

“Candidaturas” y VIH-SIDA: tensiones en los procesos de atención

Susana Silvia Margulies¹

Resumen

Las prácticas clínicas se basan en una construcción previa de los sujetos como “candidatos al Vih-Sida”, en función de atributos morales estigmatizadores. Se tiende así a desconocer la variabilidad y heterogeneidad de la demanda a partir de la negación tanto de la sociabilidad como de la individualidad de los pacientes. Esta construcción reduce y naturaliza lo social, lo económico y lo cultural, a la vez que fragmenta la globalidad de las prácticas sociales.

Palabras Clave

SIDA. Construcción Social. Riesgo. Candidaturas.

Keywords

AIDS. Social Construction. Risk. Candidatures.

1. Introducción

Esta presentación recoge resultados de una investigación sobre la construcción social del problema Vih-Sida a través del estudio de las representaciones y prácticas de profesionales de salud que trabajan en la problemática en el contexto de hospitales públicos de Ciudad de Buenos Aires.

Nuestro objetivo ha sido analizar la construcción biomédica del Vih-Sida y las modalidades particulares que asume su institucionalización en el marco de un hospital público de agudos. Para ello hemos abordado los modos de percibir, categorizar y significar la enfermedad y las estrategias en relación con ésta por parte de los profesionales. En particular, la noción de “riesgo” y las valoraciones sobre la población afectada, las concepciones sobre lo “normal” y lo “patológico” en las prácticas sociales y su vincu-

1. Programa de Antropología y Salud / Proyectos UBACyT FI063 (Programación 1994-1997) FI093 (Programación 1998-2000), Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. El equipo de trabajo estuvo integrado por las (hoy) licenciadas Hadina Merkier y Nélica Barber y la Prof. (hoy MA) Claudia Oxman.

Abstract

Clinical practices are based on a previous construction of the subjects as "candidates to HIV.AIDS" on the basis of stigmatizing moral attributes. In this way there is a tendency to ignore the variability and heterogeneousness of demand, though negation of both the sociability and the individuality of the patients. This construction reduces the social, economic and cultural aspects and causes them to be perceived as natural, and at the same time fragment the globality of social practices.

2. Desde nuestra perspectiva, y en tanto construcción social, la atención hospitalaria delimita su objeto y legitima su intervención a través de la constitución de los sujetos en "pacientes" (o "pre-pacientes") y de sus padecimientos y malestares en "casos" de enfermedad (o "no-enfermedad") (Frankenberg, 1994). Ello con el objetivo manifiesto de curar, rehabilitar, mantener y, en menor medida, prevenir (Menéndez, 1990). Esa construcción social se efectúa desde relaciones de hegemonía-subalternidad, entre los distintos actores involucrados (conjuntos sociales, especialistas, funcionarios, empleados, representantes de diversas organizaciones). Así, en los procesos de atención médico-hospitalaria se articulan, a partir de variables correlaciones de fuerza, procesos de organización político-institucional, de regulación-normatización (legislación específica, codificación de normas y procedimientos, etc.), económico-productivos, de producción de conocimiento teórico-técnico, de formación de recursos humanos, y de atención médica. Y se delimita un campo jurídico-político, social, profesional y cultural que constituye una de las principales áreas de control y disciplinamiento social al nivel del conjunto de la sociedad (Menéndez, 1994).

lación con el desarrollo del proceso de atención, etc.²

Con este objetivo, se efectuaron entrevistas reiteradas en profundidad, a partir de guías de pautas semiestructuradas con preguntas abiertas dirigidas a obtener respuestas de carácter espontáneo y preguntas de control. La evaluación de las respuestas y ejes discursivos de los entrevistados se combinó con el análisis de los principales aspectos de la situación de entrevista y del conjunto de interacciones en los contextos de actividad cotidiana. Las entrevistas fueron grabadas y el material resultante desgrabado según convenciones de transcripción uniformes, luego fue supervisado y editado como texto.

Partimos para este análisis de algunas consideraciones que resultan de nuestros análisis previos de las representaciones médicas del Vih-Sida, en particular, de la construcción de categorías médicas a partir de relaciones de poder. Nuestros avances en este sentido puede formularse como sigue.

1. La categorización médica del Vih-Sida naturaliza el padecimiento a través de la construcción de una "historia natural de la enfermedad" desde la cual se delimita su temporalidad en términos humanos: inicio, desarrollo, duración y desenlace. Dos cuestiones clave otorgan su sentido específico a esta naturalización: por un lado, la asociación enfermedad-relación social, mediada por la idea de "contagio" y un conjunto de proposiciones etiológicas por las que se asimila "causa", relación social y "riesgo" (Margulies, 1995).

2. La noción de "portador" del virus ha constituido el principal soporte conceptual de las categorías biomédicas en torno del Vih, y sus efectos pueden dimensionarse atendiendo a que:

- el peso otorgado a la presencia del virus permite acentuar en la condición biológica por fuera de la consideración de la nueva situación que en un nivel general plantea la infección en la vida cotidiana y la identidad de los afectados,

- posibilita una reversión de sentido: la carga moral asignada al "contagio" diluye y subordina la noción de transmisión y la persona, el afectado, se transforma en amenazador (Grimberg y col. 1997). El "contagio" y su posibilidad, por tanto, pasan a tener más peso

que el propio padecimiento del sujeto, delimitando un modo de relación fundado en la sospecha (Grimberg y Margulies, 1998).

3. El resultado ha sido la construcción de categorías estigmatizantes: grupos primero, prácticas de riesgo después (homosexuales, bisexuales, usuarios de drogas, prostitutas, etc.) que, en las prácticas y la operatoria discursiva, han quedado configuradas como responsables tanto de la emergencia como de la difusión de la enfermedad. Este proceso recupera etiquetamientos previos de grupos sociales basados en características étnicas o de clase, preferencias sexuales, uso de sustancias ilegales, en una reactualización y refuerzo de construcciones históricas de estigmatización y discriminación social.

A partir de estos núcleos problemáticos especificados en el estudio de las representaciones médicas, nos propusimos indagar en el peso de estas categorías en la construcción clínica de los pacientes Vih-Sida y en la clasificación de los riesgos de enfermar de Sida, en particular, en las prácticas de reconocimiento clínico de los sujetos afectados. Seleccionamos para ello un momento específico de los procesos asistenciales que es la identificación de los pacientes a quienes —en el contexto abordado— se autoriza a efectuar la prueba serológica para detección de anticuerpos Vih. Así como también la "selección" que se efectúa a la hora de aplicar en la atención de los pacientes las denominadas (contradictoriamente) "precauciones universales" o "normas de bioseguridad".

2. Los "candidatos"

La noción de "candidatura" ha sido recuperada por Ronald Frankenberg (1994) en un trabajo sobre epidemiología comunitaria aplicada a Vih-Sida.

Allí plantea el uso de éste como un "concepto intermedio" para vincular los análisis profesionales del riesgo y los análisis legos de cómo y por qué las personas enferman. El concepto de "candidato" referiría a "*aquel tipo de personas que están abiertas (o así parecen estarlo según la percepción de los demás) a enfermar de un modo particular*". Mediante el uso de este térmi-

no "*... la información generalizada que se deriva de un agregado de muchos casos se devuelve al reino de lo individual*" y, en un contexto de atención primaria "*permite la explicación retrospectiva y predictiva de las enfermedades y muertes propia y de las demás personas*" y a la vez, "*permite un flujo libre y la absorción de información de pregunta y respuesta entre practicante y paciente, en ambas direcciones*" (Frankenberg, 1994:1333).³

Hemos empleado esta noción de una manera libre y para lo que Frankenberg denomina "nivel de explicación profesional" para dar cuenta de los modos en que se articulan los conceptos del enfoque de riesgo en Sida y las prácticas y nociones de la clínica relativas a este padecimiento. Para intentar visualizar los modos en que categorías pensadas para poblaciones y fundadas en conjeturas probabilísticas, se operacionalizan en el abordaje clínico. Más precisamente, ver las maneras en que estas categorías, riesgos estadísticos, se constituyen en posibilidades de individuos particulares en la actividad clínica.

Aplicaremos la noción de "candidatos" para dar cuenta de aquellos que emergen en la atención como personas "*proclives*" a enfermar de Vih-Sida.

Se trata de aquellos pacientes en quienes los profesionales *instalan la sospecha* que conduce a una solicitud de prueba de diagnóstico serológico y entre quienes se establecen los casos de "seropositivos" o infectados. También de aquellos que se clasifican como paciente "codificado" o "de bioseguridad" en función de la adopción de precauciones en el trabajo.

R-(...) en este momento tenemos un chiquito de riesgo / o sea de bioseguridad, que nosotros decimos.

P- ¿Qué es eso?

R- Y eh / es un posible / que no se ha llegado a confirmar todavía, creo que se mandaron los estudios y / este / se le asiste como tal (...)(enf. 1)⁴

(...) le ponen bioseguridad yo pregunté por qué le ponen bioseguridad / para que tengan cuidado

(...) hay veces que sí / que he visto también en algunas (...) indicaciones u hojas de enfermería que le ponen el cartel una cruz en

3. La cita ha sido traducida del original en inglés.

4. Se han utilizado las siguientes convenciones de transcripción para los testimonios:

/ o // representan silencios de distinta duración

: : las acentuaciones y su intensidad

(...) indican texto extraído durante el análisis

Cada testimonio se identifica según profesión del entrevistado (médico, enfermo y psicólogo) y un número de orden.

rojo / este / o lo ponen este: codificado o: pacientes codificado (...)(enf. 2)

Entre el conjunto de pacientes a quienes se asiste, los profesionales delimitaron el siguiente conjunto de personas “proclives” a contraer la enfermedad:

- mujeres con lesiones cervicales
- mujeres con antecedentes de enfermedades venéreas
- hijos de madre VIH+
- adultos con tuberculosis
- personas con antecedentes transfusionales
- adicto/as endovenoso/as
- adicto/as no endovenoso/as
- parejas de adicto
- hombres homosexuales
- hombres bisexuales
- heterosexuales promiscuos /

no tan promiscuos / “relativamente normales”

(...) a qué pacientes se les hace (...) y en general las de riesgo estarían dentro de lo que serían *pacientes que han sido trasfundidas* o que han sido *han recibido drogadicción de tipo endovenosa / este:: multiplicidad de parejas o antecedentes de enfermedades venéreas* (...) pero este: también tenemos hallazgos de *parejas relativamente normales* que cuando se enteran acá / a lo mejor por *una pareja ocasional* o a lo mejor por una transfusión que han recibido en determinado momento (...) (méd.6)

(...) los factores de riesgo ahora son / *los antecedentes transfusionales* (...) *parejas adictas o adictas ellas / endovenosas / (...)* *múltiples parejas* (...) *bisexualidad* / que tampoco es fácil obviamente porque la mayoría de las mujeres no saben si su marido es bisexual o no (...) / *toda enfermedad venérea tiene pedido de hiv / toda tuberculosis en el adulto tiene pedido de hiv* (...) (méd.7)

(...) cuáles serían los grupos de riesgo / o bueno o cuándo lo sospechamos en cuanto a epidemiología / si un paciente es homosexual o heterosexual promiscuo / drogadicto endovenoso / eh: bueno que *algún chiquito se puede*

infectar por vía transplacentaria / este que hayan recibido transfusiones (méd.12)

La caracterización de “los heterosexuales promiscuos” fue variable a partir de la aplicación de parámetros cuantitativos (número de parejas y tiempo) diversos:

- diez o quince parejas en un trimestre // diez o veinte parejas
- más de una pareja sin usar profiláctico
- relaciones ocasionales

Tal como se ha planteado, “la noción de promiscuidad sólo adquiere sentido en el marco de un modelo de relación de pareja (fidelidad, estabilidad y monogamia) desde el que se delinea” comportamientos de transgresión y que por tanto comprometen “riesgos” (Grimberg, 1995). Cabe señalar que, pese a la duda o “dificultad” planteada para su definición y, empero considerar que se trataba de opiniones o concepciones propias, la mayor parte de los profesionales comprometieron algún tipo de definición.

(...) es difícil definir qué es promiscuo (...) pero cuando yo me refiero a este señor que era promiscuo era: un señor de *diez o doce quince parejas en un trimestre qué sé yo / promiscuo / parejas no estables parejas ocasionales es difícil definir esto* (...) (méd.9)

(...)sí en realidad hoy día yo creo que al tener ya más de una pareja / y no cuidarse / no usar profiláctico ya es promiscuo / para mí / porque si uno por ahí no diez parejas / veinte parejas / *el que tiene dos parejas no es tan promiscuo / pero para mí tener dos parejas sexuales y no usar profiláctico / ya es grupo de riesgo* (...) (méd.12)

La asociación planteada entre drogadicción y sida excedió a la trasmisión por vía endovenosa. En los testimonios consignados más abajo se plantea que el uso de cualquier droga lleva al de las drogas inyectables y éste a la “promiscuidad”, sancionándose una construcción estereotipada de los fenómenos aludidos en términos de una “carrera” que une uso no endovenoso de “drogas”, uso endovenoso y promiscuidad y Sida.

(...) en general le pedimos a to-

do adicto aunque jure no ser endovenoso porque en realidad *uno no lo conoce / no sabe* hasta dónde llega su conducta de riesgo con respecto a la adicción (...) (méd.7)

Fue habitual que los entrevistados utilizaran sucesivamente las nociones de población, factor, conducta y grupo de riesgo. Como aparece en un testimonio anterior que reproducimos nuevamente, factor/conducta de riesgo remitieron a "tener" riesgo/"ser riesgoso", en la medida en el "atributo", probabilidad mórbida, es puesto en acto, es actuado con o sin intencionalidad.

(...) los factores de riesgo ahora son / *los antecedentes transfusionales* (...) *parejas adictas o adictas ellas / endovenosas / en general le pedimos a todo adicto aunque jure no ser endovenoso porque en realidad uno no lo conoce / no sabe hasta dónde llega su conducta de riesgo con respecto a la adicción* (...) (méd.7)

(...) cuando un adicto tiene dos gramos de cocaína aunque sea por aspiración ya no sabe lo que está haciendo entonces allí puede pasar cualquier cosa de allí viene también inyectarse endovenosamente o las relaciones sexuales promiscuas o cualquier cosa de ese tipo que es // directamente entrar en una carrera casi sin retorno. (Psi.13)

La realización de esa probabilidad mórbida fue caracterizada en las respuestas de otros profesionales en función de la responsabilidad moral de los afectados, en la reiteración de la diferenciación de "víctimas inocentes" y los "despreciados", tal como aparece en el siguiente testimonio.

(...) sí nosotros lo que hacemos es pedimos los análisis a la población de riesgo

(...) aquellas que: eh: en algún momento refieren droga o o homosexualidad o transexualidad allí alejado (...)

(...) digamos usted tiene dos grupos/ un grupo/ que/ es/ despreciado por la sociedad y qué sé yo/ con razón sin razón no vamos a decir/ que/ son drogadictos/ y: este homosexuales y compañía/ y tiene otro grupo/ que: eh: da una

enorme lástima pero que puede ocurrir/ que es el grupo de los transfundidos o politransfundidos (...) (méd. 8)

"Los drogadictos"/"la drogadicción", "los homosexuales"/"la homosexualidad", "los promiscuos"/"la promiscuidad": caracterizados como "población de riesgo", o personas con "condición", "conducta" o "factor de riesgo" o de "un grupo de riesgo", los sujetos de la atención emergieron como candidatos a partir de su asimilación a, y su clasificación según, las categorías de riesgo desarrolladas a partir de la epidemiología inicial del Sida. La diversidad y ambigüedad con la que se llenan de contenido estas categorías no hacen más que expresar y reforzar las concepciones de lo normal y lo patológico y el conjunto de significaciones morales que están en la base de las respuestas históricas frente a este padecimiento y respecto de la vida de los individuos y conjuntos afectados.

Una caracterización ulterior de las personas "proclives" fue realizada en base a la atribución de rasgos desacreditadores y fuertemente normatizados vinculados a características superficiales: la vestimenta, el adorno, el lenguaje.

(...) *los hombres con:* ((señala su oreja derecha))

P- ¿con aritos?

R- no por la condición (...) pero en qué condiciones se perforan / las mismas condiciones de higiene de *los tatuajes* (...) (Méd.16.)

(...) *una madre con dos o tres aros* (...) *la pinta / cómo hablan porque tienen un hablar especial / este se manejan con un lenguaje especial / y algunos no se manejan con ningún lenguaje especial* y resultan que aparecen sidosas (...) (enf.6)

Se planteó de este modo una delimitación ulterior de candidatos en base a la asignación de atributos específicos presentados a modo de indicadores externos observables:

- aritos/dos o tres aros
- tatuajes
- la forma de actuar/la pinta
- un lenguaje especial/ningún lenguaje especial.

El análisis del material de campo puso finalmente en evidencia una selec-

ción de personas “proclives” en base a caracterizaciones por las que se vinculó Sida y

- situaciones de violencia con drogadictos y “casos de pacientes” “N.N.” que ingresan por guardia traídos por la policía

(...) casos de pacientes que vienen heridos de arma blanca / se pelean en determinados barrios / pacientes drogadictos (...) *los casos dudosos por ejemplo cuando entran al hospital por ejemplo con un ene ene (...) que lo encuentran en la calle que lo trae la policía: a o la ambulancia y es un tipo que (...) se ha metido en una rencilla (...) (enf.1)*

- pobreza-delincuencia-uso de droga endovenosa-promiscuidad sexual, delimitando lo que se denominó “gente averiada” perteneciente al “sector marginal”:

(...) me parece que hay mucho del *sector marginal* que aparece porque hay *droga* porque hay *delincuencia* porque hay *promiscuidad sexual* pero sobre todo es porque *hay mucha droga de aplicación intravenosa pero en sectores muy pobres / no son exquisitos de la droga sino que son gente que está muy averiada y vos lo ves como que son marginales en ese sentido (...) la cosa es promiscua porque hay mucha pobreza hay un qué me importa hay un yo me la banco. (méd.4)*

- zona (por área residencial) de “alto riesgo”, población joven asociado a desocupación-drogadicción y enfermedades de transmisión sexual:

(...) hay una *población joven* importante y *esto quiere decir* que *problemas de desocupación y juventud están muy asociados a la drogadicción y asociado al sida endovenoso / las enfermedades de transmisión sexual* son también relativamente frecuentes / son frecuentes en toda la población y tal vez acá sea un poco más pero de eso ciertamente no hay estadísticas y son todas presunciones las que hay / pero de hecho *la asociación entre enfermedades de transmisión sexual y sida o drogadicción sida es / es una zona de alto riesgo (...) (méd. 10)*

En estos testimonios, uno referido a la casuística de los ingresos de guardia del hospital, los otros dos relativos a la caracterización de la población del área de cobertura, el último de ellos a través de un lenguaje más técnico, se vincula Sida con zona residencial, violencia, droga, juventud, delincuencia, promiscuidad. Esta vinculación creemos que es clave en la actual configuración de candidaturas desde el punto de vista de los profesionales. Asociada a nociones como “zona de alto riesgo” o “sector marginal” o “gente averiada” (sic), podríamos plantear que se tiende a adjudicar el problema de la enfermedad Sida a condiciones de “pobreza” y desocupación. Esa “gente averiada” sería, precisamente, la principal “población de riesgo” para Sida.

3. Conclusiones

A modo de conclusión destacamos dos puntos que nos han parecido claves en términos del planteamiento de nuevos interrogantes para la indagación de los procesos asistenciales en Vih-Sida

1. Establecer una evaluación clínica en el lenguaje del riesgo con frecuencia refleja más la incertidumbre médica que la capacidad de predecir o conocer los resultados. La evaluación del riesgo hace posible afirmar y en apariencia controlar lo que de hecho son eventos referidos a individuos que se desconocen.

(...)porque en realidad *uno no lo conoce / no sabe* hasta dónde llega su conducta de riesgo (...)

(...) porque le pongo a éste (cartel de bioseguridad) si el que tiene al lado por ahí parece tan normal y por ahí tiene lo mismo o más que éste (...)

El poder de la clínica radicaría ambiguamente por tanto no sólo en lo que se sabe sino también en la necesidad del control de lo que no se sabe. A pesar de esta incertidumbre y complejidad, los profesionales, como grupo, expresan y manifiestan valores de la medicina que enfatizan el diagnóstico y el tratamiento (Handwerker, 1994). Al hacerlo ponen en ejercicio una concepción de enfermedad en la que “las etiologías son vistas como causas mecánicas y los individuos como agregados de factores de riesgo relacionados estadísticamen-

te". Y las modalidades de reconocimiento clínico resultantes tienden a cristalizar la variabilidad y heterogeneidad de la demanda —subsumiendo indicadores cualitativos en categorías fundadas en estimaciones probabilísticas— conduciendo, según hemos puesto de manifiesto, a la especificación de candidatos, sujetos que emergen en las prácticas asistenciales desde la negación tanto de su sociabilidad como de su individualidad y a la tendencia "a la estigmatización de aquellos que se niegan a elegir los estilos de vida 'correctos'" (Frankenberg, 1994: 1334).

2. No se trata de "candidatos" que están "ahí", "disponibles" para ser descubiertos o revelados en infortunios y transgresiones. La noción de candidatos no tiene un referente empírico unívoco, predeterminado, sino que, a partir de la articulación entre la realidad de padecimiento, las categorías epidemiológicas de grupos y prácticas de riesgo y la selección clínica, permite dar cuenta de las modalidades de construcción de sujetos como pacientes Vih-Sida.

La construcción de los sujetos del SIDA se amplía a la pobreza, a categorías de edad como los jóvenes, en general a grupos e individuos que son a su vez también los sujetos de los actuales procesos de vulneración y exclusión sociales. Sector marginal/ zona de alto riesgo/ casos de pacientes N.N.: por medio de esta construcción de candidatos para el Sida se reduce y naturaliza lo social, lo económico y lo cultural, y se fragmenta la globalidad de las prácticas sociales referidas, aun ante la ausencia de indicadores confiables. Entonces, una vez más, los sujetos desaparecen para reaparecer homogeneizados como sector marginal y "gente" en "situación de riesgo" y, en tanto "can-

didatos" para el Sida, reaparecen nuevamente ubicados en el lugar negativo de "otros" y en función de atributos descreditorios.

Bibliografía

Almeida-Filho N. 1994. "La clínica, la epidemiología y la epidemiología clínica", *Cuadernos Médico Sociales* 67.

Crawford R. 1994. "The boundaries of the self and the unhealthy other: Reflectiones on health, culture and AIDS", *Social Science & Medicine* 38(10).

Frankenberg R. 1994. "The impact of HIV-AIDS on concepts relating to risk and culture within British community epidemiology: Candidates or targets for prevention", *Social Science & Medicine* 38(10).

Glick Schiller N. y colab. 1994. "Risky business: the cultural construction of AIDS risk groups", *Social Science & Medicine* 38 (10).

Grimberg M. 1995. "Sexualidad y construcción social del Sida. Las representaciones médicas". *Cuadernos Médico Sociales* 70.

Grimberg M, Wallace S, Margulies S. 1997. "Construcción social y hegemonía. Representaciones médicas sobre el SIDA. Un abordaje antropológico". En: Kornblit A. (comp.) *Sida y Sociedad*, Buenos Aires: Ed. Espacios/ Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales.

Grimberg M, Margulies S. 1988. *Género, sexualidad y Vih-Sida. Un análisis antropológico de las representaciones y prácticas de mujeres y varones de sectores populares*, Informe Técnico, Proyecto Lusida, Ministerio de Salud y Acción Social. Mimeo, Buenos Aires.

Horton M, Aggleton P. 1989. "Perverts, Inverts and Experts: The Cultural Production of an AIDS Research Paradigm". En : Aggleton P. y colab. *Social Representation, Social Practice*. Londres. The Falmer Press.

Margulies S. 1996. *La construcción médica del Vih-Sida*. Mimeo, Buenos Aires.

Oppenheimer, G. 1988. "In the eye of the storm: The epidemiological construction of AIDS". En: Fee E, Fox D. (comp.) *AIDS. The burdens of history*. Berkeley-Londres: University of California Press.

Watney S. 1989. "The subject of AIDS". En: Aggleton P. y colab. *Social Representation, Social Practice*. Londres: The Falmer Press.