poner en tensión la centralidad que se le da a lo médico, a la adhesión al tratamiento, a la atención a los síntomas, lo biológico y demás aristas que desconocen o desvalorizan las dimensiones sociales, psicológicas, afectivas y culturales de la salud.

El objetivo de la sistematización de nuestro trabajo final de grado fue reconstruir nuestro proceso de intervención, el cual se desarrolló durante el año 2021 en la DEM Centro. Partimos de reconocer que en nuestra temática hay trayectoria en torno a la

intervención, pero existe también un silencio epistemológico en clave de sistematización y producción de conocimiento teórico sobre la misma, por lo que esta situación nos invitó a escribir desde categorías más analíticas e investigativas. Así mismo no dejamos de impregnarnos de las voces y experiencias de diversos actores con lo que fuimos encontrándonos en la intervención pre-profesional. Además, en la actividad de sistematizar nos propusimos (des)aprender, reflexionar e interpretar el conjunto de representaciones que circulan sobre el VIH tanto en nosotrxs, las personas que asisten a la institución, como así también en el equipo de salud de la organización en la que nos insertamos; con la intención de hacer aportes para la transformación.

El trabajo está organizado en cuatro capítulos con una serie de subcapítulos. La elección de los temas responde a una estructura que pretendemos colabore en la comprensión de la temática abordada:

En el **primer capítulo** partimos de entender a la Salud como un campo, en tanto que devienen luchas de poder, con capitales en juego, de carácter simbólico y político (Spinelli, 2010). Estas disputas se manifiestan en las prácticas y los modos de comprender los procesos de salud-enfermedad-atención. El Modelo Médico-Hegemónico (MMH) se configura como paradigma dominante, desconociendo las condiciones materiales y subjetivas que determinan los modos de vivir, enfermar y morir de lxs sujetxs.

Para aproximarnos a una comprensión más acabada del campo en el que intervenimos hacemos foco en la composición e historia del sistema de atención sanitario en el país y en Córdoba, abarcando los tres subsistemas que hoy conviven. Además, no pretendemos realizar una mera descripción “neutral”, y para ello recuperamos las voces y experiencias del habitar en el sistema de salud de las personas que conviven con VIH.

Por último y en vista de que la salud sexual y (no) reproductiva (SSynR) forma parte de las tensiones y disputas en el campo, analizamos los modelos de SSynR que prevalecieron en las últimas décadas para abordar una conceptualización de la misma. Construimos un posicionamiento ético-político desde las propuestas de la salud colectiva y la perspectiva de género enriquecido desde los aportes teóricos de los feminismos.

En el **segundo capítulo** presentamos algunos conceptos que consideramos fundamentales acerca del lenguaje específico que hace a esta problemática. Es pertinente hacer lugar aquí a algunas conceptualizaciones a tener en cuenta a la hora de leer este trabajo ya que existe un flujo de desinformación respecto a la cuestión del VIH. Por lo que,

construimos una definición con categorías biomédicas sobre qué es el Virus de Inmunodeficiencia Humana y sus implicancias en lxs cuerpxs y, el sistema inmunológico más específicamente, diferenciándolo del sida como una fase avanzada de la infección (Ministerio de Salud, 2016). A posteriori analizamos la complejidad de la transmisión, la detección y el tratamiento del virus, fugándolo del reduccionismo biologicista, tecnocrático y medicalizante, para así abordar los obstáculos simbólicos y culturales en dicho proceso, que se materializan en estigmas y discriminaciones hacia las personas con diagnóstico positivo. A continuación, construimos una genealogía epidemiológica del virus en nuestro país y en Córdoba, situando e indagando el contexto histórico, político y social que nos permitió aproximarnos a una comprensión del devenir del VIH hasta la actualidad.

Por último, situamos los avances en materia legislativa, que son de vanguardia en el mundo, a partir de un breve recorrido histórico reconstruyendo las luchas del Movimiento LGTBTTIQ+ y los feminismos en Argentina. De esta forma, pudimos dilucidar las conquistas en materia normativa y su correlato en las políticas públicas que se delinean a partir de las mismas.

En el **tercer capítulo** abordamos la configuración de nuestro campo problemático vislumbrando que las representaciones sociales que asocian al VIH con la muerte y la peligrosidad circulan no solo en la población en general sino en lxs efectores de salud en particular. Constituyéndose como obstáculos en la reproducción cotidiana de la existencia de las personas que conviven con el virus, atentando contra la categoría de ciudadanía en general y ciudadanía sexual en particular de nuestras sociedades.

De allí que fuimos construyendo nuestro objeto de intervención en torno al abordaje de VIH por parte de lxs trabajadorxs de la salud en la DEM Centro. Este abordaje, no solo convive con las falsas ideas sobre el virus, sino que además le da centralidad a la adhesión a los retrovirales. De esta manera deja entrever la tendencia biomédica, dentro del campo de la salud, donde se simplifican las necesidades de las personas que conviven con VIH desconociendo y desvalorizando las dimensiones socioculturales, simbólicas y afectivas de la salud.

Además, y en un contexto signado por la complejidad, delimitamos nuestro sujeto de intervención, el cual se fue (re)configurando a lo largo del tiempo y lo definimos como un sujetx colectivo, referimos aquí al equipo de salud, quienes trabajaban de manera directa y en relacionamiento con las personas que reciben su diagnóstico y/o conviven con el virus.

Así mismo, caracterizamos a las personas que habitan la Dirección de Especialidades

Médicas, pensando a las mismas desde el feminismo interseccional (Crenshaw, 1989) y la definición de la vulnerabilidad (Bloch, 2010). A partir de esta última tenemos la intención de aportar al equipo de salud un enfoque del VIH que se aleje de aquellxs que ponen el foco en la disidencia sexual o en las identidades feminizadas, señalándoles como grupos de riesgo predispuestos a la transmisión del virus.

En el **cuarto capítulo** a partir de ubicarnos en el contexto social y pandémico, e identificar lxs actores en juego dentro de la institución-organización en la que intervenimos, es que intentamos responder a los objetivos planteados como equipo y esbozar un conjunto de acciones que fuesen flexibles y se adaptasen a los escenarios cambiantes. En el devenir del proceso de práctica en la institución encontramos elementos significantes que nos abrieron la puerta a un conjunto de interrogantes, lo que nos permitió darnos lugar a problematizar la realidad de la dinámica organizacional y construir algunos analizadores (Gregorio, 2016).

Por último, desandamos el recorrido transitado para volver sobre nuestros pasos, luego de atravesar la experiencia de la práctica, el camino conjunto con el activismo positivo y la acción de sistematizar el trabajo final. Esta acción nos permitió advertir que debíamos incorporar otras categorías como lo son las violencias que muchas veces son generadas desde el Estado hacia las personas que conviven con VIH. Luego de poder detectar los condicionamientos y las potencialidades con las que cuenta nuestra disciplina, narramos sobre el dispositivo que creamos en el marco de nuestras intervenciones fugitivas.

Cerramos enumerando algunas estrategias posibles que no pudimos desplegar ante las urgencias de la Pandemia de COVID 19, sin embargo, consideramos que pueden ser una caja de herramientas para contribuir desde el Trabajo Social en la promoción de derechos de las personas que conviven con VIH.

En cuanto al desarrollo del Trabajo Final y el empleo del lenguaje utilizado, nos resultó pertinente recurrir al uso del lenguaje no sexista. Nuestras normas lingüísticas reconocen el uso del masculino con un falso sentido inclusivo para designar a la sexualidad binaria invisibilizando a las mujeres, identidades feminizadas y disidencias, este ocultamiento es orgánico a las ideologías patriarcales dominantes. En respuesta a este planteo, es que decidimos que, a lo largo de la sistematización, utilizaremos un lenguaje que respete la autopercepción de las personas y sus identidades, utilizando la sigla “X”.

Deseamos con este escrito que otrxs compañerxs y trabajadorxs sociales se interesen por la cuestión del VIH como una problemática directamente ligada a nuestras incumbencias profesionales, donde la disciplina tiene mucho para decir, aportar y hacer. Será nuestra tarea profundizar el camino para acompañar a quienes reciben un diagnóstico de VIH o a quienes comparten vivencias positivas, mediante intervenciones humanas y empáticas, desde una perspectiva de género y derechos humanos. Potenciar la Campaña I=I será un puntal para promover la ampliación de la ciudadanía y el ejercicio de una sexualidad libre, autónoma y placentera, porque estamos convencidxs de que una vida digna para las personas que conviven con el virus no sólo se garantizará mediante la medicación antirretroviral, sino con acceso pleno e integral a la satisfacción de necesidades y deseos.

CAPÍTULO I: Aspectos estructurantes del campo. Posicionamiento ético-político sobre Salud y género

1.1 Salud: Paradigmas en disputa

Al tratar una problemática ligada al área de la salud, consideramos pertinente establecer un posicionamiento propio sobre la misma. Definimos a la salud como un campo, en tanto que devienen luchas de poder (con capitales en juego) de carácter simbólico y político (Spinelli, 2010). Estas luchas e interpretaciones respecto de las concepciones de salud se manifiestan en las prácticas y los modos de comprender/abordar los procesos de salud-enfermedad-atención, ya que “del modo en que se establecen las posiciones y las relaciones entre ellas depende la posibilidad de hegemonizar el campo y de ejercer recursos de poder” (Nucci, Crosetto, Bilavcik, Miani, 2018, p.4).

Es así que en el campo sanitario se manifiesta una disputa de sentidos y prácticas entre los modelos socio-médicos de interpretación de la salud, definidos por López Arellano y Blanco-Gill (1994) que diferencian entre la teoría del consenso y la teoría del conflicto. La primera posición va a entender a la salud-enfermedad como perturbación en el funcionamiento normal del individuo, en tanto que se entiende la enfermedad como una carencia que necesita ser atendida mediante una intervención médica positiva. La segunda, la teoría del conflicto, va a definir que los procesos sociales determinan las instancias bio-psíquicas de las personas y que la enfermedad se origina por condiciones externas, es decir las formas particulares de producción y consumo de una sociedad, por lo que el control de las enfermedades superan las instancias médicas y apuntan a una transformación social más de fondo.

En este sentido, el Modelo Médico Hegemónico (a partir de ahora se lo menciona como MMH) en la actualidad configura y condiciona el campo de la salud y se inscribe en la dinámica de la teoría del consenso. La autora Belmartino (1988) caracteriza que este modelo concibe a la salud desde una perspectiva biologicista, tecnocrática y medicalizante. Belmartino señala que, a partir de la hegemonía de este modelo, la medicina “invade más la totalidad de prácticas sociales y tiene el poder de señalar y definir qué es sano y qué es enfermo en la sociedad” (Belmartino, 1988, p.199) además de normar y medicalizar lxs cuerpxs.

En su carácter biologicista el MMH entiende a la enfermedad como un hecho puntual, causado por un enemigo que proviene del exterior, el cual ataca a un individuo, un órgano o

un aparato determinado. Ergo, la salud se comprende como ausencia de enfermedad. De este modo se desconoce la determinación social de los procesos de salud-enfermedad, en tanto condiciones históricas, políticas, ideológicas, económicas, sociales y culturales que determinan los modos de vivir, enfermar y morir de lxs sujetxs y las poblaciones. Estos procesos de determinación social varían compleja y dinámicamente según los modos de organización política, social y productiva de cada sociedad situada témporo-espacialmente.

En este sentido, López Arellano (2013) señala que:

Los determinantes sociales de la salud pueden ser entendidos como las expresiones concretas de la determinación social y se configuran para momentos particulares y sociedades y grupos específicos. Por tanto, no deben pensarse como un listado preconcebido de condiciones, ni mucho menos como ‘factores sociales’ de aplicación general, ni pueden ser reducidos a conjuntos de datos empíricos, estadísticos o indicadores observables escindidos de las relaciones de determinación que les dan orden y sentido (p. 146).

El modelo dominante al no contemplar el conjunto de determinaciones sociales invisibiliza, no ingenuamente, el contexto de desigualdad estructural y las condiciones socio-sanitarias en las que se encuentran. Es por ello que se desconocen los atravesamientos de clase social, la trayectoria de vida de las personas y sus condiciones materiales/simbólicas de existencia.

Así mismo, recuperando los aportes de Achard (1980), el discurso médico legitimado por el MMH, penetra y atraviesa toda la vida social, y es productor activo de subjetividades, de esta forma el discurso médico trasciende el campo de la salud, se instala como un cimiento sobre el que se erige el nuevo orden social desde fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX. Así es como, ubicándonos temporo-espacialmente en los inicios y la consolidación del sistema capitalista moderno/patriarcal/racista/colonial¹ (Santos Herceg, 2010), destacamos que en sus orígenes los Estados-Nacionales se basaron en un pensamiento occidetalocéntrico producto de la colonización de los territorios americanos, a través de violentos mecanismos de apropiación, dominación y exterminio de los pueblos originarios, sus culturas y conocimientos. De allí que, este modelo de la salud se torna un pilar fundamental del sistema, que para consolidar su dominación, según De Sousa Santos (2010), genera líneas abismales de diferenciación y exclusión, que se establecen jerárquicamente: una civilización y una barbarie, una verdad y una falsedad, un desarrollo y un subdesarrollo, un “nosotros” superior y universal y un “otros” inferior e invisibilizado.

¹ Se trata del sistema-mundo surgido posterior al Renacimiento como una organización basada en diferencias de clases, jerarquías de género y la consolidación de Europa como centro simbólico-económico y político de todo el globo (Santos Herceg, 2010).

Sobre esta base moderna/colonial/capitalista/patriarcal/racista se configuró Argentina, nuestra identidad y los modos de organización política-societal. Uno de los resultados de este proceso fué la consolidación de un modelo médico de salud y su voz oficial: con un discurso poderoso que jerarquiza verticalmente el conocimiento científico de lxs profesionales de las ciencias médicas y biológicas como verdadero, unívoco, infalible e incuestionable (Achard, 1980). Es así, que se desvaloriza y subestima a “los otros” y los conocimientos que tienen sobre sus propios cuerpxs, sus procesos de salud-enfermedad y las estrategias para resolverlos.

Si bien estas fueron las bases del sistema sanitario nacional no estuvo exento, a lo largo de los siguientes años, de disputas entre los distintos actores dentro del campo, intentando imponer sus respectivos modelos de salud. De allí que nos corresponde un breve recorrido histórico, que no abarca la complejidad de la trama pero sí esperamos colabore en una pertinente lectura.

Desde los aportes de Isuani y Mercer (1988) ubicamos los primeros servicios de salud durante el periodo de la “Campaña del Desierto” (las comillas son nuestras) llevada a cabo por Rosas, para atender a los soldados. A la vez que un punto que habla del traspaso de acciones aisladas, destinadas a “enfermedades puntuales”, hacia una intervención más orgánica del Estado es la creación del Departamento Nacional de Higiene en 1880. Es durante esta etapa que los autores marcan la convivencia de dos modelos de salud:

Higiene General y Geografía Médica expresaban la visión ambientalista, dedicada a indagar la etiología de las enfermedades a partir de las condiciones de vida y trabajo de los grupos poblacionales (...) y Química, Bacteriología y Sueroterapia señalaban la presencia del enfoque biológico que privilegiaba la identificación de agentes causales específicos y de instrumentos necesarios para combatirlos (Isuani y Mercer, 1988, p.8).

Para 1913 se reestructura el Departamento Nacional de Higiene, con una línea de identificación de grupos étnicos y ocupacionales a los cuales iba dirigida cierta atención, por ejemplo salud escolar-infantil-industrial, ejercicio profesional, entre otras. En el año 1923 se convierte al Departamento en un “agregado de programas de corte verticalista y de respuesta puntual a cada problema epidemiológico considerado como relevante” (Isuani y Mercer, 1988, p. 9).

Hasta allí pudimos enumerar hechos que dejan entrever modelos de interpretación de la salud en pugna, concomitantemente los actores relevantes durante este periodo fueron las autoridades provinciales, municipales, las instituciones de beneficencia, mutuales y la

medicina privada², en tanto que había una responsabilidad compartida entre los mismos (Isuani y Mercer, 1988).

Un punto de inflexión, caracterizado por Usuani y Mercer (1988) como de “inicio de una transformación importante en materia de organización de los servicios de salud estatales” (p.10) es en 1946 y 1949 con la creación de la secretaría y posteriormente Ministerio de Salud Pública, a cargo de Ramón Carrillo. Es a partir de este periodo que se amplió la cobertura asistencial hacia los sectores populares quienes habían tenido un acceso limitado y marginal (Isuani y Mercer, 1988). Este proceso que incluía la creación de centros de salud, la construcción de establecimientos para crónicos, la coordinación entre los diferentes servicios y la formación de recursos humanos en salud pública, encuentra su quiebre en el 1957 a partir de medidas de descentralización, para finalizar en 1979 con un franco traspaso de recursos asistenciales de nación hacia las provincias y municipios (Isuani y Mercer, 1988). Previo a ello durante la dictadura autodenominada “Revolución Argentina” de 1966 se estableció un mecanismo financiador de la prestación de servicios de salud dentro del modelo de seguro (Isuani y Mercer, 1988).

Como un precedente de la integración del Sistema de salud cabe mencionar la Ley 20.748 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) sancionada el 12 de septiembre de 1974. Sin embargo, la misma contaba con un fuerte rechazo por parte de organizaciones sindicales y prestadores privados, lo que llevó a que este modelo solo se adoptara en tres provincias: San Luis, Chaco y Formosa. Hasta que, durante la última dictadura cívico-militar-ecclesiástica de 1976 el SNIS fue desapareciendo (Isuani y Mercer, 1988).

Durante esta última dictadura se implementaron medidas tales como: la descentralización de los servicios, sin su respectiva transferencia de recursos; la fijación de aranceles en los servicios asistenciales públicos, que se concretó primero en CABA y luego en 14 provincias; se sancionó la Ley 22.269 de obras sociales, la cual aumentaba el poder de la Secretaría de Seguridad Social, pasando a ser el punto central de las decisiones en materia de políticas de atención médica; y por último, la reducción de la capacidad orientadora y fiscalizadora del Estado (entre otras medidas) permitió el desarrollo de un mercado de servicios de salud, en el cual el uso indiscriminado de recursos tecnológicos pasó a ser una constante (Isuani y Mercer, 1988). De esta forma “se consolidó un modelo

² Los establecimientos municipales eran un total de 18 y contaban con 2.604 camas, a nivel nacional eran 4 con 2.425 camas, las sociedades de beneficencia siendo 8 establecimientos contaban con 2.742 camas y por último los privados con 20 establecimientos tenían un 705 camas (Isuani Ernesto y Mercer Hugo, 1988).

prestador de servicios sumamente tecnologizado, de alta especialización y que privilegió la atención de determinadas patologías en detrimento de los servicios de menor complejidad, la medicina general y las acciones preventivas” (Isuani y Mercer, 1988, p.11).

Según las autoras Iriart y Merhy (2017) este MMH encuentra un punto de radicalización en Argentina a partir de 1990 a raíz de las reformas introducidas por el capital financiero y la industria farmacéutica, en el marco del proceso neoliberal de la época. El capital financiero, bajo el concepto de atención gerenciada, desplegó estrategias para controlar a lxs prestadores de servicios con el objetivo de disminuir gastos y convertir la atención de la salud en un bien de mercado. Sin embargo, los mecanismos ideológicos y las prácticas para cambiar el sentido común acerca de la conceptualización salud-enfermedad-atención, no se limitaron a la intervención en lxs trabajadores de la salud, sino que buscaron impactar en la creación de nuevas subjetividades en lxs usuarixs. Esto incluyó la incorporación de la idea de que lxs pacientes/usuarixs debían ser transformadxs en clientxs/consumidorxs. Capturado este concepto, lxs ahora consumidorxs de salud estarían informadxs de la oferta de servicios y seguros de salud y de esta forma tomarían decisiones racionales en términos de costo/beneficio (Iriart y Merhy, 2017). De igual manera la industria farmacéutica también impulsó reformas silenciosas para poder posicionarse en el mercado, instaurando:

cambios regulatorios con capacidad de impactar en la aprobación y comercialización de medicamentos y tecnología médica; las transformaciones en la definición y denominación de padecimientos; las modificaciones en los protocolos clínicos que favorecen el sobre diagnóstico de enfermedades, y los mecanismos utilizados para promover la demanda de procedimientos y medicamentos (Iriart y Merhy, 2017, p.1008).

Parte de estas reformas generaron una medicalización radical, redefinida ahora como biomedicalización, que supone la internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de lxs individuos mismxs, no requiriendo necesariamente la intervención médica. No se trata solamente de definir, detectar y tratar procesos mórbidos, sino de estar informadxs y alertas por potenciales riesgos e indicios que pudieran derivar en una patología.

Si bien el complejo médico-industrial históricamente dirigió la promoción de sus productos a lxs médicxs, la novedad en este periodo es la construcción de nuevas subjetividades a través de incidir en las decisiones de consumo vía lxs usuarixs, moldeando modos de agenciamientos capitalísticos (Iriart y Merhy, 2017). A través de la biomedicalización, se coloca el “estar saludable” como responsabilidad individual. La salud, entonces, se presenta como un mandato moral, donde la persona internaliza el “estar

sano” a través del autocontrol, la vigilancia y la transformación personal. Lx usuarix debe entonces, en palabras de Iriart y Merhy (2017), “controlarse de potenciales enfermedades y padecimientos con exámenes de laboratorio, genéticos u otros, y consumiendo medicamentos, dispositivos médicos y otros productos biotecnológicos, servicios y herramientas vía internet (...), o se difunden en otros espacios cotidianos, como escuelas o lugares de trabajo” (p.1012). La apuesta así fue trascender a “lxs enfermxs” y venderles medicamentos, procedimientos y equipamientos a “lxs sanxs”.

El proceso de mercantilización de la producción y circulación de información sobre salud implica que el acceso a la información es estratificado y afecta diferencialmente a grupos sociales y países. Los sectores vulneradxs de nuestras sociedades reciben estos mensajes que refuerzan el mandato moral de controlar su salud y encuentran inviable el cumplimiento de “estilos de vida” debido al acceso desigual a los recursos/bienes que ofrece el mercado para cumplir con esos objetivos, ‘fallando’ en lograr los resultados de salud, a los que si logran llegar las clases más privilegiadas (Iriart y Merhy, 2017).

Si bien el MMH mantiene una legitimidad en el orden establecido, convive con una variedad de paradigmas contrahegemónicos con múltiples maneras de interpretación-praxis. Entre ellos podemos mencionar, por ejemplo, la Salud Colectiva/Medicina Social; las prácticas del feminismo comunitario territorial u originario que ponen en relación el territorio, cuerpx y naturaleza; entre otras.

Tomamos la decisión epistemológica, ética y política de posicionarnos desde un enfoque de Salud Colectiva/Medicina Social, nutriéndonos de los aportes teóricos de Laurell Asa (1986), quien la conceptualiza de la siguiente manera:

La Medicina Social o Salud Colectiva estudia la salud-enfermedad de la colectividad como una expresión de los procesos sociales. Es decir, postula la necesidad de analizar los fenómenos de salud y enfermedad en el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad y no sólo como fenómenos biológicos que atañen a los individuos (p.1).

Es desde ahí que a la salud colectiva se la puede comprender como parte de la teoría del conflicto y engloba a la salud-enfermedad como un proceso dialéctico y no como una categoría dicotómica en el marco del ciclo vital de lxs sujetxs y las poblaciones, teniendo un carácter profundamente histórico y social. En consonancia, coincidimos con el planteo de López (2016) quien expresa que "El modo de producción y las relaciones de poder allí establecidas, delinear, determinan y condicionan la apropiación de los recursos para la satisfacción de sus necesidades vitales, que además lo superan como individuo y se expresa como colectivo" (p. 9).

Acordamos con un paradigma que desarrolla prácticas integrales en la búsqueda de garantizar además el ejercicio pleno de derechos como la alimentación, la vivienda, la identidad, la no discriminación, la igualdad, etc. Y a su vez:

Requiere contemplar de manera interrelacionada no sólo el elemento de accesibilidad sino también la disponibilidad, aceptabilidad y calidad provistas por el Estado en términos normativos, institucionales, provisión de bienes y servicios públicos estatales (programas) respetuosos, adecuados y apropiados tanto desde el punto de vista científico como desde los sujetos (Nucci, Crosetto, Bilavcik, Miani, 2018, p.6).

A modo de conclusión de este apartado, podemos decir que la Salud Colectiva como corriente de pensamiento surge para ampliar y problematizar la concepción hegemónica de la salud. Desde estos cimientos nos proponemos construir nuevos sentidos que recuperen los aportes de las Ciencias Sociales en general, y de Trabajo Social en particular. Para poner el acento en las prácticas societales, en su configuración dinámica, compleja y conflictiva y en las particularidades que se expresan en cada sociedad. A partir de ello, es posible trascender las miradas que entienden a las prácticas de salud como acciones verticalmente estatales, para jerarquizar las iniciativas populares o colectivas, y de este modo, buscar subvertir las relaciones de poder, opresión y dominación, con un sentido y una orientación político ideológica que ubica en su horizonte la transformación social.

1. 1. 1 Configuración del Sistema de Salud Nacional

Debido a que nuestra temática de intervención está ligada al campo de la salud y que la práctica del quinto año fue realizada en una Dirección de Especialidades Médicas, consideramos oportuno realizar una caracterización del Sistema de Salud Argentino, en este caso en los servicios sanitarios de la Provincia de Córdoba, principalmente en su nivel municipal.

Para aproximarnos a una comprensión más acabada del campo en el que intervenimos hacemos foco en primer lugar en la composición e historia del sistema de atención en el país, abarcando los tres subsistemas que hoy conviven. A su vez, no pretendemos aquí realizar una mera descripción “neutral”, y para ello recuperamos las voces y experiencias del transitar y habitar en el sistema de salud de las personas que conviven con VIH.

Estos transitaros se enmarcan hoy en un sistema de salud caracterizado principalmente por la coexistencia de tres subsistemas: el público, el de las obras sociales y el privado. Los

mismos, en palabras de Acuña y Chudnosky (2002) “difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan” (p.2).

La convivencia de estos sectores se presenta con algunos problemas: la heterogeneidad reinante en su interior, la estratificación, a la vez que la falta de coordinación y articulación impide la conformación de un “sistema formal” de salud (Acuña y Chudnosky, 2002). Esta estratificación es vivenciada como “problemática, divergente y complicada” (G. Valverde, comunicación personal, 18 de septiembre de 2022) donde no quedan claras las jurisdicciones y competencias.

La dinámica de esta convivencia de los subsistemas se moldea histórica y políticamente, por lo que podemos decir que se sedimenta un servicio sanitario nacional caracterizado por un modelo fragmentado, deteriorado, heterogéneo e ineficiente que refuerza exclusiones originadas por la ubicación en la estructura de clases sociales.

Las características anteriormente enunciadas se profundizan en el periodo que se abre en 1990. La reforma en el sistema de salud se inscribe bajo las denominadas reformas de “segunda generación” impulsadas por el Banco Mundial (1993) y el Banco Interamericano de Desarrollo (1994), teniendo diferentes impactos en cada uno de los subsistemas. Así el avance del mercado sobre el Estado que había iniciado a mediados de los 70’, encuentra su radicalización en el proyecto neoliberal encabezado por el Presidente de la nación Carlos Menem, donde esta puesta en marcha de un plan económico basado en privatizaciones que no dejó exento al sistema de salud (Acuña y Chudnosky, 2002)..

En el subsistema público las principales medidas que se llevaron a cabo implicaron propuestas de corte administrativo-financiero. Entre ellas se encuentra el intento de transformación de la modalidad de gestión financiera de los hospitales y la profundización de la descentralización hospitalaria por medio de dos estrategias: la transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a las jurisdicciones provinciales y la promoción de la figura de los Hospitales Públicos de Autogestión. A su vez se suma la privatización de los servicios periféricos y ciertos servicios de salud (Acuña y Chudnosky, 2002).

Fueron los años de avance del capital transnacional sobre el subsistema público, donde irrumpen las empresas de Medicina Prepaga (MP) ofreciendo paquetes con períodos de carencia, sin contemplar patologías preexistentes y con topes de consumos anuales. Estos nuevos actores privados surgieron imponiendo el modelo de gestión y las políticas de reformas del sistema de salud, que fueron ejecutados por el gobierno y con créditos de

organismos internacionales para invertir y consolidar la situación (Acuña y Chudnosky, 2002).

Este proceso histórico fue sedimentando y configurando el sistema de salud, manifestándose no solo en lo organizacional, sino en la realidad de las personas al momento de acceder a la atención en los diferentes subsistemas.

- **Subsistema Público**

El subsistema público provee servicios de salud de manera gratuita a través de una red de Hospitales Públicos y Centros de Salud, los cuales se financian mediante los recursos que provienen del sistema impositivo. Es el Ministerio de Salud quien tiene formalmente a su cargo la regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el conjunto del sistema. Es el mismo Ministerio mediante la Superintendencia de Servicios de Salud quien fiscaliza obras sociales y medicina prepaga, además de ser el organismo encargado de la regulación de la totalidad del subsistema sanitario público nacional.

Como ya se señaló en la introducción a este apartado, la relación entre nación y las provincias no siempre resulta en una coordinación articulada. Aunque sus vínculos se establecen a través del Consejo Federal de Salud (COFESA), pueden observarse en algunos casos servicios superpuestos, situaciones de doble regulación, fiscalización y sobreabundancia de normas para habilitaciones y acreditaciones (Belmartino Susana, 1999). La complejidad de lo señalado por Belmartino, se profundiza cuando las administraciones del poder ejecutivo (nivel municipal, provincial y nacional) son de diferentes signos políticos y orientaciones ideológicas, con sus respectivas concepciones de la salud y los objetivos de la misma. Hecho que decanta en tensiones o problemas en el abordaje de la cuestión sanitaria de manera integral y articulada.

El subsistema público cuenta con una amplia y extensa distribución geográfica de los servicios y tiene presencia en las zonas consideradas no rentables por el sector privado, la población “natural” que lo demanda es aquella que carece de cobertura de alguno de los otros dos subsectores (Acuña y Chudnosky, 2002). En cuanto a la experiencia en este subsistema dos activistas positivxs nos relatan su apreciación sobre el mismo, ambas vinculadas a las expectativas o la comprensión que tienen en relación a la atención del VIH. Por un lado Héctor señala que: "nación siempre está presente [mediante el subsistema público de salud] desde el momento en que nosotros recibimos nuestra medicación (...) desde el momento en que llegan los reactivos para hacer carga viral de CD4 y otros

análisis, nación está presente puede que de esa sensación de que está ausente porque nación en este caso se encarga de hacer las provisiones (...) y otras cosas de acompañamiento jurídico" (Calisaya H., comunicación personal, 23 de septiembre de 2022). Mientras que para Gonzalx: "el sistema nacional es completamente ausente, osea yo se que tiene más incidencia en Buenos Aires dónde está el Ministerio de Salud, pero después en el resto del país casi no existe, no hay campañas públicas masivas del Ministerio de Salud o de la Dirección de Respuesta del VIH a nivel nacional" (Valverde, G., comunicación personal, 18 de septiembre de 2022).

Si bien entendemos que el análisis esbozado por ambos activistas es contradictorio y contrapuesto reconocemos que ambos puntos de vista contienen elementos que reflejan la realidad del abordaje nacional sobre el virus. Por un lado Héctor posee una mirada más restringida a lo biomédico, refiriéndose al proceso de descentralización en el abordaje de VIH que se hace desde el Ministerio de Salud transfiriendo a los Programas Provinciales la provisión de materiales, insumos y medicamentos a los mismos. Aunque encontramos en Gonzalo una visión más crítica que señala una falta de iniciativa por parte de nación para realizar en todo el país un abordaje integral sobre ITS, que no solo contemple lo biomédico, sino que abarque lo comunicacional, el acompañamiento psico-social, entre otros.

- Subsistema de Obras Sociales

Este es uno de los ejes constitutivos del sistema de salud argentino, e históricamente su rasgo central fue el carácter obligatorio de la adhesión y la organización por rama de actividad productiva. Está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud, proveen infraestructura de turismo y asistencia social a lxs trabajadorxs en relación de dependencia (sobre todo a partir de obras sociales sindicales) y a lxs jubiladxs del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI).

La fuente de financiamiento está constituida por contribuciones de empleadxs y empleadorxs vinculadas a los ingresos. A partir del año 1970 se extendió de manera obligatoria a toda la población trabajadora, a lxs jubiladxs y pensionadxs.

De hecho, el sistema en general ha girado fundamentalmente alrededor del subsistema de obras sociales, que ha sido dependiente de los cambios políticos y del mercado laboral ocurridos en los últimos cuarenta años. Sin embargo, a pesar de la preponderancia de las obras sociales, según el Índice de estigma y discriminación 2.0 (2021), en la población que convive con VIH se presenta una particularidad: el 70% se atiende en el sistema público,

cuando en la sociedad los porcentajes son invertidos, el 70% de la población tiene obra social.

Al respecto Gonzalx Valverde comenta que "Esto (...) marca la falta de empleo en personas con VIH, pero también una decisión que muchxs toman de no afiliarse a las obras sociales por los trámites burocráticos que te piden" (G. Valverde, comunicación personal, 18 de septiembre de 2022).

Las obras sociales hoy son caracterizadas, desde las experiencias de las personas que conviven con VIH, como "expulsivas". Se identifican varios mecanismos de este carácter: en primer lugar, los trámites deben realizarse todos los meses para retirar la medicación, "piden muchos papeles que hay que completar, muchos trámites y burocracias para darte vueltas y darle vueltas (...) que hace que no puedas acceder a la medicación en tiempo y en forma" (G. Valverde, comunicación personal, 18 de septiembre de 2022).

En segunda instancia, la declaración jurada para la afiliación también es vivenciada como una dificultad "algunos pares eligen no decirlo por el tema de que todos tenemos el miedo de que si lo decís te van a negar el acceso" (Valverde G., comunicación personal, 18 de septiembre de 2022). Por último, una vez afiliadx a la obra social, son moneda corriente las denuncias a la superintendencia de servicios de salud debido a que tanto las prepagas como las obras sociales interrumpen el acceso a la medicación³.

- Subsistema Privado

Bajo la denominación global de empresas de Medicina Prepaga, se financia a partir del aporte voluntario de sus usuarixs que, por lo general, tienen medianos y altos ingresos y que muchas veces también cuentan con cobertura de seguridad social ("doble afiliación"). Durante los últimos años, el subsector privado ha evidenciado un rápido crecimiento, consolidándose como prestador del sistema de las Obras Sociales.

Desde los transitaros de las personas con VIH en el subsistema privado se señala que:

³ Si se desea profundizar en el funcionamiento en la Seguridad Social Sindical para el tratamiento de algunas enfermedades e infecciones crónicas se puede recurrir a la Resolución 1048/2014, la misma expresa que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD tiene como objetivo implementar, reglamentar y administrar los recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución, dirigiendo todo su accionar al fortalecimiento cabal de la atención de la salud de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, destinando todos los recursos disponibles para la cobertura de subsidios por reintegros por prestaciones de alto impacto económico y que demanden una cobertura prolongada en el tiempo, a fin de asegurar el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, garantizando a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones. Que, en tal sentido, por Resolución 1200/2012 SSSALUD se crea el SISTEMA UNICO DE REINTEGRO (S.U.R.), para apoyar financieramente a los Agentes del Seguro de Salud en el reconocimiento de las prestaciones médicas de baja incidencia, alto impacto económico y las de tratamiento prolongado.

La vivencia es variada (...) depende de tu bolsillo. Depende de cuánto seas capaz de aportar mes a mes dentro del sistema privado, por ejemplo, para obtener mayor calidad o no de atención. (...) tener obviamente todos los beneficios de tener un buen plan de salud. Atención médica para cualquier especialidad médica que tengas, la factibilidad de poder gestionar el tema de VIH de manera autónoma (Calisaya H., comunicación personal, 23 de septiembre de 2022).

Se enuncian en los relatos un conjunto de "facilidades" como por ejemplo tener las recetas impresas con anterioridad o digitalizadas para no tener que ir presencialmente a la obra social o poder retirar la medicación en cualquier horario a diferencia de los Hospitales Públicos donde existe una franja horaria. Las mismas son significadas desde una "vida con mayor autonomía". Sin embargo, estos conjuntos de experiencias se limitan a planes de salud de alto costo, mientras que aquellos de bajo valor no incluyen estas "facilidades" y son vivenciadas como similares a la atención del subsistema público.

Por último, un elemento a observar es que a quienes conviven con VIH las prepagas realizan el cobro de las llamadas "enfermedades pre-existentes", hecho que no se encuentra regulado y queda a discrecionalidad de los que brindan el servicio, Calisaya H. (comunicación personal, 23 de septiembre de 2022) nos cuenta que: "he conocido gente que está pagando treintaicinco mil pesos mensuales de preexistencia (...)".

La expulsión de las personas que conviven con VIH del subsistema de obras sociales y privado se enmarca en el hecho de que el VIH no es rentable para estos sectores, por tanto mientras no cumpla dicha lógica tenderá -no de manera natural, sino por acciones de agentes concretos- a ser desplazado al subsistema público:

“ya es desgastante hace que muchas veces la gente decida abandonar el tratamiento dice “ya me cansé no quiero pelear más (...) porque te cansa, te agota, porque cuando no te violan la confidencialidad están diciendo 'ay, ahí viene el que tiene VIH'” (Valverde G., comunicación personal, 18 de septiembre de 2022).

1.1.2 Sistemas sanitarios cordobeses: La organización provincial/municipal

La provincia de Córdoba y su sistema sanitario se estructura de manera fragmentada, segmentada y descentralizada, siendo bastante similar a las características del esquema nacional. Las autoras Nucci, Crosetto, Bilavcik y Miani (2018) proponen una radiografía diagnóstica en materia de salud pública:

En la actualidad, el sistema de salud de la Provincia de Córdoba se conforma por hospitales provinciales (12 en Córdoba Capital y 27 en el interior); los municipios del interior (84) cuentan con hospitales que dependen administrativamente de cada uno de ellos y en la ciudad capital coexisten instituciones que dependen de la administración nacional, provincial y municipal, entre los que se cuentan también los centros de atención primaria (16 provinciales y 97 municipales) (p.15).

En términos presupuestarios se estima que en el período que abarca desde el año 1996 hasta hoy, el gobierno de Córdoba destina en clave de recursos un porcentaje que oscila entre el 9 y el 10% del total del presupuesto provincial (La Tinta, 2021).

Para entender las características del sistema en la actualidad, debemos retrotraernos a la década de 1970 donde la participación del sector público tenía cobertura incluso en las zonas más alejadas del interior, donde otro porcentaje importante de la población contaba con cobertura por obras sociales. Según lo investigado por la autora Pautassi (1995) se puede decir que a partir de la interrupción democrática y el gobierno neo-liberal de Carlos Menem se generaron recortes en el gasto público y se trazaron políticas de descentralización⁴ que produjeron un deterioro en las áreas de educación y salud nacionales. Esta situación impacta en el territorio provincial y desde el Estado se planifican políticas públicas siguiendo las recomendaciones de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los recursos financieros para la ejecución de planes y programas serían provistos por organismos de créditos multilaterales como el Banco Mundial, lo que generó dependencia e injerencia en las políticas sanitarias de Córdoba.

En cuanto al proceso de descentralización antes mencionado, seguimos a Ase Iván (2006), quien caracteriza que la misma "se puso al servicio, casi exclusivo, del ajuste fiscal y de una fuerte redistribución de responsabilidades en materia sanitaria entre las diferentes jurisdicciones estatales y, entre éstas, la sociedad y el mercado"(p.200).

La descentralización de servicios de salud en Córdoba se concreta a finales de 1995, en el contexto de un marcado ajuste presupuestario, e implicó una pérdida en la calidad y eficacia de los servicios. Las características de este modo emergente de comprender la salud, desarrollada desde las municipalidades, son la atomización y fragmentación en el sistema de servicios de atención médica y una dificultosa coordinación con provincia y nación (Ase, 2006).

Esta realidad conllevó a que se diversificaran las respuestas sanitarias y a que queden libradas a las decisiones de cada jurisdicción, lo que profundizó desigualdades entre

⁴ La descentralización, entendida como el proceso a través del cual la autoridad se sitúa lo más próximo a donde se suscitan los problemas o situaciones que ameritan algún tipo de decisión y que por ello implica la transferencia de responsabilidades, capacidades y recursos desde un nivel superior de gobierno a otro inferior

regiones y municipios. Por ejemplo, las planificaciones de estrategias de salud quedaron a cargo de los gobiernos locales, es decir intendentes y jefes comunales, quienes al poseer posicionamientos subjetivos propios, determinado por sus historias e intereses, desencadenaron procesos de discrecionalidad y prácticas de clientelismo en las ofertas de salud territorial (Ase, 2006).

Otro elemento a considerar de los servicios descentralizados es que "han consolidado modelos de trabajo centrados en la demanda espontánea, con la figura del médico como eje del servicio y escaso trabajo comunitario" (Ase, 2006, p.210).

El proceso descentralizador suponía que la planificación "decidida" desde las intendencias tendría como resultado un manejo más eficiente en la asignación de recursos, los cuales estarían organizados bajo los preceptos de la participación democrática. Al calor de la experiencia, y desde la óptica de Ase (2006), no se observa ni el involucramiento ciudadano en la cuestión de salud, ni mejoras en los indicadores sanitarios municipales.

Las distintas gestiones en materia sanitaria luego de los años 2000 y durante los últimos gobiernos de Ramón Mestre (2011 a 2019) y Martín Llaryora (2019 hasta la actualidad), con algunos matices no lograron romper con la matriz neo-liberal impuesta por los modelos de salud delineados desde la década de los '90. Las mismas poseen una direccionalidad tendiente al vaciamiento del sistema, su desfinanciamiento y la subejecución de políticas de salud. Este hecho fue denunciado por la concejala Frencia (Prensa Obrera, 2021) quién manifiesta que en los hospitales y centros de salud municipal hay problemas de infraestructura, retraso en la entrega de turnos, faltante de insumos o medicamentos y en las condiciones de precariedad laboral en los equipos de salud⁵.

En el último periodo temporal la Municipalidad de la Ciudad de Córdoba, según lxs Licenciadxs Ramia, Scarpino y Bertona (2018) "contaba con 97 centros de salud municipales, a los que se suman otras instituciones de segundo y tercer nivel de complejidad; con una planta de personal de alrededor de 2000 trabajadorxs "(p.34). Al recabar esta información, nos llama la atención la falta de información actualizada por parte del Estado municipal y la poca accesibilidad de la misma. Nuestra intención en este apartado fué conocer el devenir histórico de los servicios de salud para aproximarnos a la comprensión de su dinámica institucional y a una lectura más próxima del campo donde

⁵ Disponible en:
<https://prensaobrera.com/salud/ciudad-de-cordoba-cintia-frencia-interpelo-al-secretario-de-salud-municipal>

desarrollamos nuestra práctica pre profesional.

- Rupturas y continuidades del sistema de salud hoy

El periodo de políticas neoliberales tuvo un impacto estructural en la configuración del sistema de salud. Es necesario esbozar sobre aquellas medidas tomadas a partir de voluntades políticas que impactaron en el mismo. Así, durante los gobiernos de Néstor Kirchner y Cristina Fernández, es decir el periodo que abarca desde el 2003 a 2015, se impulsó la extensión de campañas de vacunación, la Ley de Educación Sexual Integral, el Plan REMEDIAR, políticas sociales como la Asignación Universal por Hijo y el aumento de presupuesto en ciencia, técnica y salud. Sin embargo no se logró una ruptura profunda con el modelo biomédico hegemónico. Se continuó reproduciendo, en ciertos programas y políticas, lógicas centradas en la atención individualizada de lxs sujetxs, desde una perspectiva médica, en la atención de la salud de manera fragmentada y sin lograr jerarquizar los procesos de determinación social en la política pública sectorial (Ramia, Scarpino y Bertona, 2018).

Luego el gobierno de Mauricio Macri, en materia de gestión de salud, intentó realizar reformas siguiendo las recomendaciones del Banco Mundial y el FMI. Entre otras acciones, redujo las partidas presupuestarias y estimuló la maximización de las ganancias del sub-sector privado autorizando aumentos que en 2018 superaron el 30%⁶. Así mismo, mediante un decreto impulsó la "Cobertura Básica Universal" prestación limitada que dejaba sin cobertura a millones de personas. Estos vaivenes políticos se traslucieron en la vida cotidiana de las personas que conviven con VIH, manifestándose con más o menos conflictividad en el acceso a la medicación y la cobertura sanitaria. Es así que Valverde G. (comunicación personal, 18 de septiembre de 2022) expresa que:

En el sistema público está dentro de todo, relativamente, todo garantizado, salvo hubo excepciones, porque cada gobierno que pasó hubo faltantes de medicamentos, problema de faltantes de reactivos, tanto bajo el gobierno de Cristina [Kirchner], bajo el gobierno de [Mauricio] Macri, que fué un punto álgido o la peor situación de faltantes en agosto de 2019 que había tres medicamentos que faltaban en muchos puntos del país.

Dentro de la dinámica del sistema de salud, en la actual gestión del gobierno nacional de Alberto Fernández, puntualizamos brevemente en el impacto que ha tenido la pandemia de COVID-19, la cual se fue convirtiendo en la caja de resonancia de los problemas

⁶ Fuente: área técnica de la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (CA.DI.ME) en base a los datos del Boletín Oficial. Artículo completo disponible en: <https://mst.org.ar/2018/10/11/frente-al-ajuste-sanitario-de-macri-modelo-de-salud-es/>

estructurales de la sociedad.

En un contexto atravesado por crisis a nivel global de múltiples dimensiones: económica, social, sanitaria, política y socio ambiental, la pandemia ha sido el detonante que develó el malestar, las desigualdades, las opresiones y violencias ya implícitas. En donde se evidenció un sistema de salud que refleja una alta concentración de capital económico en prestaciones de alta rentabilidad en poblaciones “sanas” pero con poder de pago de sus seguros médicos, desligándose (estos agentes inversores) de aquellas prestaciones a problemas crónicos predominantes en poblaciones sin capacidad de compra de seguros. Así nos encaminamos hacia la dualidad del sistema de salud: una atención para ricos y una para pobres (Spinelli, 2010).

Esta crisis pone en debate a la salud como un derecho que ha sido vulnerado en el devenir de los últimos años. Sin dudas la drástica reducción de presupuestos sanitarios fomentada por los organismos internacionales, la concomitante falta de recursos, el avance de las políticas de arancelamiento y privatización de las prestaciones sanitarias en desmedro de lo estatal y el recorte progresivo a la inversión pública en ciencia, tecnología e investigación, se combinan para dar como resultado una profundización del “proceso de dualización” de la atención de salud, su respectiva fragmentación, desarticulación y descentralización. Esto coloca a la población en estado de indefensión, y a trabajadorxs de la salud en condiciones de precarización laboral, poliempleo y salarios bajos. Por otro lado, la asignación de recursos financieros y humanos se ha hecho de manera concentrada sobre aquellas áreas o rubros directamente involucrados en la respuesta a la pandemia, mientras que los otros sectores se mantenían casi paralizados, soportando restricciones presupuestarias muy significativas. En este sentido, Sy, Moglia y Derossi (2021) expresan que dentro de los equipos sanitarios hubo "servicios como odontología, salud mental o trabajo social, que interrumpieron sus tareas habituales. Ante la ausencia de protocolos o normativas específicas sobre el desempeño de sus tareas cotidianas, algunas/os profesionales adoptaron nuevos roles para responder a necesidades emergentes" (p. 67).

Estos impactos globales tuvieron sus especificidad en la provincia de Córdoba donde, bajo el gobierno de Juan Schiaretti, la pandemia encontró a un sistema de salud que viene arrastrando problemas estructurales crónicos y estaba siendo sometido a un proceso de ajuste desde 2015, más allá de algunas “inauguraciones” hospitalarias. El incremento de recursos del 2020 apenas significó una recuperación de lo perdido por el sector en ese período (La Tinta, 2021).

Al respecto la Mesa de Coordinación – Multisectorial de Salud de Córdoba expresaba

que “La situación sanitaria actual por la pandemia de COVID-19 dejó al descubierto la progresiva desjerarquización e, incluso, el abandono del sistema sanitario (...) Se ha librado a su suerte a las y los trabajadores del equipo de salud y, junto con ellos, a la población usuaria” (La tinta, 2021).

1.1.3 Escenario pandémico y lxs actores en juego

Al momento de dilucidar el escenario en el cual desarrollamos nuestra intervención, encuadramos al mismo valiéndonos de los aportes teóricos de Soldevilla Alicia (2009), quien expresa lo siguiente:

La necesidad de contar con un conjunto de reglas que aportan a la toma de decisión óptimas en cada momento ante una realidad compleja, cambiante y no previsible, por lo cual la mirada o enfoque estratégico requiere de una lectura dinámica de la realidad, problemas abordados o/a abordar; los escenarios posibles; los actores visibles y los nuevos; los capitales económicos, sociales y culturales puestos en juego que posibilitan reconocer y aprovechar las oportunidades y evaluar los riesgos.

Es a partir de esta definición que pudimos realizar una caracterización del escenario atravesado por una pandemia que impacta de manera directa en el sistema de salud, el cual se aboca casi exclusivamente al tratamiento del COVID-19, y deja en un segundo plano otras dimensiones de la salud. Desde el área de Servicio Social nos manifestaron que con la epidemia “Institucionalmente apareció el famoso triage, donde en la entrada se controla la fiebre, se deriva que la circulación de la gente sea medida, todo el sistema de salud se transformó muy expulsivo, terriblemente expulsivo por el contexto y por los vicios también, por el temor, el temor propio de preservarse uno y también los vicios institucionales, por ahí quedó el trabajo discrecional, si quiero atiando, si no quiero no atiando” (Referentx de la Organización, comunicación personal, 19 de agosto de 2021).

Indagamos en la estructura organizativa para visualizar la urdimbre de actores que juegan con distintos recursos o capitales y así poder caracterizar de manera más óptima el escenario. A partir de los relatos de referentes del equipo de salud, realizamos una reconstrucción del organigrama organizacional de la DEM que se encuentra estructurado de la siguiente manera: Área de Dirección, Subdirección, los diferentes Departamentos y Servicios que son interdisciplinarios. En la actualidad hay una Directora General, quien está a cargo de la institución.

En el siguiente escalafón se encuentra la jefa o jefe de Departamento Médico; y jefe o jefa de Departamento de Prevención y Promoción. El Departamento Médico está conformado por tres especialidades: medicina, bioquímica y odontología. Después, en el Departamento de Promoción y Prevención, se encuentran las disciplinas de psicología, servicio social, kinesiología, fonoaudiología, nutrición, enfermería, entre otras.

Este organigrama nos permitió hacer un esbozo de los elementos que plantean "la circulación de poder de acuerdo a esta estructura formal que define un sistema de autoridad" (Rotondi, 1998).

Si bien la DEM Centro articula con un conjunto de organizaciones e instituciones, aquí focalizamos nuestra mirada en las vinculaciones que se realizan desde el Área de Servicio Social con la Municipalidad de Córdoba, específicamente Medicina Preventiva, que alberga el Programa de ITS y TBC. Debido a que esta última no cuenta con área de Servicio Social y profesionales de la disciplina, se derivan algunas personas a la DEM, fundamentalmente a fin de realizarles entrevistas para el acceso al Programa "Comer Juntos" destinado a quienes conviven con VIH.

Para aproximarnos a la construcción de nuestro problema de intervención, realizamos un esbozo de la historia de la institución indagando relatos, memorias y experiencias de diferentes actores para reconocer perspectivas, conocimientos y prácticas diversas en relación a la problemática abordada.

Para definir la dimensión de la historia y el proceso de institucionalización, seguimos lo propuesto por Rotondi (1998) quien expresa que "acercarnos a la historia implicará entonces avanzar en el entramado y comprensión del organigrama institucional, historizando como posibilidad real de descubrir las tramas invisibles que se tejieron durante los procesos de institucionalización"(p.131). Es por ello que nos resultó relevante la dimensión abordada ya que nos permitió interrogarnos acerca de la información recabada y vislumbrar cómo se tejieron las tramas del espacio. Es así que, a través de las entrevistas realizadas a referente de la DEM como fuente primaria de información, pero también con documentos y sistematizaciones obtenidas, conseguimos reconstruir brevemente la historia de la institución⁷:

Según las memorias de los años comprendidos entre 1983 y 1991, lo que hoy conocemos como la DEM se denominaba Asistencia Pública. En noviembre de 1971,

⁷ Para más información dirigirse a "Memorias 1983 - 1991 Dirección de Especialidades Médicas, Municipalidad de Córdoba".

trasladó sus instalaciones al edificio situado en Sarmiento 450 del Barrio Centro de Córdoba Capital. En el año 1983, se fija, mediante una política específica, el nuevo rol por la Asistencia Pública, la prestación de atención médica de primer nivel a su área programática y de segundo nivel, mediante las especialidades y subespecialidades.

En diciembre del mismo año, durante el gobierno municipal de Ramón Mestre, se transforma la tradicional e histórica Asistencia Pública en Dirección de Especialidades Médicas a través de una resolución de la Secretaría de Salud Pública. Al respecto del cambio de nombre de la Dirección, un trabajador del área de Servicio Social manifiesta que la denominación "médica" no es representativa, ya que hay especialidades que exceden a lo médico, es decir, "otras profesiones que tienen que ver con la salud" (Referentx de la Organización, comunicación personal, 19 de agosto de 2021), lo cual tiene su reflejo en el organigrama institucional antes descrito. Además, esta apreciación coincide con las miradas críticas hacia el MMH, un paradigma que actualmente domina el campo de la salud. En este sentido, en la DEM observamos que estas jerarquías se expresan en una división formal entre las disciplinas "médicas y las no-médicas". Esto genera prácticas biologicistas que tienden a generar lógicas que invisibilizan dimensiones socio-culturales y afectivas de la salud, como también acciones contra-hegemónicas.

Siguiendo con la reconstrucción de la historia de la DEM Centro, encontramos que en el año 1991 se reestructura la institución y se propone lograr una atención eficaz y eficiente en tres aspectos: lo asistencial, lo preventivo y lo social. La Dirección de Especialidades Médicas depende de la Secretaría de Salud Municipal, cumplió 130 años de actividad desde la salud pública y con una función comunitaria ya que a ella asisten personas sin cobertura sanitaria de diferentes barrios y la zona del Mercado Norte de la Ciudad⁸.

⁸ El Mercado Norte juega un rol clave en la ciudad, como punto de referencia y nodo de abastecimiento. Posee una dinámica comercial y de ferias populares de uso intenso durante el día, los fines de semana y trabajo sexual en la noche. El tipo de población que habita esta zona son inmigrantes y sectores populares, además es un lugar con concentración de residenciales y moteles (Aguirre Morena, Día Victoria y Pollano Agostina, 2019).

1.2 Aproximaciones sobre Salud Sexual Reproductiva y (no) Reproductiva

La salud sexual y (no) reproductiva (SSynR) forma parte del campo de la salud, por lo tanto y de acuerdo a lo definido anteriormente, hay una disputa y lucha por la definición de la misma. En consecuencia, construimos un posicionamiento ético-político propio que guió nuestras lecturas e intervenciones.

Cuando nos referimos a SSynR damos cuenta de un concepto polisémico y más bien contemporáneo, conceptualizado por Brown (2008) desde tres niveles de análisis. En primer lugar, se los comprende como los derechos a la "seguridad en el embarazo, parto, puerperio", como así también lo relacionado a la fertilización asistida y lo que incumbe a la reproducción en general. En segundo lugar, incluye los derechos de las personas a decidir si tener o no hijxs y en qué condiciones materiales y simbólicas, como así también lo que se vincula con la interrupción legal del embarazo y la anticoncepción. En tercera instancia finalmente trata sobre los derechos relacionados a una sexualidad libre y placentera, sin coerción o violencia.

Luego de esta breve caracterización que no es cerrada ni busca saldar las aproximaciones al respecto, a continuación realizamos un recorrido histórico sobre los diferentes modelos de SSRynR que han prevalecido en las últimas décadas.

En el periodo de los 60' y 70' preponderaba un concepto de salud sexual reproductiva basado en la disminución de la fecundidad en donde se concebía la salud de la mujer como un medio para controlar el crecimiento demográfico y mejorar la salud infantil. De esta forma, los programas de planificación familiar se organizaban a partir de un modelo reduccionista, medicalizado y vertical de distribución de anticonceptivos (Zamberlin, 2004).

Luego, en la década de los '90, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) adopta una definición oficial de salud reproductiva entendida como:

Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

En este contexto la salud reproductiva comienza a ser considerada como un bien social con un discurso centrado en el respeto por las decisiones individuales y los derechos

humanos (Zamberlin, 2004).

Sin embargo, a través de este concepto es que se van estructurando normativas de comportamiento social, como resultado se genera un proceso que tiende a culpabilizar a las víctimas: quienes enferman, “algo habrán hecho”. Y de esta manera soslaya lo político, “como si la capacidad de elegir tuviera una distribución homogénea entre los individuos y no estuviera determinada por su inserción en el aparato productivo, las representaciones sociales y las estrategias del grupo social al que pertenecen” (Ferrandini, 2010, p.2). Así mismo, Brown nos advierte que:

el desplazamiento desde la noción "derechos (no)reproductivos y sexuales" concebidos como derechos civiles, hacia otra: la de "salud reproductiva" pone en riesgo uno de los desafíos de la demanda, cual es politizar y discutir en términos públicos y políticos asuntos relativos a los cuerpos, las sexualidades y la reproducción históricamente relegados a un terreno personal, íntimo y privado y por ende no relevante en el orden de lo político.

La autora hace referencia a que los procesos de institucionalización de los derechos (no) reproductivos y sexuales en términos de salud reproductiva tienden a despolitizar, medicalizar y volver estos procesos colectivos al terreno de la individualidad y del ámbito de lo privado, haciendo centro en los consultorios y las instituciones de la salud.

De manera opuesta a lo anteriormente planteado, y posicionándonos desde el paradigma de la salud como capacidad de lucha, es que entendemos que la SSynR existe si hay sujetos que identifican una distancia entre lo que viven y lo que desean. No hay modo de construir un problema sin el deseo y el interés transformador de un actor sobre su propia realidad (Ferrandini, 2010).

Por otra parte y con el fin de ahondar en este concepto que se encuentra en disputa, nos proponemos realizar una distinción entre derechos sexuales y derechos reproductivos, ya que es frecuente, hasta nuestros días, el uso de la expresión derechos sexuales y reproductivos como si se tratara de un mismo universo de derechos, limitando la sexualidad a la reproducción (Villanueva, 2008). Es necesario desvincular la sexualidad de la reproducción.

Los derechos sexuales garantizan que las personas tengan control sobre su sexualidad. Por ello, y siguiendo los aportes teóricos de Villanueva (2008), los componentes de la sexualidad que deben considerarse protegidos son, cuando menos, la identidad de género, la orientación sexual, la elección de pareja y la ausencia de actividad sexual coercitiva. En este sentido Fundación Huésped (2021) expresa que:

Los derechos sexuales y (no) reproductivos buscan garantizar que las personas puedan tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva con libertad, confianza y seguridad, de acuerdo a su vivencia interna (asociada al cuerpo, la mente, la espiritualidad, las emociones y la salud) y externa (asociada al contexto social, histórico, político y cultural).

Nos resulta interesante y comprometedor abordar la SSynR desde la integralidad, cuya noción implica la posibilidad de acceder a recursos tanto materiales como simbólicos. Es decir, calidad en términos de comunicación e información para lograr mayor autonomía en las decisiones, ensayando respuestas desde lo multidisciplinar. Por ello abordamos nuestro proceso de intervención desde la perspectiva de género (Categoría que desarrollamos en el subcapítulo siguiente), donde la sexualidad no esté ligada a la reproducción, sino poder comprenderla desestructurando e interpelando los estereotipos de género y roles binarios que nos impone la sociedad. Reivindicamos una lógica cuestionadora de esta idea originaria de lxs cuerpxs de las mujeres como un aparato reproductivo degradado, como instrumento habilitado a la explotación masculina que funciona subordinado al poder patriarcal dominante⁹. De esa forma avanzar en desandar las lógicas de salud hegemónica, cis¹⁰-hetero-normada¹¹ y patologizante¹².

1.2.1 La perspectiva de género: Un aporte transversal desde los feminismos

En el marco de un contexto económico, histórico y político construido desde las bases patriarcales, asumimos el compromiso ético-político de sostener una vigilancia

⁹ Patriarcado: “Es una forma de organización política, económica, religiosa y social basada en la idea de autoridad y liderazgo del varón, en el que el predominio de los hombres sobre las mujeres, los hijos sobre las hijas, los viejos sobre los jóvenes y la línea de descendencia paterna por sobre la materna. El patriarcado ha surgido de una toma de poder histórico por parte de los hombres, quienes se apropiaron de la sexualidad y reproducción de las mujeres y de su producto, los hijos, creando al mismo tiempo un orden simbólico a través de mitos y la religión que lo perpetúan como única estructura posible.” *De qué hablamos cuando hablamos de Género*. Eleanor Faur y Diana Maffia, (s/f) Disponible en: www.terciario.ememoa.esc.edu.ar/biblioteca/psico

¹⁰ El término cisgénero describe a una persona cuya identidad de género coincide con la sexualidad biológica que se le asignó al nacer. Suele abreviarse como “cis”, prefijo que funciona como antónimo de “trans”. (Breve glosario de la diversidad. Revista T, 2018, p. 30-31).

¹¹ La categoría hace referencia a cuando la heterosexualidad deja de ser una orientación sexual individual y se vuelve un imperativo social y una normal legal (De la hetero-normatividad al desarrollo incluyente, 2020) Disponible en: <https://blogs.iadb.org/igualdad/es/de-la-hetero-normatividad-al-desarrollo/#:~:text=Como%20la%20hetero%20Dnormatividad%2C%20la,a%20quienes%20no%20lo%20son.>

¹² Al referirnos a lo patologizante entendemos que se trata de un modelo de atención que asocia a las identidades, sexualidades y cuerpos no heteronormados o que escapan al binario varón-mujer a trastornos y enfermedades (Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. Guía para Equipos de Salud, 2020)

epistemológica desde la perspectiva de género. Para ello partimos de la conceptualización de la categoría de género comprendiéndola como:

el efecto de un conjunto de normas y prácticas que regulan la identidad e imponen un modelo de heterosexualidad obligatoria, pero las identidades femenina y masculina no son ni uniformes ni estables, "sino que se encuentran en un permanente proceso de construcción y, por consiguiente, pueden ser resignificadas (...) El género se convierte en algo que se hace en vez de ser algo que se es" (Butler en Esteban, 2006, p. 15).

De acuerdo a los aportes teóricos de Bach en un texto compilado por Barrancos, Giberti y Maffia (2007) algunas de sus principales características son:

a) Es una construcción social e histórica (por lo que puede variar de una sociedad a otra y de una época a otra). b) Es una relación social (porque descubre las normas que determinan las relaciones entre mujeres y varones). c) Es una relación de poder. d) Es una relación asimétrica, en general se configuran desde la dominación masculina y subordinación femenina. e) Es abarcativa porque no se refiere solamente a las relaciones entre los sexos, sino que alude también a otros procesos que se dan en una sociedad: instituciones, símbolos, identidades, sistemas económicos y políticos, etc. f) Es transversal porque no están aisladas, sino que atraviesan todo el entramado social y se articulan con otros factores como edad, estado civil, educación, etnia, clase social, etc. (p. 122).

Así mismo, para evidenciar las desigualdades entre varones y mujeres consideramos necesario realizar una síntesis histórica sobre el recorrido de los feminismos y su constitución. Las autoras antes mencionadas plantean que el concepto de feminismo(s) hace referencia a los movimientos en pos de la liberación de las mujeres. El mismo está compuesto de manera intersectorial, plural y fue constituyéndose entre las teorías y praxis que apuntan a la abolición de las desigualdades, opresiones y violencias entre los sexos. Este movimiento emancipatorio realiza lecturas de la condición de la mujer y acciona en consecuencia en el plano de las ideas y la movilización.

La configuración del feminismo no es homogénea, ni estática: es plural, diversa y disidente. Las corrientes feministas se diferencian de quienes solo buscan realizar un mero estudio de la mujer, este movimiento no sólo "diagnostica" o analiza la subordinación de las mujeres y feminidades, sino que sobre todo busca subvertir y transformar de manera integral el orden existente basado en relaciones asimétricas impuestas por el patriarcado, el capitalismo y el colonialismo. Se trata entonces de una organización colectiva que enfrenta al sexismo arraigado en todos los terrenos (sociales, intelectuales, artísticos, etc.). Algunas autoras ubican el origen del feminismo a mediados del Siglo XIX, donde el mismo fue parte de hechos históricos como la Revolución Francesa y las múltiples revoluciones socialistas, pero de manera subordinada a las lógicas masculinas. En su génesis encontramos la lucha de las llamadas "brujas" (señaladas así por la inquisición), las sufragistas (pelea por el voto y otros derechos civiles), autoras latinoamericanas como Flora

Tristán, europeas como Simón de Beauvoir o la rusa Alexandra Kolontain, entre tantas otras. La literatura sobre la temática es extensa y sus recorridos militantes aún más y se conforman en las llamadas "Olas del feminismo" refiriéndose a diferentes momentos históricos y a las identidades de las corrientes internas de este movimiento (Barrancos, *et al.*, 2007).

Si bien en la actualidad conviven diferentes organizaciones, tendencias y orientaciones, consideramos pertinente rescatar que a partir de la década de 1960 el feminismo aportó una categoría para leer e intervenir en la realidad llamada "perspectiva de género". Esta implica reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros, siendo estas más favorables a los varones como grupo social, sumado a que estas relaciones han sido constituidas social e históricamente y son constitutivas de las personas, atraviesan todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales, como las de clase, etnia, edad, preferencia sexual y religión (Barrancos, *et al.*, 2007).

Esta perspectiva se torna central debido a que el género permea el campo de la salud, construyendo dialécticamente representaciones y prácticas de cuerpos "sanos o enfermos", donde la masculinidad se define en oposición a los hábitos de vida saludables y termina utilizando el cuerpo y la genitalidad como expresión de virilidad y hombría (Esteban, 2006). En lxs cuerpos feminizados, por otro lado, opera un nuevo sistema de poder y dominación inscrito en lxs cuerpos, a través de la naturalización de lxs mismxs, es decir, una percepción absolutamente esencialista y biologicista del cuerpo humano (Esteban, 2006) que implica una asociación directa entre persona gestante y maternidad.

A la vez proponemos aproximarnos a una lectura aún más específica en el campo de la salud: el VIH desde la perspectiva de género, donde quizás el aspecto más relevante de vivir con VIH, es el peso de la experiencia de la fragilidad corporal. Ese cuerpo es experimentado como una amenaza para otros, como aclara Grimberg (2003): "para las personas viviendo con VIH, el cuerpo aparece separado como algo extraño, incierto, vulnerable, amenazado y amenazante para la propia vida y la de otros (p.89)".

En las masculinidades, frente a los efectos de los tratamientos antirretrovirales, "se presentan asociaciones entre "sexo peligroso" y "fragilidad corporal", una ruptura de su "masculinidad". Para muchos, esta experiencia de fragilidad corporal y sufrimiento emocional implica el quiebre de núcleos básicos de sus identificaciones "masculinas", tales

como “fuerza” ,“iniciativa” y “razón” "(Grimberg, 2003, p.92).

Vivir con VIH para lxs cuerpxs femeninos constituye una intensa confrontación con las construcciones sociales hegemónicas de dichos cuerpxs, es decir como objeto erótico y sus modelos dominantes. Para un significativo número de estas mujeres su cuerpX se ha transformado en una imagen no deseada de sí mismas, como resultado del “daño” o el “deterioro” causado por el VIH (“adelgazamiento”, “manchas”, etc.) (Grimberg, 2003). Al respecto la autora señala que:

El contexto simbólico de lX cuerpX de la maternidad como un significante del rol y la identidad de género en conexión con la trasmisión vertical, ya sea como un “hecho” o como una “posibilidad”, configura la experiencia de lX cuerpX en un objeto doblemente negativo: como “agente de contagio”, como amenaza para otrX, como objeto vacío de sentido (2003, p.91).

Es así que desde una perspectiva de la salud colectiva (Laurell, 1986) y una perspectiva feminista del género, podremos visualizar modelos complejos que nos permitan aproximarnos al origen y devenir de distintos malestares. Comprender, a su vez, las vivencias positivas desde una multiplicidad de aristas que abarquen la estructura de clases, el género, la etnia y el acceso desigual a los recursos, entre tantas otras, donde siempre prevalezca la voz de lxs protagonistas y sus deseos.

CAPÍTULO II: Aproximaciones al Virus de Inmunodeficiencia Humana

2.1 Conceptos fundamentales

Iniciamos este Capítulo presentando un conjunto de definiciones sobre el lenguaje específico que hace a esta problemática, cada categoría nos permite comprender lo relacionado al virus, e interpelarnos en torno a las vivencias de las personas con VIH. Resulta necesario apropiarse de algunos núcleos biomédicos para poder dialogar y construir abordajes en salud más humanos y empáticos. Así mismo aclaramos que estas definiciones no sólo forman parte de un marco teórico, sino que además habilitan a trazar estrategias de intervención pensadas desde los aprendizajes del lenguaje que se despliega en los dispositivos vinculados a la prevención y la atención de las infecciones de transmisión sexual.

Es por esto que construimos algunas categorías sobre qué es el VIH, sus implicancias en los cuerpos y, en particular, en el sistema inmunológico, diferenciándolo del sida como una fase avanzada de la infección, analizándolo desde la complejidad de la transmisión, la detección y el tratamiento del virus. A partir de los aportes teóricos del manual *Vivir en positivo: Guía para las personas con VIH, sus familiares y amigos* del Ministerio de Salud (2016) construimos las siguientes categorías:

VIH: es un virus cuya sigla hace referencia al Virus de Inmunodeficiencia Humana. Todos los virus son microorganismos que para multiplicarse tienen que introducirse en células. Cada virus tiene la capacidad de incorporarse a cierto tipo de células, pero a diferencia de los demás, el VIH tiene la peculiaridad de ingresar a las células de defensa del organismo y las destruye progresivamente.

¿Qué significa el VIH para los cuerpos? Cuando el virus entra en los cuerpos, es desconocido por el sistema inmunológico, por lo que se producen anticuerpos para neutralizarlo. Los anticuerpos generados pueden ser detectados con pruebas de laboratorio o una muestra de sangre. Estos suelen ser detectables a partir de los 30 días después de la transmisión, lo que se conoce como "periodo ventana". Hay personas que, conviviendo con el VIH, pueden pasar años sin manifestar síntomas. Sin embargo, esto no significa que progresivamente la infección no esté debilitando el sistema inmunológico, llamado también sistema de defensa, que afecta la capacidad de respuesta del organismo de una persona a las enfermedades. La presencia del virus no es detectable a simple vista.

Sida: se suele acudir a la nominación del sida nombrándolo en mayúsculas, por lo que creemos pertinente clarificar que, al momento de comunicar o informar sobre el VIH-sida desde hace algunos años, “sida” es considerado un sustantivo común y acrónimo de síndrome de inmunodeficiencia adquirida. En cambio, VIH se escribe con mayúscula ya que sí es una sigla.

No es lo mismo VIH que sida; “*sida*” significa “síndrome de inmunodeficiencia adquirida” y es la etapa avanzada de la infección del “VIH”. Este síndrome hace referencia al conjunto de enfermedades que pueden llegar a afectar a una persona con células del sistema inmunológico bajas. Se considera que la infección llega la etapa de sida cuando las defensas están tan debilitadas que no pueden proteger adecuadamente. En este momento de bajas defensas es cuando aparecen enfermedades usualmente llamadas oportunistas. No obstante, cabe señalar que una persona que ha llegado a la etapa de *sida* puede regresar a una etapa asintomática si accede a una atención integral, adecuada y oportuna, y adhiere a los medicamentos.

El virus ¿se transmite o se contagia? El VIH no se contagia, sino que se transmite. Ya que un contagio implica que una persona puede infectarse al tomar contacto con microorganismos que se encuentran en el ambiente (aire, agua, alimentos, etc.). En cambio, una transmisión ocurre a través de un intercambio de fluidos entre quien tiene el virus y quien no. Las tres formas a través de las cuales el VIH puede transmitirse son las siguientes:

En primer lugar, a través de un contacto sanguíneo por compartir agujas, jeringas o el resto del equipo para el uso de sustancias inyectables. Hay transmisión, aunque en menor medida, al compartir cepillo de dientes, hojas de afeitar, etcétera.

En segundo lugar, por mantener relaciones sexuales vaginales, anales y orales sin preservativo. Por el contacto directo de las mucosas con fluidos sexuales o sangre.

Por último, también existe la infección denominada “vertical”, con la cual una persona embarazada que convive con VIH puede transmitir el virus al bebé durante el embarazo, el parto y la lactancia.

Existen solo cuatro fluidos corporales que transmiten el VIH: el semen, los fluidos vaginales, la leche materna y la sangre. El resto de los fluidos (lágrimas, sudor, saliva) no transmiten la infección.

La única manera de saber si se contrajo VIH es mediante el testeo. Existen dos tipos: el llamado ELISA que consta de una extracción de sangre y se realiza en un laboratorio, y el

test rápido, para el que se depositan unas gotas de sangre de la yema de un dedo sobre una tira reactiva y cuyo resultado se obtiene veinte minutos después. En ambos casos, si el resultado es positivo, debe ser confirmado con otros estudios de laboratorio químico.

Cabe destacar que se trata de estudios voluntarios, confidenciales y gratuitos, y que no requieren orden médica.

Tratamiento del VIH: el Tratamiento antirretroviral consiste en la utilización de medicamentos para evitar la reproducción del virus, de esta manera se impide la destrucción de las defensas y el desarrollo de enfermedades oportunistas. Le da la oportunidad a nuestro sistema inmunitario de reconstruir las defensas dañadas. La estrategia de combinar los antirretrovirales (ARV) se debe a que hay distintas clases y actúan de diferentes maneras.

Persona positiva: el término hace referencia a un individuo cuyo sistema inmunológico presenta anticuerpos específicos en la sangre, creados frente a un agente infeccioso (virus, bacterias, hongos o parásitos) al que el organismo estuvo o está expuesto. En este caso, ante el virus de la inmunodeficiencia humana. En nuestro trabajo referimos a estas vivencias en términos de personas positivas, reemplazando la categoría de *portador de sida o de VIH*. Este último se torna estigmatizante y resulta ofensivo porque alude a una persona que posee una carga que puede depositar en otros. Además, el sustantivo "portador" está relacionado con las armas y emparentado con los discursos bélicos.

Parejas sero-discordantes¹³: son aquellas en las cuales uno de sus integrantes vive con VIH y la otra persona no. Durante el tratamiento se presentan situaciones que generan miedos e incertidumbre, como por ejemplo en las altas y bajas de CD4¹⁴ y la carga viral; por lo que es importante que ambos integrantes de la pareja accedan a espacios de acompañamiento e información. Se recomienda a las personas que compartan algunas de

¹³ Las recomendaciones aquí incluidas también cuentan como válidas para serodiscordancias presentes en vínculos sexo afectivos de más de dos personas (trijeas, vínculos poliamorosos, etc)

¹⁴ Los linfocitos-T CD4 son un tipo de células que constituyen una parte esencial del sistema inmunitario. Su función principal es la de activar al propio sistema alertándole de la presencia de patógenos o de una replicación errónea de células humanas. Los linfocitos CD4 son un tipo de glóbulo blanco que ayuda a combatir infecciones al hacer que el sistema inmunitario destruya virus, bacterias y otros gérmenes que pueden enfermarlo. Un conteo de CD4 es una prueba bioquímica que mide la cantidad de linfocitos CD4 en la sangre.

las consultas con lxs profesionales de salud, como así también su compañerx se realice análisis de rutina cada 6 meses.

Vulnerabilidad: utilizamos este concepto siguiendo las elaboraciones de Bloch Claudio (2010), quien comprende la epidemia en tres dimensiones interdependientes: individual, social y programática.

La vulnerabilidad individual parte del principio de que todas las personas son susceptibles a la infección. Ya que el virus no discrimina por orientación sexual, pertenencia de clase, identidad de género, etc., sino que es una problemática que compete a toda la sociedad en su conjunto, debido a que la transmisión se ha vuelto masiva¹⁵.

Sin embargo la infección, en tanto vulnerabilidad social, se encuentra condicionada por atravesamientos contextuales: desigualdades de clases sociales, estructuras jurídicas-políticas, relaciones de género, relaciones raciales, creencias religiosas, entre otras. En palabras del autor:

la obtención de información, la posibilidad de metabolización de esas informaciones y el poder de incorporar cambios en las prácticas no dependen sólo de las personas individualmente, sino además de aspectos como acceso a los medios de comunicación, escolarización, disponibilidad de recursos materiales, poder de influencia en las decisiones políticas, posibilidad de enfrentar barreras culturales, etc. (p. 109).

Para que las personas puedan disminuir efectivamente su probabilidad de infectarse, los recursos deben estar disponibles en forma efectiva y democrática. Cuando esto no sucede, entramos dentro del campo de la vulnerabilidad programática que tiende a profundizar las condiciones de vulnerabilidad social existentes.

Utilizaremos la categoría de vulnerabilidad en el cuerpo del trabajo en contraste a la definición de "grupo de riesgo o poblaciones clave". Según la ONUSIDA (2022), los grupos sociales particularmente expuestos a la transmisión del VIH son lxs sujetxs que mantienen relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, ejercen el trabajo sexual o están vinculadxs al consumo de drogas.

En continuidad, el concepto de comportamientos de riesgo modifica la idea de que el riesgo está asociado a pertenecer a un grupo poblacional específico, trasladando el tema a los comportamientos que efectivamente exponen a las personas a la infección por VIH: “no importa quién es uno, sino qué hace uno” (Bloch, 2010, p.109). La principal limitación de esta noción es que apela a la responsabilidad de cada sujetx, con el efecto potencial de la

¹⁵ En la Argentina, según los datos del último Boletín sobre VIH e infecciones de transmisión sexual del Ministerio de Salud de la Nación (2020) se estima que 136 mil personas viven con VIH aunque un 17% de ellas lo desconoce.

culpabilización individual.

No existen condiciones biológicas que predispongan a la disidencia sexual u otros colectivos a la infección por el VIH, se deben considerar los múltiples factores que hacen vulnerable a determinadas poblaciones. Esto se vincula estrechamente con los procesos de desigualdad, discriminación y estigma (que abordaremos en el cuerpo de este trabajo).

Activismo positivo: se refiere a la autodenominación de la militancia social cuyo campo de acción es la defensa y promoción de los derechos de las personas con diagnóstico positivo de VIH. Este activismo se da tanto de manera individual como así también de forma colectiva representada en organizaciones civiles como la Red Argentina de Jóvenes y Adolescentes Positivos y la Red de Adultxs +30, entre otras.

Acompañamiento a pares: se entiende por acompañamiento a pares a una práctica desarrollada hacia dentro del activismo positivo que consiste en tejer redes solidarias de acompañamiento entre personas que conviven con VIH.

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS): son infecciones que se transmiten de una persona a otra durante una relación sexual vaginal, anal u oral sin protección. Las ITS se pueden transmitir por sangre, semen, líquido pre seminal o fluido vaginal. Cualquier persona puede estar expuesta, sin importar edad, identidad, orientación sexual o pertenencia social. Es posible contraer reiteradas veces la misma infección, ya que (las mismas) no generan inmunidad. Pueden ser producto de más de treinta tipos de virus, bacterias y parásitos. Las más frecuentes son la sífilis, la gonorrea, la clamidia, el Virus del Papiloma Humano (VPH), las hepatitis B y C y el VIH. Las ITS pueden no mostrar síntomas, algunas veces solo se detectan con un examen médico como análisis de sangre u orina. La mayoría de estas infecciones son tratables y muchas de ellas pueden curarse. De acuerdo al tipo de infección, si no se tratan, pueden producir diferentes problemas de salud¹⁶ (Fundación Huésped, 2022).

Se utiliza frecuentemente la sigla E.T.S. en lugar de I.T.S. Aclaremos que estas siglas no significan lo mismo. Cuando nos referimos a una infección producida por una relación

¹⁶ Disponible en: <https://www.huesped.org.ar/informacion/otras-infecciones-de-transmision-sexual/que-son-las-infecciones-de-transmision-sexual/>

sexual, utilizaremos el concepto ITS. Cuando la infección pasa a ser enfermedad, hablaremos de ETS.

Estrategia de Prevención Combinada (PC): es una estrategia amplia e integral de respuesta al VIH y otras ITS con un enfoque que se centra en ofrecer servicios en clave de salud sexual a las personas de manera individual, pero que apunta a dar respuesta y lograr transformaciones a nivel estructural. Está organizada en tres componentes: estructural, biomédico y comportamental; que incluyen intervenciones que deben contemplar los servicios de salud, los niveles de gestión y las áreas de comunicación. Asimismo, las intervenciones deben estar centradas en la autonomía de las personas, en sus grupos sociales y en los territorios en los que habitan; e integrar las nuevas tecnologías y estrategias de prevención a intervenciones con eficacia y efectividad consagradas en la prevención del VIH y otras ITS (Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación, 2022).

2.1.1 Procesos de estigmas y discriminación

El **estigma**, según Arístegui (2014), refiere a la identificación que un grupo social crea sobre una persona o grupo de personas, a partir de algún rasgo físico, conductual o social que se percibe como divergente de la mayoría. El estigma es un atributo devaluador (visible o invisible) que degrada y rebaja a la persona que lo posee. La estigmatización de la sexualidad, especialmente en las poblaciones LGTBTTIQ+, se nutre de la invisibilidad social y tiene su correlato en la falta de reconocimiento de la variedad de identidades y sexualidades, la marginación, la pobreza, la falta de acceso a servicios de salud.

Estas valoraciones negativas pueden también afectar las percepciones que las personas tienen sobre sí mismas, lo que da lugar al **autoestigma**. Consideramos relevante el aporte que en este sentido nos brinda Arístegui (2014), quien presenta el concepto de estigma interno o auto-estigma, al cual lo define como “las actitudes sociales descalificadoras que son internalizadas por el individuo” (p. 17). Además, la autora agrega:

El estigma interno va a influir en la manera en que una persona se percibe a sí misma y la manera en que cree ser mirada por los demás. Esto, muchas veces conlleva sentimientos de vergüenza, incapacidad y culpa, que afectan psicológica y socialmente a las personas. El estigma interno muchas veces paraliza a la persona quien presenta pensamientos del tipo “No puedo hacerlo”, “No soy lo suficientemente bueno”, “Nadie me amara”, “No me merezco nada mejor”, que afectan la autoestima (p. 17).

La **discriminación** es el resultado final de un proceso de estigmatización que alude al

trato diferente e injusto que se da a una persona sobre la base de su pertenencia, o supuesta pertenencia, a un grupo en particular. Es la puesta en acto del estigma. Así, cuando se habla de discriminación por VIH, se hace referencia al trato diferente y desventajoso, que recibe una persona debido a que se sabe, o se supone, que vive con VIH (Aristegui, 2014).

Tanto el estigma como la discriminación son manifestaciones/expresiones concretas de la desigualdad social. Sin embargo, estos procesos de violencia generan a su vez una respuesta por parte de la sociedad que se organiza en torno al activismo positivo.

2.1.2 Campaña (I=I). ¿Qué significa «Indetectable es igual a Intransmisible»?

Cuando una persona con VIH toma su medicación todos los días y su carga viral alcanza niveles indetectables por más de 6 meses (no hay suficientes copias del VIH en su flujo sanguíneo como para que los estudios la detecten), no puede transmitir el virus por vía sexual. El movimiento de las personas que conviven con VIH y la comunidad científica internacional toma la consigna «indetectable es igual a intransmisible» o «I=I» para difundir esta información, con el objetivo de reducir la discriminación y el estigma asociado al VIH.

La información difundida por la campaña está apoyada en varios estudios que la comprueban, entre los que se encuentran el *HPTN 052 study*, el *Partner1* y *Partner2*. Este último, publicado en la Revista científica *The Lancet* (2019)¹⁷, confirma que 'indetectable es igual a intransmisible'.

Esta investigación científica se realizó con casi mil parejas serodiscordantes de 14 países de Europa que mantenían relaciones sexuales sin preservativo o campo de latex, en las que la persona con VIH tenía carga viral indetectable por adherir a la terapia antirretroviral. Luego de ocho años de seguimiento, no se registró ningún caso de transmisión del VIH en ninguna de las parejas. La publicación del estudio Partner 2 cuenta con un apartado de interpretación de los resultados obtenidos, en el que expresan lo siguiente:

Nuestros resultados brindan un nivel de evidencia similar sobre la supresión viral y el riesgo de transmisión del VIH para los hombres homosexuales al generado previamente para las parejas heterosexuales y sugieren que el riesgo de transmisión del VIH en las parejas homosexuales a través del sexo sin condón cuando se suprime la carga viral del VIH es efectivamente cero. Nuestros hallazgos respaldan el mensaje de la campaña U=U (indetectable es igual a intransmisible) y los beneficios de las pruebas y el tratamiento temprano para el VIH¹⁸ (Rodger; Cambiano, Bruun y Vernazza, 2019, p.8).

¹⁷ Los resultados completos y finales se encuentran disponibles en:
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30418-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30418-0/fulltext)

¹⁸ Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30418-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30418-0/fulltext)

- La Alianza Federal “I=I: de Ushuaia a la Quiaca”

Esta alianza federal nuclea a organizaciones sociales, políticas, culturales, asociaciones civiles, instituciones estatales y no estatales y tiene como objetivo difundir el mensaje de que Indetectable = Intransmisible a todo el territorio de Argentina.

Las principales impulsoras son la Asociación Ciclo Positivo, la Red Argentina de Jóvenes y Adolescentes Positivos, el Instituto Nacional contra el Estigma y la Discriminación, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH-sida (ONUSIDA), la Sociedad Internacional de SIDA, entre otras.

Estas organizaciones estiman que “139 mil personas viven con VIH en Argentina y cada año se conocen 5800 nuevos casos, entre los que adolescentes y jóvenes son los más afectados”¹⁹. Los procesos de estigma, discriminación y múltiples violencias se siguen manifestando a pesar de los avances bio-médicos y científicos en torno al VIH y otras ITS que hacen que las personas que conviven con estas infecciones o virus tengan una vida como cualquier otra persona.

Se puede rastrear diferentes iniciativas y políticas públicas alrededor del mundo que están dirigidas a reducir la discriminación y violencias contra personas que viven con VIH. El mensaje Indetectable es igual a Intransmisible funciona como una herramienta para mejorar la salud y la vida de miles de personas. Sin embargo, en Argentina no se contempló la posibilidad de realizar una campaña masiva en este sentido y con esta información porque, según el relato vertido por el activista de la organización Ciclo Positivo Franco Bova, desde el Ministerio de Salud se esgrimió que uno de los argumentos por lo que no se difundió masivamente el mensaje de I=I, era porque no estaban aseguradas las condiciones para garantizar reactivos e insumos para que toda la población acceda al control de carga viral (CD4) que es la que controla la indetectabilidad de las personas (Franco Bova en el XIX Simposio Científico de Fundación Huésped).

La Alianza Federal (2022) puntualiza los siguientes 10 beneficios que trae acuñado el mensaje de Indetectable es igual a Intransmisible:

- 1-Motiva a sostener la adherencia al tratamiento.
- 2-Promueve mantener una vida plena y saludable.
- 3-Incentiva a realizar el seguimiento de la salud.

¹⁹ Información disponible en: <https://indetectable.info/>

- 4-Disminuye los niveles de estigma internalizado.
- 5-Anima a las personas a acceder a su diagnóstico.
- 6-Evita la transmisión y nuevas infecciones de VIH.
- 7-Permite vivir una sexualidad sin miedo.
- 8- Reduce los niveles de discriminación social.
- 9-Facilita hablar de VIH desde una perspectiva positiva.
- 10-Cambia para siempre lo que significa vivir con VIH²⁰.

A modo de cierre de este apartado, reflexionamos sobre la importancia del lenguaje en nuestra cotidianidad y cómo construimos realidad en base a la manera en que nombramos, de allí la importancia de problematizar las formas en que ponemos en palabras al virus y a las personas que conviven con él; para así despojarnos de términos o definiciones que reproducen procesos de estigma y discriminación. Además advertimos que en el caso de que permanezcan consultas o dudas, alentamos a conversar con personas que conviven con VIH u otrxs miembrxs de cualquier equipo de salud que se encuentre capacitadxs en la temática.

2.2 Genealogías del virus en Argentina

“La soledad, el miedo y la discriminación están presentes. Muchas veces hay personas que mueren civilmente antes de morir clínicamente”
Roberto Jáuregui. 1993

“Entre un 12 o 15% de los pares dicen que había médicos que se negaban a tocarlos previos a la pandemia porque tenían VIH, y si bien es bajo pero es terrible que se sigan dando, así sea el 1% debería ser 0%.”
Referentx de la RAJAP (Red Argentina de Jóvenes y Adolescentes Positivos). 2021

Cuatro décadas transcurrieron entre los primeros diagnósticos de VIH/sida y la actualidad. En sus orígenes, esta infección se manifestaba como una enfermedad mortal, con tratamientos prácticamente inexistentes y equipos de salud que no contaban con recursos e infraestructura para hacer frente al virus. Es por eso que las personas se encontraban en una situación de vulnerabilidad frente a un Estado que no planificaba respuestas (Fundación Huésped, 2021).

Con el paso de los años se desarrollaron avances en las investigaciones sobre el virus

²⁰ Disponible en: <https://indetectable.info/>

que permitieron generar una respuesta más eficaz a la epidemia y, como consecuencia, mejorar los tratamientos que hicieron posible que la infección por VIH se transformara en una condición crónica. Sumado a estos progresos en el campo médico a nivel mundial, en Argentina se consiguió la sanción de la Ley Nacional de Sida N° 23.798 como resultado de décadas de movilización, organización y lucha colectiva.

Valiéndonos de la reconstrucción histórica elaborada desde Fundación Huésped (2021), señalamos a continuación algunos de los hitos sobre el VIH/sida que consideramos más relevantes. En nuestro país, los primeros casos registrados de VIH se conocieron en 1982 y los diagnósticos iniciales se concentraron sobre todo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En ese momento, la escasa información generaba un contexto de estigma y discriminación hacia quienes tenían el virus y también hacia quienes lo trataban. Fue desde la sociedad civil, en particular desde organizaciones no gubernamentales como Fundación Huésped, desde donde se generaron aportes para las instituciones que abordaban el tratamiento del virus.

En el origen de la epidemia, la misma se conocía como “peste rosa” por su transmisión entre hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH²¹). Esa concepción fue transformándose con el tiempo, aunque aún perdura enraizada en ciertos imaginarios colectivos. Es en este contexto que organizaciones de la diversidad sexual que venían colocando en la arena de lo público el reclamo de sus derechos incorporan a sus programas las demandas ligadas a la exigencia de una respuesta estatal integral al VIH y por mejoras en la calidad de vida de las personas que convivían con el VIH/sida.

Consideramos relevante hacer mención a la figura de Roberto Jauregui, quien fue la primera persona con VIH en Argentina en hacer público su diagnóstico. A partir de su activismo, realizó un importante aporte para instalar la problemática en la agenda pública y dar impulso a la elaboración de múltiples políticas públicas para la prevención del virus y la promoción de derechos.

Con el correr del tiempo y los avances en el mundo que se produjeron en torno a la respuesta a la epidemia, avanzaron las investigaciones y los conocimientos sobre el virus. En nuestro país, gracias a la movilización del activismo antes mencionado, se consiguió la sanción de la Ley de respuesta al VIH-SIDA (1990), lo que abonó el terreno para que luego

²¹ HSH o MSM: estas siglas son acuñadas por profesionales de la Salud y el Modelo Médico Hegemónico, principalmente para dar cuenta de las cuestiones ligadas al VIH o al sida. Pensamos que la utilización de estas categorías reproducen las lógicas de los "grupos de riesgo", quiénes estarían determinados por ciertas prácticas o comportamientos que exponen a las personas a contraer VIH y otras ITS. Si bien estas siglas se presentan de manera neutra, de utilización técnico-instrumental, en realidad encubren atravesamientos políticos-culturales ligados a concepciones patriarcales y heteronormativas en el campo de la salud

se conquistaran las leyes de Salud Sexual (no) Reproductiva y de Educación Sexual Integral.

Actualmente podemos mencionar que existen diversos espacios que acompañan y promocionan derechos de las personas con VIH; la Red Argentina de Jóvenes Positivos (RAJAP), la Red Argentina de Adultos Positivos, la Asociación Ciclo Positivo, entre otras.

Por otra parte, cabe resaltar que en el marco de la pandemia de COVID-19, se avanzó en la Fase III de una vacuna²² para el VIH, y Argentina es uno de los países donde se realizan las pruebas. A pesar de que la vacuna representaría un avance cualitativo en la prevención y respuesta al VIH, gran parte del activismo expresa la necesidad de hallar una cura médica como una forma de garantizar una mejora en la calidad de vida.

A finales del mes de marzo de este año, se presentó por cuarta vez y luego de perder estado parlamentario (aun estando en temario de sesiones extraordinarias) un proyecto de Ley de respuesta al VIH, hepatitis virales, tuberculosis e infecciones de transmisión sexual (ITS). La finalidad del proyecto fue reemplazar la Ley 23.798 de SIDA.

Finalmente, el día 5 de mayo de 2022 se consiguió la media sanción por parte de la Cámara de Diputados con 241 votos afirmativos y 8 votos negativos²³; y el jueves 30 de junio del 2022 con 60 votos a favor y uno en contra²⁴, se le dio sanción definitiva a la Ley N° 27.675 de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, otras Infecciones de Transmisión Sexual -ITS- y Tuberculosis -TBC-.

2.2.1 Memorias del VIH en Córdoba

Para reconstruir las huellas del VIH/sida en Córdoba entrevistamos a un trabajador del Programa Provincial de Lucha contra el VIH-SIDA y ETS dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia. A continuación, realizamos una síntesis que presenta algunos de los aspectos sobre el origen y devenir de la pandemia hasta la actualidad.

Frente a los primeros diagnósticos de personas positivas en territorio provincial, la institución que desde entonces centraliza la investigación e intervención sobre el VIH es el Hospital Rawson. Durante los finales de la década del '80, la dinámica de trato y atención

²² Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-12-01/una-vacuna-contra-el-vih-llega-a-la-ultima-fase-de-ensayos-por-primera-vez-en-mas-de-10-anos.html?outputType=amp>

²³ Los ocho votos negativos corresponden a los diputados José Luis Espert y Carolina Píparo (Avanza Libertad), Javier Milei y Victoria Villarruel (La Libertad Avanza) y Ricardo López Murphy, Pablo Torello, Francisco Sánchez y Paula Omodeo (Juntos por el Cambio).

²⁴ El voto en contra fue del Senador Humberto Schiavoni, jefe del bloque Pro-Juntos por el Cambio.

consistía en aislar a las personas en pabellones especiales y, quienes lxs visitaban, tenían que usar obligatoriamente equipo de protección personal (EPP) consistentes en barbijo quirúrgico, camisolín, guantes y protección ocular. En cuanto a los tratamientos antirretrovirales, en los primeros años poseían fuertes cargas de toxicidad y los medicamentos “no se diferenciaban demasiado de algunos impactos de las quimioterapias” (Trabajador del equipo de salud del Programa Provincial de lucha contra el VIH, SIDA y ETS, comunicación personal, 19 de abril de 2022).

En cuanto a la prevención de la epidemia, las estrategias que se trazaron desde el Ministerio de Salud en aquellos años para frenar el avance de la misma se trataron del incentivo al uso del preservativo, sobre todo en las llamadas “poblaciones clave: hombres que mantenían relaciones con hombres, trabajadorxs sexuales y personas con algún tipo de adicción a sustancias”. La adherencia a la medicación simplemente se administraba como una manera de ampliar los márgenes de una “sobre vida”. Entrados los años 2000, los esquemas se simplificaron aumentando considerablemente la calidad de vida de la población y aminorando los efectos adversos de los cócteles de pastillas.

El trabajador del equipo de salud del Programa Provincial de lucha contra el VIH, SIDA y ETS (comunicación personal, 19 de abril de 2022) manifiesta que Córdoba fue pionera en el despliegue de políticas públicas tendientes a detener la epidemia. Por ello, y mediante la Resolución N° 1637/88 fue creada la Comisión Técnica Asesora de Prevención y Control de VIH-SIDA y ETS de la Provincia de Córdoba, dependiente del Ministerio de Salud. Cabe señalar que dicha Comisión se instaura previamente a la sanción de la Ley Nacional de SIDA (normativa que desarrollamos en el cuerpo de este trabajo). La Comisión significó un precedente a la Ley Provincial N° 9161, sancionada y promulgada en el año 2004. Esta reglamentación tiene por objetivo “normar todas las acciones dirigidas a la prevención, investigación y tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Para cumplimentar dichos objetivos se instrumentó la creación del Programa Provincial de VIH-SIDA y ETS”²⁵ de Córdoba.

En la actualidad, dentro de los objetivos del Programa Provincial y sus instituciones, se encuentra el intentar acercarse al cumplimiento de las llamadas “Metas 95-95-95”. Estas

²⁵ Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/9990.html>

metas actualizadas por la ONUSIDA (2015) para 2026 pretenden que “95% de las personas con el VIH estén diagnosticadas, que 95% de las personas diagnosticadas reciben tratamiento antirretroviral y que 95% de las personas en tratamiento tengan una carga viral indetectable”²⁶. Desde el Programa se expresa que “esas metas están lejanas a alcanzarse en su globalidad en Córdoba”.

Aunque hay avances, sobre todo en cuanto a lo referido a lo científico: medicaciones que se fueron simplificando; la oferta de testeo es mayor; asistimos a una descentralización de la entrega de medicación; los abordajes interdisciplinarios mejoran la calidad de vida; se cuenta con programas de asistencia social para acompañar a las personas positivas, etc., aunque unx referentx del Programa Provincial, reconoce que persisten desigualdades en relación a lo territorial. Esta persona manifiesta que "no es lo mismo ser de Capital que de un pueblo o ciudad de traslasierra" como tampoco da lo mismo “ser de Nueva Córdoba o Barrio Centro; que habitar en un barrio periférico atravesado por el uso de transporte público”. Aunque la incidencia del VIH y sida persiste en las “poblaciones históricamente claves” antes mencionadas, se considera que hay un nuevo rostro en lxs sujetxs que conviven con el virus y otras infecciones: “el VIH cada vez tiene más cara de mujer, de poblaciones pobres y rurales”(Referentx Programa Provincial de lucha contra el VIH, SIDA y ETS, comunicación personal, 19 de abril de 2022).

El año pasado, y como una forma de sumar una nueva opción que permitiría ampliar el acceso a la detección y diagnóstico del VIH, Córdoba junto a Buenos Aires, Salta y San Luis, cooperó en la investigación de un auto-test de VIH. El auto-test es una herramienta que favorece el acceso al diagnóstico temprano del virus. El estudio buscó generar evidencia para la aprobación del auto-test en todo el país. Para su puesta en marcha, se convocó a personas que pertenecían a los “grupos que se consideran clave” en la estrategia. Cabe aclarar que dicha estrategia no estuvo exenta de tensiones con organizaciones de la diversidad sexual, quienes denunciaron a la Secretaría de Derechos Humanos que las piezas publicitarias contenían un sesgo discriminatorio.

Desde el Hospital Rawson se reconoce que junto con el Programa Provincial siempre se estuvo en diálogo y trabajo conjunto con la sociedad civil, desde personas que de manera voluntaria asistían a personas con sida, hasta colectivos organizados. En los orígenes de la epidemia había más de cincuenta entidades que intervenían en el Hospital acompañando.

²⁶ Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_es.pdf

En la actualidad se ha reducido ese número, pero los vínculos son constantes. Entre los espacios que accionan hoy se mencionó a la Asociación Argentina de Mujeres Meretrices de Córdoba (AMMAR), a la Asociación Argentina de Travestis, Transgéneros y Transexuales de Argentina (ATTTA) filial Córdoba, a la Red Argentina de Jóvenes y Adolescentes Positivos (RAJAP Córdoba), a la Red de Adultos Positivos de Argentina (RAP +30), entre otras (Referentx Programa Provincial de lucha contra el VIH, SIDA y ETS, comunicación personal, 19 de abril de 2022).

Por último, es relevante destacar el trabajo que se realiza desde la redacción de la Revista Info Adherencia, ésta es una elaboración específica del Programa Provincial de VIH/SIDA y ETS dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. La misma se piensa como un medio de comunicación para personas viviendo con VIH/sida que están en Tratamiento Antirretroviral. Esta revista desde sus líneas destaca la importancia de trabajar en la adherencia, ya que es un “momento en que los tratamientos adoptan rostros humanos y llegan verdaderamente a las personas. La adherencia permite anteponer el proyecto de vida a la enfermedad”²⁷.

2.3 Marco normativo y políticas públicas sobre VIH situadas

Hay un conjunto de aspectos que estructuraron el campo de intervención disciplinar, desde normativas, reglamentaciones, políticas públicas; que son producto y construcción continua de disputas de lxs actores implicadxs.

A través de un breve recorrido histórico, reconstruimos las luchas del Movimiento LGTBTTTIQ+ y los feminismos en Argentina, quienes como resultado de décadas de movilización, organización y lucha colectiva han logrado avances en materia legislativa que es considerada de vanguardia en el mundo. Entre ellas destacamos las siguientes leyes nacionales: Educación Sexual Integral (N° 26.150), Matrimonio Civil²⁸ (N° 26.618), Identidad de Género (N° 26.743), Interrupción Voluntaria del Embarazo (N° 27.610) y la de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, otras Infecciones de Transmisión Sexual -ITS- y Tuberculosis -TBC- (N° 27.675).

Nos pareció pertinente contextualizar estas normativas y conquistas en sintonía con lo planteado por Hermida (2018), en su elaboración sobre el enfoque de derechos populares

²⁷ Disponible en: <https://www.cba.gov.ar/intervenciones/>

²⁸ Conocida como Ley de Matrimonio Igualitario.

gestados en un marco societal post 2001. Signado por la ruptura con los gobiernos neo-liberales, al calor de las luchas y el aumento de la participación ciudadana directa y activa. Es así que las reivindicaciones y necesidades de la población y los movimientos sociales, entre los que se hallan los feminismos y las disidencias sexuales, entran en la agenda pública y se materializan en un conjunto de leyes a partir del año 2003. A la vez, la disputa de sentidos de estas leyes, a partir de la cuarta ola feminista²⁹ en donde se ponen en discusión, es decir se politizan, las necesidades (Fraser, 2015) que antes estaban en el ámbito privado. Como por ejemplo el acceso al aborto legal, seguro y gratuito, junto con una serie de demandas en vistas del cumplimiento de los derechos de las mujeres y disidencias sexo-genéricas.

Es en este “clima de época” que las cuestiones de género y disidentes cobraron mayor relevancia en la conciencia colectiva, haciendo que todo lo relacionado a estas luchas comenzaran a impregnar gran parte de la agenda cotidiana, pública y del campo académico, generando así un terreno fértil a partir del cual se multiplicaron las voces y producciones que abordan estas temáticas.

- Leyes Nacionales:

Para profundizar en torno a la comprensión del estado y situación actual del VIH se nos tornó pertinente una revisión de la legislación vigente. En Argentina se consagró desde el año '90, mediante la Ley Nacional de SIDA N° 23.798 la detección, investigación, diagnóstico y tratamiento de la infección. Como así también su prevención, asistencia, rehabilitación y las medidas tendientes a evitar su propagación. El Estado debió garantizar de manera obligatoria programas, capacitación de recursos humanos y un sistema de información establecido para el cumplimiento de los mismos. En el Artículo 3 de la Ley, se definía como: “autoridad de aplicación al Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, a través de la Subsecretaría de Salud, la que podrá concurrir a cualquier parte del país para contribuir al cumplimiento de esta ley”.

La antigua y ya derogada Ley Nacional de SIDA señalaba que al momento de interpretación de la misma u otras normativas complementarias no se podía, en ningún

²⁹ La enunciación de ola feminista hace referencia a cada una de las distintas etapas que definieron, el desarrollo histórico del movimiento feminista a nivel mundial (esta definición de la cuarta ola es construida desde un sector de los feminismos, e incluso es puesta en tensión por los feminismos del Sur). Ideas elaboradas en base a lo escrito por Tomé, Danila (2019) *El Mar proceloso del feminismo: ¿En qué ola estamos?* para Economía Feminista. Recuperado de <https://economiafeminista.com/en-que-ola-estamos/>

caso, afectar la dignidad de las personas. Produciendo cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación. Como así también realizar acciones que vayan en perjuicio del derecho a la confidencialidad y la privacidad.

La Ley de SIDA, funcionó como fuente de la Ley N° 26.519 de Derechos del Paciente (2009) la misma establece derechos inalienables en los procesos de salud-enfermedad-atención. En primera instancia, garantizar la “asistencia sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición”. En segundo lugar, asegurar a las personas el derecho a saber sobre su estado de salud y decidir sobre los posibles tratamientos. En tercer lugar, se delinear algunos aspectos del vínculo entre usuarios y lxs profesionales de la salud. Haciendo foco en el trato digno y respetuoso, al debido resguardo de la intimidad sobre los datos sensibles de las personas y a la confidencialidad, entre otros. La promulgación de la Ley Nacional de SIDA, fue pionera en Latinoamérica por garantizar el tratamiento universal para todas las personas con VIH.

En el transcurso del año 2022 se promulgó la Ley N° 27.657 de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, otras Infecciones de Transmisión Sexual -ITS- y Tuberculosis -TBC-. Esta nueva normativa viene a reemplazar la anterior Ley de SIDA y tiene entre otros objetivos dar un enfoque no sólo sanitario a la cobertura al VIH y otras I.T.S. sino que dispone de un abordaje integral e interdisciplinario que se erige desde la salud colectiva con perspectiva de derechos humanos y de género. Nos resulta central señalar alguno de los ejes de esta nueva Ley entre los que encuentran: el estímulo a la investigación científica para lograr una cura bio-médica y su potencial socialización; la creación de un observatorio sobre estigma y discriminación hacia las personas que conviven con VIH y Hepatitis; el impulso de derechos laborales y de la seguridad social (régimen especial de jubilaciones y pensiones para personas en situación de vulnerabilidad); incorporar las realidades de transmisión vertical y dar lugar al protagonismo de las infancias y juventudes. Por último, un elemento a destacar es la inclusión de la sociedad civil y los activismos en la construcción y evaluación de políticas públicas para dar respuesta a las infecciones y el virus.

Por otra parte, abordamos la Ley Nacional N° 25.673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2003). El mismo es dependiente del ámbito del Ministerio de Salud, y entre algunos de sus objetivos se establece:

- ❖ Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- ❖ Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de vih/sida y patologías genital y mamarias;
- ❖ Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa;
- ❖ Detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, vih/ sida y cáncer genital y mamario.
- ❖ Establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y cáncer genital y mamario.
- ❖ Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Además el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable promueve la creación de Consejerías Integrales en Salud Sexual y Salud Reproductiva³⁰. Estos espacios se piensan como una estrategia central de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva, con perspectiva de derechos y género. Es decir como un dispositivo guiado por los principios de autonomía personal, igualdad, diversidad e integridad corporal.

Su objetivo central es posibilitar el acceso gratuito, adecuado y a tiempo, a elecciones autónomas por parte de lxs usuarixs. Siguiendo la información provista en la introducción de los documentos de trabajo, podemos afirmar que las Consejerías se constituyen como un espacio que promueve la autonomía, la confidencialidad y el pensamiento crítico. Donde se deben incorporar estrategias de capacitación, sensibilización y fortalecimiento para mejorar el acceso al sistema de salud y la calidad de la atención por parte de lxs profesionales de salud.

A modo de cierre de este apartado, y si bien no se trata de una normativa sanitaria, consideramos pertinente citar la Ley Nacional de Educación Sexual Integral N° 26.150 que estipula la definición de lineamientos curriculares que acuerdan un piso común obligatorio para el abordaje de la educación sexual integral en todas las escuelas del país. Está Ley fija contenidos relacionados a los derechos de niños, niñas y adolescentes en torno a la SSynR, las ITS, el VIH/sida, entre otras.

- Leyes Provinciales:

En Córdoba se sancionó en el año 2007 la Ley N° 9161, esta recoge la misma regulación de la normativa nacional de VIH/sida. Como expresamos anteriormente la

³⁰ Disponible en: https://campus.unc.edu.ar/sites/default/files/04Consejerias%20propuesta_3.pdf

provincia fue pionera en el despliegue de estrategias tendientes a detener la epidemia: Antes que la Ley Nacional de SIDA fue creada por la Resolución N° 1637/88 la Comisión Técnica Asesora de Prevención y Control de VIH-SIDA y ETS de Córdoba, dependiente del Ministerio de Salud. Las políticas públicas, llevadas a cabo por la Comisión significaron un precedente anterior a la Ley N° 9161, sancionada y promulgada en el año 2004. Esta reglamentación, tiene por objetivo “normar todas las acciones dirigidas a la prevención, investigación y tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y de enfermedades de transmisión sexual (ETS), en el marco de lo dispuesto por la Ley Nacional N° 23.798. Y los fines de instrumentación, crea el Programa Provincial de VIH-SIDA y ETS”³¹.

El articulado de la Ley provincial estipula la creación del Programa Provincial de lucha contra el VIH/SIDA y ETS para dar un nuevo paso de respuesta desde el Estado a la epidemia. Ajustando su accionar para cumplimentar con efectividad las prescripciones de la Ley Nacional N° 23.798. El Programa procurará:

- ❖ Compartir responsabilidades contra la propagación del VIH/SIDA Y ETS, optimizando recursos oficiales, de las organizaciones de la sociedad civil y del sector privado, en realizar acciones tendientes a la prevención;
- ❖ Garantizar la educación de la población acerca de esta temática;
- ❖ Generar instancias de detección, análisis e investigación sobre VIH;
- ❖ Brindar tratamiento de la enfermedad, provisión de medicamentos y análisis específicos;
- ❖ Ofrecer asistencia integral y rehabilitación de los enfermos y su integración familiar;
- ❖ Crear una Comisión Técnica Asesora de Prevención y Control de VIH/SIDA y una Unidad Coordinadora del Programa de Lucha contra el VIH/SIDA y ETS.

A la vez establece que la autoridad de aplicación debe obligatoriamente organizar el Programa de VIH-SIDA y ETS, como así también campañas masivas de comunicación, con la finalidad de:

Informar y generar prevención y compromiso frente a la problemática regulada por la presente ley. Llevar a conocimiento de la población las características del SIDA, las posibles causas o medios de transmisión y contagio, las medidas aconsejables de precaución y los tratamientos adecuados para su curación, en forma tal que se evite la difusión inescrupulosa de noticias interesadas (Ley provincial N° 9161, 2007).

- Ordenanzas Municipales de la Ciudad de Córdoba:

En cuanto a las reglamentaciones municipales y las políticas públicas que se desprenden a nivel local, identificamos la Ordenanza 10.890 (2005) que crea el Programa de Prevención y Detección Precoz del VIH-SIDA. Este programa contempla como objetivo:

³¹ Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/9990.html>

Disminuir el ritmo de progresión de la epidemia del VIH-SIDA con una estrategia de prevención sostenida, participada y articulada, mediante un diagnóstico precoz en la atención primaria, aumentando el conocimiento de la condición serológica de la población, desarrollo de la capacidad de vigilancia poblacional y seguimiento individual y reducción de nuevas infecciones.

A su vez, plantea la creación de una red de Centros Urbanos de Información, Diagnóstico, Asesoramiento y Testeo electivo en forma gratuita en el Primer Nivel de la Atención Municipal; designando como efectores de las acciones previstas, a los equipos de salud de la Dirección de Medicina Preventiva, la Dirección de Especialidades Médicas, y todos los centros dependientes de la Dirección de Atención Primaria de la Salud (Dispensarios y UPAS). Actualmente dicho Programa se encuentra bajo la coordinación del Dr. Luis Kremer.

CAPÍTULO III: Conceptualizaciones disciplinares en relación al VIH

3.1 Campo problemático: una construcción ética-política

Si bien todo lo desarrollado hasta aquí hace a la conformación del campo problemático, a continuación focalizamos en los vínculos entre nuestra problemática de intervención y el mismo, de acuerdo a la conceptualización delineada por Rozas Pagaza (2011):

Repensar las políticas sociales y la cuestión social constituye un esfuerzo de maduración intelectual y recrea la intervención profesional, en tanto proceso que se construye a partir de las manifestaciones de la cuestión social y que dichas manifestaciones son las coordenadas que estructuran el campo problemático. Al mismo tiempo, dichas manifestaciones se expresan en la vida cotidiana de los sujetos generando un conjunto de tensiones que afectan sus condiciones de vida y que se constituyen en obstáculos para el proceso de reproducción social (p.46).

En cuanto a nuestro tema de intervención, que se encuentra dentro del campo de la salud sexual, consideramos que circulan en la población en general y en lxs efectorxs de salud en particular, representaciones sociales que asocian el VIH con la muerte. Esta concepción que aún perdura enraizada en ciertos imaginarios colectivos se reproduce y refuerza en las instituciones sanitarias, por ejemplo particularmente en la DEM y el marco de la jornada realizada por el Primero de Diciembre, “Día Internacional de Respuesta al VIH”, el personal de la Dirección colocó en la entrada de la institución una frase que refiere al "combate al SIDA" acompañado de imágenes lapidarias y necrológicas.

Entendemos estas representaciones como construcciones sociales que se generan en torno a un determinado aspecto de la realidad circundante y que en su conjunto terminan definiendo un sentido común, “una visión colectiva del mundo internalizada a través de creencias, valores y normas de un grupo social sobre diversos aspectos de la vida cotidiana” (Sirvent, 2008, p.35). Sin embargo, coincidimos con Margulies (2008) quien señala que las representaciones sociales no se deben concebir como relatos exteriores que se imponen a sujetxs pasivxs sin capacidad de (re)interpretación. Ni tampoco comprenderlas como narrativas consensuadas exentas de contradicciones, de tensiones y disputas por la construcción social de los significados.

No obstante, somos conscientes que predominan ciertas construcciones sociales de sentidos que generan miedos, estigmas y discriminaciones, que muchas veces se constituyen como obstáculos en la reproducción cotidiana de la existencia de las personas que conviven con el VIH. Al respecto, RAJAP manifiesta que:

(...) los cambios en la percepción social del VIH han avanzado más lento que la ciencia. Lamentablemente, la mayor representación asociada al VIH continúa siendo la de miedo: a una posible muerte, al rechazo, al juicio ajeno, a lo desconocido, a la incertidumbre por

sobre el futuro. todos producto del terror, el desconocimiento, la ignorancia y la negación de lo que hace al virus y al estigma sobre lo que significa tenerlo. Si el VIH se puede controlar y sigue siendo un problema social, entonces la que está enferma es la sociedad (2021).

Al comienzo de este escrito, desarrollamos algunos conceptos fundamentales que pretendemos recuperar a continuación para ponerlos en diálogo con experiencias sistematizadas por el Informe Ejecutivo de Fundación Huésped (2012) y de testimonios y experiencias recogidas en el trayecto de nuestra práctica. En primer lugar, Link y Phelan (2001) abarcan al estigma como un proceso social:

Primero, las personas distinguen y etiquetan las diferencias humanas. Seguidamente, basados en las creencias de la cultura dominante, las personas etiquetadas son ligadas a estereotipos negativos o características indeseables. Luego, se crean categorías diferentes para lograr una separación entre “ellos” y “nosotros”. Finalmente, las personas etiquetadas experimentan una pérdida de estatus social y pueden ser receptores de actos de discriminación (en Arístegui, Vazquez, Dorigo, y Lucas, 2012, p.17).

A consecuencia del estigma y discriminación, se materializan en la vida cotidiana de las personas que conviven con el VIH múltiples violencias, entre las que identificamos aquellas tanto de índole psicológicas (insultos, amenazas, burlas, rechazo y rumores) las cuales generan en lxs sujetxs sentimientos de culpa, baja autoestima, depresión, etc.; como aquellas de orden práctico, entre las cuales se encuentran la denegación de servicios y la violación de derechos laborales, sanitarios, sociales, etc. Su efecto es aún más perverso al reforzar y solaparse con otras discriminaciones preexistentes por género, orientación sexual, consumo de sustancias ilegales, pertenencia étnica, entre otras.

Desde la vivencia de Gonzalx Valverde (comunicación personal, 18 de septiembre de 2022) se expresa que:

(...)Te cansa, te agota, porque cuando no te violan la confidencialidad están diciendo “ay ahí viene el que tiene VIH” o cosas así muy bizarras que por suerte dejaron de pasar un poco pero en algunos casos sigue pasando, las miradas las risas y demás”

A continuación, retomamos varios relatos recogidos del informe ejecutivo realizado en 2012 desde la Fundación Huésped, con colaboración de la Red de Personas Viviendo con VIH de Mar del Plata. La siguiente elaboración fue compilada por Arístegui *et al.*:

“... se doblega, por ser trans y encima tenés sida y tenés sida porque además de ser trans, fuiste prostituta, trabajadora sexual y utilizaste drogas” (Trans+)³²

³² En este estudio se hace referencia a identidades trans con diagnóstico positivo en VIH (Trans VIH+) o persona trans con diagnóstico serológico negativo (Trans -). Diferimos de la utilización de estas categorías, porque, si bien son las utilizadas por instituciones estatales como por ejemplo el Ministerio de Salud, nos distanciamos de ellas por estar fundadas en las categorías de grupos de riesgo o poblaciones clave que ya analizamos de manera crítica en este trabajo. Consideramos que ni la identidad de género, ni la expresión u orientación sexual serían relevantes al momento de un análisis clínico o un estudio de ITS.

Es a través del estigma que se señala a determinados colectivos y sujetos como personas ligadas a representaciones y prácticas “inmorales”. En el caso del VIH, el estigma está asociado a conductas consideradas marginales, como el consumo de sustancias, el trabajo sexual, y la diversidad sexual en general (Aristegui *et al.*, 2012). De allí se desprende que aún hoy en el campo de la salud se utilice la categoría “población de riesgo”.

Estas valoraciones negativas pueden también afectar las percepciones que las personas tienen sobre sí mismas y la manera en que creen ser miradas por lxs demás, lo que da lugar a procesos de autoestigma (Aristegui, 2014).

En el informe antes mencionado, se llevaron a cabo entrevistas a “hombres que tienen sexo con hombres” (HSH) y poseen serología positiva. Al preguntar sobre el diagnóstico de VIH, muchos manifestaron que éste implica sentimientos de “culpa” y, en varios de los entrevistados, la preocupación no es sólo por el “temor al rechazo” sino también por la posibilidad de lastimar a sus seres queridos.

La investigación recoge el conjunto de sentimientos y actitudes que se manifiestan con frecuencia al respecto de vivir con VIH:

El 44% se culpa a sí mismo, 40% tuvo sentimientos de baja autoestima, 36% se sintió culpable y 14% tuvo sentimientos suicidas (...)

En todos los grupos de discusión se manifestaron sentimientos de vergüenza, culpa, baja autoestima y frustración, así como temor a la no aceptación por parte de sus otros significativos, debido a su orientación sexual, identidad de género o práctica de consumo(...). En todos los grupos, se observó que el estigma interno también tiene una dimensión comportamental, del “paso al acto”. Los entrevistados manifestaron conductas de autoexclusión, alejándose de espacios sociales y/o resguardándose en el anonimato. Para muchos, este comportamiento supondría una forma de protección ante el potencial daño emocional que la no aceptación de otros podría causarles. Es interesante destacar que estos actores sociales denominaron esta dimensión comportamental del estigma interno como conductas de “auto-discriminación” (Aristegui, *et al.*, 2012, p.93).

La discriminación por VIH, como resultado final del proceso de estigmatización, hace referencia al trato diferente y desventajoso, que recibe una persona debido a que se sabe (o se supone) que vive con VIH. La discriminación puede ser vivida a diferentes niveles: jurídico, institucional, e incluso comunitario o familiar (Aristegui, *et al.*, 2012). Es así que esto se manifiesta en la cotidianeidad de una persona que convive con VIH, quien nos comenta que “Yo llevaba mis propios cubiertos a los asados con mis amigos por el tema del VIH” (persona que convive con VIH, comunicación personal, 7 de abril de 2021).

Al respecto, un trabajador del área de Infectología de la Dirección de Medicina Preventiva, añade:

objetivamente hablando la vida no va a cambiar; objetivamente hablando;

subjetivamente si, depende de la persona y de su entorno; hay personas que tienen un entorno más amigable y otras que no. También está el tema de que hay muchos que se autoexcluyen, asumen que nadie los va a querer, eso tiene que ver con su formación. (Infectologx Programa Municipal de VIH-sida, comunicación personal, 27 de octubre de 2021)

En tanto vivencias de actos de discriminación, recuperamos del estudio de Fundación Huésped (2012) los siguientes relatos:

“Tuve que renunciar, que retirarme de la docencia primaria por el VIH, no por la homosexualidad... Mis colegas sabían [que era gay] y mis alumnos se daban cuenta y mis superiores también, pero cuando se supo y apareció en mi legajo que era VIH positivo, la dirección me sugirió muy respetuosamente que me fuera antes de generar un conflicto” (p.39).

Al mismo tiempo, un trabajador de la salud expresa:

“... yo he tenido un compañero... Que le había dicho al jefe y éste se lo contó a todo el mundo, entonces tomaban de una taza distinta... Y eran médicos con los que compartimos, con los que trabajamos nosotros... Es más, la taza que sabían que era de él le echaban lavandina...” (HSH-) (p.40).

Los miedos y las falsas creencias ligadas a los procesos de estigma y discriminación que se generan en torno al VIH no solamente impactan en las individualidades, sino que funcionan como obstáculos en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la condición generada por el VIH o sida a nivel global.

Es así que, de acuerdo al Índice de estigma y discriminación hacia las personas con VIH en Argentina 2.0³³ (Ministerio de Salud Argentina, ONUSIDA, RAJAP, Inadi y PNUD, 2021), un 42% de la población total estudiada dudó de hacerse la prueba de VIH por el temor de lo que podrían decir los demás, especialmente en el caso de que fuera un resultado positivo. En este sentido unx trabajadrx del área de Infectología alude que “hay gente que no quiere ir a Preventiva, como no quiere ir al Rawson porque dicen “voy acá y todo el mundo se va a enterar de que tengo o de que algo malo hice” (Infectologx Programa Municipal de VIH-sida, comunicación personal, 27 de octubre de 2021).

El mismo estudio indica que un 38% de la población total estudiada dudó o retrasó el tratamiento porque le preocupaba que su pareja, familia o amigxs supieran el estado serológico. A la vez, un 15% de esa misma población hace referencia al temor de que alguien supiera sobre su estado serológico, provocando que dejara de tomar algunas dosis del tratamiento. Al respecto unx referentx de RAJAP expresa que:

³³ Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/estudio-sobre-estigma-y-discriminacion-hacia-las-personas-con-vih-en-el-pais>

Hay números que son bajos por ejemplo creo que hablaba del 12 o 15% de los pares que decían que había médicos que se negaban a tocarlos previos a la pandemia porque tenían VIH, y si bien es bajo pero es terrible que se sigan dando, así sea el 1% debería ser 0% (Valverde G., comunicación personal, 2 de octubre de 2021).

En algunos testimonios se describen situaciones donde el estigma aparece estrechamente vinculado a la falta de información. Muchxs de lxs entrevistadxs mencionaron que, si las personas que los rodean tuviesen mayores conocimientos, ellxs podrían hablar más libremente sobre su diagnóstico. En el mismo sentido, la desinformación va acompañada de sentimiento de miedo que generan prejuicios, según lo expresado en testimonios anónimos en respuesta a la pregunta “¿Tendrías sexo con una persona con VIH?” en el marco del primero de diciembre de 2021:

"Si tendría. Aunque por la desinformación mucho tiempo tuve miedo, en vez de tener elementos para comprender que lo peor que podés sentir es miedo frente a otra persona, solamente por vivir en una sociedad ignorante sobre el tema. Gracias amigos por la info..."

"Es una de las preguntas más difíciles, ya que el prejuicio y el miedo a la enfermedad no me lo permitiría disfrutar al momento sexual con una persona HIV pero el hecho de las campañas para concientizar y también enseñarnos sobre el tema y no tener prejuicio".

En cuanto a los índices de suicidio en personas con VIH, son cien veces más alto que en la población en general. El 22% de las personas con VIH han pensado en suicidio (Pelton, 2021).

Estas violencias hacia las personas que conviven con VIH suponen una vulneración de los derechos humanos y, por tanto, cuestionan los cimientos de cualquier sociedad democrática; es decir, se atenta contra la categoría de ciudadanía.

Entendemos a la ciudadanía como una categoría polisémica que es abordada desde múltiples disciplinas, particularmente nos interesan las lecturas que se hacen desde el Trabajo Social. Para ello, retomamos aquí las elaboraciones de Custo (2003), quien define a lxs ciudadanxs como:

sujetos de derechos, sujeto histórico, sujeto constructor de lo colectivo, sujeto a la libertad, sujeto a la dignidad (...) La ciudadanía como categoría puede ser considerada en torno a tres dimensiones: 1-La ciudadanía se identifica con los derechos civiles, sociales y políticos. 2- La ciudadanía es pertenencia a la comunidad política y a la oportunidad de contribuir a la vida pública de la comunidad. 3- La ciudadanía es participación en la construcción de una identidad y de un orden político y democrático

Además de la definición vertida, consideramos necesario ampliar la categoría de ciudadanía, hacia una ciudadanía sexual entendida ésta desde lo planteado por Pedano (2021):

La noción de ciudadanía sexual intenta hacer visible el desbalance de derechos existente entre los géneros, normada ésta por los patrones patriarcales y heterosexuales, que dejan

en posición de subordinación a los individuos que no se ajustan a la masculinidad hegemónica. La cuestión de la ciudadanía sexual en términos de los derechos sexuales ha significado para el feminismo y para el movimiento LGBTIQ+ la demanda en torno al control del propio cuerpo, la seguridad, la propia definición sexual, la legitimidad de la agencia y del placer. A esto se agrega la demanda en torno al reconocimiento público de las identidades y estilos de vida y el acceso pleno a los derechos políticos, civiles, sociales, económicos y culturales.

Los miedos y las falsas creencias ligadas a los procesos de estigma y discriminación que se generan en torno al VIH y circulan en la sociedad, se constituyen en dificultades para la reproducción cotidiana de la existencia de las personas que conviven con el virus. Estas realidades eran enunciadas por el histórico activista Roberto Jáuregui como “muerte civil” porque “hay personas que mueren civilmente, antes que clínicamente”, en tanto que a efecto de la discriminación y de los prejuicios se priva a las personas que conviven con VIH de sus derechos más básicos, el derecho al trabajo, a la vivienda, a la salud y a la educación, llegando a manifestarse de manera extrema en la privación de la libertad de un joven en Córdoba perteneciente a los sectores populares que fue condenado por transmitir el virus a su pareja³⁴.

Estas violencias estructurales, a decir de Parra (1999), son expresiones crudas de las desigualdades y antagonismos políticos, económicos y culturales anclados en las contradicciones inherentes de un sistema capitalista, machista y heteronormado. De allí que, nuestro abordaje de la cuestión del VIH sea profundamente política y direccionada en la lucha por la interpretación de las necesidades históricamente invisibilizadas por el sistema capitalista, pero fuertemente resistida y disputada por un activismo que fue adquiriendo conciencia y logrando movilización. Lo que produjo una brecha entre los saberes y quehaceres de los espacios organizados y nuestra disciplina. En consecuencia, nos encontramos con un vacío que queremos empezar a habitar. Es nuestra decisión ético-política en primer lugar no ser parte de ese andamiaje perverso que se presenta como obstáculos en la vida diaria de las personas que conviven con VIH y en segunda instancia aspiramos a romper el silencio epistemológico que rodea la problemática e intentar hacernos cargo de la relativa vacancia disciplinar (cuestión que retomaremos en el Capítulo IV).

³⁴ Disponible en: <https://agenciapresentes.org/2021/10/08/cordoba-condenaron-a-un-joven-acusado-de-transmitir-el-vih-a-su-pareja/>

3.2 Objeto de intervención y la lucha por las necesidades

La definición del objeto de intervención se constituye como una construcción teórica política, que requiere de un esfuerzo intelectual realizado desde nuestro bagaje. No se trata de una manifestación natural o del sentido común como tal (Aquín, 1996). Nos encontramos frente a un escenario donde a consecuencia del estigma y discriminación se materializan en la vida de las personas que conviven con VIH múltiples violencias, expresiones de la cuestión social, que dificultan la reproducción cotidiana de su existencia. Por lo cual, para poder delimitar nuestro objeto de intervención hizo falta realizar un recorte de esta compleja realidad.

Debido a que las representaciones sociales que asocian al VIH con la muerte y la peligrosidad circulan no solo en la población en general sino en lxs efectores de salud en particular, fuimos construyendo nuestro objeto de intervención en torno al abordaje de VIH por parte de lxs trabajadorxs de la salud en la DEM Centro. Este abordaje, no solo convive con las falsas ideas sobre el virus, sino que además le da centralidad a la adhesión al tratamiento y a la atención de los síntomas en caso de que se presenten. De manera que deja entrever la tendencia biomédica, dentro del campo de la salud, donde se simplifican las necesidades de las personas que conviven con VIH al acceso a los retrovirales o a la prevención individual con métodos de barrera (uso de preservativo o campo de látex). De esta forma se desconoce y desvaloriza las dimensiones socioculturales, simbólicas y afectivas de la salud, aristas que si fuesen profundizadas colaborarían en la mejora en la calidad de vida de las personas.

A partir de nuestra lectura de la realidad organizacional y habiendo evidenciado las asimetrías existentes entre lxs efectores de salud en el acceso a la información sobre el VIH en general y la Campaña I=I en particular, es que planificamos intervenir generando recursos comunicacionales que se nutrieron de los saberes acumulados del activismo positivo y la disciplina de Trabajo Social. Consideramos que el haber socializado y masificado esta información entre el equipo de salud y quienes habitan en la DEM Centro pudo contribuir al acompañamiento a las personas en el ejercicio de los Derechos Humanos y especialmente los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos.

A partir de las elaboraciones de Aquín (1996) dilucidamos que en la compleja intersección entre los obstáculos que se le presentan a las personas que conviven con VIH en la reproducción cotidiana de su existencia, y la organización de la distribución secundaria del ingreso, nuestra disciplina interviene en los procesos específicos de encuentro con los objetos de su necesidad. En donde la lucha por las necesidades se

constituye como el objeto de intervención disciplinar. Con lo cual estamos diciendo que Trabajo Social no modifica necesidades, ni tampoco satisfactores, sino los procesos a través de los cuales lxs sujetxs intentan defender, mejorar, o adaptar sus condiciones de vida a través de la demanda y de la búsqueda, en general, de satisfactores que a ello tiendan (Aquín, 1996).

Por todo esto, nos parece pertinente esbozar una definición sobre las necesidades en tanto categoría polisémica. Retomamos los aportes de Gonzalez, Nucci, Soldevilla, Ortolanis y Crosseto (1999), quienes construyen, a nuestro criterio, una definición compleja e integral, partiendo de la base de diferenciar la necesidad del deseo. Este último forma parte estrictamente del mundo subjetivo. Mientras que la necesidad “se trata de una “invención social”, en donde “se va abstrayendo el deseo en necesidades, para hacerlo homogéneo a los medios de satisfacción disponibles (productos, imágenes, signos, etc.)” (párr. 60). De este modo, las necesidades aparecen como el deseo consciente e intención dirigida en todo momento hacia un cierto objeto. Lxs autorxs profundizan en la categorización vislumbrando las necesidades sociales, las que son producidas social e históricamente.

Las personas, cuando se incorporan al mundo, interiorizan necesidades bio-psico-sociales construyendo un habitus, que se constituyen como esquemas mentales fruto de trayectorias y relaciones sociales (Bourdieu y Wacquant, 2005) condicionadas a partir de una estructura social ya disponible. A esto lo denominan necesidades sociales en tanto producidas socialmente.

Lxs autorxs Gonzalez, Nucci, Soldevilla, Ortolanis y Crosseto (1999) desarrollan el concepto de “estructura de necesidades” o “sistema de necesidades”, que expresa la existencia de determinadas acepciones históricas y, por tanto, modificables, de lo que se entiende por necesidades. De allí que las comprendan como *histórico-sociales*. Estas estructuras designan ideas sobre lo que son las necesidades y sus modos de satisfacerlas, que son producto de las relaciones de poder y representan “discursos hegemónicos” sobre ellas. Ergo, se constituye un campo de disputa desigual por legitimar necesidades, así como recursos para satisfacerlas.

Habítamos un campo con asimetrías de poder, donde la estructura de necesidades en torno a la salud está determinada por el MMH, el cual le da centralidad a lo medicalizante. Si bien lxs sujetxs requieren del acceso a los retrovirales como un recurso para satisfacer necesidades existenciales de sobrevivencia, "de las cuales dependen ya no una vida digna, sino la vida a secas" (Aquín, 1995, p.7), se requiere valorizar las dimensiones

socioculturales y afectivas de la salud.

Las necesidades, en tanto objeto de la disciplina, implican la disputa por establecer o denegar el estatuto público de una necesidad, la lucha por su interpretación, y finalmente la lucha por la asignación de recursos (Fraser, 2015).

Como ya caracterizamos en la definición del campo problemático, hay un conjunto de miedos y falsas creencias ligadas a los procesos de estigma y discriminación que se generan en torno al VIH. Desde los primeros diagnósticos positivos en Argentina, se organizó la respuesta al VIH a través de la sociedad civil, particularmente entre organizaciones no gubernamentales como Fundación Huésped (fundada en 1989) y se fortalecieron los aportes para las instituciones que abordan el tratamiento del virus. La vulneración de derechos en diversas oportunidades no fue receptada de manera pacífica, por lo que se desplegaron múltiples resistencias encarnadas en el activismo positivo que de manera organizada exigieron a los Estados respuestas planificadas hacia el VIH y el sida. A nuestro entender es relevante destacar estos inicios de los procesos de organización de la sociedad civil, en tanto que se constituyen en actores fundamentales en la lucha por las necesidades.

En 1987 comienza a sistematizarse el control de análisis reactivos. Desde 1982 hasta 1996 el total de casos registrados ascendió a 9.189; sin embargo, la cantidad estimada sin tener en cuenta el subregistro para esa fecha ascendía a 12.275 (Tealdi, s.f.). En este contexto de aumento de la transmisión del virus, mediante la organización del activismo, se logra instalarlo como un asunto de interés político (Fraser, 2015) que visibiliza las realidades víricas. Uno de los principales referentes mencionados anteriormente, Roberto Jáuregui, como forma de mostrar las desigualdades en el acceso a los tratamientos disponibles hizo público su diagnóstico. Incluso, en un programa de televisión le pide al conductor Mariano Grondona que lo abrace como un gesto político frente a la discriminación y a la desinformación.

De manera compleja y producto de la disputa del activismo positivo se politizaron las necesidades y el Estado tomó en agenda esta nueva expresión de la cuestión social. Es así como en 1990 se conquista la Ley N° 23.798 Nacional del SIDA.

A partir de la sanción de la Ley, el Estado se encontró en obligación de responder de manera integral y asignando los recursos correspondientes. Si bien esta normativa contempló las dimensiones que respecta a la dignidad humana, se produjo una brecha entre esto y la interpretación de la normativa y su consecuente asignación de recursos. Desde la política sanitaria gubernamental y en los Servicios de Salud prevaleció en la interpretación un discurso unilateral, biologicista y medicalizante.

De allí que la interpretación de la Ley se materializó en la orientación de los Programas, como por ejemplo las estrategias desplegadas desde el Programa Provincial de VIH/SIDA y ETS de Córdoba, el cual apunta estrictamente contra la propagación del virus. En consecuencia, se realizan acciones de prevención, detección, análisis e investigación sobre VIH. Por lo que se desjerarquizan otras posibles estrategias, como ser la creación de recursos socioeducativos y campañas publicitarias que apunten a terminar con el estigma y discriminación. Al respecto, Valverde G. militante seropositivx, expresa que:

La ley aprobada en 1990 fue muy avanzada para la época en términos de acceso a derechos, pero que por las terminologías que usa y las realidades actuales queda muy desactualizada, ya que no contempla a las Hepatitis Virales, la Tuberculosis y las otras ITS. (...) es necesaria una ley que no contemple únicamente los aspectos biomédicos sino también aspectos sociales, políticos, económicos, laborales o el acceso a la vivienda, a la educación, entre otros puntos (Valverde G., comunicación personal, 2 de octubre de 2021).

La Ley Nacional del SIDA sienta las bases para un proceso de instalación en la arena de lo público en cuanto a necesidades antes invisibilizadas. Estas necesidades que se catalogaban como asuntos privados o personales, que debían satisfacerse en el ámbito del mercado se fugan y se politizan y son debatidas por una amplia gama de públicos (Fraser, 2015).

El proceso de politización de las necesidades, posibilita la apertura de un mayor espacio para discursos disruptivos, con actores que luchan con desiguales recursos por la interpretación de “otras necesidades” ligadas al VIH y otras ITS, satisfactores que de ello se desprenden en clave de una vida en igualdad, deseos, entre otros.

Así llegamos al día de hoy con la conquista de la Ley N° 27.675 de respuesta al VIH/sida, las Hepatitis Virales, las Infecciones de Transmisión Sexual -ITS- y Tuberculosis -TBC-. Esta normativa fue elaborada de manera colectiva y democrática desde el año 2015, momento de su primer ingreso como proyecto en el Congreso Nacional. La letra del escrito es de autoría de más de 200 activistas y organizaciones nucleadas en el Frente Nacional por la Salud de las Personas con VIH, TBC, Hepatitis e ITS.

Este Frente se constituyó como un espacio constructor de un discurso opositor (Fraser, 2015) en el cual se comenzó a hablar públicamente de necesidades hasta ese momento despolitizadas o relegadas al ámbito del mercado al proponer el incentivo a la producción pública nacional de medicamentos e insumos, como así también una búsqueda de la cura biomédica y su universalización. En este discurso opositor se contempla a los derechos de

personas con VIH y Hepatitis como Derechos Humanos con perspectiva de género, y desde la mirada de la Salud Colectiva.

En estos ocho años de lucha desde la redacción del proyecto, este se fue transformando al calor de la realidad. Por ejemplo, uno de los aspectos que cambió fue que, a partir de la quita de las pensiones no contributivas durante el mandato del gobierno anterior (presidido por Cambiemos y Mauricio Macri desde los años 2015 al 2019), las organizaciones alertaron que las pensiones debían formar parte de la letra de la Ley bajo una denominación específica para no quedar a merced de las voluntades políticas del Ejecutivo de turno. Esta trayectoria forma parte de un proceso de disputa por una nueva interpretación de las necesidades, que toman estatuto público desde el Estado y su concomitante asignación de recursos.

Un discurso que ofrece interpretaciones alternativas de sus necesidades como colectivo con un poder cuestionador al tiempo que construyen nuevas formas de discursos para interpretar sus necesidades, pone en tensión la “estructura de necesidades” en torno al VIH que se presentaba como inmutable, dando cuenta de su carácter histórico, social y, por lo tanto, modificable.

En el devenir de este proceso histórico se pusieron en juego distintos actores y se disputaron las capacidades de expresar sus ideas. Es así que, frente a la irrupción de un discurso opositor, se presenta su contracara, la que Fraser (2015) señala como discurso reprivatizador. Quienes hablan en estos discursos intentan contener las ideas fugitivas del ámbito doméstico o privado, tratando de retrotraer un hecho de la realidad: la politización de las necesidades de las personas con VIH positivo, oponiéndose a la provisión estatal de las necesidades. Estos discursos, dominantes durante la década de los 90’, intentan señalar a las ITS y al VIH como si fueran "propios" e inherentes a una determinada población, lo que genera procesos de estigmatización y los señala como "poblaciones peligrosas". En estos discursos se abordan los problemas sociales de manera individual, lo que abre la posibilidad a la criminalización y patologización.

Estos discursos reaparecen con más ímpetu, sin haberse ido totalmente de la escena política, frente al debate público en torno a estas “nuevas necesidades” que se plantean en la Ley N° 27.675, que tienen voz en actores como el Diputado José Luis Espert, quien se opone al régimen especial de jubilaciones y pensiones. Él critica la prohibición de suspensiones y despidos desconociendo, no ingenuamente, que el ingreso a un puesto

laboral muchas veces se ve restringido por la realización de análisis pre-ocupacionales de manera compulsiva. Al oponerse a las jubilaciones especiales, omite que en las personas con VIH positivo prevalece un envejecimiento prematuro y también omite la convivencia de distintas formas de opresión y discriminación en sus cuerpos y vidas.

Otro de los puntos a señalar, que deja ver el carácter re-privatizador del discurso del Diputado, es su negativa a la prestación gratuita de estos servicios por parte de prepagas y obras sociales. Busca relegar la satisfacción de estas necesidades al ámbito del mercado, intentando instalar un discurso de accesibilidad a la salud saldado hace décadas. Sus propuestas significan un retroceso en el plano de la satisfacción de necesidades materiales, pero nos interesa sobre todo el impacto en su dimensión simbólica en los procesos de segregación en cuanto al trabajo, la planificación de su cotidianeidad y la perspectiva de vida en la cual estaría viéndose obstaculizado el derecho a la salud, entre otros.

Dentro de la amplia gama discursiva, la autora desarrolla la categoría de discursos expertos, que encuentran su base institucional en organismos de servicios sociales y círculos profesionales (Fraser, 2015). Estos no son vehículos de transmisión directa de uno u otro de los discursos, refiriéndonos a los opositores o reprivatizadores, sino que muchas veces confluyen ambas perspectivas. Así es que un trabajador del Programa Provincial de Lucha Contra el VIH y ETS de Córdoba, nos relata que una de las ideas que circulan entre los miembros del equipo de salud, en particular entre los médicos, sobre la adherencia al tratamiento con retrovirales es que quienes deciden interrumpirlo “son unos hijos de puta, cuando todo es gratis, cuando le damos de todo (...) andan contagiando, ese juicio y condena lo trabajamos mucho” (Referentx Programa Provincial de lucha contra el VIH, SIDA y ETS, comunicación personal, 19 de abril de 2022). Aquí se deja entrever la tendencia biomédica, donde se simplifican las necesidades de las personas que conviven con VIH al acceso a los retrovirales o a la prevención individual con métodos de barrera. En otra dirección, se plantea desde el Programa Provincial de VIH la Revista InfoAdherencia, publicación que amplía el abanico de recursos culturales y socializa experiencias vitales de personas que conviven con VIH. De esta manera se habla de perspectivas de vida entre pares, ayudando a vislumbrar que hay futuro después del diagnóstico del virus.

A modo de cierre de este apartado, reflexionamos que vislumbrar el recorrido histórico

de la politización de las necesidades permite barrer la idea que asocia a la persona con VIH a lo "pasivo" y a lo "merecedor de lástima", y de esta forma pensarlx como sujetxs de deseo y como actores activxs, que pueden ser analizados mediante lo expresado por Peralta (2016), quién siguiendo a Dussel, los caracteriza como colectivos de activistas contestatarios que en búsqueda de transformar sus realidades apelan a la movilización-acción para demandar mejoras en su calidad de vida. Pretendemos a la vez evidenciar las múltiples violencias que se manifiestan en torno al VIH para colaborar en hacer visible que las personas que conviven con el virus no sólo necesitan que se les garantice el acceso a la medicación, sino que hay todo un abanico de deseos y derechos que se deben garantizar, en lo que nuestra profesión puede intervenir de manera activa.

3.3 Sujetxs de intervención

Para aproximarnos a una conceptualización de lxs sujetxs nos valemos de la perspectiva planteada por Custo (2009) quien lxs definen como sujetxs de derechos, situadxs y contextualizadxs histórica, económica, política y socialmente, en un escenario particular, pero aun así un sujetx activx con capacidad transformadora para construir proyectos colectivos y emancipadores.

A su vez, tomamos el concepto de habitus elaborado por Bourdieu (2010) para así ahondar en la concepción de sujetx desde el cual nos posicionamos como grupo. El autor define habitus como un “sistema de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones”(p.86). Estas disposiciones son “inculcadas perdurablemente por las posibilidades e imposibilidades, las libertades y las necesidades, facilidades e impedimentos que están inscritos en las condiciones objetivas” (Bourdieu, 2010, p.88). De esta manera, podemos entender a lxs sujetxs situadxs, atravesadxs por múltiples condicionamientos, pero a la vez con facultad de agencia, es decir, la capacidad de movilizar recursos (materiales o simbólicos) para transformar la realidad, lo que convierte a lxs actores en “agentes” (Giddens, 1984).

A continuación, nos proponemos realizar una reconstrucción analítica y crítica de nuestro proceso de intervención, signada por la complejidad del contexto, que marcó un devenir dinámico, cambiante y dialéctico en relación con nustrxs sujetxs de intervención, los objetivos y aspiraciones iniciales.

Es así que se nos presentó un primer obstáculo frente a nuestra intención de realizar una intervención directa con personas que conviven con VIH, ya que las mismas se encuentran resguardadas por el derecho a la confidencialidad, reconocido por la Ley del Paciente (se puede ampliar información dirigiéndose a Marco Normativo Nacional).

Desde este primer obstáculo, resignificado como potencialidad, es que (re)configuramos nuestro sujetx de intervención, aunque sosteniendo el horizonte de impactar en la mejora en la calidad de vida de las personas que conviven con VIH. Por consiguiente, iniciamos un recorrido de difusión de la Campaña I=I con la intencionalidad de generar transformaciones en el contexto institucional (Peralta, 2016). De allí que nuestro sujetx de intervención se transformó en un sujetx colectivo, nos referimos aquí al equipo de salud, quienes trabajaban de manera directa y en relacionamiento con las personas que reciben su diagnóstico y/o conviven con el virus.

En nuestra inserción en el campo, consideramos que hoy coexisten de manera contradictoria discursos hegemónicos (que muchas veces se manifiestan en los equipos de salud) impregnados de nociones estigmatizantes-disciplinantes que señalan a las personas que conviven con VIH como poblaciones “peligrosas o criminales” a las que hay que “aleccionar o tutelar” o hay quienes lxs señalan como “pacientes enfermxs”, merecedores de lástima y cuidado por haberse infectado. En contraposición a estas concepciones, identificamos que hay profesionales de la salud que en su práctica no reproducen los discursos hegemónicos, o por lo menos se lo cuestionan, y generan intervenciones humanas y empáticas desde el acompañamiento a las personas.

Identificamos que se trasluce en las prácticas y en la palabra circulantes de lxs trabajadorxs de la salud, un abismo entre sus intervenciones profesionales y el conjunto de saberes acumulados del activismo positivo desde sus vivencias, la organización colectiva y, en muchos casos, también la formación académica en la temática. De allí que nos interesa recuperar este bagaje construido, el cual podría nutrir al equipo de salud para acompañar a las personas que reciben su diagnóstico positivo, frente a un panorama teñido de miedos y falsas creencias construidas en torno al virus.

Sin embargo no podemos dejar de mencionar que lxs efectores de salud, con lxs cuales desarrollamos nuestra intervención, trabajan principalmente con personas situadas en un contexto de vulnerabilidad. Es desde esta realidad que consideramos pertinente caracterizar a lxs sujetxs que transitan y habitan la DEM Centro desde la categoría de la interseccionalidad propuesta por Crenshaw (1989), quien la define como las distintas formas en las que la raza-etnia-género-clase interactúan. Esta categoría explicita cómo se

generan las múltiples dimensiones y opresiones que utilizaremos para comprender cómo se conforman las trayectorias de las personas que conviven con VIH; y la manera en cómo se intersectan los diferentes sistemas de desigualdad y dominación.

En consecuencia, la interseccionalidad se manifiesta en nuestra problemática de manera concreta, ya que quiénes asisten a la DEM Centro por proximidad territorial son personas que ejercen trabajo sexual en la zona del Mercado Norte³⁵, personas con identidades disidentes que concurren al Programa Municipal de VIH y vecinxs de barrios periféricos que solicitan atención en esta Dirección al desplazarse al centro de la Ciudad³⁶.

Todo esta caracterización de los atravesamientos lo desarrollamos con la intencionalidad de acercarnos a la compleja realidad de lxs sujetxs que demandan atención de los equipos de salud, particularmente de la DEM Centro.

Finalmente, para nosotrxs como equipo no fue fácil dilucidar y delimitar nuestrxs sujetxs de intervención ya que al analizar la cuestión del VIH no se suele abordar la problemática desde la intervención de los equipos de salud, sino que es común que se ponga el foco en las individualidades de quienes conviven o se presupone que conviven con el virus, nos referimos a la disidencia sexual o en las identidades feminizadas. Esta idea equivocada que relaciona a las poblaciones LGBTTTIQ+ a la transmisión de las ITS proviene de la década de 1980, tiempo en que se originó la epidemia del VIH/sida y se encontraba asociada a determinados “grupos de riesgo” y la infección era conocida como "peste rosa".

Sobre esta asociación, el comunicador y activista Fauno Lucas³⁷ (s/f) explica que en la actualidad se continúa pensando a la diversidad sexual ligada al VIH:

¿Y sabés por qué es terrible? [esta asociación] Porque si no sos parte del colectivo LGBT no te testeás. Te estoy hablando incluso de llegar a la guardia de un hospital con una neumonía. Es muy probable que no te hagan un test de VIH porque no sos homosexual, porque no sos una persona trans, porque no sos una persona que se inyecta drogas. El estigma sirve solamente para eso, para que nos sigamos muriendo todas, todos y todes. Lo que pasa es que esto siempre va a recaer sobre nuestras identidades, y con esto me refiero a nuestro cotidiano, de nuestra situación social. Una persona heterosexual se muere de un cáncer raro, de una neumonía. Las personas VIH+ nos morimos por

³⁵Información recuperada de entrevistas realizadas a trabajadorxs sexuales como agentes claves de la zona del Mercado Norte para el Trabajo Final de Licenciatura NOCTA: aportes para la planificación urbana nocturna con perspectiva de género. Autores: Aguirre, Morena; Díaz, Victoria Lorena y Pollano, Agustina (2019).

³⁶ Caracterización realizada siguiendo lo recuperado de cuadernos de campo, observaciones participantes en la DEM Centro y entrevistas al equipo de salud.

³⁷ Disponible en:
<https://www.almagrovevista.com.ar/lucas-fauno-nadie-se-cuida-de-lo-que-no-se-nombra>

causas relacionadas con el sida.

Por lo anteriormente expresado coincidimos con Fauno, en que todas las personas son susceptibles a la infección, ya que el virus no discrimina por orientación sexual, pertenencia de clase, identidad de género, etc. La transmisión del VIH es una problemática que compete a toda la sociedad en su conjunto, debido a que la misma se ha vuelto masiva. Aunque desde la óptica de la interseccionalidad (Crenshaw, 1989), y siguiendo a Bloch (2010), identificamos que hay personas en situación de vulneración, que lxs coloca en una ubicación de mayor exposición a la transmisión del virus.

CAPÍTULO IV: Intervenciones fugitivas al Modelo Médico Hegemónico

4.1 Situando nuestras estrategias de Intervención

Para la evaluación del proceso de intervención consideramos pertinente realizar una breve reconstrucción de los momentos de la misma:

Originalmente cuando empezamos a esbozar una posible intervención pre-profesional, lo hicimos pensando en realizarla en el Programa de VIH e ITS ubicado en el Hospital Rawson. Esto nos planteaba una serie de incertidumbres debido a que esta institución centralizaba a nivel provincial todos los aspectos vinculados a la Pandemia de COVID-19. Es decir, era un escenario desafiante que requeriría diálogos y negociaciones para construir viabilidad política e institucional. Iniciamos las gestiones haciéndonos presentes en el área de Servicio Social del Hospital, donde lxs profesionales nos expresaron que debido a la coyuntura era inviable realizar prácticas en ese espacio (como así en el Programa de VIH-SIDA dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia). Ante esta negativa concurrimos a Medicina Preventiva dependiente de la Municipalidad de Córdoba, allí también un médico que nos recibió nos señaló lo complejo del contexto para intervenir allí.

Finalmente, luego de pensar otros posibles centros de práctica, teniendo en cuenta lo específico de nuestro tema de intervención y a partir de la sugerencia de nuestra orientadora temática, iniciamos reuniones con profesionales de la Dirección de Especialidades Médicas Centro. Lxs profesionales nos plantearon una posible intervención en el espacio, sin dejar de señalar los obstáculos y limitaciones que la pandemia impuso en la institución.

Entendemos que ese cuadro de situación fue un emergente de la realidad que se vivió en la salud pública en general y la salud sexual en particular. Al respecto la comunicadora Tessa Sonia expresaba en Página 12 que “El coronavirus puso los servicios patas para arriba y desafía a un sistema concebido hace 70 años (...) y en el caso de la salud sexual y reproductiva no estuvo, claramente, entre las urgencias, y sin embargo, su atención no se puede posponer”³⁸.

Las dificultades, conflictos y problemáticas que se nos presentaron a nosotrxs como equipo, pensamos son un reflejo de las situaciones que muchxs ciudadanxs que buscaban garantizar y acceder a su derecho a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva

³⁸ Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/267156-bajen-las-armas-aqui-hay-feministas-curando>

atravesaron en su vida cotidiana en ese contexto pandémico. Esta conclusión a la que arribamos nos interpela y nos invita a pensar las categorías y definiciones en torno a lo que se considera urgente, en las prioridades que se delinear desde el Estado y en lxs cuerpxs-vidas que importan en detrimento de otros, aún en contextos sanitarios tan complejos como lo fue el de la pandemia generada por la COVID-19.

Si bien la pandemia refuerza lógicas conservadoras o de retroceso en algunos aspectos, también en tanto crisis se presenta como una oportunidad (Lanz, 2007), que desafía el canon y pone en juego nuestra capacidad de innovación. En el mismo sentido Carballada (2020) expresa que:

Esta pandemia, como crisis, implica una oportunidad. Oportunidad de revalorizar el lugar del Estado, de entender de manera mucho más profunda el componente social de los temas que atraviesan al Sector Salud, de recuperar lo Colectivo, de resignificar la noción de Salud como Proceso histórico y Social y de construir más y nuevas formas de hacer desde una lógica implicada con nuestros pueblos (p. 5).

Iniciamos la intervención delineando el encuadre para viabilizar nuestra inserción en la DEM En nuestros primeros acercamientos pudimos concretar entrevistas en profundidad con diferentes áreas y profesionales donde llevamos a cabo un esbozo de la historia de la institución; indagando relatos, memorias y experiencias de diferentes actores para reconocer perspectivas, diversas prácticas y el estado de situación de la problemática abordada, con la intención de visualizar mejor el escenario. Esta primera etapa de nuestro proceso de prácticas se desarrolló sin mayores obstáculos.

No así, al momento de desplegar algunas estrategias de intervención se nos presentaron tensiones debido a las dificultades de cumplimentar con las formalidades administrativas ligadas al Convenio-Marco entre las distintas instituciones, es decir nuestra Universidad y la Dirección de Especialidades Médicas Centro, dependiente de la Municipalidad de Córdoba. En otras palabras, se nos habilitaba desarrollar actividades en clave de recolección de información, no obstante, aquellas propuestas de estrategias que implicaban una mayor visibilidad de nuestra intervención eran desestimadas. Sumado a que las mismas entraban en roce con los protocolos de Covid-19 y con las prácticas instituidas en torno a lo definido como “prioritario” a raíz de la pandemia, hecho que se combinaba con el lugar subalterno de la disciplina en el campo, y de las miradas de la salud que desvalorizan las intervenciones desde una óptica social/promocional/educativa. El contexto volátil con constantes “brotes” del virus marcó el ritmo de obstáculos y limitaciones impuestos a nuestra práctica pre-profesional. Aún así, a partir de diálogos constantes con lxs referentxs de la institución, logramos negociar en el marco del primero de diciembre “Día

Internacional de Respuesta al Virus de Inmunodeficiencia Humana”, la realización de un Stand de Consejería de salud sexual y (no) reproductiva y una intervención artística-comunicacional. Caracterizamos que en la dinámica institucional se habla del VIH en las “fechas efemérides”, sobre todo el primero de diciembre; y si bien este día es una ocasión para dar visibilidad, socializar información y realizar testeos, como también hacer campañas de prevención y promoción, es fundamental que la cuestión esté en agenda de manera más transversal y durante todo el año.

Al momento de construir el dispositivo de intervención tuvimos que adentrarnos en un espacio con actores, con capitales y posiciones dentro de un campo, lo que implicó un alto grado de contractualidad (Abélès, 2008), donde se pusieron en juego intereses y deseos. El proceso de construcción de viabilidad con los espacios organizados y lxs activistas nos requirió ponernos en diálogo y relacionamiento, sobre los cimientos de una construcción previa de vínculos al compartir espacios de movilización, organización y lucha por los derechos de las personas que conviven con VIH. Como equipo fuimos abonando mediante nuestras acciones, erigidas en diálogo permanente y con el activismo, a la construcción de legitimidad para hablar de la cuestión del VIH. Como resultado de este proceso de intercambio mutuo de vivires elaboramos una “Guía para acompañar a las personas que conviven con VIH”, dirigida a lxs efectores de salud pensándola como un recurso para aportar desde la dimensión comunicacional para el abordaje de ITS. Según el activista Héctor Calisaya la guía le resultó una “herramienta provechosa en el procesos de acompañamiento a pares” (Calisaya H., comunicación personal, 23 de septiembre de 2022).

Por último, entablar diálogos con los espacios organizados, significó no solamente fidelizar nuestra caracterización sobre la temática, sino que desde las voces de las vivencias positivas pudimos elaborar un esbozo de diagnóstico sobre los vínculos entre las personas que conviven con VIH y las instituciones de salud; y a partir de esto construimos nuestro objeto de intervención y las estrategias desplegadas.

De allí, detectamos que las asociaciones como RAJAP, RAP y otras son, de suma importancia ya que en estos espacios las personas son protagonistas de procesos de participación, capacitación y acompañamiento. Estos hechos demuestran que hay un entramado organizacional distinto a las lógicas formales, paternalistas y verticales aplicadas muchas veces desde el Estado y sus instituciones.

A partir del devenir de estos diálogos y negociaciones político-institucionales y socio-culturales, es desde donde (des)aprendimos sobre el VIH, sus múltiples abordajes y

lxs actorxs implicadxs en el juego. Como resultado de ello nos propusimos como objetivo general construir un dispositivo para la difusión de la Campaña Indetectable es igual a Intransmisible (I=I) y así promover la apropiación de capitales culturales entre personas que reciben su diagnóstico positivo de VIH en la DEM Centro. Del cual se desprendieron un conjunto de objetivos específicos:

- Promover la Campaña Indetectable=Intransmisible entre lxs miembrxs del equipo de salud, las personas que asisten a la DEM y el Programa Municipal de VIH- SIDA;
- Generar procesos de diálogos de los saberes-vivires³⁹, experiencias y prácticas entre miembrxs del equipo de salud de la DEM Centro y espacios activistas de las personas que conviven con VIH de la Ciudad de Córdoba.
- Elaborar estrategias creativas y comunicacionales que interpelen a las personas que transiten la DEM en torno a las experiencias de convivir con el virus.

4.2 Apuestas de acción en tiempos de virus

A partir de situarnos en el contexto societal y pandémico descrito, e identificar lxs actores en juego dentro del campo con sus respectivos saberes, es que intentamos responder a los objetivos planteados como equipo y esbozar un conjunto de posibles acciones que sean flexibles, pudiendo adaptarse a estos escenarios cambiantes y complejos. Es decir que nuestras posteriores estrategias de intervención, entendidas como una “combinación particular de procedimientos, técnicas, instrumentos operativos” (González, 2001, p.8) que funcionaron como hoja de ruta de la actuación pre-profesional en el plano de la praxis y del análisis (González, 2001), estuvieron signadas por este conjunto de elementos mencionados que hacían a la construcción de la realidad circundante.

En el proceso de práctica pudimos ir encontrando elementos significantes que nos abrieron la puerta a un conjunto de interrogantes sobre nuestra temática en la dinámica

³⁹ Utilizamos la categoría de diálogo de saberes para referirnos al diálogo interdisciplinario, mientras que el diálogo de vivires permite abarcar la experiencia tanto de construcción de conocimientos y prácticas no colonizadoras, como la reflexión sobre la historia como base de la discusión. Ello a partir de la participación continua tanto de quienes investigan como de las y los protagonistas de las prácticas de resistencia. Entendiendo que el conocimiento está inscrito en el acto de vivir y, por lo tanto, las personas son portadoras de saberes. De allí que busca reconocer la diversidad de formas de vivir (de pensar, conocer, sentir, sufrir, soñar, querer) y también promover un diálogo horizontal entre estas diferentes maneras de ser/estar, para que se logre co-construir espacios de vida colectiva. De esta forma se amplía el diálogo a los sentires, creencias, sueños, preocupaciones, intereses, dudas, miedos, confianzas y desconfianzas, entre otras manifestaciones humanas (Muñoz Guzmán Liliana, Seveso Emilio, Maldonado Morán Paula y García Claudia (2019).

institucional. Este resultado lo obtuvimos a partir de la combinación de técnicas, entre ellas las observaciones participantes, la herramienta del cuaderno de campo y las entrevistas en profundidad realizadas al área de Servicio Social de la DEM Centro y a trabajadorxs de la salud ligadxs a la temática; a miembrxs del Programa Provincial de VIH-sida, ITS y Hepatitis Virales; como así también a activistas positivos.

Este proceso de “hacer hablar” lo que se encuentra explícito o implícito, es lo que Gregorio (2016), retomando autores clásicos del análisis institucional, comprende bajo la categoría de analizadores, en tanto que hacen emerger las complejas tramas institucionales. De allí que hagamos uso de la categoría, para poner en palabras las representaciones circulantes en torno al VIH. Estas significaciones “ocultas” fueron emergiendo como indicios o pistas que nos permitieron construir los analizadores. Estos últimos echaron luz sobre la estructura, porque siendo una acción, un acontecimiento o una expresión verbalizada, revelaron características de la organización que quedaron expuestas. Los analizadores que presentamos a continuación, los consideramos pertinentes en tanto que nuestro sujeto de intervención se desarrolla en esa trama institucional, sobre la cual tuvimos la intención de suscitar reflexiones y problematizar esa realidad para, de este modo, dar paso a la transformación. Este análisis a la vez nos permitió desplegar una estrategia de intervención más situada y direccionada hacia ello.

Primer eje analizador:

Ausencia de abordaje integral de respuesta al VIH en la DEM Centro

Es a partir de conversaciones y entrevistas en profundidad, con diferentes actores institucionales, que pudimos detectar una serie de pistas que nos llevan a esta inferencia. En primer lugar, una entrevista con unx referentx, quien expresa que para actuar sobre VIH e ITS “no hay un procedimiento protocolizado” en la DEM. A la vez, lx referentx identifica que las asociaciones activistas de la sociedad civil “van en una dirección y nosotros para el otro” (Referentx de la Organización, comunicación personal, 19 de agosto de 2021). En contracara, en otras Áreas o programas sí hay actuaciones protocolizadas y con trabajo interdisciplinario, como por ejemplo en el “Control de Niño Sano”. En otra ocasión, notamos que el abordaje que se realiza sobre el VIH en la DEM Centro depende de la voluntad individual del personal del Área de infectología o de otrxs profesionales, siendo así que un médico infectólogo brinda un canal de comunicación telefónico para que personas que reciben su diagnóstico positivo se puedan contactar personalmente con él, y

también con personas con experiencias en vivencias positivas.

Por último, en el mes de septiembre de 2021 asistimos a una capacitación de pre y post diagnóstico a cargo del Área de Salud Mental de la DEM Centro. En este espacio se socializó con nosotrxs información de la dinámica de abordaje a la hora de realizar una devolución del mismo, mediante las herramientas provistas por la psicología. Así mismo, a pesar de ser un área que trabaja en relacionamiento con el proceso de la entrega del diagnóstico, lxs profesionalxs a cargo desconocían la Campaña I=I.

El abordaje actual del VIH en la DEM Centro al depender de la voluntad individual de cada trabajadorx de la salud deja entrever los niveles de autonomía con la que cuentan dentro de las organizaciones sanitarias, es decir hospitales, centros de salud, etc. en tanto que se erigen como organizaciones democráticas en su funcionamiento que no pueden ser gobernados bajo la lógica de la productividad y eficiencia (Spinelli, 2014). Sin embargo, consideramos que este abordaje, que permite la construcción de un vínculo con lxs usuarixs, debe estar necesariamente atravesado por la formación en la temática, para que no se produzca una atención discriminatoria y/o con información parcial o desactualizada. De allí la responsabilidad del Estado en actualizar capacitaciones hacia lxs trabajadorxs de la salud, ya que no es posible dejar la ética de la atención sólo al criterio personal de lxs profesionales. Dentro de estos contenidos que consideramos se debe acordar un piso común obligatorio, dentro del cual debe encontrarse la Campaña I=I, para que tal como se expresa en la página web del Ministerio de Salud los equipos sanitarios estén “preparados para orientarte y responder todas tus dudas”⁴⁰.

Frente a este conjunto de emergentes interrelacionados que nos permite dar cuenta de la ausencia de abordaje integral⁴¹ de respuesta al VIH en la DEM Centro, elaboramos una Guía para acompañar a personas que conviven con VIH, con la cual queremos aportar herramientas que posibiliten al equipo de salud profundizar el camino del acompañamiento a las mismas, desde la empatía y el trato humanizado.

Esta guía fué construida, en conjunto con las docentes que nos acompañaron en el proceso de intervención y contó con la participación de activistas de la RAP y la RAJAP.

⁴⁰ Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/vih-sida>

⁴¹ Perspectiva de salud integral: es aquella mirada que recupera la importancia del medio social en el que las personas desarrollan su vida para diseñar prácticas profesionales que apunten a mejorar su salud física, mental y social, es decir, un conjunto de factores biológicos, emocionales y espirituales que contribuyen a un estado de equilibrio en el individuo. Desde esta perspectiva, se entiende que el abordaje de la salud no puede reducirse al plano corporal o biológico (Ministerio de Salud de la Nación, 2017. Salud y Adolescencias LGBTI: Herramientas de Abordaje Integral para Equipos de Salud).

La cartilla estuvo organizada en primer lugar con información sobre la Campaña I=I. En un segundo apartado, facilitamos los contactos (números telefónicos, correos electrónicos, Instagram y Facebook) de organizaciones de la sociedad civil que realizan acompañamiento a personas que conviven con el virus. En tercer lugar, cuenta con diferentes materiales culturales, películas, historietas, series de tv, etc. que desligan al VIH de la muerte, entre algunos de los que deseamos mencionar se encuentra Fundación Huésped; Pictoline, "No soy tu Chiste"; Agencia Presentes, entre otros. Por último, construimos un "Glosario Positivo", es decir un conjunto de conceptos fundamentales, que le permite a quien lee familiarizarse con aquellos términos y conceptos específicos relacionados al VIH-sida. El glosario⁴² pretende hacer más comprensible el lenguaje técnico sanitario, a la vez que aportar conceptos en clave de vivencias positivas.

Consideramos que al momento de acompañar a una persona que recibe su diagnóstico positivo o lo que implica la experiencia de convivir con el virus, nuestra disciplina cuenta con la herramienta potencial de la cogestión⁴³ (González, 2001), y en este sentido la cartilla se presenta como un dispositivo que puede funcionar como mediación para entablar un canal de comunicación entre el equipo de salud y quien recibe su diagnóstico, es decir un material que mediante el trabajo con la palabra puede ser retomada en la lectura del diagnóstico o encuentros posteriores. De esta manera ampliar los capitales culturales⁴⁴ y sociales⁴⁵ en clave de afectividad y acompañamiento, apuntando a enriquecer y problematizar el abordaje biomédico hoy ya garantizado en la DEM Centro. Tomamos la decisión consciente de incluir los contactos (números telefónicos, correos electrónicos,

⁴² Una versión ampliada del mismo se encuentra en el capítulo II bajo la denominación "Conceptos fundamentales".

⁴³ La cogestión supone que el diligenciamiento de recursos económicos, culturales o sociales se realiza de manera conjunta entre el profesional y los agentes "portadores de necesidades", en un contexto de intervención en que se movilizan otros procedimientos como la promoción, la problematización, en el que se ponen en juego no sólo recursos provenientes de las instituciones, sino aquellos recursos técnicos que debe aportar el profesional y los propios recursos de los agentes (González, 200. p.6).

⁴⁴ Capital Cultural; es decir, "material en tanto objetivable en una cosa, en una institución o en un servicio, pero también en las personas. La dimensión no material está referida a valores, a disposiciones de sentimiento, a conocimientos o saberes, habilidades, etc., es decir, relacionadas al habitus o estado incorporado o por incorporar de tales disposiciones" (González, p.30).

⁴⁵ El Capital Social "es la suma de los recursos actuales o potenciales, correspondientes a un individuo o grupo, en virtud de que éstos poseen una red duradera de relaciones, conocimientos y reconocimientos mutuos más o menos institucionalizados, esto es la suma de capitales y poderes que semejante red permite movilizar" (González, p.29).

Instagram y Facebook) de las asociaciones de la sociedad civil, debido a que nos interpeló el comentario de una persona que convive con VIH quien nos manifestó que "hubiese deseado que algún médico le contara sobre la existencia de estos colectivos cuando recibió su diagnóstico" (Persona que convive con VIH, comunicación personal, 15 de agosto de 2022). A su vez, incluimos una breve caracterización de estos espacios para aproximar al equipo de salud a la forma de organización del activismo:

- La Red Argentina de Jóvenes y Adolescentes Positivos (RAJAP), es una asociación civil por y para personas de entre 14 y 30 años viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en Argentina. Ofrece y habilita la participación horizontal, estando presente en todo el país. La propuesta conjuga acompañamiento, capacitación y asesoría técnica en materia de salud y derechos humanos a jóvenes y adolescentes con VIH.
- La Red Argentina de Adultos Positivos +30, nuclea a personas de todo el país que viven con VIH. La asociación colabora en despejar mitos y miedos sobre el VIH para avanzar a una sociedad más igualitaria. Este espacio se define como un lugar de encuentro, empoderamiento y reflexión sobre lo que significa vivir con VIH hoy en la adultez. La RAP brinda bolsas de trabajo, socializa experiencias en torno a las maternidades y paternidades entre otras acciones.

En definitiva, nos propusimos que esta guía colabore para que el activismo vaya permeando en la cotidianeidad de las prácticas de lxs trabajadorxs de la salud, en el horizonte de formar parte activa en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas en el campo de la salud en general. Esto nos interpela desde los interrogantes: ¿cómo hacer que la vida comunitaria de los activismos ingrese a las prácticas de salud? ¿cómo propiciar que lxs trabajadorxs de la salud se encuentren con los activismos en el afuera de las paredes?

Segundo eje analizador

Ideas que circulan en torno al VIH y lo ligan a lo bélico y a la muerte.

En el devenir de nuestro proceso de intervención fuimos detectando múltiples discursos y prácticas que enunciaban al VIH como una "enfermedad contagiosa y peligrosa que te lleva a la muerte". A continuación, puntualizamos dos emergentes que nos resultaron significativos y que nos permiten explicitar las ideas que circulan en torno al VIH que lo



ligan a lo bélico y a la muerte.

Es así, que en el marco de la jornada que realizó la DEM Centro por el primero de Diciembre, “Día Internacional de Respuesta al VIH”, el personal de la Dirección colocó en la entrada de la institución un lazo rojo de aproximadamente dos metros de alto que tenía pegado un cartel que expresaba: “1 de Diciembre Día Internacional de combate al SIDA”, acompañado de imágenes de lápidas y con una fuente tipográfica de aviso necrológico. Nosotrxs como equipo en esa misma jornada montamos una instalación artístico-comunicacional en la entrada de la DEM, la misma

consistía en un cartel colgante de aproximadamente un metro y medio que contenía la pregunta: “¿Tendrías sexo con una persona que tiene VIH?”. Este dispositivo estaba acompañado por un folleto interactivo donde el equipo de salud y las personas que transitaron en la DEM, podían responder a esa pregunta. Traemos aquí tres respuestas representativas del conjunto de devoluciones que nos brindaron quienes participaron de manera anónima en el dispositivo:

“No, por el bien del ser humano y para no poder seguir contagiando a la gente”

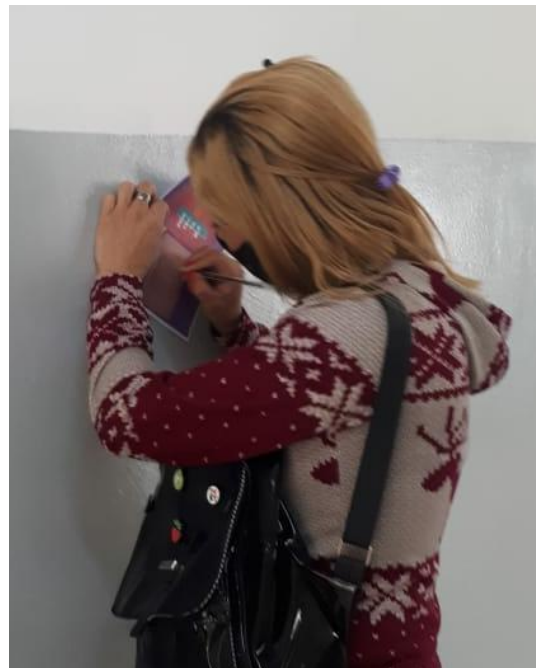
“No tendría jamás porque es feo tener esa enfermedad. Hay muchos contagios y muertes”

“Me daría miedo no sé cómo cuidarme... un poco tonta ya en este siglo. No saber cómo?”

Este conjunto de emergentes interrelacionados nos permite dar cuenta de un sentido común permeado de miedos y falsas creencias, reforzadas por un discurso bélico, que ligan al VIH con la muerte. Hablar de “lucha contra el SIDA”, tal como se utilizaba en el cartel de lazo rojo, es enunciarlo desde un lenguaje de guerra militar, que apunta a eliminar a un enemigo externo. Como resultado de ello, se fragmenta a la persona de la sociedad, negando el carácter político de los atravesamientos contextuales (Belmartino, 1988). Se construye una imagen de la persona que convive con VIH como un “otrx peligrosx”, y de allí que sea recurrente el verbo “portador” en tanto palabra relacionada al uso de armas.

Luego de un diálogo con unx referentx institucional, logramos quitar el cartel antes nombrado, dejando el lazo rojo. Destacamos que en nuestro proceso de aprendizaje con los activismos, nos enseñaron que "si la información genera miedo, las personas pueden tener actitudes negativas hacia quienes conviven con VIH o temor a hacerse el test"⁴⁶. Es por ello que se debe abonar a una comunicación sobre VIH desde la responsabilidad y la empatía.

En este contexto es que desarrollamos nuestro dispositivo de intervención. Particularmente la instalación antes mencionada, la ubicamos de manera táctica en el ingreso de la institución. A la vez, la dinámica de la misma consistió en hacer entrega del folleto interactivo, comentando a la persona que lo recibía, que el mismo era parte de una acción realizada en el marco del “Día Internacional de Respuesta al VIH”, invitando a compartir una respuesta en torno a la pregunta “¿tendrías sexo con una persona que tiene VIH?”.



Valiéndonos de la herramienta de la dilucidación⁴⁷ (González, 2001), nos propusimos

⁴⁶ Disponible en: <https://www.instagram.com/p/CIGmDdGAlT/?igshid=MDJmNzVkMjY=>

⁴⁷ La Dilucidación, que supone el esclarecimiento o problematización de una situación, analizando las alternativas de acción y sus consecuencias, respecto de las necesidades y su jerarquización, de los recursos

dialogar con quienes transitaron por la DEM Centro ese día, interpelandolxs sobre sus prácticas sexuales y sus representaciones en torno al VIH.

La intervención resultó disruptiva y suscitó reacciones diversas; desde personas que se negaban a contestar alegando que dañaba su moral, hasta otrxs para quienes la pregunta funcionó como un habilitante para relatar sus vivencias o duelos por muertes de personas cercanas por causas relacionadas al sida. Las respuestas fueron colgadas de manera visible con la intencionalidad de quienes transitaban se detuvieran a leerlas.

De manera simultánea, nos valimos de la función pedagógica de nuestra disciplina para difundir información de la Campaña I=I. Es así que la dinámica y el diseño del folleto interactivo invitaba a las personas a que una vez contestada la pregunta, dividieran el folleto por la mitad siguiendo una línea punteada con la consigna "cortemos con la desinformación". Mientras que la mitad que contenía las respuestas la colgaban en la instalación, la otra parte se la quedaban quienes participaban. Este reverso del folleto contenía contactos de organizaciones de la sociedad civil como RAJAP y RAP, y un mapa con el centro de testeo de Medicina Preventiva. Además, el apartado con más centralidad presentaba la Campaña I=I, explicando que las personas que conviven con VIH pueden llegar a suprimir su carga viral adhiriendo al tratamiento con retrovirales, posibilitando así prevenir la transmisión del virus por vía sexual. La centralidad que le otorgamos a la Campaña I=I en el folleto (y en nuestra intervención) se debió a que la misma fortalece el proceso de detección promoviendo los testeos, desmontando los miedos en torno al virus, y de manera simultánea socializa información que contribuye a mejorar la adherencia a los tratamientos. La I=I nos invita a hablar de VIH desde una perspectiva positiva, en clave de promoción de una vida plena y saludable; a transitar una sexualidad sin miedo; y sobre todo reducir los niveles de autoestigma y discriminación social circulantes.

Por último, de manera simultánea en la jornada desplegamos un stand con un espacio

económicos, culturales y sociales de los agentes, de las formas posibles a su acceso, de las posibilidades de transferencia, de las divergencias de perspectiva que pueden aparecer entre los individuos implicados y demás cuestiones involucradas en la intervención. Se puede esclarecer una situación, basándose en la idea de saber mutuo (González, Cristina 2018. p 7).

de consejería para la prevención⁴⁸ y promoción⁴⁹ de Derechos Sexuales Reproductivos y No Reproductivos. Este lugar se constituyó como una consejería de oportunidades, que funcionaba mediante demanda espontánea cuando las personas se dirigían a realizarse tests o a recibir atención en general. Desde este recurso de encuentro se promovió la toma de decisiones consciente, autónoma e informada y se abordaron temas vinculados a la sexualidad, a los métodos anticonceptivos y de barrera, la continuidad o no de un embarazo, hubo consultas sobre ITS y diabetes, entre muchos otros.

La Consejería se constituyó como un lugar de diálogo y escucha donde se valoró a lxs sujetxs y los conocimientos que éstos tenían sobre sus propios cuerpxs, sus procesos de salud-enfermedad y sus estrategias para resolverlos. Al contrario de MMH y su voz oficial que jerarquiza verticalmente el conocimiento científico de los profesionales médicos como verdadero, unívoco, infalible e incuestionable. Este dispositivo de Consejería la concebimos como una importante herramienta que tuvo como objetivo conocer y reflexionar en torno a las percepciones, experiencias y expectativas al respecto de la salud sexual y las condiciones de vida de las personas en el marco de los procesos de salud/enfermedad que atraviesan, en particular, donde el respeto y la valorización de la palabra de lxs sujetxs es central.

4.3 Desandando lo recorrido

Cuando nos interesamos por la temática del VIH evidenciábamos que existían un conjunto de violencias (materiales y simbólicas) hacia quienes conviven con el virus, por este motivo en la construcción del campo problemático ya las nombramos como obstáculos en la reproducción cotidiana de la vida de la población con las que trabajamos. Logramos

⁴⁸ Prevención acción por la cual "se anticipan las posibles consecuencias de una situación o de una acción. Se observan dos dimensiones de la actividad preventiva: una, contenida en programas especialmente dirigidos a tal fin, en que trabajadores sociales generalmente en forma conjunta con otras profesiones y según los casos con los propios actores, desarrollan actividades que promueven la participación, la organización y/o la habituación a determinadas prácticas laborales, sanitarias, etc. con el fin de crear un ambiente propicio en la vida de las personas que tienda a evitar la aparición de problemas. La otra, es aquella que está contenida en toda intervención profesional, toda vez que se pronostica una situación o el curso de una acción (González, p.8)

⁴⁹ Promover implica impulsar a la realización de acciones o la formación de determinadas conocimientos y representaciones. Este procedimiento está incluido en todo tipo de intervención co-gestiva, tipo orientadora, en donde prevalece la cooperación y en donde no hay soluciones o respuestas predeterminadas que imponer. Ello no quiere decir que los profesionales no sigan apelando a su poder de dominación, en tanto su intervención está dada por la existencia y reproducción de sistemas de dominación. Se trata aquí de acortar las distancias temporo-espaciales a través del intercambio de conocimientos, un proceso que Giddens denomina saber mutuo (p. 6 y 7).

un proceso reflexivo de las categorías que sosteníamos en el inicio de nuestras prácticas pre-profesionales, para ello fue fundamental la intervención misma, al igual que el relacionamiento con el activismo positivo, desde el cual fuimos indagando y (des)aprendiendo desde sus vivencias, y por último, el desarrollo de la sistematización de este trabajo final nos permitió volver sobre lo problematizado e intentar ponerlo en palabras con la intención de hacer aportes para la transformación.

En consecuencia, tomamos la decisión ético-política y epistemológica de profundizar en torno a un tipo específico de violencia atravesado por las lógicas patriarcales y conservadoras, nos referimos aquí a la violencia moral. A decir de Segato (2003):

La violencia moral es el más eficiente de los mecanismos de control social y de reproducción de las desigualdades. (...) Por su sutileza, su carácter difuso y su omnipresencia, su eficacia es máxima en el control de las categorías sociales subordinadas. En el universo de las relaciones de género, la violencia psicológica es la forma de violencia más maquiavelica, rutinaria e irreflexiva y, sin embargo, constituye el método más eficiente de subordinación e intimidación. (...) En materia de definiciones, violencia moral es todo aquello que envuelve agresión emocional, aunque no sea ni consciente ni deliberada. Entran aquí la ridiculización, la coacción moral, la sospecha, la intimidación, la condenación de la sexualidad, la desvalorización cotidiana de la mujer como persona, de su personalidad y sus trazos psicológicos, de su cuerpo, de sus capacidades intelectuales, de su trabajo, de su valor moral. Y es importante enfatizar que este tipo de violencia puede muchas veces ocurrir sin ninguna agresión verbal, manifestándose exclusivamente con gestos, actitudes, miradas. La conducta opresiva es perpetrada en general por maridos, padres, hermanos, médicos, profesores, jefes o colegas de trabajo (pp. 7- 8).

Más concretamente Fauno Lucas (s/f), explica que al hablar de ITS se las representa o asocia a "un lugar de la culpa, de lo sucio, de lo culpógeno, de los que han cometido un error, de los que "han fallado". Fauno se vale de lo escrito por Susan Sontag, quien señala que en la actualidad la transmisión sexual del VIH es equivalente a una "calamidad moral", que uno se ha buscado y merece un juicio más severo que otras vías de transmisión. Lucas explica que "una enfermedad infecciosa cuya vía de transmisión más importante es de tipo sexual pone en jaque, forzosamente, a quienes tienen vidas sexuales más activas; y es fácil entonces pensarla como un castigo"⁵⁰. Por ejemplo, y según la experiencia de quienes conviven con alguna ITS, en reiteradas ocasiones algún miembro del equipo de salud les juzgó señalando su infección o patología como un "castigo" por hechos considerados incorrectos o indebidos.

Por todo esto es que consideramos oportuno realizar un esbozo de lo que

⁵⁰ Disponible en:
<https://www.almagrorevista.com.ar/lucas-fauno-nadie-se-cuida-de-lo-que-no-se-nombra>

comprendemos como el origen de la violencia moral hacia las personas que conviven con VIH, que se encuentran atravesadas, además, por cuestiones de clase, género e identidad sexual. Estas vulneraciones de derechos no son nuevas, sino que son violencias estructurales, que responden a expresiones de la cuestión social, que se asientan sobre la base de la contradicción del sistema capitalista y patriarcal. De allí que retomemos el concepto de Estado desde el cual nos posicionamos, para en primer lugar dar cuenta de la configuración del sistema capitalista y sus correlatos en la vida de las personas que conviven con VIH; y en segundo lugar evidenciar la ubicación de Trabajo Social en ese entramado, en el cual se expresa una disputa entre la reproducción de las lógicas dominantes o la potencialidad de intervenciones contrahegemónicas y fugitivas.

En este sentido, recuperamos el concepto de Estado propuesto por Engels (1884) quien expresa que:

El Estado (...) no es de ningún modo un poder impuesto desde afuera de la sociedad; (...) Es más bien un producto de la sociedad cuando llega a un grado de desarrollo determinado; es la confesión de que esa sociedad se ha enredado en una irremediable contradicción consigo mismo y está dividida por antagonismos inconciliables, que es impotente para conjurarlos. Pero a fin de que estos antagonismos, estas clases con intereses económicos en pugna no se devoren a sí misma y no consuman a la sociedad en una lucha estéril, se hace necesario un poder situado aparentemente por encima de la sociedad y llamado a amortiguar el choque, de mantenerlo en los límites del "orden". Y ese poder, nacido en la sociedad, pero que se pone por encima de ella y se divorcia de ella más y más, es el Estado (pp. 177-178).

En el mismo nivel de análisis, para complejizar el abordaje de la categoría del Estado, nos valemos de los aportes de Althusser (1988), quien explicita como la clase dominante, a través de las instituciones represivas e ideológicas (y sus combinaciones) mantiene el orden establecido. De esta manera, Althusser distingue entre el poder del Estado y el aparato de Estado, por lo que esbozamos algunas diferencias entre estos dos conceptos. El aparato represivo del Estado se encuentra constituido por una unidad organizada y centralizada de instituciones como el gobierno, la administración, el ejército, las prisiones, la policía, entre otras; este poder impone su dominación de manera autoritaria, apelando sobre todo al uso de la violencia física, sin desconocer el uso de la simbólica, y se desenvuelve en la arena de lo público. Mientras que los aparatos ideológicos del Estado (a partir de ahora mencionados como AIE) son un conjunto relativamente autónomo y especializado de instituciones, como ser las religiosas, escolares, jurídicas, sindicales, de información y culturales. En su mayoría las instituciones del AIE son de carácter privado y funcionan mediante el ejercicio de diseminación de falsas ideologías que generan consensos que benefician a la clase dominante, la que impone su visión de mundo (no de manera lineal), sin llegar al extremo

de la aplicación de violencia directa. Así mismo el aparato del Estado se vale de todas las herramientas que tiene a su alcance para mantener el status quo, por lo que apelará tanto a la violencia, como también a la ideología. De esta manera, la clase dominante mediante la “superestructura jurídica, política e ideológica” (Althusser, 1988, p.11) busca generar paz social que garanticen la reproducción de las relaciones capitalistas de producción y explotación.

Igualmente consideramos que los aparatos ideológicos del Estado son diversos y presentan contradicciones y fisuras; aunque funcionan de manera unitaria, encolumnados para hacer circular ideas hegemónicas de la clase social a la que responden, es decir a la burguesía. Sin embargo, son esas mismas contradicciones y fisuras las que posibilitan que el AIE se constituya como un campo fértil de resistencias y confrontación entre las cosmovisiones y prácticas de las clases sociales antagónicas.

No obstante, con la intención de aproximarnos a una mejor explicación de las violencias intrínsecas al sistema capitalista patriarcal puntualizamos sobre un arista muchas veces invisibilizada por diferentes autores a lo largo de la historia, nos referimos al locus de enunciación alojado en los feminismos. De allí que recuperemos a Federici (2004), quien presenta en *El Calibán y la Bruja* las múltiples maneras en que la “acumulación primitiva” del Capital, se manifiesta en el orden burgués estatal y las consecuencias de ello para las mujeres, identidades feminizadas y disidencias sexo-genéricas. De esta manera la autora realiza una indagación del período de transición entre el sistema feudal y el nuevo orden social y las consecuencias específicas que tuvo este proceso para las mujeres, sus cuerpos y sus vidas, cuestiones todas centrales para la instauración del modo de producción y acumulación capitalista.

Nos resulta interesante el aporte que realiza la autora quien nos muestra cómo “la redefinición de las tareas productivas y reproductivas y de las relaciones hombre-mujer” (Federici, 2010, p.26) en la transición hacia el capitalismo se hizo con la aplicación de una brutal y sistemática intervención estatal, lo que da cuenta del carácter artificial y construido de los roles sexuales que perduran hasta la actualidad. La perpetuación de dichos roles desplegaron (y despliegan) una serie de violencias contra las mujeres que impactan en sus cuerpos y subjetividades. Identificamos a continuación algunas ideas que subyacen de este orden social:

- Origen de la idea del cuerpo de la mujer como un aparato productivo degradado, como instrumento habilitado a la explotación masculina que funciona subordinado al poder patriarcal dominante.

- Control del deseo, los placeres, la sexualidad y punto de partida de la maternidad forzada que refuerza la representación social de la “mujer incubadora”.
- Surgimiento de imposiciones de cánones físicos, estéticos y de belleza como una condición de aceptación y agrado social. Rechazo, odio y segregación de percepciones estéticas no hegemónicas o dominantes.

Ninguna de las matanzas planificadas desde el Estado patriarcal, ni los procesos de explotación sobre el cuerpo de las mujeres o la invisibilización de sus saberes y prácticas ancestrales han sido desterradas de la historia. Hasta el día de hoy el movimiento feminista y las disidencias sexuales generaron y construyeron sus resistencias de manera autónoma.

En este sentido, y siguiendo a Foucault (2001), “no hay poder sin resistencia”. Esta última afirmación nos conduce a tener que delimitar el concepto de poder, la que fue una categoría ampliamente estudiada por Foucault y a su vez planteada por Vázquez (2018) quien evoca al autor y reflexiona sobre cómo esbozar abordajes integrales en el campo de la salud (y específicamente en la SSynR) que no invisibilicen, normalicen, ni oculten la compleja trama de las relaciones entre el saber y el poder. A decir de Vázquez:

Para Foucault (2001) la naturaleza específica del poder es el modo en que ciertas acciones modifican otras. En ese sentido el poder no opera directa o inmediatamente sobre los otros, sino que actúa sobre las acciones de los otros. Se constituyen así relaciones de poder que incluyen dos elementos: al otro (sobre quién se ejerce el poder, la persona que actúa) y el campo de respuestas, reacciones, resultados y posibles invenciones que pueden producirse (p.99).

Otro aspecto central a examinar cuando se indaga sobre las relaciones de poder es que las mismas habilitan, condicionan o prohíben a lxs otrxs en su posible campo de acción. “De esta forma sujetos individuales o colectivos están enfrentados a un campo de posibilidades en el cual diversas formas de comportarse, diversas reacciones y comportamientos pueden ser realizados” (Vázquez, 2018, p.99).

Es así, como en el entramado de dispositivos de control social, queremos puntualizar que la salud, en tanto institución, es fundamental para el mantenimiento del status quo. Por ello, continuando con lo planteado por Foucault (1996), entendemos que el cuidado del cuerpo se constituyó como una de las finalidades de intervención estatal; siendo importante, para la sociedad capitalista “lo biológico, lo somático y lo corporal”(p.56). En la reproducción de este orden establecido la clase dominante encontró en las ciencias médicas un mecanismo fundamental para el control, basado en su “eficacia” y “legitimidad”. Es así que la medicina se impone como acto de autoridad, señalando lo “enfermo” y “lo sano”, sedimentado sobre la distinción entre lo “normal” y lo “anormal”. Cabe señalar que la

medicina moderna occidental condiciona los quehaceres de lxs agentes efectores de la salud más allá de las individualidades, en este sentido Trachitte (2008) expone que "las instituciones atraviesan a las organizaciones, a los grupos y a los sujetos. Es este atravesamiento institucional el que permite comprender cómo determinados modos de hacer y de pensar se producen y se reproducen en una sociedad" (p. 74).

En todo este devenir detectamos las lógicas de la violencia moral y las relaciones desiguales de poder que emergen de diferentes maneras, y particularmente deseamos enfocarnos sobre las prácticas de violencia moral en torno al VIH e ITS por parte de lxs trabajadorxs de la salud. Entre las cuales podemos enumerar, por ejemplo los procesos de culpabilización hacia las personas que conviven con alguna ITS mediante señalamientos por determinadas prácticas sexuales consideradas "riesgosas" o "promiscuas"; el desarrollo de procedimientos médicos paternalistas⁵¹ y la medicalización como única respuesta a un virus que (como venimos señalando) exige abordajes integrales. Nos resulta pertinente retomar aquí a Vázquez (2018) quien expone algunos de los diferentes mecanismos mediante los cuales se perpetúan las asimetrías que se manifiestan en relación a las ITS:

En primera instancia, los "efectos de la palabra", respaldado por el lugar que adquiere la autoridad y el estatus de los distintos miembros del equipo de salud frente a las personas que asisten al sistema sanitario, a quienes se le desvalorizan sus saberes y estrategias desplegadas frente al diagnóstico.

En segundo lugar, los "medios de control o sistemas de vigilancia" que se profundizan con el proceso de "biomedicalización", que supone la internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia, ahora por parte de las personas mismas.

Por último, las formas institucionalizadas, es decir las maneras sedimentadas de ver, pensar y actuar la salud, y más específicamente la SSRyNR, se dan a partir de "predisposiciones tradicionales, estructuras legales y fenómenos relacionados a la costumbre" (Vázquez, 2018 p. 100).

Para aproximarnos a una comprensión en torno a cómo este entramado institucional configura y permea en los encuadres de cada establecimiento, recuperamos a Gabriela (2008) quien argumenta que el proyecto institucional, deja entrever las "intencionalidades de la organización y el tipo de necesidades que resuelve o no, la precisión de saberes y

⁵¹ Esta forma de atención pone en duda la capacidad de las personas al limitar la posibilidad de conocer en profundidad su propia enfermedad, y con ello el derecho a tomar sus propias decisiones. A partir de los estudios revisados, se puede indicar el predominio del modelo paternalista por sobre otros modelos donde la participación y autonomía del paciente es mayor. El personal de salud que lleva adelante prácticas paternalistas no considera expectativas o necesidades de las personas. Disponible: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000300008

haceres que requiere" (p.175) planteando marcos y límites ligados a los mandatos y a la misión de la institución. A su vez, estas se combinan con la rigidez de la organización en la asignación de roles, la cantidad de niveles jerárquicos y las relaciones de poder que existen entre ellos, entre otros factores que van condicionando la cotidianeidad de las instituciones (Trachitte, 2008).

Coincidimos con la autora, quien destaca que la fuerza de estos atravesamientos institucionales que condicionan "verticalmente" aspectos de las interacciones sociales en cada establecimiento u organización encuentra sus límites, se le oponen resistencias y se les presentan posibilidades de "fuga". En mayor o menor grado habrá un entrecruzamiento entre estas referencias institucionales verticales y las singularidades o valores horizontales de la organización, en diálogo con la historia institucional, los actores de la misma, entre otros. Es así, como cada estrategia de intervención debe situarse, teniendo en cuenta la singularidad y las correlaciones de fuerza del espacio y será en las fisuras o intersticios donde queremos plantear los desafíos y responsabilidades éticas de nuestra disciplina.

4.3.1 Aportes disciplinares: potencialidades y condicionamientos

Nos interesa situar al Trabajo Social en los encuadres singulares de las organizaciones, en tanto "establecimientos", a los cuales se les asigna una finalidad social determinada por una o más instituciones, para reflexionar en torno a los marcos de posibilidades y los desafíos de pensar "intervenciones fugitivas".

Los encuadres de las organizaciones institucionales delimitan el pensar-actuar de quienes transitan y habitan los establecimientos, tanto de lxs usuarixs como lxs miembrxs del equipo de salud. De allí que consideremos pertinente identificar la ubicación de Trabajo Social en el entramado organizacional, ya que esta posición, define las competencias que la disciplina tendrá a la hora de abordar las diferentes problemáticas y condiciona el quehacer cotidiano de lxs profesionales en las instituciones de salud.

Según las elaboraciones de Aquín (S/F), Trabajo Social, por diferentes factores, ocupa un lugar subordinado respecto a otras profesiones que poseen discursos y praxis legitimadas. En el campo de la salud sexual, por ejemplo, en nuestra práctica encontramos que en el abordaje del VIH e ITS la infectología y el área de laboratorio poseen una mayor centralidad, mientras que Trabajo Social se ubica como "soporte" de las intervenciones médicas. Serán aquellas las que se constituyen como relevantes y necesarias para el MMH, en detrimento de otras intervenciones como las de nuestra disciplina u otras profesiones

“no-médicas”, que se configurarán como “complementarias” en la atención de lxs usuarixs.

Profundizando las ideas desarrolladas anteriormente, recuperamos a Rotondi (2008), quién propone pensar una serie de elementos en el proceso de institucionalización del Trabajo Social en tanto práctica "opinable" o subsidiaria de otras profesiones; impactada por la feminización de la disciplina y atravesada por la misión y el proyecto institucional, como condicionantes del quehacer profesional. Los patrones de géneros se expresan en la estructura institucional donde las tareas de reproducción social, las responsabilidades de cuidado y las actividades de acompañamiento son ligadas de manera "natural" a Trabajo Social, quedando en evidencia los mandatos de género que circulan y se asumen desde nuestra disciplina.

De esta manera nuestra profesión se ubica de manera subordinada en roles y funciones condicionados por los mandatos dominantes, además de ello, la disciplina en cuanto a su intervención propiamente dicha a lo largo de la historia, ha cumplido una función estratégica para las clases dominantes en el mantenimiento del orden social establecido, a través del control y el disciplinamiento de los sectores populares más oprimidos, diseminando y haciendo circular ideas hegemónicas, planificando intervenciones paternalistas y verticales o diseñando políticas anestésicas (Pelegri Viaña, 2004).

En esta urdimbre, que conforma un dispositivo complejo de poder para la reproducción del orden social, el actuar de Trabajo Social es parte de los procesos de regulación y disciplinamiento de las personas a través de la constitución de procesos de normalización. En este sentido, según Pelegri Viaña (2004), lxs profesionales se ven involucradxs en tres procesos que la sociedad adjudica a la disciplina: la vigilancia jerárquica, la sanción normalizadora y el examen. La vigilancia jerárquica implica realizar una caracterización de lxs sujetxs para producir representaciones de estos. Por otra parte, la sanción normalizadora consiste en hacer lecturas de las conductas de los sujetos en base a categorías de una supuesta normalidad que se encuentra delimitada por saberes disciplinares. Y, por último, el examen contempla cuestiones relacionadas a la vigilancia, a las acciones de sancionar y definir ciertos estilos de vida como anomalías a ser corregidas.

Sabemos que desde Trabajo Social no podemos escapar de ser parte de los dispositivos de reproducción del orden social existente por nuestra ubicación objetiva en la división social del trabajo (Iamamoto, 1992) no obstante, estos condicionamientos no son determinantes del accionar profesional, ni nos llevan necesariamente a reproducir de manera pasiva lo que la organización pauta y define. En esta línea Trachite (2008) expone que:

Hay quienes desde una organización instituyen posicionamientos alternativos y quienes, independientemente del tipo de escenario laboral, adhieren sin cuestionar las pautas fijadas por la organización. De esta forma es posible aplicar la distinción entre una intervención moral –sostiene lo habitual-; o ética –instituye por lo menos, una mirada y acción reflexivo-crítica (p.74).

Consideramos necesario evidenciar en la práctica profesional cuando se reproducen las lógicas de intervenciones morales, para dar lugar a procesos reflexivos y críticos. En consecuencia dar cuenta de las diferentes posibilidades de acción del Trabajo Social, pero solo en la medida en que “tenga la capacidad de reflexionar o reconocer diferentes aspectos que se expresan en la intervención que requieren ser visibilizadas para poder potenciarse, logrando un proceso de elucidación pensando lo que se hace y sabiendo lo que se piensa” (Carballeda, 2018, p.11).

En el encuadre institucional de la DEM Centro, en el abordaje particular de VIH e ITS lxs profesionales se orientan sobre todo a aspectos administrativos y de respuesta urgente frente a una excesiva demanda. Tan es así, que la incumbencia del Área de Servicio Social en cuanto a la respuesta al VIH se acota a realizar entrevistas e informes socioeconómicos para los programas dirigidos a personas que conviven con el virus, como son el “Plan Comer Juntos”, las pensiones no contributivas por incapacidad y el boleto gratuito provincial. De esta manera, la direccionalidad de nuestra praxis disciplinar se reduce a la mera asignación de recursos, en función de brindar "ayuda inmediata" a las demandas de lxs sujetxs.

Este perfil de intervención profesional se profundiza en el marco de la pandemia, dónde el Estado, mediante las políticas públicas, definió prioridades, urgencias y respuestas para con los cuerpxs-vidas que importaban en detrimento de otros (Leguizamón y Núñez Ramos, 2020). Por lo cual, lx referentx de la organización relata que:

A partir del aislamiento social, preventivo y obligatorio, la intervención profesional fue direccionada a la urgencia, a la situación de calle, a la desnutrición. Toda la intervención por programas, como el "Comer Juntos" que nosotros teníamos todos los meses para hacer el seguimiento no vinieron más, directamente se les daba el cheque en el Ministerio [de Desarrollo Social] para que no circulen en la calle, además son pacientes inmunodeprimidos, bueno eso si no te queda otra, no es lo ideal pero es lo menos malo (Referentx de la Organización, comunicación personal, 19 de agosto de 2021).

Por lo que advertimos que dentro de este marco organizacional institucional la potencialidad de Trabajo Social queda reducida, dejando pasar en muchas oportunidades la posibilidad de una reflexividad crítica a la hora de abordar de manera integral y transformadora las problemáticas de las personas que conviven con VIH.

En base a esta radiografía crítica, que esbozamos sobre las intervenciones en VIH e ITS, consideramos central remarcar las posibilidades y responsabilidades éticas de nuestra

disciplina. De manera que, nos desafiamos a asumir parte de la vacancia teórica en torno al abordaje del VIH desde Trabajo Social, ya que consideramos que este "silencio epistemológico" no es casual sino que es consecuente con el tabú y la moralidad que rodea la temática. La ausencia o dificultad de poner en palabras al VIH es parte de los dispositivos que conforman un MMH que menosprecia e invisibiliza las implicancias de la sexualidad y el deseo en la salud.

Es un riesgo para nuestra disciplina la naturalización de este silencio, que nos lleva a reproducir las lógicas de un modelo de salud biologicista y a omitir, generalmente, la presencia de la sexualidad (y con ella, de las múltiples orientaciones que esta implica) en la vida cotidiana. Nos predispone a desplegar estrategias de intervención sujetas a la urgencia de la realidad sin marcos teóricos referenciales, perdiendo así la cohesión entre las dimensiones teórico/epistemológicas/metodológicas que nos permiten en primer lugar, diferenciarnos de prácticas asistencialistas orientadas desde el sentido común y, en segunda instancia nos posibilita la reflexividad de nuestras acciones en clave de vida digna desde la salud integral y colectiva.

De allí se desprende nuestro compromiso ético-político de generar espacios de escucha activa y aportar voz a las voces silenciadas en las instituciones de salud a través de la habilitación del diálogo, el intercambio de saberes-vivires y la participación activa de la sociedad civil en los procesos de salud-enfermedad-atención. Siendo conscientes de que nuestras prácticas se hallan en la encrucijada entre los principios y reglas institucionales rígidas y burocráticas; y la autonomía que nos concede la competencia técnica y sobre todo la interacción cotidiana con las personas y sus problemáticas, para así generar diferentes herramientas y estrategias en defensa de una postura profesional que busca garantizar y promocionar derechos.

Apostamos a la vigencia y fortaleza de nuestra disciplina a la hora de generar colectiva y horizontalmente dispositivos para construir y fortalecer espacios contrahegemónicos, para desde este lugar potenciar nuevas miradas e ingresar como puntos de fuga, estratégicos en la disputa por construir nuevas concepciones-acciones sobre la salud sexual. Por ello, construimos intervenciones que desde la creatividad y lo disruptivo intentaron correrse de la formalidad.

Observamos que la información disponible por parte del Estado en torno al VIH y las ITS existe, incluso en diferentes formatos y soportes, sin embargo se presenta un brecha

entre la existencia de los mismos y la accesibilidad⁵² y apropiación por parte de las personas, los equipos de salud y las instituciones. Por lo que desde el Estado y en alianza con la sociedad civil se deberían generar acciones para democratizar la información.

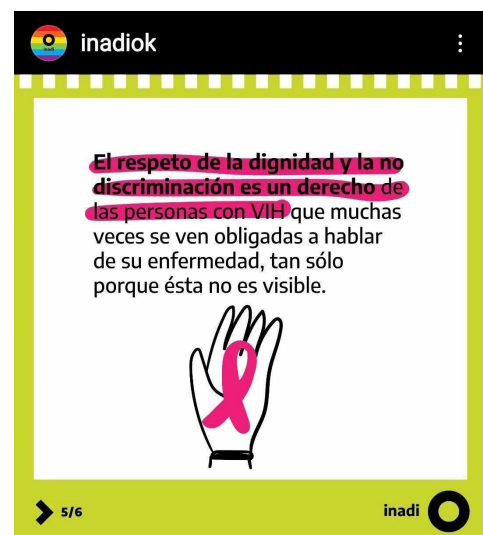
Un elemento que observamos como central en los procesos de accesibilidad es la comunicación, donde se construyen discursos sobre el VIH. Tomamos lo propuesto por las autoras Petracci y Lois (2014), quienes nos invitan a pensar la socialización de la información desde la complejidad, para comprenderla como una herramienta y un hecho cultural en la producción social de sentidos, y las consecuencias de estas definiciones en las prácticas de las personas.

En continuidad, puntualizamos que se comunica la cuestión del VIH ligándola a la muerte, a la enfermedad, a los miedos y dirigida a un sector de la población (señalada como poblaciones claves). Esto lo pudimos ver en la cartelería y el lazo rojo por el primero de diciembre instalado en la DEM Centro (esta información ya la mencionamos en los analizadores de intervención), como así también, y a modo de ejemplo en una publicación del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) sobre el acceso al pase libre de transporte, el organismo en Instagram expresó sobre la coacción que sufren las personas con VIH al verse obligadas a hablar de su “enfermedad”.

Por consiguiente, nuestro dispositivo de difusión, la consejería de Salud Sexual Reproductiva y (no)Reproductiva y la intervención artística-comunicacional desplegada el primero de diciembre estuvo pensada desde la perspectiva de la comunicación crítica.

En primer lugar el diseño, tanto del volante interactivo como de la instalación y el recursero, buscaron brindar información clara, actualizada y validada científicamente, expresada en términos fácilmente entendibles, por lo que tuvimos presente

que queríamos dirigirnos a un público general, amplio y no experto, el cual, en su mayoría, podría no estar familiarizado con los términos y jergas empleados dentro del ámbito



⁵² La accesibilidad es el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge entre la combinatoria de las condiciones y discursos de los servicios, y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta de la modalidad particular que adquiere la utilización. La accesibilidad se encuentra atravesada por barreras que obstaculizan el acceso de las personas a los diversos sistemas de acción social. Estas barreras aluden a las siguientes dimensiones: geográfica, económicas, culturales y simbólicas (Aquín Nora, 2003).

médico.

En cuanto a los colores del diseño optamos por una paleta distinta a la cual se usa generalmente para comunicar las ITS: el celeste por lo clínico, el rojo como símbolo representativo del VIH; en contraposición utilizamos violeta, amarillo y fucsia, que son colores que llaman a la vista, no están asociados directamente a las ITS, y a su vez son utilizados por asociaciones y espacios activistas por los derechos de las personas que conviven con VIH.

En segundo lugar, en la Consejería de oportunidades combinamos la información provista desde diferentes instituciones estatales, con “memes”, infografías e historietas. A la vez que en la dinámica del espacio predominó el diálogo y la escucha activa, ya que muchas veces por la saturación del equipo de salud lxs usuarixs no se sienten en la comodidad de generar consultas o hablar desde sus experiencias en salud.

Por último, destacamos las ubicaciones de la instalación. Por un lado, situándola en la entrada de la DEM, de manera estratégica en tanto que irrumpe la visual cotidiana de las instituciones de salud, no solo por lo llamativo de los colores que contrasta con el blanco y celeste, sino también por la pregunta que contenía la palabra “sexo” y recuperaba las voces de lxs usuarixs en torno a sus experiencias en relación al VIH. Y por otro lado, trasladamos la instalación a la Plaza de la Intendencia, en el marco de una jornada impulsada por Fundación Rosa y la Municipalidad de Córdoba, que a la vez contó con espacio de coreografías flashmob⁵³, testeos, y micrófono abierto. Esta actividad fue una acción que buscó sacar al VIH de los muros de las instituciones sanitarias, y llevarlo al espacio público. Consideramos que este tipo de iniciativas deberían reproducirse de manera sistemática, en lugares de tránsito cotidianos y masivos, como ser escuelas, canchas o estadios deportivos, boliches, etc.

Construir un dispositivo de difusión e información desde la perspectiva crítica implica incluir lo estético, pedagógico y político. Por lo que tenemos el desafío de pensar una comunicación sanitaria que no solo sea creativa y disruptiva, sino que incorpore también la arista política, entendida como las voces de lxs activistas y usuarixs en su interpretación de las necesidades, para que estas penetren y disputen en las instituciones de salud.

Al calor de la sistematización y el diálogo de vivires con el activismo, personas positivas no organizadas y efactorxs de salud, fuimos reflexionando en torno a las

⁵³ Flashmob viene de la suma de los términos flash, destello, y mob, multitud. Se trata de encuentros públicos fugaces en los que un grupo de gente se reúne de forma súbita para hacer una acción conjunta, a menudo absurda, y dispersarse inmediatamente después.

potencialidades de la disciplina para desplegar otras posibles estrategias de intervención frente a un escenario complejo que así lo requiere.

- Estrategias para la adherencia al tratamiento antirretroviral desde un vínculo empático. Sobre la base de comprender que la medicación tiene impactos tanto físicos como subjetivos en las personas, consideramos que Trabajo Social puede fortalecer el proceso de adherencia acompañando en dos instancias. Por un lado, detectando las redes vinculares y afectivas que las personas poseen, y por el otro contribuir en el proceso de descentralización de la distribución de la medicación ya existente para que esta se realice de una manera reflexiva y planificada.

La experiencia de un diagnóstico positivo puede generar en las personas un sentimiento de soledad frente a un panorama teñido de incertidumbre, miedos y falsas creencias. Donde el develamiento⁵⁴ es una instancia compleja en la cual Trabajo Social deberá ubicar la redes de relación buscando “aliados” dentro de las mismas que posibilite un acompañamiento en el proceso de adhesión. Será tarea de nuestra disciplina detectar las redes existentes (familia, vecinxs, amigxs, pareja/s etc.), con sus recursos disponibles, a la vez que visibilizar la existencia de espacios colectivos y activistas a los que la persona puede incorporarse o contactar.

Por otra parte, nos interesa hacer un aporte a una política sanitaria que hoy se encuentra en marcha, se trata de la descentralización de la medicación de los antirretrovirales, donde se envía la misma hacia los CAPS de los barrios de la ciudad y a las instituciones de salud en el interior de la provincia de Córdoba. Esta política, que nació al calor de las restricciones de circulación impuestos por la Pandemia, fue significada de manera contradictoria por las personas que conviven con VIH ya que permitió un acceso geográficamente más cercano a la medicación, pero a la vez ponía en tensión la confidencialidad del estado serológico en tanto muchas de estas instituciones son espacios que transitan las personas del mismo barrio o localidad. En este sentido la cercanía geográfica al tratamiento podría darse a la par del encuentro con barreras ideológicas,

⁵⁴ Utilizamos la categoría de develamiento siguiendo el texto "Abordaje Psicológico de personas con VIH" quién indica que "develar" significa "poder hablar de la problemática con aquellas personas del entorno suficientemente significativas. Esto implica temor a la discriminación y al rechazo y en muchos casos, la necesidad de abordar temas “tabú” como ser, hablar sobre la sexualidad, el consumo de sustancias, la fidelidad, la identidad de género, y el trabajo sexual, entre otros. En general, el poder compartir el diagnóstico con otros significativos ayuda a aceptarse a uno mismo, y enfrentar de mejor manera las situaciones de estigma y discriminación. (...) El develamiento conlleva diferentes temores, según con quién se está tratando de compartir la información" (Aristegui, 2014 p.25).

culturales, religiosas, administrativas, etc. Frente a este contexto, una posible incumbencia profesional, podría ser pensar socializar la información sobre la existencia de esta política y reflexionar de manera conjunta con la persona sobre las ventajas y posibles dificultades de recibir los medicamentos en un espacio más cotidiano. Por ejemplo, y en base a la experiencia de los activismos quienes nos comentaron que los actores de las instituciones de salud muchas veces develan (intencional o no intencionalmente) el estado serológico de las personas, nuestra profesión puede accionar anticipando este develamiento forzado preparando a la persona para este escenario, con una apropiación de la legislación existente que resguarda la confidencialidad (Ley de los derechos del paciente) y empoderando para que la persona cuente con herramientas por si desea interpelar a quien no respeta la confidencialidad.

- Estrategia socioeducativa para poner a circular información y saberes sobre el VIH. Consideramos que el abordaje sobre la temática se hace principalmente desde los conocimientos de las disciplinas biomédicas y se despliegan acciones solamente en fechas efemérides como ser el primero de diciembre. Esta última reflexión la recuperamos del activista Matias Farfán⁵⁵ quien manifiesta que estas instancias resultan insuficientes por lo que se deben pensar intervenciones más integrales y sistemáticas. Para ello la disciplina puede valerse de las estrategias pedagógicas para generar espacios de formación, capacitación e intercambio de saberes entre los equipos de salud, lxs usuarios y el activismo positivo. Co-construir con lxs otrxs, no puede ser un acto impuesto o verticalista, por lo que se debe apelar a la participación activa de lxs sujetxs para así lograr poner en escena sus deseos, proyectos y necesidades para ampliar derechos. Este proceso deberá incluir una lógica compleja de la educación, donde se produzca una confluencia entre lo cognitivo y lo afectivo. Deberemos entonces tejer una red de alianzas entre el activismo y la profesión en busca de disputar la hegemonía del pensamiento biologicista, medicalizante y conservador. Para recuperar las micro-militancias y el activismo cotidiano, jerarquizando los vivíres y prácticas de lxs sujetxs que conviven con VIH, trabajando desde la gestión de la proximidad y el acompañamiento pensando otras maneras de desarrollar procesos sociales vinculados a la salud en sentido amplio e integral.

El activismo positivo cuenta con saberes acumulados por las vivencias, la organización colectiva y en muchos casos también posee formación académica en la temática. Por lo que se presenta para el Trabajo Social la oportunidad de utilizar herramientas profesionales para

⁵⁵ Disponible en: <https://latinta.com.ar/2021/11/hablar-vih/>

colaborar en la conformación de una red de comunicación y trabajo conjunto y de esta forma abordar la temática y el acceso a los derechos.

- Estrategias para un diagnóstico participativo en base a las realidades positivas. Proponemos que las personas que conviven con VIH y habitan la DEM puedan ser las protagonistas y encargadas de llevar a cabo un proceso de diagnóstico participativo sobre su situación actual y así poder proyectar mejoras en sus condiciones de existencia en relación a su transitar por el sistema sanitario. Esta acción se puede instrumentalizar a través de diversas técnicas como ser las entrevistas individuales en profundidad; como así también materializar un taller participativo, por ejemplo, desde una perspectiva de la educación popular⁵⁶. Aun así, somos conscientes de que al momento de desplegar esta estrategia de intervención interactúan los límites demarcados por la institución y las urgencias de las demandas, que muchas veces condicionan los marcos de posibilidades de este tipo de estrategias. De allí que, el Trabajo Social debe aprovechar cada instancia de encuentro cara a cara con las personas que conviven con VIH (durante la espera en los pasillos de la institución, mientras que se realiza un informe socioeconómico, en una instancia de consejería, etc.) para esbozar un diagnóstico sobre su transitar sobre las instituciones de salud. Todas estas técnicas de participación las concebimos como herramientas que tienen como objetivo conocer y reflexionar en torno a las percepciones, experiencias y expectativas al respecto de las condiciones de vida y su potencialidad para que desde su propio protagonismo se puedan mejorar y transformar las condiciones materiales y simbólicas de existencia.

Cada vez son más los espacios que se fugan de la mirada biologicista del MMH y que politizan las necesidades de las personas que conviven con VIH, por lo cual queremos que Trabajo Social sea parte activa de estos espacios emergentes.

Deseamos contribuir desde la profesión a desarticular lógicas instituidas en torno a la salud sexual y no reproductiva, por consiguiente, nuestra intervención tiene el horizonte hacia lo instituyente, sin sacralizar el término ya que existen en la actualidad cambios a lo instituido, es decir prácticas instituyentes pero bajo la lógica de por ejemplo la individualización de los procesos de salud-padecimiento-atención (Trachitte, 2008). De allí

⁵⁶ Siguiendo a Korol (2015) se concibe a la misma como un proceso de creación colectiva de conocimientos, propuesto por el pedagogo Paulo Freire, para transformar las realidades de explotación y dominación generadas por el capitalismo heteropatriarcal y colonial. Apunta elementos metodológicos, como el lugar del cuerpo en la reflexión teórica y en los procesos de aprendizaje, y los recursos lúdicos y artísticos que ofrecen mayores posibilidades de aproximación al proceso de conocimiento. Disponible en: <http://www.polifoniasrevista.unlu.edu.ar/sites/www.polifoniasrevista.unlu.edu.ar/files/site/6%20-%20Korol.pdf>

que hablemos bajo la retórica de intervenciones fugitivas, enmarcadas en el proceso de politización de las necesidades. Por lo que consideramos que nuestra disciplina interviene en la lucha por la interpretación de las necesidades con una multiplicidad de actores que ya cuentan con un bagaje y experiencia previa, de la cual nuestra profesión se puede enriquecer, a la vez que aportar como discurso experto (Fraser, 1991), no solo en la visibilización o lectura de las necesidades, sino también al momento de la asignación de los recursos que tiendan a su satisfacción.

Que las respuestas sean integrales, intersectoriales e interseccionales, como plantea la Ley N°27.675, implica que haya diálogos o negociaciones entre los activismos y prácticas/discursos ya instituidos en el campo de la salud donde predomina el MMH en las formas de leer/actuar sobre la realidad. Para Trabajo Social representará un desafío, pero también una oportunidad para hablar de Salud y de la SSynR en términos colectivos y de derechos en el campo de la salud.

SENTIPENSARES FINALES

En simultáneo que realizábamos nuestra intervención pre-profesional, y comenzábamos a sistematizarla, en nuestro país se debatía y aprobaba la Nueva Ley de Respuesta al VIH e ITS. Esta normativa gestada desde las calles y elaborada desde los activismos podría haber sido una oportunidad para que nuestra disciplina colabore en la promoción de derechos sexuales y (no) reproductivos, y que dé la disputa en el reconocimiento del estatuto público de estas necesidades. Y a partir de la Ley, abrir la posibilidad de instituir nuevas prácticas, que desde la salud colectiva apunten a fortalecer la salud pública y la autonomía de lxs cuerpxs y las vidas de quienes conviven con el virus en nuestro país.

Si bien observamos que esta instancia fue desaprovechada por Trabajo Social por haberse impuesto un conjunto de silencios epistemológicos y prácticos, consideramos que este vacío puede representar una oportunidad para desplegar estrategias de intervención que desde la dilucidación, la co-gestión, la prevención, la promoción y las dimensiones socio-educativas "pongan a circular información, en una sociedad y un Estado donde poco se habla de VIH"⁵⁷. Tenemos el desafío de convertir la nueva Ley en derechos (re)conocidos para la sociedad en general y las personas que conviven con VIH y otras infecciones en particular.

De allí que, proponemos que nuestra disciplina se comprometa y asuma la vacancia teórica que hay en torno al VIH para poder construir marcos teóricos que orienten nuestras prácticas y den lugar a procesos críticos y reflexivos. Consideramos que la ausencia de poner en palabras al VIH es parte de los dispositivos que conforman un MMH que menosprecia e invisibiliza las implicancias de la sexualidad y el deseo en la salud.

Las violencias estructurales que atraviesan lxs cuerpxs-vidas de las personas que conviven con VIH se expresa en la restricción de Derechos Humanos tales como el derecho al trabajo, el derecho a la vivienda, a la salud y a la educación, entre otras. En la Córdoba de hoy esta realidad se manifiesta de manera extrema en la privación de la libertad de un joven perteneciente a los sectores populares que fue condenado por transmitir el virus a su pareja.

⁵⁷ Este es uno de los objetivos de la muestra "Hablemos", un dispositivo creado por lxs artistas Juan Coronel, Matías Farfán y el Colectivo Vihróstica, quienes desde las artes visuales y otras disciplinas proponen un "espacio habitable que interpele y hable de VIH". Desde esta muestra se nos invita a reflexionar a todes sobre las vivencias positivas, tejer redes y solidaridades entre quienes conviven con el virus y quiénes no.

Dichas violencias a decir de Parra (1999), son expresiones crudas de las desigualdades y antagonismos políticos, económicos y culturales anclados en las contradicciones inherentes de un sistema capitalista, machista y heteronormado. Que ubicándonos desde la situacionalidad de los territorios latinoamericanos, con realidades atravesadas por una creciente y marcada desigualdad que lleva a grandes franjas de la población a la pobreza e indigencia, el objetivo de la ONUSIDA, pensado y construido desde los países y realidades del norte global, se torna inalcanzable y las metas 95-95-95 propuestas para el año 2026 se vuelven papel mojado. Esta entidad global que además habla de “poblaciones claves”; reproduciendo los discursos de los años '80 de la peste rosa, solo logra como resultado profundizar los procesos de estigma y discriminación hacia poblaciones históricamente vulneradas, e instala la falsa idea de que la infección está controlada, cuando por ejemplo en nuestro país se mueren en promedio tres personas por día a causas relacionadas al sida, que de acuerdo al informe realizado por la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2021), equivalió a un total de 1.265 muertes en 2019.

En contraposición es que insistimos en hablar de vulnerabilidad, partiendo del principio de que todas las personas son susceptibles a la infección, ya que el virus no discrimina por orientación sexual, pertenencia de clase, identidad de género, etc., sino que es una problemática que compete a toda la sociedad en su conjunto, debido a que la transmisión se ha vuelto masiva. Sin embargo hay personas en situación de vulneración que lxs coloca en un escenario de mayor exposición a la transmisión del virus, es decir que, la obtención de información, la posibilidad de asimilar esas informaciones y el poder cambiar las prácticas no dependen sólo de la voluntad individual, sino que se encuentra condicionada por atravesamientos contextuales: desigualdades de clases sociales, estructuras jurídicas-políticas, relaciones de género, relaciones raciales, creencias religiosas, entre otras.

Lamentablemente los Programas de VIH e ITS continúan hablando de que la incidencia del VIH y el sida persiste en las “poblaciones históricamente claves” y sus "prácticas de riesgo", por lo que debemos correr el foco, ya que no existen "conductas" de riesgo, lo que existe son prácticas sexuales que no son propiedad de ninguna "población clave"; y debemos colocarlo en el conjunto de desigualdades existentes (y en crecimiento) que hoy nos sitúan en escenarios de vulnerabilidad, porque en la Córdoba contemporánea “el VIH

cada vez tiene más cara de mujer, de poblaciones pobres, rurales”(Referentx Programa Provincial de lucha contra el VIH, SIDA y ETS, comunicación personal, 19 de abril de 2022).

Toda esta manifestación de la cuestión social nos interpeló, ya que, estudiando una disciplina fuertemente vinculada con los sectores populares y su historia, nos interrogamos ¿Trabajo Social nada tiene para decir sobre estas realidades?.

De allí que, nuestro abordaje de la cuestión del VIH sea profundamente política y direccionada en la lucha por la interpretación de las necesidades históricamente invisibilizadas por el sistema, pero fuertemente resistida y disputada por un activismo que fue adquiriendo conciencia, logrando movilización y conquistando derechos. Escenario frente al cual nuestra disciplina no estuvo a la altura, lo que produjo una brecha entre los saberes y quehaceres de los espacios organizados y nuestras intervenciones. En consecuencia, nos encontramos con un vacío relativo que queremos empezar a habitar. Es nuestra decisión ética-política en primer lugar no ser parte de ese andamiaje perverso que se presentan como obstáculos en la vida diaria de las personas que conviven con VIH, y en segunda instancia aspiramos a romper el silencio epistemológico que ronda la problemática e intentar a empezar a hacernos cargo de la relativa vacancia disciplinar en la temática. Si bien reconocemos que existe una trayectoria de la profesión en clave de formación, investigación e intervención sobre VIH hay escaso material sistematizado y de difícil acceso. Esto nos lleva a pensar el abordaje desde la complejidad que atraviesa la temática, "enfrentando el desafío de hacer visible lo invisible, de escuchar lo silenciado y habilitar lo negado" (Pedano, 2021, p.2).

Somos conscientes que esbozamos una intervención que nos desafía doblemente porque abordamos una temática rodeada de fantasmas y falsas creencias y la misma estuvo inscripta en una institución con modelos dominantes donde el MMH mantiene una legitimidad/predominancia en el orden establecido. Esto decanta en que las estrategias preventivas están direccionadas por una “normatividad profiláctica”, en tanto que el preservativo aparece como método privilegiado y se apela a la responsabilidad individual de las personas con VIH respecto a su propia salud, pero también de la salud de lxs demás (Gagliolo y Margulies, 2020).

Particularmente en nuestro proceso de práctica observamos que el abordaje de VIH e ITS en la DEM Centro se orientó principalmente a aspectos administrativos, con lógicas paliativas hacia la urgencia y constancia de las demandas. Tan es así, que la incumbencia

del Área de Servicio Social en cuanto a la respuesta al virus se acotaba a realizar entrevistas e informes socioeconómicos. Hecho que nos invitó a desandar la "visión ingenieril" en el abordaje de VIH, de acuerdo a los aportes de Cazzaniga (2015) esto implicó problematizar la direccionalidad de la praxis cuando ésta se reduce a la mera asignación de recursos, en función de brindar "ayuda inmediata" a las demandas de lxs sujetxs.

Frente a un escenario donde se individualizan los procesos de salud-enfermedad-atención, donde la vida se rige por las lógicas de biomedicalización, deseamos abrir el interrogante acerca del lugar de lo colectivo en este contexto. En tanto que la salud se presenta como un campo impregnado de luchas, donde conviven una variedad de paradigmas contrahegemónicos, habrá siempre lugar para quienes pugnan por generar nuevas instituciones. Es así que hoy los activismos positivos que proponen respuestas colectivas a los problemas sociales marcan un sendero y son ejemplo de ello.

Deseamos por todo ello foguear estos espacios emergentes y disruptivos, para que se fuguen de la mirada biologicista del MMH y desde una mirada colectiva, crítica e interseccional abonar a la desarticulación de las violencias morales y estructurales que en lo cotidiano obstaculizan las existencias de quienes conviven con VIH. Será una posibilidad utilizar las potencialidades pedagógicas de Trabajo Social para poner en palabras al VIH y correrlo del lugar del tabú o del terror asociado a la muerte y la enfermedad; ámbito en donde lo ubicó la moral patriarcal, capitalista y conservadora.

Como parte de la complejidad que atraviesa la trama institucional en relación a la tematica identificamos en la DEM Centro asimetrías existentes entre lxs efectores de salud en el acceso a la información sobre el VIH en general y la Campaña I=I en particular. Esto a la vez se combina con los procesos de biomedicalización y las falsas creencias que se generan en torno al VIH, constituyéndose así como obstáculos en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la condición generada por el VIH/sida. Por lo que desplegamos recursos para socializar y masificar información entre el equipo de salud y quienes habitan la DEM Centro. En sintonía a ello pusimos en marcha un dispositivo de difusión desde los lenguajes artísticos y comunicacionales creativos, buscando interpelar y dar lugar a saberes contrahegemónicos. Toda esta construcción pretendió visibilizar experiencias y subjetividades de personas que conviven con VIH en primera persona, generando procesos de empatía y posibilitando desandar lógicas violentas que se construyen en torno a los estigmas y las discriminaciones. Así mismo no somos ingenuxs y reconocemos la urgente necesidad de que el Estado y sus instituciones lo tomen en agenda

e incorporen en las escuelas la perspectiva de género y diversidad a los espacios de formación en clave de Educación Sexual Integral. Como así también se responsabilice y actúe en consecuencia de la capacitación actualizada de lxs trabajadorxs de la salud para que no se produzca una atención discriminatoria y/o con información parcial o desactualizada, que consideramos se debe acordar un piso común obligatorio, dentro del cual debe encontrarse la Campaña I=I.

Consideramos que esta Campaña es un puntal para promover la ampliación de los derechos humanos, que se dirigen al ejercicio de una sexualidad libre a través del acceso a información, que permita lograr una mayor autonomía en la toma de decisiones, dando lugar a procesos reflexivos en torno a las identidades, que den paso al disfrute, al respeto y a una sexualidad placentera. Además, al ser un concepto basado en evidencia sólida y con fundamentos científicos que sustentan a la condición de indetectabilidad e intransmisibilidad, tenemos la intención de poner a jugar a nuestro favor la legitimidad construida en torno a las ciencias naturales. En tanto que “la palabra sagrada de la ciencia”, revestida de un capital simbólico, penetra en la conciencia de las personas construyendo el sentido común, y “revelando una verdad indiscutible”. Con la cual la Campaña busca avanzar en la disputa por la legitimidad social, para ofrecer una nueva mirada sobre la vida con el virus, desmantelando los procesos de estigma y discriminación asociados al VIH.

Hablar de VIH no debe ser tarea de un solo día, debemos desafiar las lógicas estatales que encapsulan las reflexiones, necesidades y realidades de las personas positivas a un solo día del calendario. Aunque entendemos que el primero de diciembre es una oportunidad para dar visibilidad y accionar en la prevención y promoción de derechos, es fundamental que la cuestión esté en agenda de manera más transversal y durante todo el año. Las instituciones, lxs profesionales y muchxs actores sociales pueden aportar de manera continua en las respuestas al VIH y al sida.

Nuestro país y Latinoamérica tienen la potencialidad de las memorias de los activismos y de saberes construidos en diálogo entre la academia y los territorios. Por ello recuperaremos ese acervo como una herramienta más con la que entramos en un campo en disputa, con prácticas y discursos instituidos, será un desafío de nuestra profesión poder aprovechar las fisuras y colaborar en instituir otros modelos alternativos. Aunque siendo conscientes de las tensiones que se presentan frente a lo instituido, sin caer en una

romantización del mismo en un contexto latinoamericano y mundial de individualización de los procesos de la salud. Es así que estos procesos deben ir de la mano de la incorporación de las experiencias colectivas y de las voces de las personas y los conocimientos que tienen sobre sus propios cuerpos, sus procesos de salud-enfermedad y las estrategias para resolverlos.

Nos parece importante destacar el hecho de que nuestras prácticas nos permiten establecer un contacto directo con lxs sujetxs de la intervención y su vida cotidiana. Esta realidad nos posibilita acceder a una cantidad de información acerca de cómo se expresa la cuestión social en los mismos y sus territorios, pero también las estrategias desplegadas frente a estas manifestaciones. Este cuadro de situación no está abierto a todas las disciplinas, por lo cual se constituye en un saber específico de nuestro quehacer. De allí que, las entrevistas e informes socio-económicos para los programas dirigidos a personas que conviven con el virus, como son el “Plan Comer Juntos”, las pensiones no contributivas por incapacidad y el boleto gratuito provincial, deben traspasar lo meramente descriptivo o formal, para complejizar la intervención y transformar la realidad acompañando la politización de las necesidades de quienes conviven con VIH. Y así poder trabajar por el bienestar de las personas, principio estipulado en el artículo 4 de la Ley Nacional de Trabajo Social N°27.072. Avanzar en este sentido, creemos que colaborará en disputar el imaginario social sobre nuestra disciplina (que incluso muchxs activistas tienen) que nos visualiza como una profesión solamente encargada de trámites administrativos y ligada a prácticas asistencialistas.

A modo de cierre podemos decir que estamos convencidxs de que una vida digna para las personas con diagnóstico positivo no sólo se garantizará mediante la medicación, sino con acceso pleno e integral a la satisfacción de necesidades y deseos. Porque más allá de que el tratamiento con antirretrovirales es gratuito y “de disponibilidad pública”, la adhesión al mismo se ve atravesada por una multiplicidad de determinantes económicos, culturales y sociales, por ejemplo, el acceso o no a una comida diaria, a una vivienda en la cual descansar, etc. No se trata solamente, y a decir de Frizza y Yarema (2022), de sostener un tratamiento antirretroviral a cualquier costo e invisibilizar la ausencia del Estado y de la sociedad en problemáticas de salud pública. De allí que el acompañamiento en el proceso de adhesión en clave de vida digna, debe ser abordado desde la perspectiva de autonomía y capacidad de agencia de lxs sujetxs, abandonando las lógicas punitivas y moralizantes frente al derecho de una persona de decidir interrumpir el tratamiento antirretroviral. Al respecto, la activista por los derechos de las personas que conviven con VIH y estudiante

de Trabajo Social, Camila Arce manifiesta que quienes reciben su diagnóstico "no son máquinas tragapastillas", sino personas sujetxs de derecho que pueden pausar la adhesión e incluso interrumpirla de forma definitiva y será nuestra tarea acompañarlxs de la mejor forma posible.

Ahora mismo, antes de sentarme a escribir, me acuerdo de que me olvidé de tomar las pastillas. Me levanto, voy a la cocina, alguien llama por teléfono. Hablo un rato, algunos comentarios de la fiesta de la noche anterior, la promesa de volver a hablar cuando termine. Vuelvo a la cocina, hago un mate, sin querer como una medialuna. Error. Todavía no me tomé las pastillas y necesito una hora de ayuno antes y después de tomarlas. Decido tomarme las otras, las que sí van con la comida (el AZT y el 3TC). Ya tengo un lío. El indinavir -las primeras pastillas en las que pensé- tengo que tomarlo tres veces por día, cada ocho horas. Son las once. Eso quiere decir que puedo tomarlo a las doce para cumplir con el ayuno. La próxima toma tendría que ser a las ocho de la noche. Y la siguiente a las cuatro de la mañana. Por lo menos a la madrugada no tengo problemas con el ayuno. Dejo el mate y me llevo una botella de agua a la computadora. Pienso en lo que voy a escribir y tomo el medio litro correspondiente con cada toma (tengo que llegar a dos litros y medio por día y tomo pastillas cinco veces cada 24 horas). Antes de la primera línea me dan ganas de hacer pis. Voy al baño y cuando paso por la cocina aprovecho para comer otra medialuna.

Diez minutos más, diez minutos menos. Ya que estoy tomo el Bactrim, que me cae pesado si no tengo algo en el estómago. La toma del indinavir ya tendrá que ser a las doce y media. Voy a buscar el despertador. No me puedo olvidar. La semana pasada fui al médico y le pregunté qué pasaba con las tomas que me olvidaba. El doctor no me tranquilizó. Intentamos hacer cuentas. Cuántas veces me había olvidado, cuántas pastillas me sobraban a fin de mes. Me dijo que si tomaba dosis menores podía favorecer la resistencia viril. Que pronto llegará a la Argentina el cuarto inhibidor de la proteasa, el nelfinavir, que son solo dos tomas y que un laboratorio está sintetizando el AZT el 3TC para que vengan en un solo comprimido. Pero que no me va a servir si no tomo las que tengo que tomar ahora. Igual no puedo hacer nada por las que ya no tomé. Tengo que ponerme las pilas para no olvidar más tomas. Anoche tuve un cumpleaños. Quiero escribir sobre Jorge, que tiene que comprar sus remedios aunque podría cubrírselos su obra social, pero su jefe tiene contactos allí y ya echó a un compañero cuando se enteró de que tenía vih. En el cumpleaños tuve que tomar una dosis. Fui discretamente a la cocina. Alguien me vio con los cuatro comprimidos reglamentarios, a punto de llevármelos a la boca todos juntos. “¡Nena, cómo te drogás!”, dijo. Y yo que pensé que había dejado las drogas. “¡Qué linda cajita!” dijo alguien más que vio mi pastillero. Al descuido lo abrió y le cambió la cara: “¿Qué es esto? ¿Un cóctel?” Claro, es el cóctel. ¿Cómo hará Jorge para que nadie se entere de que tiene vih? Seguramente es más ordenado que yo.

Cuando nos vamos del cumpleaños Ariel me compra un chocolate; se lo agradezco pero no lo como. Me pregunta si no era que necesitaba comer grasas para tomar las benditas pastillas. Eso era antes, cuando tomaba saquinavirs. Ahora lo que necesito es medio litro de líquido. Ariel cambia el chocolate por un agua mineral. Las pastillas me están tomando a mí.

Marta Dillon. Vivir con Virus relatos de la vida cotidiana.
Julio a Diciembre de 1996

Referencias bibliográficas

- Abélès, Marc (2008). El campo y el subcampo. En Cristian Ghasarian. (Ed), *De la etnografía a la antropología reflexiva: nuevos campos, nuevas prácticas, nuevas apuestas*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones del Sol.
- Achard, Pier (1980). *Discurso biológico y orden social*. DF México, México: Nueva Imagen.
- Acuña Carlos y Chudnosky Mariana (2002). *El sistema de salud en Argentina*. Documento 60. Universidad de San Andrés.
- Aguirre Morena, Diaz Victoria y Pollano Agustina (2019). *NOCTA: Aportes para la planificación urbana nocturna con perspectiva de género* (Tesis de grado). Facultad de arquitectura, urbanismo y diseño- UNC, Córdoba, Argentina.
- Alianza Federal de I=I (2022). *10 beneficios de I=I*. Argentina. Recuperado de <https://indetectable.info/>
- Althusser, Louis (1988). *Ideología y aparatos ideológicos del Estado*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Arístegui, Inés (2014) *Abordaje Psicológico de personas con VIH*. Recuperado de : <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/Abordaje-psicologico-de-personas-con-VIH.pdf>
- Arístegui Ines, Vazquez Mariana, Dorigo Analia y Lucas Mar (2012). *Percepciones y experiencias sobre estigma y discriminación en poblaciones trans, HSH y usuarios de drogas*. Recuperado de <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2017/05/Percepciones-y-experiencias-sobre-estigma-y-discriminacion-en-poblacion-Trans-HSH-y-usuarios-de-drogas.pdf>
- Aquín, Nora (1995). Acerca del Objeto del Trabajo Social. *Revista Acto Social*, IV(10), 7-35.
- Aquin, Nora (1996). *La especificidad del Trabajo Social y la formación profesional*. Buenos Aires, Argentina: Espacio.
- Aquin, Nora (2000). La categoría y la condición de ciudadanos en el campo problemático del Trabajo Social. *Revista Miradas* N° 1, publicación del Colegio Profesional de Trabajadores Sociales de la Provincia de Santa Fe.
- Aquín, Nora (2003). *Ensayos sobre ciudadanía: reflexiones desde el Trabajo Social*.

Buenos Aires, Argentina: Espacio.

- Aquin Nora (2013). Intervención social, distribución y reconocimiento en el post neoliberalismo. *Debate público. Reflexión del Trabajo Social* 3 (5), 65-76.
- Ase, Iván (2021). Presupuesto de salud de Córdoba y pandemia: ¿inversión extraordinaria o recuperación de lo perdido?. *La Tinta*. Recuperado de <https://latinta.com.ar/2021/07/presupuesto-salud-cordoba/>
- Ase, Iván (2006). La Descentralización de Servicios de Salud en Córdoba (Argentina): Entre la Confianza Democrática y el Desencanto Neoliberal. *Salud Colectiva* 2(2) 199-218.
- Bertona, Lucia; Ramia Villalpando, Agustina y Escarpino Pascual (2018). *VIVIR EN LAS FRONTERAS: de la producción territorial de la salud colectiva con jóvenes y mujeres de Nueva Esperanza* (Tesis de grado). Facultad de Ciencias Sociales UNC, Córdoba, Argentina.
- Belmartino, Susana (1988). Modelo Médico Hegemónico. II Jornadas de A.P.S. Buenos Aires CONAMER.
- Belmartino, Susana (1999). *Nuevas Reglas de juego para la atención médica en la Argentina ¿Quién será el árbitro?*. Buenos Aires: Ediciones Lugar.
- Bloch, Claudio (2010). Análisis de aspectos filosóficos, éticos o sociales. Nuevos enfoques en la salud pública generados a partir de la respuesta a la epidemia del VIH/sida. *Revista actualizaciones*, 18 (69), 104-114.
- Bourdieu Pierre y Loic Wacquant (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Bourdieu Pierre (2010) *El sentido práctico*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Brown, Josefina (2008). Los derechos (no)reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas. *cadernos pagu* 2 (30), 269-300.
- Carballeda, Alfredo (2020). Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19. *Margen*. Recuperado de <https://www.margen.org/pandemia/carballeda2020.html>
- Cazzaniga, Susana (2015). Trabajo Social: miradas teóricas, epistemológicas y políticas. *Debate público. Reflexión de Trabajo Social* 5 (9).
- Crenshaw, Kimberle (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989 (1). <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>

- Custo, Esther (2003). Ciudadanía e Intervención Grupal. Un espacio y un tiempo de significaciones en el campo profesional. En Aquino Nora (Ed.) *Ensayos sobre ciudadanía, Reflexiones desde el trabajo Social*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Espacio.
- Custo, Esther (2009). *Teorías, espacios y estrategias de intervención grupal*. Córdoba, Argentina: Espartaco.
- De Sousa Santos, Boaventura (2010). *Para descolonizar occidente, Más allá del pensamiento abismal*. Buenos Aires, Argentina: UBA Sociales publicaciones.
- Dillon, Marta (2016). *Vivir con virus: Relatos de la vida cotidiana*. Buenos Aires, Argentina: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata (EDULP).
- Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2021). *Boletín N° 38 Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina*. Recuperado de:
<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-12/Boletin-38-Respuesta-al-VIH-ITS-Arentina.pdf>
- Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación (2022). *Prevención Combinada del VIH y las ITS. Recomendaciones para la implementación*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Esteban, Maria Luz (2006). El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. *Salud Colectiva*, 2(1), 9-2.
- Engels Friedrich (1884). *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Acercándonos.
- Fauno Lucas (s/f). Nadie se cuida de lo que no se nombra. *Revista Almagro*. Recuperado de
<https://www.almagrovevista.com.ar/lucas-fauno-nadie-se-cuida-de-lo-que-no-se-nombra>
- Federici Silvia (2010). *El Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Buenos Aires, Argentina: Traficantes de sueños.
- Ferrandini, Débora (2010). *Salud: opciones y paradigmas*. Mimeo.
- Foucault, Michel (2001). El sujeto y el poder. En Dreyfus, H. y Rabinow, P. (Ed.) *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Foucault, Michel (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires, Argentina: Caronte Ensayos.
- Fraser, Nancy (2015). Parte 1, capítulo 2: “La lucha en torno a las necesidades. Esbozo de una teoría crítica feminista -socialista sobre la cultura política en el capitalismo

tardía” en *Fortunas del feminismo. Del capitalismo gestionado por el Estado a la crisis neoliberal*. Instituto de altos Estudios Nacionales. Universidad de Postgrado del Estado. Quito, Ecuador: Editorial Traficantes de Sueños.

- Frenchia, Cintia (2021). Cintia Frenchia interpeló al Secretario de Salud Municipal. Prensa Obrera. Recuperado de: prensaobrera.com/salud/ciudad-de-cordoba-cintia-frenchia-interpelo-al-secretario-de-salud-municipal
- Frizza, Catalina y Yarema, Stefanía (2022). *Sexualidad y vivencia de cuerpo en personas activistas bajo tratamiento antirretroviral de VIH vinculadas al Programa de VIH, ITS y Hepatitis Virales* (Trabajo Final de Grado). Facultad de Psicología- Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina.
- Fundación Huésped (s.f.). *Qué y cuáles son los derechos sexuales y reproductivos*. Buenos Aires, Argentina.
<https://www.huesped.org.ar/informacion/derechos-sexuales-y-reproductivos/tus-derechos/que-son-y-cuales-son/>
- Gagliolo, Agustina y Margulies, Susana (2020). Amenazador y amenazado: indetectabilidad, riesgo y sexualidad en la era del «tratamiento como prevención» del VIH-Sida. *Anthropologica*, 38(44), 209-234.
- Gamba, Susana y Diz, Tiana (2007). *Diccionario de estudios de género y feminismos*. Buenos Aires, Argentina: BIBLOS.
- Giddens, Anthony (1984). *La constitución de la sociedad: bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- González Cristina, Nucci Nelly, Soldevila Alicia, Ortolanis Eduardo y Crosseto Rossana (1999). *Necesidades y satisfactores en el espacio social familiar*. Informe de investigación con Aval de la SECyT de la UNC para el Programa de incentivos: Mimeo.
- González, Cristina (2001). *La intervención en el abordaje familiar*. Argentina: Mimeo.
- Grimberg, Mabel (2003). Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. *Cuadernos de Antropología Social*, 2003(17), 79-99.
- Gregorio, Lilian (2016). El analizador: herramienta para hacer posible el dispositivo de análisis. En: Compartiendo quince años del Programa “La universidad escucha las escuelas”. En Gabriela Rotondi. (Ed.), *Perspectivas, debates y propuestas desde el Trabajo Social Institucional (2001-2016)*. Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba
- Hermida, Maria Eugenia (2018). Derechos, neoliberalismo y Trabajo Social. Por

una reconceptualización descolonial del enfoque de derechos en la intervención profesional. Ponencia presentada en XXIX Congreso Nacional de Trabajo Social: *La dimensión ético-política en el ejercicio profesional: la revisión de las prácticas en la actual coyuntura*. FAAPSS- CPAS-Santa Fe.

- Yamamoto, Marilda (1992). *Servicio Social y División del trabajo*. San Pablo, Brasil: Cortez.
- Iriart, Cecilia y Merhy, Elias (2017). Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. *Interface*, 21(63), 1005-16.
- Isuani Ernesto y Mercer Hugo (1988). *La fragmentación institucional del sector salud: ¿pluralismo o irracionalidad?*. Buenos Aires, Argentina: Centro Editor de América Latina.
- Lanz, Rigoberto. El arte de pensar sin paradigmas. *Revista Venezolana de Información, tecnología y conocimiento*, 4(3), 93-102.
- Laurell, Asa Cristina (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales* 1(37).
- Leguizamón Laura y Núñez Ramos Alejandro (2020). Sobre lo social y esta pandemia Pensando desde los márgenes del Trabajo Social. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social* 20(10).
- Ley Nacional de SIDA N° 23.798 (1244/91). Sancionada el 01-07-91. Publicada el 8-07-91.
- Ley de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, otras Infecciones de Transmisión Sexual -ITS- y Tuberculosis -TBC-. N° 27.675 (54271/22) Sancionada el 18-07-22. Publicada el 18-07-22.
- Ley de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado N° 26.529 (26529/2009). Sancionada el 21-10-2009. Publicada el 20-11-2009.
- Ley de Programa Nacional de Educación Sexual Integral N° 26.150 (26150/2006). Sancionada el 04-10-2006. Publicada el 23-10- 2006.
- Ley Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo N° 27.610 (1961/21) Sancionada el 14-01-2021. Publicada el 15-01-2021.
- Ley de Identidad de Género N° 26.743 (1007/12). Sancionada el 09-05-2012. Publicada el 23-05-2012.
- Ley de Matrimonio Igualitario N°26.618 (1054/10). Sancionada el 15-07-2010. Publicada el 21-07-2010.

- Ley Nacional de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable N° 25.673 (1882/03). Sancionada el 30-10-2002. Publicada el 21-11- 2002.
- Ley provincial VIH, SIDA y E.T.S. N° 9161. (Decreto 418/07) Publicada el 23/03/2007.
- López Arrallano, Oliva (2013). Determinación social de la salud: desafíos y agendas posibles. *Divulgações em Saúde para Debate*, 1(49), 150-156.
- López, Susan (2016). De qué hablamos cuando decimos Medicina Social/Salud Colectiva: conceptos y categorías de análisis en “Problematizando la salud. Aportes conceptuales y experiencias de trabajo en territorio desde la perspectiva de Medicina Social/Salud Colectiva”; Universidad Nacional de La Plata.
- Korol, Claudia. (2015). La educación popular como creación colectiva de saberes y de haceres. *Polifonías Revista de Educación*, 4 (7), pp 132-153
- Margulies, Susana (2008). *La atención médica de VIH-Sida Un estudio de antropología de la medicina* (Tesis doctoral). Recuperado de http://antropologia.institutos.filo.uba.ar/sites/antropologia.institutos.filo.uba.ar/files/La_atencion_medica_vhi-sida.pdf
- Ministerio de Salud Argentina (2020) Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. Guía para Equipos de Salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud Argentina, ONUSIDA, RAJAP, Inadi y PNUD (2021) *Indice de Estigma y Discriminación hacia las personas con VIH en Argentina 2.0*. (2). Recuperado de <https://www.undp.org/es/argentina/publicaciones/indice-de-estigma-y-discriminacion>
- Ministerio de Salud Argentina (2016). *Vivir en Positivo Guia para las personas con VIH, sus familiares y amigos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud Argentina (2020). *Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina* (Boletín N°37). Recuperado de: www.argentina.gob.ar/noticias/salud-presento-los-datos-del-nuevo-boletin-sobre-vih-y-enfermedades-de-transmision-sexual#:~:text=En%20la%20Argentina%2C%20seg%C3%BAn%20los,se%20atienden%20en%20el%20subsistema
- Muñoz Guzmán Liliana, Seveso Emilio, Maldonado Morán Paula y García Claudia (2019). *Diálogo de vivires y prácticas de resistencia en organizaciones sociales y educativas*. Anuario de investigación 2019. Facultad de Ciencias Humanas. Recuperado de https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/140419/CONICET_Digital_Nro.d5177895-

[3752-4267-b904-33d48e04e287_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19938)

- Nucci, Nelly; Crosetto, Roxana; Bilavcik, Claudia y Miani, Ana. (2018) La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública. Revista digital de Trabajo Social. Con Ciencia Social. Vol. 1. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19938> (consulta 01-03-2021)
- Nucci, Nelly (2010). *La construcción de estrategias en la intervención de Trabajo Social*. Córdoba, Argentina: Mimeo.
- Oliva López Arellano y Jose Blanco Gil (1994). Modelo sociomédico en la salud pública: coincidencia y desencuentros. *Salud publica*, 36 (s/n), 377-380.
- ONUSIDA (2015). *Claves para entender el enfoque de acción acelerada. Poner fin a la epidemia de SIDA para 2030*. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_es.pdf
- Parra, Gustavo (1999). El objeto y el Trabajo Social. Algunas aproximaciones a la problemática del objeto en el Trabajo Social. En *Desde el fondo* (15). Recuperado de: http://www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/publicaciones/desde_el_fondo/15.html
- Pautassi, Laura (1995). *Descentralización en salud ¿Nuevos protagonistas?. Estudio de casos en Municipios de la Provincia de Córdoba*. Recuperado de <https://ciepp.org.ar/images/ciepp/docstrabajo/doc%2011.pdf>
- Pedano, Flavia (2021). *La dimensión social en el acceso a derechos de las personas viviendo con VIH* (Tesis de especialización). Colegio de Profesionales en Servicio Social de la Provincia de Córdoba, Córdoba, Argentina.
- Peralta, María Ines (2016). Reflexiones sobre la dimensión ético-política de las prácticas profesionales desde los aportes de Enrique Dussel. En Alberto Parisi y María Inés Peralta. (Ed), (comp.) Ed. UNC.
- RAJAP (2021) *Cómo contarlos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de: <https://rajap.org/vih/como-vivir-con-vih/como-contarlo/>
- Rodger Alison J, Cambiano Valentina, Bruun Tina, Vernazza Pietro (2019). Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *The lancet*, 2019(393), 2428–38. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/>

- Rotondi, Gabriela (1998). Re-pensando la intervención institucional en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba (p.p. 130-136)
- Rotondi, Gabriela (2008). Desafíos a la intervención institucional en escuelas. *Perspectivas, Revista de Trabajo Social*, 5(5), 19- 26.
- Rozas Pagaza Margarita (2010). La intervención profesional un campo problemático tensionado por las transformaciones sociales, económicas y políticas de la sociedad contemporánea. *O Social em Questão (13)*24, 43-54.
- Santos Herceg, José (2010). *Conflicto de representaciones: América Latina como lugar para la filosofía*. Santiago de Chile, Chile: FCE.
- Segato, Rita (2003). La argamasa jerárquica: violencia moral, reproducción del mundo y la eficacia simbólica del derecho. Brasil: *Universidade de Brasília*.
- Sirvent Maria Teresa (1999). “*Cultura popular y participación social. Una investigación en el barrio de Mataderos*”. Buenos Aires, Argentina: Miño y Davila.
- Spinelli, Hugo (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Revista de Salud Colectiva*, 6(3), 275-293.
- Spinelli Hugo (2014). El trabajo y la organización en el campo de la salud. *Chile Salud Pública*, 18(3), 294-297.
- Sy, Anahí, Moglia, Brenda y Derossi, Paula Daniela (2021). Todo se transformó completamente: experiencias de atención a la pandemia de Covid 19 en el ámbito de la salud pública. *Revista de Salud Pública*, XXVI (2), 60-72.
- Tessa, Sonia (2020). La salud pública como sistema de cuidados. Bajen las armas, aquí hay feministas curando. *Página 12*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/267156-bajen-las-armas-aqui-hay-feministas-curando>
- Trachitte María Teresa (2008). Ética y trabajo social: la dimensión ética en la intervención profesional. *Sociedade em Debate, Pelotas*, 14(1), 47-79.
- Vázquez, Amalia (2019). Trabajo social y salud: implicancias subjetivas en el abordaje de infecciones de transmisión sexual. *Red Sociales, Revista del Departamento de Ciencias Sociales*, 06(02), 97-104.
- Viaña Pellegrini, Xavier (2004). El poder en el trabajo social: Una aproximación desde Foucault. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17(2004), 21-43.
- Villanueva Flores, Rocío (2008) *Protección constitucional de los derechos sexuales y reproductivos*. San José, Costa Rica: Editorama S.A.
- Zamberlin, Nina (2004). De salud materno infantil a salud reproductiva. Una perspectiva en un contexto de cambio. En *Enfoque Integral del Desarrollo en la Infancia*.

Ponencias y Debates. CLACYD, Villa Carlos Paz-Argentina.

Fuentes primarias

- (H. Calisaya, comunicación personal, 17 de agosto de 2021)
- (Referentx de la Organización, comunicación personal, 19 de agosto de 2021)
- (G. Valverde, comunicación personal, 2 de octubre de 2021)
- (Infectologx Programa Municipal de VIH-sida, comunicación personal, 27 de octubre de 2021)
- (Referentx Programa Provincial de lucha contra el VIH, SIDA y ETS, comunicación personal, 19 de abril de 2022)
- (G. Valverde, comunicación personal, 18 de septiembre de 2022)
- (H. Calisaya, comunicación personal, 23 de septiembre de 2022)