

Sexualidad y Construcción Social del HIV-Sida: Las representaciones médicas *

Mabel Grimberg **

Sintetizamos aquí algunos resultados de la primera etapa de un programa de investigación en curso sobre Construcción Social y Hegemonía en su aplicación al caso HIV-Sida, focalizada en el análisis de las representaciones médicas¹. El punto de partida ha sido priorizar un enfoque político del problema, como escenario conflictivo constituido desde relaciones de poder. Desde ahí, esta etapa se ha planteado primero, estudiar los modos en que la construcción hegemónica de la medicina modela las representaciones médicas en relación con el HIV-Sida y, segundo, analizar en particular los aspectos de normatización y control social².

En términos conceptuales cabe aclarar que, desde la dimensión de su construcción social, los procesos de salud-enfermedad-atención constituyen una trama compleja de representaciones y prácticas en la que se articulan procesos económico-sociales, políticos e ideológicos. En esta línea, definimos como *construcción social* de los procesos de salud-enfermedad-atención al proceso de condicionamiento recíproco entre las representaciones y las prácticas, desarrolladas tanto por los «especialistas» del campo —incluidos los distintos niveles de atención institucional y no institucional y los diversos conjuntos sociales— (Grimberg, 1992).

A su vez, por *representación social* entendemos

la articulación entre los modos de percibir, categorizar y significar —dar sentido— (Grimberg, 1992). En este marco, las representaciones médicas engloban el conjunto de categorizaciones-prescripciones que da sentido a las características de sus prácticas. Estas incluyen *formas teóricas y técnicas específicas* configuradas a través del aprendizaje y la práctica profesional, relativas a las particularidades de las instituciones formativas o de práctica, así como *formaciones interpretativo-valorativas* que no sólo son previas y colectivas (no exclusivamente médicas), ya que proceden del contexto sociocultural, sino que se inscriben en la esfera de la normatividad social. En otros términos, estas representaciones constituyen modos de concebir el «orden social» que responden a la «normatividad» imperante, que se sustenta y a la vez expresa relaciones de poder. En este contexto entenderemos por *normatividad social* las «formas» de poder expresadas en pautas, valores y actitudes tanto estandarizadas en la vida cotidiana como estructuradas en marcos jurídicos, conformando un «campo» conflictivo y de disputa entre los actores sociales (Grimberg, 1992)³.

En esta presentación nos ocupamos exclusivamente de las representaciones médicas⁴ de la sexualidad, continuando el análisis de los nudos conceptua-

* Programa de Antropología y Salud. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires.
** Doctora en Antropología.

- 1 Este programa incluye la ampliación de esta línea de investigación a otros componentes del personal de salud (enfermería y administrativos) y la incorporación de dos líneas de población: adolescentes-jóvenes y mujeres. El programa se realiza con el apoyo de UBACyT.
- 2 Los objetivos específicos se dirigen a describir y analizar las representaciones médicas, incluidas las representaciones de sus prácticas, en términos de:
 - a. los criterios médicos de definición, diagnóstico, clasificación, causalidad y tratamiento del HIV-Sida.
 - b. los fundamentos conceptuales y las estrategias de prevención.
 - c. los principales ejes conceptuales y valorativos contenidos en las definiciones médicas del «problema HIV-Sida».
- 3 Utilizaremos el concepto de «*estigmatización*» para remitir al conflictivo y contradictorio proceso de designación de atributos desacreditadores entre actores sociales que se encuentran en desiguales relaciones de poder. (Conrad P y Scheneider J, 1985).
- 4 El material es resultado de entrevistas en profundidad a 30 médicos a los que distinguimos en tres categorías:
 - a) «funcionarios» del Estado responsables de la planificación y el control de la política sanitaria relacionada con el problema HIV-Sida, incluidas las tareas de prevención, vigilancia epidemiológica, organización de servicios de atención, etc. (C1).
 - b) «definidores» médicos del problema HIV-Sida, de categorías y de líneas de prevención, tratamiento y cura (centros o servicios especializados de sector público, centros y fundaciones privadas) (C2).
 - c) «practicantes» de la medicina en servicios de salud (públicos): residentes y médicos en clínica médica, infectología, dermatología y especialidades relacionadas en unidades hospitalarias (C3).

les problemáticos esbozados en un trabajo previo (Grimberg et. al, 1993). Los resultados obtenidos durante esta etapa de trabajo posibilitan en primer término precisar, profundizar y detectar nuevos nudos conceptuales, desde ahí, sugerimos algunas líneas de reflexión teórica sobre el problema.

CONSTRUCCIÓN MÉDICA Y SEXUALIDAD

Como planteáramos en el mencionado trabajo (Grimberg, et. al, 1993) la investigación apunta a detectar *nudos conceptuales problemáticos* en las representaciones médicas del complejo HIV-Sida. Estos nudos implican tensiones conceptuales, ya sea expresadas en ambigüedades, en ciertas ponderaciones o focalizaciones, en identificaciones o fusiones a nivel de la significación, cuyos efectos de sentido implican el refuerzo de procesos de normatización y disciplinamiento social y, consecuentemente de estigmatización y discriminación de prácticas y grupos sociales⁵. Estos nudos constituyen no sólo el punto de partida, sino los ejes para el análisis de las representaciones médicas de la sexualidad en relación al problema HIV-Sida.

El problema más general a señalar es la ponderación discursiva de la forma sintagmática «HIV-Sida enfermedad de transmisión sexual». En este sentido, si bien la mayoría de los médicos entrevistados definen en una primera instancia como «enfermedad infectocontagiosa», los criterios de causalidad y clasificación, así como las propuestas de prevención focalizan la sexualidad.

«... Es una enfermedad infecciosa,... de las que producen inmunodepresión... Es una enfermedad nueva,... es una enfermedad de transmisión sexual porque se transmite por la vía sexual. *Toda persona que tenga una vida sexual activa está expuesta*. O casi todos, en términos epidemiológicos debería decir: toda la población está expuesta. Habrá algunos que tendrán más riesgo, pero expuestos al riesgo estamos todos» (I.19.C3)⁶. El subrayado es nuestro.

«... cualquier ser humano está expuesto a la infección, está expuesto al riesgo, no hablamos de una homosexualidad en particular ni una heterosexualidad, *cualquier tipo de sexualidad...*» (I.10.C3).

Tal como plantea Pollack «... la diseminación del HIV revela el lugar de la sexualidad en la sociedad al ser definida toda ella como práctica de riesgo» (Pollack, 1990: 35).

1. En este marco, un primer aspecto es la condensación en la forma sintagmática «sexualidad-sexo-contacto sexual» que efectúa una reducción de doble carácter. Por un lado, los sentidos connotados por el término «sexo», en particular el peso de aquellos que lo remiten a un fenómeno biológico, a rasgo físico, a dato inmediato, sensible, perteneciente al orden de lo natural:

«... la mera genitalidad...» (I.12.C3).

«... la relación física... volvemos a la epidemiología, en esta enfermedad lo que se llama puerta de salida y puerta de entrada hacen contacto, digamos así, es decir el virus abandona el organismo del infectado de alguna manera, en este caso por relaciones sexuales... e ingresa al organismo por la vía genital, así que ahí se hace inevitable el contacto para que se haga eficaz la transmisión...» (I.10.C3).

«... Vos prendés la televisión y vas a ver que todo es sexo ...» (I.16.C3).

La noción de «sexo» reúne en «una unidad artificial» una disparidad de elementos anatómicos, funciones biológicas, conductas, sensaciones, placeres. Y, al mismo tiempo, se instituye en principio causal de prácticas e identidades sociales, en «significante único» y «universal» (Foucault, 1977).

Por el otro, la reducción a «contacto sexual», en términos de «acto», de acción puntual, sin incluir ni el contexto de relaciones ni el proceso (la historia) del que forma parte y le otorga significación. Esta reducción a «acto» se encuentra presente en las nociones epidemiológicas de «comportamientos» o

5 Un primer nudo se encuentra en la base de la definición del problema HIV-Sida: en la identificación «*vía de transmisión*» - «*enfermedad*», cuya expresión es la forma sintagmática «enfermedad de transmisión sexual». Esta noción -enfermedad de transmisión sexual- contiene una notoria carga simbólica, históricamente asociada a la «transgresión moral» y desde la cual se han jugado conflictos diversos (de clase, de género, étnicos, etc.).

- Un segundo se constituye en relación con la sexualidad, en particular el problema de los «*comportamientos*» o «*prácticas sexuales*», y en nociones tales como «promiscuidad», «transgresión», «contacto/relación sexual».

- El problema de la *identificación entre «grupos» y «prácticas» bajo el concepto de «riesgo»* es el cuarto nudo problemático. El enfoque epidemiológico del riesgo, con sus variantes es sustancial en la propia construcción del problema HIV-Sida.

- Otro nudo problemático es la *dualidad* con que se representa el problema HIV-Sida: simultáneamente *como castigo* y *como alumbador en su doble sentido de descubrir / dar a luz un nuevo orden*, del que el discurso social muestra una significativa ambivalencia.

- Por último, la noción de «portador». El problema del contagio subordina y diluye la noción de infectado. La propia noción de portador posibilita, tanto en el discurso médico y en la discusión social sobre el HIV-Sida, la reversión del problema: en lugar de ser considerada como *amenazada*, se torna *amenazadora*. El centro del problema es el carácter de la construcción de la propia noción de «portador», ya que revela uno de los focos de crisis previa del modelo hegemónico en particular en las nociones de salud, infección, enfermedad en relación al sujeto: un sujeto que en un doble movimiento, desaparece resignificado como soporte, como envase y como «vehículo de la circulación del virus», por eso contagia: se torna peligroso. Pero al mismo tiempo, este contagio tiene una «condición social»: la «relación con otro humano» — como relación sexual, o como relación de solidaridad y complicidad materializada y simbolizada por una jeringa—. En este segundo movimiento, entonces, la subjetividad reaparece pero sólo del lado de la transgresión, de la desviación.

6 En la transcripción de los extractos de entrevistas que hemos seleccionado, los puntos suspensivos en el interior del texto indican silencios; aquellos encerrados entre paréntesis, los cortes efectuados por el investigador. A su vez, para identificar cada testimonio consignamos el número de informante: I.x. y la categoría C1: «funcionarios», C2: «definidores», C3 «practicantes». Ver nota 4.

«conductas» sexuales y, en particular, en la restricción de las categorías clasificatorias a dos ejes:

- la modalidad (heterosexual, bisexual y homosexual) y la forma (vaginal, anal, oral) de los «contactos».

- el número de parejas sexuales.

«... el más problemático... es el de la heterosexualidad con distintas parejas, ese es el punto... bueno,... el homosexual con distintas parejas también» (I.14.C1).

«... el tipo de actividad sexual,... la relación pene-vagina es relación de alto riesgo, la relación anal es de alto riesgo, las relaciones orales son de un riesgo intermedio, por eso vino toda esa teoría del sexo seguro y cosas por el estilo ...ahí si podríamos cuantificar un poquito el riesgo de acuerdo a ese tipo de prácticas...» (I.10.C3).

Las tensiones conceptuales y operativas que esta visión supone se manifiestan, por ejemplo, en los intentos de precisar, a través de una definición de base cuantitativa, la diferencia entre «promiscuidad» y «transgresión»:

«... promiscuo es aquel que *por definición* cambia más de cinco parejas en el mes, (...) pero si un señor y su señora son ambos fieles y estables y de pronto cualquiera de los dos decide tener una pareja ocasional que es portadora, este no es un promiscuo este es un transgresor y sin embargo al no ser fiel se pesca el HIV, ...» (I.28.C1). El subrayado es nuestro.

Igual tensión se revela en el uso de criterios «cualitativos» para distinguir «relación sexual» y «contacto sexual»:

«... aquellas relaciones sexuales donde prima el amor (lo cual obstaculizaría la posibilidad de contagio) y aquellas por mera «genitalidad» donde no habría cuidado y aumentaría posibilidad de contagio...» (I.12.C3).

«... La relación es la relación cuerpo a cuerpo, de todo el cuerpo,... el contacto sexual es un contacto genital,... la relación sexual va acompañada de todo un hecho amoroso, el otro es un simple contacto físico...» (I.4.C3).

«... Tal vez el contacto sea la relación física digamos, se refiere a la relación física. En ese caso por supuesto la relación física... volvemos a la epidemiología, en esta enfermedad lo que se llama puerta de salida y puerta de entrada hacen contacto, digamos así, es decir el virus abandona el organismo del infectado de alguna manera, por relaciones sexuales... e ingresa al organismo por la vía genital, así que ahí se hace inevitable el contacto para que se haga eficaz la transmisión. La relación sexual por ahí tomándola en un sentido más amplio, y no incluiría la relación física puede ser y eso desde luego es una diferencia, nadie se contagia por darse la mano por ejemplo, por darse un beso... Nosotros tenemos ganas de ese distinguo porque a veces se dan interpretaciones de lo más curiosas...» (I.10.C3).

«... una distinción entre contacto y relación sexual... quien mejor explica esto es un investigador de California, Jack Levi, él habla de relación sexual íntima, dando la idea que un relacionamiento sexual

puede ser algo diferente del coito; entonces él menciona la relación sexual íntima como el coito y todas aquellas relaciones a las cuales supongo se querrá referir, que los sexólogos saben más de esto, se querrán referir a prácticas sexuales no penetrativas que no impliquen el coito. Esto tiene importancia desde el punto de vista de la transmisión del virus... recomendar prácticas sexuales que no consistan en la penetración vaginal, ni anal, ni oral,... aceptando otras prácticas sexuales, masturbación, etc., etc. Ese es el punto, y sirven para la prevención. Porque el riesgo de contagio es el coito...» (I.29.C3).

En síntesis, esta visión deja afuera:

- a– la consideración del complejo deseo-placer y la movilidad del deseo sexual;
- b– los procesos sociales, económicos y políticos que pueden ser significativos en algunos de los fenómenos de intercambio sexual, por ejemplo cambios en los modelos de familia y unidad doméstica, procesos de mercantilización, procesos de control/subordinación en las relaciones de género, o étnicas, etc;
- c– los significados sociales asignados al sexo en cada contexto tales como modelos ideológicos de la femineidad y masculinidad, modalidades culturales de expresión sexual, formas asociadas de control y coerción, su articulación a movimientos sociales entre otros: feministas, homosexuales, de derechos reproductivos, etc. (Standing, 1992).

Posibilita en definitiva, instituir a la sexualidad en objeto aislable y factible de intervenciones de normatización y de control.

2. Desde este reduccionismo, un segundo nudo problemático es la consideración de los «comportamientos» o «conductas» (según la terminología utilizada) como factor de riesgo. Para la mayor parte de los médicos entrevistados los «comportamientos» se constituyen en factores de riesgo o de protección, mientras que ciertos atributos personales pueden incrementar o disminuir la especificidad de cada uno. El «comportamiento», a su vez, puede ser un proceso «mórbido» por sí mismo.

Debe reconocerse que el enfoque de los «comportamientos de riesgo» es inseparable de la propia conceptualización del problema HIV-Sida. El soporte es una visión de los «comportamientos» como «negativos» para el sujeto o la comunidad, negatividad en la que se subsume definición y consecuencias.

«... Que tiene relación con los comportamientos humanos no hay ninguna duda, puesto que la infección depende de esos comportamientos, o sea, la gran mayoría de los... de las personas que vemos infectadas, la tienen... porque usan drogas y además hacen ciertos rituales, en esa ceremonia de drogarse en conjunto compartiendo sangre, con pactos de sangre, absorbiendo de uno, inyectándose a otros; (...) obviamente tiene que ver con toda una serie de comportamientos acerca de la sexualidad, de las costumbres...» (I.13.C3).

«...los que tienen hábitos que no son muy demasiado buenos, hábitos sexuales anormales, y los drogadictos, están más... es la población que más... en nuestro país, yo creo que la prostitución y la drogadicción...» (I.11.C3).

«...yo me manejo en pediatría, puedo hablar de los papás y hasta por *ahí nomás porque mienten*, no sé si es real lo que tenemos... Son multi... generalmente tienen múltiples parejas, por supuesto homosexuales, o bisexuales, ninguno declara ser bisexual, pero sí tienen múltiples parejas, muchos de ellos múltiples parejas han tenido...» (I.2.C3). El subrayado es nuestro.

3. Estos dos nudos problemáticos deben entenderse a la luz de la construcción social que le dan sentido. En efecto, el análisis revela líneas discursivas en las que subyace el peso de una construcción biológico-moral centrada en la *heterosexualidad puramente reproductiva*, y desde la que se definen las nociones de lo normal y lo patológico, de sexualidad normal o anormal:

«...la promiscuidad sexual, en primer lugar, en términos generales, es la heterosexualidad con prostitutas, y después todas esas cosas llevan indiscutiblemente a trastornos de conducta en el acto sexual, que salen de la normalidad, entonces abandonan el acto sexual normal, empiezan las relaciones por vía anal, por vía bucal, y generalmente eso no está acompañado de un estado mental absolutamente normal (...). Indiscutiblemente que si las bases morales de una sociedad son muy férreas, es muy probable que la epidemia pueda ser controlable, porque la epidemia es perfectamente controlable. Lo que pasa es que es el medio que hace imposible controlarla...» (I.11.C3).

Esta moral sexual se manifiesta en el peso de categorizaciones con fuerte contenido de normatización que ponen al descubierto cómo la construcción médica del HIV-Sida se inscribe, está modelada por un entramado previo de estigmatizaciones, que legitiman y refuerzan prácticas discriminatorias, a la vez que implican un creciente proceso sancionatorio. Focalizaremos tres de estas categorizaciones: «promiscuidad», «homosexualidad» y «prostitución».

a— En primer término, y tal como dan cuenta los siguientes testimonios, la noción de «promiscuidad» sólo adquiere sentido como término en oposición de un modelo de relación de pareja (fidelidad/estabilidad/monogamia), desde el que se delinea, como «lo otro» cargado de negatividad:

«...esta misma transmisión sexual como su nombre lo indica, se produce por contacto sexual, y en general se ve que se asocian las conductas que exponen al riesgo, o sea aquellas parejas que son *estables y fieles y monogámicas* durante toda su vida no van a tener infección por HIV, pero tampoco van a tener sífilis, tampoco van a tener cualquier ETS, la tiene aquel que *cambia* de pareja, que va con parejas desconocidas...» (I.28.C1). El subrayado es nuestro.

«... No es el mismo riesgo para una persona que es monógama o que tiene por ahí una pareja ocasional, cada 4 o 5 meses que la persona que todos los sábados o dos veces por semana cambia...» (I.10.C3)

«...el principal éxito que se obtuvo en EEUU en la campaña contra el SIDA, es *conseguir* que los homosexuales tuvieran pareja única, y tuvieran sexo protegido, con lo cual en San Francisco disminuyó en el número de homosexuales, el número de infecciones. Porque por ahí pasa el asunto. Usted sabe que *el homosexual puede llegar a tener hasta 1.200 parejas*, y un heterosexual, con muy buen viento a favor, puede llegar a tener 100. Desde ya tiene que ser un tipo superdotado...» (I.11.C3). El subrayado es nuestro.

Parte del problema son las dificultades para definir «promiscuidad» en términos médicos, desplazándose de énfasis en lo cuantitativo —el número de parejas sexuales—, o cualitativo —como «actitud mental»— a intentos de cuestionamiento.

«... Yo no sé si hay una definición, bueno con cinco personas diferentes en un mes, pero no lo conozco; pero la promiscuidad se entiende como la práctica sexual digamos con diferentes personas en un tiempo x; y éso ahora se lo preguntamos. Ahora en los estudios que hacemos o cuando le hacemos un HIV a una persona o cuando estudiamos un grupo de riesgo, por ejemplo como podrían ser personas que ejercen la prostitución, preguntamos ésto porque es un dato importante...» (I.15.C1).

«desde un punto de vista médico no juzgo si una persona tiene una, dos, cien parejas, lo juzgo para su salud, desde el punto de vista médico, y el hecho más problemático por excelencia es la promiscuidad. Cahn dijo que promiscuo era el que tenía mas relaciones sexuales que yo, no es cierto, es una frase histórica. Porque la promiscuidad no hace solamente tener una relación sexual con otra persona, es la actitud que fue una vez, y con otra y con otra, entonces *está siempre con una puerta abierta ¿no es cierto?, es una actitud mental, digamos...*» (I.10.C3). El subrayado es nuestro.

«...La promiscuidad (...) es contacto con personas de distinto sexo o del mismo sexo en forma descontrolada o anárquica o en número exagerado y sin conocerla y sin tener conocimiento previo etc., en algún momento me habían dicho que era tener eh, ¿cómo era? más de 50 parejas distintas, no sé si por año, es bastante, sí debe ser por año porque por mes no puede ser...» (I.27.C3).

«...alguna vez dijo la OMS que más de 3 parejas distintas a lo largo del año, bueno eso, son usos diría, yo no sé si es tan así, yo coincido con Pedro no me animo a definir (...) o tomamos esto de la OMS o no sé, yo es una palabra que en general la evito porque no la tengo clara, qué es un promiscuo o qué es una promiscua, es una actitud personal...» (I.14.C1).

b— Esta construcción biológico-moral se manifiesta con claridad en las respuestas referidas a la homosexualidad y la bisexualidad, en las que

se delinea una definida tensión entre patología biológica («factores genéticos») y/o social («promiscuidad»).

«Lo de la homosexualidad yo lo dejaría a un lado, porque bueno, la consideración de la OMS en este momento, lo interpreta no como una enfermedad, pero también se están viendo algunos datos como que hubiera una predisposición neurológica por mediadores químicos, en fin... no esta dicha la última palabra...» (I.12.C3). El subrayado es nuestro.

«... ¿Por qué los homosexuales aparecieron y aparecen como un grupo de riesgo? Eso seguramente tiene que ver con los homosexuales y bisexuales ya, con que muy probablemente las conductas «promiscuas», el hecho de tener múltiples parejas sea más frecuente entre estos grupos. Y además con algunas cosas que tienen que ver con la forma de transmisión. Las lesiones en las mucosas, hacen más fácil la transmisibilidad del virus...» (I.19.C3).

«... en nuestro medio, entonces si pensamos que un homosexual según lo que dice el control de enfermedades tiene un promedio de 8 contactos, 8 relaciones sexuales por día, pensemos que si alguno está infectado cuál es el efecto multiplicador, bueno, eso es importante lo que pasa es que no tenemos noción, no tenemos número, (...) tenemos bisexualidad que es más riesgoso también porque es la persona que tiene su pareja, su familia constituida y tiene sus escapadas con amiguitos o amiguitas, eso es una realidad tampoco conocemos la magnitud de eso...» (I.14.C1).

«... desde mi punto de vista, yo puedo pensar que esté bien, que esté mal, no interesa mi opinión personal al respecto, pero desde el punto de vista médico la homosexualidad ha conducido a una parte por lo menos de lo que es el SIDA en Occidente así que causalidad y modelo epidemiológico están bien entroncados ahí. Porque los yanquis tuvieron muchos homosexuales y no muchos hetero, quizá tal vez porque a ellos les llegó primero la liberalización sexual...» (I.10.C3).

La carga estigmatizante en las categorizaciones es la contracara de la reducción de la sexualidad, evidenciándose con total crudeza en la consideración médica de la homosexualidad como categoría patológica. Visto históricamente, la construcción previa de la homosexualidad tuvo un papel crucial en la definición del SIDA como una «*plaga gay*» vinculada a las nociones de «promiscuidad homosexual» y «patología innata», estas conexiones se consolidaron en el uso inicial de la categoría «Gay Related Immune Deficiency» (GRID) (Horton, Aggleton, 1989). Estas características del proceso posibilitaron entonces, que los afectados fueran colocados en los marcos de referencia estigmatizados de una categoría culturalmente específica vinculada a la sexualidad, al mismo tiempo que dentro de los límites de una enfermedad terminal.

Al mismo tiempo, en este punto creo necesario señalar algo que considero especialmente interesante: un discurso que asocia homosexualidad y droga-

dicción en términos de oposición. En efecto, permanentemente las respuestas médicas remitieron en forma conjunta a homosexuales y «adictos» desde atributos contrapuestos:

«... Mirá, cuando yo pasé por la sala de SIDA del hospital, lo que ahí comentaban era que... nosotros también lo vimos acá, el que es homosexual, bueno, tiene esa característica en el ejercicio de su sexualidad, pero quiere vivir, ama la vida, es la persona con la que nosotros podemos trabajar, porque ese sí, va a educarse en salud para vivir. Pero si la homosexualidad está dentro de un contexto de drogadicción, ya cambia, no por la homosexualidad sino por las características del adicto, el adicto es alguien a quien no le interesa vivir, está tan desarticulado que por algo son adictos. Ese es el que no... es muy difícil educarlo en salud...» (I.7.C2).

«... los drogadictos, son los más expuestos, ¿por qué?, porque son los que menos se cuidan. El homosexual pasó a ser de baja incidencia porque aprendió a cuidarse. No se si bajó la promiscuidad o la forma de relación. El drogadicto es el más difícil de manejar, por toda la historia psicológica de la autodestrucción...» (I.9.C3).

«... Los homosexuales son los que más posibilidades tienen porque se cuidan, los otros no, los drogadictos abandonan el tratamiento, no hacen caso, están internados y se van, se fugan...» (I.12.C3).

«... yo creo que el grupo homosexual está muy bien enterado de cómo funciona la historia y realmente han sido ellos los primeros que empezaron con una campaña para prevenir el Sida, la campaña de la CHA... es un modelo de ese tipo y lo empezaron a hacer cuando nadie hablaba ni siquiera del Sida en la Argentina. Entonces me parece que es un grupo que está bien informado, bien sensibilizado y que realmente se cuida, *ya no es lo que era antes...*» (I.3.C1). El subrayado es nuestro.

Como puede reconocerse el eje de estos atributos lo constituye el tratamiento del HIV-Sida, la relación médico-paciente en el proceso de atención. Más precisamente, están hablando desde la práctica médica y en esto, creo que lo central es uno de los rasgos del modelo —la eficacia pragmática de la medicina— desde el que «homosexuales» y «adictos» quedan configurados como «buenos» o «malos» pacientes.

c— Igual tensión y ambigüedad se manifiestan respecto de la «prostitución» en una construcción que se mueve entre categorizaciones de transgresión y desde ahí, responsabilización, a ciertas consideraciones de aspectos económico-sociales del problema, o el reconocimiento de información y prácticas de autocuidado. Desde cualquiera de estos énfasis el centro del problema es el control:

«...la prostitución es la fuente de todo, me refiero a que es un foco de los principales de contagio, es un nido de virus, digamos, porque la prostitución... es una forma de ejercer sexo en una forma descontrolada, y la persona que ejerce prostitución es en

general una persona que no tiene el más mínimo sentido de responsabilidad hacia nada, así que cómo la va tener respecto a un virus o una enfermedad...» (I.27.C3).

«... ve chicas que se prostituyen para comprar drogas o cosas así, que es lo que se ve en la práctica todos los días... El tema de que van y tienen relaciones para comprar, o para tomar vino o para lo que sea y esas están contagiando gente. Cómo hacer para lograr que no lo hagan, es imposible en esta situación, hay que *matarlas, meterlas presas, tampoco*. Es muy difícil, pero por lo menos que, y uno dice que imponerles que usen el profiláctico, porque ni ellas lo imponen al cliente ni el cliente lo acepta... Uno trata de estimularlas para que lo usen, qué sé yo, buscarle alguna otra salida. Que no encuentren...» (I.5.C2). El subrayado es nuestro.

«... Además, de ser una fuente de inseminación de la epidemia, algunos pacientes es el único medio de vida que tienen; no pueden dejar de ejercer la prostitución. Acá, en el hospital te estoy hablando, donde es un medio muy bajo y donde para alimentar a los chicos que tienen, tienen que seguir ejerciendo la prostitución, no se pueden cuidar, porque si no sospechan y no tienen más... ingresos...» (I.13.C3).

«... Las prostitutas en muchos lugares han tomado perfectamente conciencia y exigen el profiláctico. Lo que pasa es que hay conductas perversas por parte de los clientes, esto es un negocio y se ofrece más dinero, o prostitutas que exigen más dinero, eso no es fácilmente controlable...» (I.19.C3).

«... Yo te digo que por experiencia personal en realidad, los profesionales del sexo, los trabajadores profesionales del sexo son los bien informados y son los que mejor se cuidan cuando ejercen su trabajo. Ahora, por ejemplo, no es infrecuente que una mujer prostituta no use preservativo con su pareja estable, ¿sí?; en cambio sí lo use con sus clientes y no tenga relación si no es con preservativos...» (I.3.C1).

4. El problema del género. Me interesa particularmente en esta presentación, plantear brevemente una serie de señalamientos en torno del problema de la mujer en las representaciones médicas sobre el HIV-Sida.

a- Lo primero a precisar es que las referencias a la mujer se reducen a su consideración como «prostituta», pareja del «adicto» o del «promiscuo» y «adicta» embarazada o madre.

«...se está expandiendo la transmisión heterosexual; ¿por qué vía, por qué mecanismo?, sobre todo, en las *parejas de los adictos a drogas*, a través de mujeres infectadas (...) que ejercen la prostitución...» (I.15.C1). El subrayado es nuestro.

«... Y quizás lo que he visto últimamente, es por ahí una mujer que ha tenido su única pareja casada o no casada y por ahí se ha encontrado con que *el marido, o la pareja era bisexual o era drogadicto* antes y la contagió...» (I.16.C3). El subrayado es nuestro.

«...como te decía, en el caso de las mujeres adoles-

centes, que las diagnosticamos cuando vienen a tener sus hijos, que tienen una iniciación sexual... muy... muy, jóvenes, muy chicas diría yo más que jóvenes, para lo que yo estaba acostumbrada, hay chicas hasta de doce años que han venido a tener su hijo, entonces, obviamente tiene que ver con... toda una serie de comportamientos acerca de... la sexualidad, de las costumbres, de... bueno de... en ciertos medios la iniciación sexual, el no tener una pareja estable, este... no usar preservativo, este... poder mantener relaciones este... sin que medie algún sentimiento, es más habitual o uno lo ve más, no sé...» (I.13.C3).

La referencia a la mujer como «promiscua» es notablemente menor:

«... Hay un trabajo que publicaron hace poco, que da mujeres que tienen más de seis parejas al mes. Eso es, pero hay otras cosas que son o no son. Yo creo que por ahí pasa el nudo de que un poco es promiscuo, de lo que está bien o lo que está mal...» (I.5.C2).

b- Si bien se enfatiza el «mayor riesgo» para la mujer, el discurso médico muestra una preocupación unilateral por la posibilidad de infectar, en una clara figura de la mujer como trasmisora. Esto es particularmente visible en las referencias a «prostitutas» y obviamente a embarazadas y madres. No es casual para este último caso, que la mayor parte de las respuestas centrara en la eficacia del contagio perinatal:

«... la eficacia de la transmisión es mayor para la mujer que para el hombre, es decir, a una misma cantidad de relaciones sexuales la mujer tiene más posibilidades de contagiarse que un hombre pero yo por lo menos no conozco estudios» (I.29.C3).

«... chicas que se prostituyen para comprar drogas o cosas así, que es lo que se ve en la práctica todos los días... El tema de que van y tienen relaciones y *esas están contagiando gente...*» (I.5.C2). El subrayado es nuestro.

«...lo más preocupante es el caso de las adictas o parejas de adictos que pueden embarazarse...y la transmisión madre-hijo es una transmisión vertical, con altísimas probabilidades de infección para el bebé...» (I.27.C3).

Estas preocupaciones resultan coherentes con la orientación de la mayor parte de los estudios epidemiológicos en los que el objetivo ha estado puesto en la capacidad de transmitir más que en ser infectadas (Campbell, 1990)

c- Un aspecto particularmente importante es que aún cuando la mayoría de los médicos ponderó «el mayor riesgo» de la relación anal, las referencias o preocupaciones explícitas se dirigieron a las relaciones homosexuales y no heterosexuales. Esto queda especialmente claro en la reconstrucción de los cuestionarios e interrogatorios efectuados conjuntamente con los tests, o los referidos a las prácticas de evitación del embarazo. El centro de los mismos resulta ser el uso de drogas, la modalidad

de relación sexual y la cantidad de parejas sexuales.

«... Mirá, yo creo que las prácticas sexuales que implican lesiones, tienen más riesgo de que la infección se pueda efectivizar, o sea este... si alguien se lastima la mucosa rectal y después hay contacto con el virus, más probablemente... la infección... vos sabés que nosotros tenemos en nuestro plan..., en nuestra hoja... sobre la sexualidad. Las historias clínicas de residencia acá del hospital, no existía, jamás se le preguntaba a un paciente si era homosexual, bisexual, si tenía una pareja estable o no estable, jamás. Esto ocurre a partir del Sida... Y en el hospital lo puedo asegurar, porque en ninguna historia estaba, ni figuraba..., ni se escribía, ni nada... si yo te contara cómo empecé a preguntar sobre adicción, es absurdo... pero jamás le he preguntado a un paciente en el año 80 si... se inyectaba, porque para mí no existía. Y tuve un paciente con una hepatitis, que yo me equivoqué en realidad, porque no fue mi intención de preguntarle si usaba drogas, en lugar si usaba algún... remedio, para ver si era una hepatitis tóxica; y me dijo: sí uso cocaína. Y yo no sabía que la cocaína se inyectaba... y le digo: Sí, pero, yo te digo si tomás algo o si te lo inyectás. Y me dijo: Sí, sí... me inyecto, cocaína. Le digo: pero cómo cocaína, ¿no se inhala? me dice no, se inyecta. Y ahí empecé a preguntar a todos...» (I.13.C3).

d— La posibilidad o no de negociación de la mujer en la relación sexual, particularmente referido al uso de preservativo, sólo resultó remitido a la «prostitución»:

«... ni ellas lo imponen al cliente ni el cliente lo acepta... Uno trata de estimularlas para que lo usen...» (I.5.C2).

«... tienen que seguir ejerciendo la prostitución, no se pueden cuidar, porque si no sospechan y no tienen más... ingresos...» (I.13.C3).

El problema de articulación poder-género en las relaciones sexuales se constituye en el gran ausente, desplazado por consideraciones que focalizan el no uso de preservativo en la «disminución del placer», el «problema cultural» o la desacreditación social («... los llaman forro, forro lo llaman a alguien despectivamente, ya está metido un poco desde ese punto de vista». I.16.C3) o en el peso de cuestiones religiosas. En todos los casos el eje es el hombre, la mujer aparece colocada en el lugar de la pasividad.

e— Una última cuestión en esta síntesis, aquellas consideraciones referidas a algún tipo de especificidad del problema HIV-Sida en la mujer, solo se reducen a preocupaciones comparativas por la «evolución» de la enfermedad, incluido el tiempo de sobrevida, y en general por consecuencias poblacionales.

«... es diferente la evolución de la mujer infectada por

su pareja, se ve que la evolución probablemente es diferente al homosexual o al drogadicto...» (I.9.C3).

«... todavía no sabemos si las mujeres que se contagian, contra los homosexuales o los drogadictos evolucionan peor...» (I.5.C2).

Una mirada de conjunto sobre el problema permite poner en evidencia el peso de una construcción social de género que, en términos generales, reduce la sexualidad femenina a la reproducción biológica, niega los complejos procesos ideológico-culturales que fundan el deseo y el placer, posiciona al «hombre» como la «norma», y la «mujer» como «otro» del hombre (Miles, 1993), normatiza y controla a través de estereotipos las prácticas sociales; y enmascara las condiciones de desigualdad y subordinación de la mujer (Durham E, 1983).

5. Es posible sin embargo, detectar un conjunto de especificidades, ponderaciones o significaciones, que posibilitarían proponer en términos de hipótesis, ciertas orientaciones diferenciales en las representaciones médicas⁷.

La ponderación de aspectos biotécnicos, el énfasis en la separación entre problema médico y problema moral o social, el peso —explícito— de formaciones discursivas de carácter moral, articulan una orientación que constituye la sexualidad en lo fuera de control:

«... los que tienen hábitos que no son muy demasiado buenos, hábitos sexuales anormales, (...) trastornos de conducta en el acto sexual, que salen de la normalidad, entonces abandonan el acto sexual normal, empiezan las relaciones por vía anal, por vía bucal, y generalmente eso no está acompañado de un estado mental absolutamente normal» (I.11.C3).

«... el factor de riesgo sería un descontrol en esa vía de transmisión. Un descontrol en el intercambio de sangre entre una persona y otra si es que existe y un descontrol en la parte sexual. Si vamos a hablar de factor de riesgo en la parte sexual sería la promiscuidad... o los drogadictos que comparten jeringas continuamente y no tienen control con esa sangre eh, o en última instancia el contacto madre-hijo... el homosexual que ejerza conducta de riesgo al ser promiscuo...» (I.27.C3).

Un aspecto relevante es la consideración de «lo social» o «lo cultural» restringida a «comportamientos» individuales de transgresión moral, esta asociación constituye la fórmula sexualidad (transgresión/des-control) = HIV-Sida en patología social:

«... es una enfermedad infectológica. Es una patología social ¿no? qué sé yo, como la Tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, yo creo que sí, hay un agente causal que tiene su nombre, pero es una patología social creo que *viene de la sociedad* y no hay aisladamente» (I.2.C3). El subrayado es nuestro.

7 El término «orientación» es de carácter provisorio a redefinirse con mayor precisión desde los avances de esta investigación.

«... el Sida es una enfermedad social tiene por supuesto los aspectos virológicos, médicos, los exámenes complementarios, los métodos auxiliares del diagnóstico de la enfermedad en sí y de todas las enfermedades... de la terapéutica, de la investigación para el desarrollo de una vacuna pero es como la tuberculosis o el cólera, son enfermedades sociales...» (I.14.C1).

«Lo social» también se corporiza en estímulo, en incitación:

«... una sociedad ... muy proclive a fomentar la iniciación sexual precoz y también la sexualidad irresponsable ...los que los están incitando a que tenga relaciones sexuales son todas las propagandas, todas las películas. Todo eso. *Vos prendés la televisión y vas a ver que todo es sexo... eso es lo que está incitando al tipo a que tenga relaciones sexuales...*» (I.16.C3). El subrayado es nuestro.

Como aquello «incontrolado», la sexualidad es un problema de control. En términos generales, el énfasis está puesto en la intervención médica, planteando como eje el «control de la epidemia» a través del control de los «grupos o comportamientos de alto riesgo» y la protección de los individuos paralela a la intervención médica clínica. Parte de estas estrategias lo constituyen el control de grupos específicos de población a través de mecanismos sanitarios-administrativos tales como la libreta sanitaria en el conurbano y provincia de Buenos Aires, la promoción del uso de preservativo y propuestas de «cambio de hábitos» para «grupos» predefinidos desde construcciones estigmatizadoras, y con un claro sentido verticalista disciplinar:

«... Entonces el preservativo sería más que nada para decirle: 'Mirá, si vos no podés tener un sexo responsable, tratá por lo menos de cuidarte de esa forma'. Yo creo que el tema de que el preservativo es un, es un problema más que nada cultural... Por que viene ya influido de los chicos; los llaman forro, forro lo llaman a alguien despectivamente, ya está metido un poco desde ese punto de vista...» (I.16.C3).

«... *la educación tiene que meterse...* para modificar hábitos, que es lo que se necesita, porque no es el uso del preservativo la solución, es la modificación de los hábitos, hay que trabajar dentro de los grupos, dentro de los distintos grupos sociales, y hacen falta medios... *La solución es ir a meterse a la villa donde están, a enseñarles, a explicarles cómo es la enfermedad*, desgraciadamente no existen planes de salud para eso, existen planes de salud para el tratamiento, para la atención del paciente, pero muy pocos para la prevención...» (I.11.C3). El subrayado es nuestro.

Parte de la contradictoriedad de estas propuestas son las explícitas preocupaciones por no «alentar la prostitución y el sexo», en las subyace una visión de «lo social» como estímulo:

«... Pero ¡joj! la indicación del uso del preservativo no tiene que llevar a... alentar la prostitución y el sexo, porque cuando ve las propagandas y lee lo que se dice, parece que en vez de ser más una pro-

paganda de protección a una enfermedad, es la ex... eh... la proyección a que tengan más sexo los chicos, ¿no es cierto?...» (I.11.C3).

En términos generales, una segunda orientación incorpora aspectos psicológicos, socioculturales y políticos en la consideración del problema. Sin embargo, cabe precisar una diferenciación entre aquellos que expresan modelos multietiológicos/multicausales incluyendo «factores» genéticos, psicológicos (en términos de «conductas desviadas» o «motivaciones»), sociales (tales como el nivel socioeconómico, la ocupación-desocupación, etc.) o culturales (sobre todo en términos «educación» o «costumbres»), en el que subyace un modelo de ecología humana de «factores» con el mismo peso. Y aquellos que manifiestan una visión más político-social global, con fuerte peso de la responsabilidad del Estado y las organizaciones sociales:

«... Que tiene relación con los comportamientos humanos no hay ninguna duda,... la gran mayoría de los... de las personas que vemos infectadas, las tienen... porque usan drogas... en el caso de las mujeres adolescentes, que las diagnosticamos cuando vienen a tener sus hijos, que tienen una iniciación sexual... muy jóvenes,... toda una serie de comportamientos acerca de... la sexualidad, de las costumbres, de... bueno de... en ciertos medios la iniciación sexual, el no tener una pareja estable, este... no usar preservativo, este... poder mantener relaciones este... sin que medie... algún sentimiento... es más habitual o uno lo ve más, no sé» (I.13.C3).

«... Y es tan social, tan social y no respeta, llamémosle las clases, precisamente por la falta de comprensión que existe acerca de ella... abarca enfermedades que son abordadas por otras disciplinas, llamémosle la psiquiatría o... distintos tipos de subespecialidades clínicas... No sé, creo que es... lo fundamental es que por transmisión sexual se contagia... Y lo de social lo decía, porque... precisamente afecta... *viene desde lo social, desde la conducta humana* y además afecta al desarrollo de la sociedad en sí, al desarrollo del individuo pero al desarrollo de la sociedad en sí... Además que toca puntos muy, muy tabú si se quiere, en lo cultural y en lo social, que hace que precisamente pueda... tener una personería propia mas allá de lo que significa la etiología en sí, el virus en sí. Entonces... la cuestión moral,... la cuestión psicológica y en tal caso de nuevas falencias que tiene la sociedad en cuanto a la sinceridad, fundamentalmente, y el hecho es lo discriminatorio que sigue siendo...» (I.12.C3). El subrayado es nuestro.

De estos testimonios me interesa efectuar algunos señalamientos. En primer lugar, si bien incorpora otros aspectos, comparte con la primera, la focalización en los «comportamientos individuales» y su identificación conceptual con «lo social», desde ahí lo social puede ser incluido en términos de causalidad: «*viene de la sociedad*». Lo «social» remite a un conjunto disperso de comportamientos, costumbres cuyo común denominador es su negatividad: «*adicción*»,

«*iniciación sexual temprana*», «*relaciones sexuales sin sentimientos*», «*sexualidad irresponsable*».

En segundo lugar, «lo social» se identifica con el «efecto» en el conjunto poblacional: «*no respeta las clases*» o con prácticas «discriminatorias». En tercer lugar, «lo social» aparece como fuente de expansión del problema HIV-Sida («los tabúes», las «falencias») Como señaláramos en parte de esta orientación es posible encontrar sentidos de mayor amplitud de «lo social» que incluye, como es visible en los siguientes testimonios, la «no satisfacción de necesidades mínimas» en relación con la alimentación, la vivienda, la ocupación y la educación y un énfasis en su relación, junto con aspectos de «cambio social» (en términos de moral) y procesos de marginalización y discriminación social:

«... desde el punto de vista social y económico, educacional... hay poblaciones privadas de apoyo y de soporte y están mucho más expuestas a adquirir el Sida que otras...» (I.3.C1).

«... revisando un poco los pacientes que nosotros atendemos acá, muchos no tienen un nivel secundario, ni siquiera han completado su nivel primario... hay, una gran parte de la población que no tiene ningún tipo de acceso a la educación en nuestro país, y eso sí es una problemática social, y tiene que ver con la necesidad... de los chicos de salir a trabajar y... con nuestra situación social, la situación de nuestro país...» (I.13.C3)

«... para mí es tan complicada la trama de trastornos sociales en este momento, que realmente no sé si alguna tiene más jerarquía que otra. Hoy estamos hablando de que desocupados hay un gran número,... gente que se suicide hay en todos lados,... la pobreza,.. hace todo el conjunto, no sé si será cierto que la sociedad... se está modificando, está a la vista, hay conceptos que estaban muy bien arraigados, muy bien establecidos, en este momento se están modificando rápidamente o, por ahí a uno le parece rápido, pero visto en una perspectiva histórica a lo mejor uno dice en 100 años cambió la sociedad, lo cual es bastante rápido...» (I.10.C3).

Estas diferenciaciones se ponen de manifiesto en los enfoques o propuestas de «prevención» centradas en el «cambio comportamental» de los individuos, en el que es posible distinguir variantes más o menos normatizadoras-normalizadoras, o respuestas de política social más general, que incorporan la «educación sexual» en distintos niveles de la sociedad. El aspecto del control y disciplinamiento, sin embargo, resulta el núcleo de la cuestión:

«... el preservativo es, obviamente es bueno y es el único preventivo que existe pero es una falsa seguridad... para mí el tema es replantear la relación sexual, creo que este es el punto; pero eso es un trabajo de educadores» (I.29.C3).

«... un enfoque global de educación que es la toma de conciencia por parte de toda la comunidad de los mecanismos de transmisión y la forma de cuidarse (...) El enfoque tiene que ser un enfoque global pero apuntando a esos grupos con mayor riesgo, que son

los adolescentes de cualquier estrato socio-económico-cultural,... la única herramienta que tenemos es la educación, y la educación con criterio de urgencia, no con el concepto tradicional de educación,... que nos dice «educación lleva una generación», son 25 años es un proceso, acá nosotros ciudadanos argentinos perdimos 11 años, eso es lo que tenemos que tener claro, el resultado es que tienen síntomas a los 22,... tengo que establecer las estrategias para que muy rápidamente, efectivamente educar, es decir, lograr el cambio de hábitos,... pero hay que desarrollar la creatividad al máximo para encontrar el cómo, porque qué es lo que uno ve, el chico sabe cómo se infecta, cómo se contrae, lo sabe desde chiquito pero llega a adolescente y dice a mí no me va a tocar, la omnipotencia del adolescente porque ésa es la que pasamos todos, entonces... no se cuida... La educación es la única herramienta y será la única... por lo que queda de este siglo y a lo mejor una parte del otro. Si esperamos la vacuna, se infectan y se mueren nuestros hijos,... esto es suma, tiene que ser educación y salud. Salud desde el nivel de decisión política, desde el que tiene el manejo de la salud pública, más salud de las universidades. No queda otra. Salud digo todo, no digo médicos nada más...» (I.14.C1).

Parte de los aspectos de normatización-normalización se expresan en preocupaciones (compartidas con la primer orientación) por el control de la información, básicamente por no «incitar el sexo» o «la homosexualidad»:

«... el manejo de información es un problema. Hay tanta información que yo creo que es peligroso, se informa tanto que se mezclan las cosas. No es bueno que no se informe nada, pero también es como que no hay ninguna forma de controlar lo que se informa. Y creo que en eso el rol de las sociedades científicas está un poco ausente, creo que tendría que ser más importante. (...) en el Expre-SIDA este que hubo, había cosas que llamaban la atención, que era ver afiches que parecían más de lucha por la homosexualidad que por el SIDA, donde parecía, a mí personalmente me llamaba la atención, de que hablaban más a favor de la homosexualidad más que de protección...» (I.5.C2).

Un punto de diferenciación lo constituyen ciertos énfasis en las dificultades de la medicina para el desarrollo de estrategias de prevención, en la ausencia de políticas de salud y de programas globales de prevención y atención y en la educación con metodologías activas.

«... En definitiva creo que el SIDA escapa a la cosa médica... El SIDA, en la cuestión médica es importante y el médico no está formado acá en la prevención, pero creo que la prevención en el SIDA va... a lo que nosotros no manejamos que es, ¿Cómo encarar a una población?, ¿Por qué lado poder meterse?, ¿Cuál es el problema de esa población? y ¿Qué hacer para que cambien sus conductas?... En general la medicina no está bien preparada para eso ¿no?...» (I.5.C2).

«... Yo creo que... los responsables de las políticas sanitarias deberían, este... decidir cuáles son sus objetivos y cuáles son sus prioridades y si, realmente se van a hacer cargo o no de esta patología y armar programas coherentes, con recursos, en lo que fallaron los intentos de programas en nuestro país, que por ahí se escribieron cosas o se propusieron cosas pero bueno, sin los fondos y sin la estructura necesaria para poder llevarlos a cabo...Y creo que habrá que plantearse, bueno, la investigación, habrá que plantearse programas de prevención, deberán considerar que esto implica cambios de conductas y... no son sencillos y que bueno, tendrá que implementarse desde la escuela, desde los antropólogos desde los sociólogos, buscar, investigar y actuar, en todas las áreas. Yo creo que no hay una sensibilidad de toda la problemática de las clases humildes de nuestro medio. Creo que... no hay sensibilidad (en el Estado) para atender a los desnutridos, no hay sensibilidad para que la escuela pública que, que está cada vez peor, que cada vez funcionan menos se escucha por ahí que se van a privatizar por ejemplo las escuelas municipales de la Capital Federal... O sea es como que digamos no hay una sensibilidad, para que todos tengan acceso a la educación, a la salud (...) y bueno quien no puede acceder porque no puede pagar, (...) están desprotegidos.» (I.12.C3).

«... los cambios de conductas no se logran a través de una campaña por los medios masivos de comunicación; éstos necesitan otro tipo de trabajo, necesitan un tipo de trabajo en taller, con menor número de personas y donde la respuesta sea cara a cara...» (I.3.C1).

REFLEXIONES FINALES

Retomando lo expuesto es posible proponer algunas reflexiones finales:

1- La construcción médica del HIV-Sida reestructura simbólicamente la vida sexual, identifica y reduce la sexualidad al encuentro, al «acto», a la reproducción biológica y a la patología. La sexualidad como tal, es asociada al peligro, el deterioro y la muerte. Esta construcción actualiza y refuerza formaciones históricas de estigmatización y discriminación, y en particular, concepciones homofóbicas y erotofóbicas.

2- Las representaciones médicas de la sexualidad muestran la permanencia de una concepción de «lo social» como un factor más, en un marco global sostenido en prácticas individuales asociadas con la «desviación» o la «transgresión», de la que son evidente expresión categorizaciones tales como «promiscuidad», «drogadicción», «homosexualidad», «bisexualidad», «prostitución», etc.

Los rápidos reacomodamientos en los discursos médicos sobre el complejo HIV-Sida y los sujetos involucrados, en particular respecto a la discriminación, revelan los límites de un modelo médico que naturaliza las desigualdades de género y los procesos discriminatorios como «factores externos» a la práctica médica.

3- Las propuestas médicas, más allá de los énfasis o ponderaciones, se reducen al problema del «control» de grupos y prácticas o al «cambio de hábitos» desde enfoques «pedagógicos» con un fuerte sentido normatizador y disciplinar (normalizador). En la medida en que la preocupación está puesta en el «cambio de comportamientos», predefinidos como «riesgosos» y fundados en una concepción de «patología social», el foco del problema se ubica en el control social. En este sentido, refuerzan al interior del campo médico, problemas previos de oposición entre teoría y práctica, entre clínica y epidemiología, entre intervención sobre los individuos y prevención en las poblaciones.

4- El trabajo de campo realizado permite detectar un conjunto de especificidades, ponderaciones o significaciones que permiten proponer en términos de hipótesis ciertas orientaciones diferenciales. Estas posibilitan a su vez, avanzar en la redimensión de las categorías de práctica médica iniciales («funcionarios», «definidores» y «practicantes») a la luz de nuevos aspectos vinculados fundamentalmente con las condiciones particulares de la práctica institucional y profesional. Entre las primeras, resultan relevantes las condiciones de los sectores poblacionales con los que desempeñan su práctica, las características de los servicios y las modalidades de la programación sanitaria (tanto hospitalaria como regional). Entre las segundas, la participación en organizaciones y acciones comunitarias o no gubernamentales, en organizaciones profesionales críticas a políticas nacionales.

5- El problema HIV Sida restituye la realidad material del «mal»: el deterioro, el sufrimiento y la muerte. Como antropólogos nos comprometemos a la crítica de las visiones culturalistas e interaccionistas de la Antropología Médica y su unilateralización del estudio de la enfermedad y la medicina en su dimensión simbólica e ideológica, ignorando la realidad del sufrimiento humano y los procesos socioeconómicos y políticos más amplios.

6- Como señaláramos en un trabajo previo (Grimberg et.al. 1993), el núcleo del problema HIV-Sida pareciera ser su articulación a la diversidad sexual. En efecto, se inscribe en un proceso en el que está en juego el modelo de sexualidad, de las categorías organizativas que sustentan identidades individuales y colectivas. Parte del problema es justamente el estatuto social que asuma esta diversidad. Desde nuestro punto de vista, su estudio posibilita indagar en mecanismos de control social y normatización de la cotidianidad de los conjuntos sociales, que parecieran particularmente relevantes, y con tendencia a incrementarse, en las actuales condiciones de reproducción y refuerzo de las relaciones de hegemonía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Campbell C. «Women and AIDS». En: *Social Science and Medicine*, 30 (4).1990
- Conrad P. y Schneider A. *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Merrill Pub., Ohio, 1985.
- Durham E. «Familia e reprodução humana». En:

- Perspectivas antropológicas da Mulher*, N. 3, Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 1983.
- Foucault M. *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber*. Siglo XXI, BsAs 1990
- Frankenberg R. «One Epidemic or Three? Cultural, Social and Historical Aspects of the AIDS Pandemic». en Aggleton P y colab. *Social Representation, Social Practice*. New York, London. The Falmer Press. 1989.
- Grimberg M. *La relación trabajo-salud en «los gráficos» construcción Social y Hegemonía*. Tesis de Doctorado. UBA. 1992.
- Grimberg M, Margulies S y Wallace S. «Construcción social y Hegemonía: Representaciones médicas sobre Sida. Un abordaje antropológico». En Simposio Internacional de Sida. Fac. de Ciencias Sociales. UBA, 1993. En prensa.
- Horton M, Aggleton P. «Perverts, Inverts and Experts: The Cultural Production of an AIDS Research Paradigm» en Aggleton Peter; Hart Graham; Davies Peter, 1989, *Social Representation, Social Practice*. New York, London. The Falmer Press. 276 pp. Traducción: Claudia Oxman.
- Lamas M. «La antropología feminista y la categoría género». *Nueva Antropología*. Vol VIII, N. 30, México, 1986.
- Lamphere L. «Estrategias, cooperação e conflito entre as mulheres em grupos domésticos». En: Rosaldo MZ y Lamphere L (comp.), *A Mulher, a cultura e a Sociedade*. Editora Paz e Terra. Río de Janeiro. 1979.
- Lombard Carole, «Women and AIDS». En *SC&M* Vol 30 No 4. Oxford 1990.
- Miles L. «Women, Aids and power in heterosexual sex, a discourse analysis». En: *Women's Studies International Forum*, Vol. 16, N. 5, pp. 513-522, 1993.
- Ortner SB. «Está a Mulher para o homem assim como a natureza para a cultura». En: Rosaldo MZ y Lamphere LA. *A Mulher, a cultura e a sociedade*. Editora Paz e Terra. Río de Janeiro. 1979.
- Pollack M. *Os Homossexuais e a AIDS. Sociologia de una Epidemia*. Estação Liberdade, San Pablo, 1990.
- Rosaldo Zimbalist Michelle. «A Mulher, a cultura e a sociedade: Uma revisão teorica». En: Rosaldo ZM y Lamphere L (comp.). *A Mulher, a cultura e a sociedade*. Editora Paz e Terra. Río de Janeiro. 1979.
- Rubin G. «Reflexionando sobre el sexo; notas para una teoría radical de la sexualidad». En Vance C (comp.), *Placer y Peligro Explorando la sexualidad femenina*. Revolución Ed. Madrid, 1989.
- Rubin G. «Towards an Anthropology of Women». En *Month Review Press*, New York, 1975.
- Scott J. *De Mujer a Género. Selección de textos*. Centro Editor de América Latina. Bs. As., 1993.
- Standing H. «AIDS. Conceptual and methodological issues in researching sexual behavior in Sub-saharian Africa». En: *Social Science and Medicine*, 34 (5). 1992.
- Watney Simon, "The Subject of AIDS", en Aggleton Peter, Hart Graham, Davies Peter, *Social Representation, Social Practice*. New York, London. The Farmer Press, 1989. Traducción: Santiago Wallace.