

# El hospital público y la significación social del VIH / sida

---

Graciela Biagini<sup>1</sup>

## Resumen

Se presentan los principales resultados de una de las dimensiones de análisis abordadas en el estudio *EL HOSPITAL PÚBLICO Y LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL VIH/SIDA (UBACYT-OPS)* realizado en cinco hospitales del área metropolitana de la ciudad de

## Palabras clave

hospital público, VIH sida, prácticas de riesgo, significación social, significación médica

## Key words

public hospital, HIV / AIDS, risk practices, social significance, medical significance.

1. Socióloga, docente e investigadora de la Fac. de Ciencias Sociales, UBA y del Departamento de Ciencias Sociales, UNLU. Ponencia presentada en las Terceras Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario sobre Salud y Población, Instituto G. Germani, FCS, 1999. E-mail: [doalbiagini@arnet.com.ar](mailto:doalbiagini@arnet.com.ar)

---

2. Dos objetivos generales orientan el trabajo: 1) Conocer los programas, modalidades y formas de gestión de los servicios públicos de atención médi-

## 1. Presentación

Este artículo sintetiza algunas de los resultados del estudio *El hospital público y la representación social del complejo VIH/sida en servicios seleccionados del área metropolitana de la ciudad de Buenos Aires.*<sup>2</sup>

Se trata de un diseño de tipo exploratorio y descriptivo. Las dimensiones de análisis abordadas incluyen el enfoque institucional de los servicios, sus relaciones con el entorno, la población a la que atienden, la conceptualización de la enfermedad y el modelo que proponen para encararla explorándose las variables que condicionan las modalidades de atención médica y los procesos de construcción de sentido de la infección por VIH/sida por parte del personal de salud.

Del conjunto de hospitales públicos ubicados en el área

Buenos Aires. Se rastrea la significación social del padecimiento en una muestra conformada por médicos, trabajadores sociales y personal de enfermería.

Aunque se reconoce un menor rechazo al seropositivo, la significación médica del padecimiento centrada en "prácticas de riesgo" con fuerte asociación a pertenencias grupales sigue vigente y produce dificultades en la relación médico-paciente. La sinonimia sida = muerte experimentó un desplazamiento a enfermedad terminal-crónica con tendencia a instaurar sida = pobreza. Descontrol-tentación-transgresión por sexo y/o droga configuran el núcleo central de la construcción social del sida; en los jóvenes se condensa la semántica original de la culpa y castigo.

## Abstract

These are the major results of one of the analysis dimensions in the THE PUBLIC HOSPITAL AND THE SOCIAL REPRESENTATION OF HIV/AIDS study (UBA-CYT-OPS), performed in five hospitals of the city of Buenos Aires. The social significance of the condition is examined in a sample of physicians, social workers and nurses.

Although the rejection of infected people is lower, there is still a medical significance of the condition based on "risk practices" markedly associated with group membership, which brings about difficulties in the doctor-patient relationship. The synesis connection AIDS = death has turned into terminal-chronic illness with a tendency to establish AIDS = poverty. Uncontrolled behaviour-temptation-transgression because of sex and/or drugs make up the core of the social conception of AIDS; in young people, the original semantics of guilt and punishment is condensed.

---

ca que realizan actividades relacionadas con la problemática del sida y 2) Comprender las representaciones y prácticas acerca de la patología y las personas que viven con el HIV por parte de los miembros de los servicios seleccionados. El estudio integra la línea de investigación *Actores Sociales y Sida* perteneciente a la cátedra de Sociología de la Salud, Facultad de Cien-

metropolitana de la ciudad de Buenos Aires se seleccionó una muestra significativa no probabilística compuesta por cinco nosocomios: cuatro son de tipo general y uno especializado en enfermedades infecciosas. Tres están situados en la Ciudad de Buenos Aires y dos en el Conurbano.<sup>3</sup>

Como unidades de análisis fueron relevados, en cada uno de estos hospitales, cinco servicios que diagnostican la infección y/o atienden a seropositivos incluyendo siempre los de *infectología, clínica médica, neumotisiología y servicio social*. El restante se seleccionó según la importancia relativa de las prestaciones realizadas en los dos últimos años.<sup>4</sup>

En una primera instancia exploratoria, fueron entrevistados 85 informantes: 54 médicos, 17 enfermeros, 9 trabajadores sociales y 5 psicólogos. Con la mitad de ellos se realizó una segunda entrevista, también semiestructurada, para profundizar algunos temas. La muestra está conformada por un 49% de mujeres, predominando el grupo etario de 41 a 50 años, en ambos sexos. El 69% tiene entre 7 y 15 años de antigüedad en el hospital.

En una segunda etapa, de carácter descriptivo, se aplicó una encuesta, con respuestas abiertas y cerradas a 70 de los entrevistados a fin de comparar algunos ejes de análisis y triangular información.<sup>5</sup>

Se partió del reconocimiento de dos tipos de situaciones problemáticas: 1) la existencia de dificultades intrainstitucionales en la asistencia de la patología y 2) la presencia de actitudes y prácticas sociales en el equipo de salud que obstaculizan la atención médica y las actividades de prevención secundaria entre las personas que viven con VIH.

En el estudio pionero que en nuestro país M. Grimberg y colaboradores realizaron en torno a la construcción social del sida por parte de los profesionales médicos se especifica claramente el alcance semántico del concepto de representación médica:

"Las representaciones médicas engloban el conjunto de categorizacio-

nes-prescripciones que dan sentido a las características de sus prácticas. Estas incluyen formas teóricas y técnicas específicas (estructuradas a través del aprendizaje y la práctica profesional) y las formaciones interpretativo-valorativas que no solo son previas y colectivas (no exclusivamente médicas) ya que preceden del contexto socio-cultural, sino que se inscriben en la esfera de la normatividad social”.<sup>6</sup>

## 2. Supuestos de trabajo

A modo de hipótesis orientadoras se elaboraron seis supuestos generales; los referidos a la dimensión que da cuenta del sentido del padecimiento fueron los cuatro siguientes:

1. *La representación social del sida está en construcción y en su elaboración, al igual que en otros procesos de asignación de sentido, participan saberes y creencias “científicos y no científicos”.*<sup>7</sup>

En el proceso y contenidos de dicha elaboración intervienen:

1.1. significaciones relacionadas con otros fenómenos sociales y enfermedades más antiguas (lepra, sífilis, TBC).

1.2. significaciones de estigmatización y discriminación hacia ciertos grupos y prácticas sociales.

2. *En la conceptualización de la enfermedad existe un fuerte predominio de la asociación del sida con la muerte.*

3. *La representación médica del sida y ciertas actitudes y prácticas del equipo de salud obstaculizan la atención del enfermo y la adopción de conductas preventivas y de autocuidado en los VIH+.*

3.1. Las diferentes posiciones de clase, ideológicas y culturales de pacientes y personal de salud condicionan la relación médico-paciente.

3.2. En la visión médica operan criterios clasificatorios que estigmatizan a los pacientes en función de sus prácticas sexuales, uso de sustancias no legales y/o grado de aceptabilidad del tratamiento prescrito.

4. *En la atribución del origen de la infección predominan asignaciones de “causalidad interna” centradas en las prácticas individuales más que en el virus.*

## 3. Las imágenes del vih/sida

Como lo hemos expresado en otro trabajo, la problemática de la significación social de una enfermedad, especialmente como la del VIH/sida, configura una dimensión de análisis compleja e integrada por una serie de variables-indicadores que no guardan correspondencia “lógica” entre sí para cada informante cuando se intenta ubicar las respuestas en ejes semánticos bipolares.<sup>8</sup>

Para dar cuenta de este espectro multifacético, hemos ordenado el análisis teniendo en cuenta la caracterización que los informantes realizan de los pacientes seropositivos; los “efectos” atribuidos al VIH/sida sobre la “sociedad” y la práctica médica; las condiciones de susceptibilidad a la infección que reconocen; el carácter de la enfermedad y el futuro de la misma.

### 3.1. Caracterización de los pacientes<sup>9</sup>

Los relatos coinciden en el predominio durante 1990-95 de pacientes jóvenes (18 a 30 años), heterosexuales, usuarios de drogas y, en menor proporción, homosexuales infectados sexualmente. Desde 1995, la tendencia marca un incremento de varones heterosexuales y de mujeres —la mayoría con compañeros adictos— infectados por relaciones sexuales sin protección. Pertenecen a sectores populares y su peso relativo varía de una institución a otra: mientras los casos atendidos en H1 y H4 se ubican mayoritariamente en sectores de pobreza en sus distintas definiciones técnicas, los restantes captan un nivel socioeconómico un poco más alto, especialmente el H3. Son sectores medio-bajos que recurren al hospital

cias Sociales, UBA. El componente referido a las instituciones hospitalarias contó con el apoyo de la OPS/OMS.

3. El trabajo de campo se realizó durante 1998 en tres de los nosocomios y se actualizó la información relevada durante 1996 en los otros dos.

4. Se utilizarán los siguientes códigos: Hospitales que dependen del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: generales H2 y H3 y especializado H1. Hospitales generales del Gran Buenos Aires: H4 de jurisdicción provincial y H5 de jurisdicción municipal.

5. Los informantes tienen distintos cargos jerárquicos y especialidades y reúnen el requisito de tener tres o más años de antigüedad. El acceso a los mismos y la disposición hacia el estudio fue bueno, sin presentarse rechazos ni temas que no pudieran ser abordados. La dificultad encontrada refiere a la obtención por escrito de algunos datos estadísticos, organigramas, planta funcional o presupuesto. En todos los casos, se firmó el consentimiento informado.

6. M. Grimberg: “Sexualidad y construcción social del HIV/Sida: Las representaciones médicas”; *Cuadernos Médico Sociales*, 70, ps. 37-51, abril 1995.

7. Entendemos por *saberes* en un sentido amplio los enunciados de tipo informativo, explicativo, y/o expresivo, con sentido referencial, emotivo, conativo, pático o metalingüístico de origen científico, “vulgar”, religioso, filosófico, político, etc. y que se expresen en forma deliberada o involuntaria. Saberes en esta acepción incluye lo que en la literatura se reconoce como “información- conocimientos”, creencias y valores.

8. G. Biagini: “De reacciones y

especialmente por la pérdida del empleo y de cobertura médica.

En todos los casos, se expresa que los pacientes tienen adecuada información sobre los medios de transmisión del VIH aunque desconocen las particularidades del sida como enfermedad.

Esta caracterización del perfil del paciente seropositivo construida desde una visión socio-demográfica técnica, describe solamente un plano de la representaciones. Recurramos a los relatos y a los *verbatim*s más típicos para dar cuenta de los sentidos y connotaciones simbólico-valorativas todavía presentes en la atención médica:

*“Lo primero que ocurrió: una enfermedad que pareció ser una de tantas curiosidades médicas, que aparecen todos los días en los registros de medicina, se convirtió en una realidad, en una realidad penosa, una realidad que se traducía por ver legiones de chicos infectados que morían, que explotaban al principio, sin que uno pudiera hacer nada, este... y enfrentarse además a la muerte de los jóvenes, meterse con condiciones sociales y conductas humanas... este... muy cuestionadas, ¿no? eh... como bueno, la homosexualidad, la promiscuidad o la adicción que se ve generalmente en personas marginadas con graves trastornos de conducta, así que de repente, uno empezó a atender una patología muy grave en una población muy joven, eh... con estigmas sociales muy importantes”* (médico infectólogo).

El anterior testimonio es representativo de la historia vivida en torno a los primeros casos. No obstante, actualmente en las narrativas se observa un contradictorio espectro que presenta un significado bipolar ya que se los caracteriza, por un lado, como demandantes y exigentes —*pacientes ya*— o bien, por otro, como sumisos y agradecidos.

En el primer caso, las explicaciones giran en torno a dos tipos de argumentos:

A “la impaciencia” es adjudicada a problemáticas vinculadas con *desórdenes de la conducta, entrega a lo*

*malo —por consumo de drogas-promiscuidad—* aunque con grado variable se incluyan consideraciones referidas a sus condiciones de vida:

*“El adicto es un paciente un poco particular. Tiene ciertos ribetes de autodestrucción, vienen a veces muy deteriorados este... física y psíquicamente y... son a veces rebeldes y a veces bastante rebeldes, ¿no es cierto? este... en esos casos tenemos que buscar la... —cuando se puede y existe— la colaboración de los familiares directos, a los que nos permitan mejor... una mejor contención, pero hay algunos que son absolutamente inmanejables; el adicto, no el HIV que lo es por alguna otra condición, el adicto es un enfermo difícil, muy difícil”* (H1 neuromotisiólogo).

B o se refieren problemáticas de marginación social, a condiciones relacionadas con el contexto hospitalario o con la atención médica:

*“¿En el hospital qué modificó el HIV? Bueno, en principio este, salieron a relucir todos los mecanismos de defensa, no? —¡No! yo no atiende a este tipo, no lo trato, están infectados, son todos putos o no?—. O este...: —Son drogadictos, no los atiende, es la lacra, aténdelo vos— este... Así como la enorme mayoría contando incluso a niveles de conducción del hospital se negaban a manejar a estos pacientes y los mandaban enseguida a infecto para que nosotros nos hiciéramos cargo...”* (H3, médico infectólogo).

En el segundo caso —los pacientes obedientes— las narrativas describen a varones homosexuales visualizadas como *cuidadosos, con pulsión de vida y cumplidores* en los cuidados y tratamientos requeridos:

*“... al principio yo sí noté una diferencia en el sentido que nosotros al principio teníamos una población digamos donde al principio predominaba por ejemplo la comunidad homosexual que tiene una característica de bueno, enfrentado el problema, trata de cuidarse, de ver cómo se solucionan las cosas, en general en el H1 había, si bien obviamente la comunidad*

---

sentidos: la vivencia del proceso de salud-enfermedad-atención del VIH/sida”, *Cuadernos de Trabajo Social*, UNLU, en prensa.

9. Las letras *cursivas* son citas textuales de los entrevistados. El signo // significa que se ha efectuado un corte en el testimonio.

era importante, había mucha prevalencia de adicción endovenosa que implica a su vez este... otro tipo de conducta con respecto a la marginación social y bueno una serie de cosas que hace que el paciente porte unas características de conflictividad en el aspecto de él a su enfermedad y de él hacia el sistema que trata de asistirlo bien y mal digamos, las dos cosas...” (H3, médico clínico del equipo VIH).

La reconocida y patriarcal sinonimia “ser humano = hombre” emerge sistemáticamente en las imágenes recabadas sobre el perfil del paciente ya que las referencias a las mujeres son escasas y se las presenta como embarazadas-madres, compañeras de adictos, ellas mismas consumidoras o como “ligeras”.<sup>10</sup>

Hace ya más de una década, Susan Sontag señalaba que el sida ha creado un vasto universo de asociaciones significativas: a) aparece como *metaenfermedad*: no se trata, a nivel de lo imaginario social, de una enfermedad sino de varias en una sola; b) como *forma de contagio*: hay una contaminación metonímica que hace que el miedo a la enfermedad se transforme en miedo al enfermo o sospechoso y se extienda por todo aquello que él habría tocado; c) como *muerte*, ésta comienza por anticipación a partir del momento de revelación de la enfermedad, lo cual representa una lucha ya perdida: “el enfermo ya fue vencido, y ahora quien vive no es él, es la enfermedad en él”.<sup>11</sup>

Las dos primeras significaciones se verifican en la muestra en estudio y tiene un menor peso la última. El desconocimiento, el miedo a la enfermedad y la movilización de la angustia de muerte, predominante en las primeras etapas de la pandemia, experimentó un corrimiento hacia el *miedo al enfermo*. Estos sentimientos están todavía presentes en el imaginario pero referidos a un enfermo abstracto. En lo concreto, ningún entrevistado manifestó haber vivido situaciones de agresión o violencia por parte de los pacientes. Sin embargo, podemos hacer

referencia a otro tipo de sentimiento de peligrosidad verificado y es el que se extiende al *paciente no testado pero del que se sospecha posibilidad de infección*. Dicha suposición suele producir la solicitud del análisis de seropositividad sin otro fundamento que la sospecha hacia el “candidato”<sup>12</sup> o la inadecuada excusa de contar con mayor seguridad para la realización de ciertas intervenciones diagnósticas o quirúrgicas.

En la mayoría de los informantes —aunque con mayor proporción entre los profesionales de otros servicios que no son los de infectología— el “sospechoso” es visualizado o como un peligro para el profesional (*me puedo infectar*), como un peligro para su familia (*no se lo va a decir a su pareja, la va a infectar...*) o bien también un peligro para la comunidad (*va a contagiar a otros*).<sup>13</sup>

### 3.2. “Efecto Sida”

*“Yo creo que... que realmente se va a hablar de una medicina pre-sida y una medicina post-sida.*

*Es, es una bisagra el Sida eh... así como lo es en la institución médica en general, lo es en la sociedad y en el mundo y en la historia. Y eso seguramente ha pasado con otras epidemias grandes que ha tenido la humanidad y que han durado... siglos ¿no? // Eso nos removió a todos, a todos en las estructuras...”* (H3, infectólogo).

Al analizar el “efecto del sida” en la sociedad, la mayoría de los médicos y los trabajadores sociales reconoce que la discriminación ha disminuido aunque observan su persistencia en la sociedad global y al interior del hospital. “Por algo será” fue la sentencia que signó ante los primeros casos la significación del padecimiento a través de la culpabilización y el rechazo.

“¿Cómo impactó en la sociedad la aparición de los primeros casos de HIV? Al principio tuvo una gran noticia... creo que salieron a flote un montón de prejuicios y cosas contra los homosexuales y demás, y después la

10. Este resultado concuerda con estudios realizados en nuestro medio. Confrontar M. Grimberg, op. cit.

11. S. Sontag: *El sida y sus metáforas*. Muchnik editores, Barcelona, 1989

12. Sobre el concepto de “candidaturas” ver Susana Margulies “Candidaturas y VIH-SIDA: tensiones en los proceso de atención”, *Cuaderno Médico Sociales*, Rosario, 74, ps. 53-59, 1998.

13. M. Burgos: El hospital público y el complejo VIH/sida, informe de investigación (mimeo).

*sociedad me parece que los fue absorbiendo, como un grupo marginal más, y ahí está puesto ¿no? ¿Al principio fue segregación? Mirá, mezcla de segregación, de interés por la cosa rara... ahora me parece que está absorbido, los policías por ahí ellos te hablan, te dicen 'eh, ese tiene sida'. ¿Los policías te decían? Sí, las cárceles ¿no?, en las cárceles se sabe quién tiene sida y quién no tiene sida..." (H4, dermatóloga).*

*"¿Qué piensa, cómo impactó en la sociedad la aparición del Sida?... sacó a relucir estas cosas... o sea cuán miserables o cuán virtuosas eran las sociedades, en general ha demostrado que coherentemente con los tiempos que corren y las ideologías dominantes, ha demostrado un impacto miserable en las sociedades en general, que ha ido evolucionando en el tiempo con... digamos mejorías claras... cosas buenas este... pero que indudablemente ha impactado sacando a relucir lo peor que tenemos todas las sociedades //... la discriminación, el terror infundado, no te metás, por algo será y bueno, cosas que lamentablemente este... hace poco también sucedieron con otra enfermedad en nuestro país ... // hay una mayor comprensión del problema, bueno la gente sabe que no se va a contagiar por la calle, esto hace bajar el nivel de ansiedad, creo que por otro lado ha sacado a la luz a grupos de la sociedad capaces de... digamos de pensar la vida y la cosa de otro modo este, yo creo que ha impactado digamos tanto positivamente como negativamente pero muy fuerte, muy fuerte... sobre todo en la familia se ha impactado muchísimo, nosotros nos damos cuenta del clásico no puedo creer que a mi hijo le pase esto. En general la reacción de la familia... Es digamos obviamente una varianza, hay un estándar que implica el este "lo mato... cómo me pudo hacer esto, como pudo ser que le pasó" y una especie de redención final de hagamos todo lo posible para salvarlo. // Obviamente con el tiempo de comprender que la enfermedad no era ningún cas-*

*tigo divino, ninguna desgracia del Diablo, este... ni las personas son pecaminosas las que tienen esto; cuando la familia comprende esto se da cuenta que hay que... se pone al lado del paciente, de su grupo familiar y lo defiende" (H3, clínico, integrante equipo vih).*

Especialmente los trabajadores sociales vinculan la escasa solidaridad y el bajo compromiso con:

*"un contexto económico que produce individualismo... uno se ocupa de sí mismo y creo que también va incluido lo de... lo del HIV //... lo que pasa es que este sistema lleva a que cada uno trate de salvar su puntita. El que no tiene para comer, no tiene trabajo... ¿por qué se va a preocupar de esto?" (H2, Trabajadora Social).*

El aumento de consultas espontáneas por situaciones vividas como riesgosas es considerado un indicador de menores cuotas de miedo y rechazo, producto de una mejor información en la gente y de la existencia de mejores posibilidades terapéuticas. La extensión de la cobertura a pacientes de obras sociales y sector privado, el accionar de los seropositivos y de los medios de comunicación, la mayor incidencia de la infección en población heterosexual, junto al paso del tiempo son componentes que explican para los entrevistados el menor grado de discriminación que observan.

Por el contrario, el personal de enfermería no percibe modificaciones.

*"No cambió. Es difícil. Sigue rechazo al portador, al homosexual, al adicto" (H1).*

*"... son marginados, la sociedad los margina, ... entonces ellos están como, al esperando un ataque, una... viste un desprecio, algo así, ¿no?" (H4).*

*"Si se llegan a enterar el paciente que está internado junto con otro de HIV, este... es como que tienen un poco de miedo, o, y los familiares ya de por sí, si llegan a saber, este es como que lo discriminan a ése, entonces dos por tres nosotros estamos peleando, para que no haiga esa discriminación, viste..." (H4).*

Algunos enfermeros expresan claramente el propio rechazo con un sentido de incriminación hacia los enfermos:

*“Yo creo que la gente todavía no se ha dado cuenta de lo que es esto en realidad, de lo que genera un paciente, por ejemplo hay pacientes que son HIV que mantienen relaciones así como si fuera que están super, aunque uno les pida, les diga que por favor que se cuiden, que usen preservativo y que sé yo. Nosotros hablamos, hablamos, pedimos y a veces rogamos, pedimos por favor las cosas pero vos sabés que los pacientes depende de su cabeza como esté, yo creo que hay algunos que sí te llevan el apunte y otros que no. Entonces es como que esto se expande y esto no”* (H5, enfermera).

Los infectólogos, a su vez, consideran que si bien la respuesta de la sociedad mejoró, *“el HIV sigue siendo el cuco, sigue siendo la enfermedad mortal que... que si te contagiás te morís”*.

*“... de todas maneras hay mucha gente que sigue haciéndose la desentendida como que esto no lo involucra... Al argentino le cuesta hacerse cargo de cualquier cosa, no solo del sida, entonces es evidente que... una parte apreciable de la población todavía piensa que este es un problema que le pasa a determinadas personas que tienen determinados estilos de vida. Y solamente si le toca de lleno o un miembro de su familia ahí recién como que se da por enterado. Yo creo que el argentino tiene esa... natural tendencia a no hacerse cargo de nada... “yo no fui, a mí por qué me miran, yo qué tengo que ver, esto no me corresponde” es una frase típica del argentino”* (H1, infectólogo).

La opinión de los informantes sobre la persistencia de actitudes de discriminación y rechazo social es fundamentada a través de “la gestión del secreto” con que se procesa la situación de seropositividad; conflictividad que se expresa en las dificultades observadas en los pacientes para comunicar su situación a la familia así como la re-

percusión negativa sobre la situación laboral.

*“... yo pienso que antes era mucho más discriminado que ahora, este, que a mí, este, digamos hay cosas que las sé concretas por determinados pacientes que hace muchos años que son, tienen serología positiva, y que bueno que, que por ejemplo todavía no se lo han podido decir, a pesar de los años que han pasado a su propia familia, porque saben que los van a discriminar o piensan que los van a discriminar, que cuando se enteraron lo ocultaron”* (H4, infectóloga).

*“pero uno lo que le transmite es que lo maneje como pueda y como él sienta que quiere hacerlo, a quien se lo va a decir, por supuesto que a veces hemos tenido casos en que te dicen: yo en mi trabajo no pienso hablarlo, porque ahí entra el tema de la discriminación que son cosas reales. Hemos tenido casos en que por ahí el paciente lo dijo y a los pocos meses se quedó sin trabajo, entonces como eso es un tema que en la sociedad no esta tan ¿cómo te podría decir? asimilado, es jodido para el paciente. Hemos tenido muchos casos así. En la familia es como que a veces hay más comprensión, es como que... cuando te dicen: yo a mis padres no les puedo decir y después cuando lo hablan o ya entraron en un período de enfermedad la reacción en general de los familiares cercanos es de mucho apoyo”* (H5, trabajadora social).

Otros señalan los impactos demográficos que está produciendo ya que *“ataca un rango de la población en cuanto a grupo etáreo que es la población útil, en trabajo, la mujer en edad fértil, así que desde el punto de vista social es gravísimo, en relación a lo que significa diezmar, es una palabra, en algunos casos especialmente en Africa, diezmar poblaciones”* (H1, infectólogo).

Además de la permanente tensión-frustración que supone el manejo de esta patología, el vih/sida demanda al equipo de salud el abordaje de temáticas no incluidas en sus saberes y prác-

ticas cotidianas, a los cuales le resulta difícil rodear de 'objetividad' científica y de la tradicional 'distancia operativa' con la que históricamente se construyó la relación médico-paciente:

"... ¿cuáles serían los más importantes...? *Creo que primero la actitud frente al paciente, ¿no? porque uno inicialmente naturalmente tiende a..., por el mismo interrogatorio, a ya clasificar al paciente, o es un homosexual... y bueno siempre es, por ahí para unos más fácil y para otros menos tener que aceptar que hay personas que tienen sexualidad diferente... y... hacer preguntas y meterse en sus cosas íntimas con una intensidad que quizás antes no lo hacíamos, o sea la actitud frente al paciente en mi caso es lo que principalmente cambió o tuvo que cambiar y... me tuve que adaptar a los pacientes, sin embargo yo sé que por ejemplo hay otros infectólogos que no se bancan a los adictos o... el paciente homosexual... Yo tengo muy buena relación con los pacientes independientemente que sean adictos o que sean homosexuales... pero inicialmente me costó porque me tuve que meter en un mundo diferente al mío propio y además aceptar sus sexualidades y sus cosas como cosas habituales"* (H3, infectólogo).

La mayoría acuerda que el tema sida los enfrentó a situaciones inéditas, impactó inicialmente sobre su rol curativo, la validez científica de la medicina e implicó pensar en nuevos y/o ocultos temas a propósito de la salud y de la enfermedad:

"*Sí, claro, al principio eh... causó muchísimo prejuicio, muchísimo este... bueno, al principio incluso acá mismo ¿no? este, mucho más cuidado con un sida, todos tenían miedo de tocarlo de... y ahora creo que se pasó del otro lado (se ríe)... ahora, es tan común que ya... como yo te decía por ahí, no se cuidan este, tampoco; es algo más común; el impacto hace varios años, este, primero, incluso me acuerdo, entre los médicos, por ahí era una cosa como que... nunca la íbamos a ver nosotros este... salía en las clíni-*

*cas médicas de Norteamérica y en las revistas pero... era algo muy lejano, y hasta que empezaron... a internarse algunos pacientes entonces sí, el gran escándalo, se lo miraba como algo que... que iba a contagiar de solo estar en la cama y ahora... ahora se pasó del otro lado. En eso puede haber influido la capacitación, la experiencia en el contacto con ellos, ¿la cantidad en sí? Yo creo que la cantidad y la experiencia; yo creo que la cantidad y la experiencia de haber visto tantos pacientes"* (H4, Clínico).

"*Sí, lo que primero surge es el desconcierto... luego a medida que van pasando los años uno va entendiendo un poquito más, cambian las clasificaciones, cambian las cosas, cambian las concepciones, pero bueno, el-y-eh, cambia todo ¿no?, pero lo primero que surge frente a la enfermedad, en los primeros casos, es el DESCONCIERTO... // Creo que... eh... eh... eh... es evidente que la cosa ha cambiado y que el espanto, la angustia, la desesperación por la... creo que ahora es medio como que se está incorporando como una realidad y con una situación que... que es a diario y está muy cerca y que de alguna manera estamos aprendiendo a manejar"* (H4, Dermatóloga).

Con características diferenciales en los cinco hospitales seleccionados, la inexistencia de respuestas terapéuticas efectivas anteriores a Vancouver, las angustias y conflictos que movilizaba en el propio personal de salud el desconocimiento de la patología y el "nuevo tipo de paciente", promovieron y facilitaron en los equipos especializados en la atención del seropositivo la hasta entonces inusual incorporación de psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales.

La caracterización de que el padecimiento exige un abordaje "inter/multi-disciplinario" o el reconocimiento de su carácter "social" mucho tendría que ver con el desconcierto y perplejidad inicial que surge de sus relatos.

Admiten que ha aumentado la importancia y presencia de Infectología



tanto en los hospitales públicos como en los efectores privados pero no solo por el VIH sino también por la aparición de un variedad de infecciones hospitalarias y la mayor complejidad de las intervenciones quirúrgicas.

Asimismo, con mayor énfasis en H1 y H5, se considera que la enfermedad implicó un desafío médico y científico para los infectólogos:

*“Sí, desde el punto de vista así... por ahí científico, es un problema fascinante porque nos está enseñando un montón de cosas sobre el sistema inmune y nos está mostrando un montón de formas nuevas de enfermedades que ya habíamos olvidado, ¿no?”* (H5, médico clínico).

*“// ... uno debe pensar que bueno, que esto ha surgido para... para que nosotros viviéramos una enfermedad nueva, que pudiéramos vivirla, sin leerlo en los libros, es decir, sin que nos la contaran otros que la vivieron antes. Nosotros hemos vivido esto... Como que la forjaron... ¿el tratamiento y los diagnósticos? —Exacto. La hemos... la hemos visto desde el nacimiento. El primer caso que se diagnosticó en el hospital en el año ‘83, hemos visto todo, la hemos vivido, no nos la han contado, o no la hemos leído de los libros... y eso desde el punto de vista humano también ayuda es... es algo, te diría, inédito dentro de la medicina, ¿no? Eh... que nos ha hecho aprender muchísimo, que nos va a seguir haciendo aprender mucho...”* (H1, médico infectólogo).

### 3.3. Susceptibilidad a la infección por VIH

Si bien los informantes no reconocen explícitamente la existencia de “grupos de riesgo”, identifican “factores o conductas de riesgo” que están localizados fundamentalmente en ciertas prácticas que posibilitan la transmisión. Este enfoque pareciera no incriminar “colectivos” al focalizar la responsabilidad a nivel del individuo pero subyace una doble culpabilización ya que las personas no son entes aisla-

dos; tienen redes de pertenencia con lo cual sigue en pie pero en forma latente aquella categoría moralizante-discriminadora.

En las entrevistas, son los jóvenes el grupo etéreo percibido como más vulnerable aunque se observa una *tensión* entre el privilegiar la dimensión individual de la responsabilidad y considerar las variables de un contexto macrosocial e institucional desfavorable y no protector.

El riesgo de la infección se estructura a través de tres ejes semánticos:

A lo que la persona “hace” (no se cuidan; no toman conciencia);

¿Por qué le parece que hay gente que se contagia y gente que no se contagia? *Porque son más promiscuos, no se cuidan, no toman conciencia de la enfermedad...* (dermatólogo).

B en determinaciones de tipo biológico —*características biológicas del virus y del huésped*— o psicosociales —*desvalorización, subestima; tendencia a exponerse a situaciones riesgosas; son más negadores*— y

C en condicionantes socioculturales, con dos orientaciones: 1) lo social opera como factor aislado (*falta de educación; no hay buena información*) y 2) El condicionamiento de las prácticas es estructural: El grado de vulnerabilidad depende de condiciones de vida y trabajo macrosociales que potencian las condiciones de vulnerabilidad (políticas económicas y de salud, género, desnutrición, tuberculosis, etc.).

Los “encargados del sida”, los trabajadores sociales y los enfermeros subrayan que son fundamentalmente las prácticas de exposición o no al virus lo que hace que algunas personas se infecten y otras no, subrayando el riesgo en la sexualidad como forma de transmisión. En cambio, los médicos de otras especialidades acentúan las determinaciones de tipo biológico o se inclinan por posiciones mixtas —*Promiscuidad; Adicciones; Bisexualidad; Virulencia del agente y situación del organismo*—, con mayor connotación moral y culpabilización del enfermo.

**TABLA 1**

**POBLACIONES EN SITUACIONES DE MÁS RIESGO**

	H1	H2	H3	H4	H5	TOTAL	%	RANKING
No hay poblaciones en situaciones de más riesgo	4	1	3	1	2	11	16	
Pobres .NBI. Sin acceso a información. Desocupados	1	4	1	6	5	17	25	1°
Consumidores de drogas, sin especificar vía	1	2	2	2	6	13	19	1°
Consumidores endovenosos		2			1	3	4	
Adolescentes y jóvenes	3	3	3	3		12	17	2°
Mujeres: por subordinación. Menor poder. No negocian	2			2		4	6	
Sí, varias	2	1	2	1		6	9	
Homosexuales	1	1	1			3	4	
<b>TOTALES</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	

En algunos existe la concepción que por resentimiento, los HIV+ *tienden a contagiar*.

Con respecto a las prácticas sexuales, sus apreciaciones giran en torno a las dificultades en el autocuidado (*por ignorancia, irresponsabilidad, desviación moral*), proponiendo modalidades que centralmente pasan por el uso del preservativo y el cuidado en la selección de la pareja.

La percepción de susceptibilidad a la infección fue también indagada a través de una pregunta abierta en la instancia de la encuesta. Como se ha verificado también en estudios que utilizan técnicas de producción de información que posibilitan “cruzar” y comparar ciertos datos, las calificaciones de tipo prescripción-proscripción moralizante (castigo, desviación) así como los sentimientos de temor y rechazo que suscita la enfermedad se expresan con mayor frecuencia en las enunciaciones vertidas durante la entrevista que en la instancia de la encuesta.

Los datos de la Tabla 1 muestran dos tipos de situaciones que se ubican

en la encuesta en primer lugar: por un lado, *la pobreza, la desocupación y la exclusión social* son señaladas entre las condiciones de vulnerabilidad a la infección por el 25% de los encuestados, incrementándose esta proporción en H2, H4 y H5. Por otro, *los consumidores de sustancias ilegales* (23%) resaltan como población más susceptible, especialmente en H5. *Los adolescentes y jóvenes* son señalados por el 17%. El 16% estima que no existen poblaciones en situación de riesgo incrementado ascendiendo al 28% en H1. Solo el 6% advierte sobre la subordinación femenina y sus dificultades de negociación.

La importancia otorgada a los supuestos “comportamientos de riesgo” junto a etiquetamientos de los pacientes según edad, fisonomía, clase social, vestimenta, “tatuajes”, compañero VIH, adicción, extranjeros, etc. opera en forma contradictoria: por un lado, como criterio para indicar las pruebas serológicas en forma más automática y, por otro, como parámetro de selección para propiciar o no el em-

pleo de las multiterapias por parte de los pacientes.

### 3.4. Caracterización de la enfermedad

“En forma sintética, ¿cuál es su caracterización del sida como enfermedad?”

Formulada de esta manera, los datos producidos han sido agrupados de acuerdo a cuatro tipos de categorías, (sintetizadas en la Tabla 2, abajo).

En general en la literatura sobre el tema se reconoce que las representaciones del sida, se han desarrollado sobre dos ejes: 1) *un eje biológico*: el de la “contaminación” del sida como enfermedad de transmisión sexual, que interpela al peligro del contacto corporal y de la contaminación con el extranjero y el enfermo y 2) *un eje moral*: el sida como enfermedad de grupos desviados moralmente, que interpela al peligro de la liberación sexual

y de la crisis de los valores de autocontrol sexual” y que aplica, asimismo, una carga valorativa al consumo de sustancias no legales.<sup>14</sup>

Si bien en la encuesta el eje moral no aparece claramente en los criterios utilizados por los informantes para caracterizar al padecimiento, la caracterización psicosociocultural como criterio causal guarda alta correspondencia con él por estar impregnada de connotaciones valorativas y moralizantes.

Empero la categorización *promiscuidad*, de indudable contenido moral (el sida como enfermedad de grupos desviados, “que interpela al peligro de la liberación sexual y de la crisis de los valores de autocontrol sexual” y que se aplica, asimismo, al consumo de sustancias no legales), se destaca en las asociaciones de los informantes en el marco de la entrevista, aunque muchos de ellos reconocen la relatividad del término. La sexualidad es significada como fuente de “descontrol”,

14. Cfr. D. Paéz et al.: *Sida: imágenes y prevención*. Madrid, Ed. Fundamentos, 1991.

#### CARACTERIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Criterios utilizados	%	Posición	Sobresale Hospital:
a. Caracterización biomédica, según causas, tipo de enfermedad y efectos: ETS, transmisible. Grave	22	1°	H1
b. Caracterización psicosociocultural, según causas: Vulnerabilidad socioeconómica y/o familiar, edades, comportamientos, etc.	19	2°	H2, H4
c. Caracterización psicosociocultural, según efectos: Discriminación. Cambio de vida	13	3°	H5, H2
d. Combina criterios biomédicos y psicoculturales	19	2°	H3
e. Tiene en cuenta el impacto a nivel colectivo: epidemia, salud pública, humanidad	13	3°	H1
f. Impacta sobre la práctica médica y el hospital. Desafío médico	7	4°	H5
g. Refiere a carga afectiva y emocional.	6		
Otros	1		
	<b>100</b>		

igual que las sustancias no legales con notables disparidades: mientras algunos aluden a contactos sexuales múltiples —simultáneos o sucesivos—, en otros recibe la clasificación de “conducta promiscua” una relación fuera de la pareja “estable” y de las relaciones monogámicas.

La polisemia del sida como enfermedad-problema así como el mosaico de interpretaciones atraviesa las narraciones y, tal como un caleidoscopio, se “fijan” provisoriamente aunque siempre denotando algún tipo de categorización sobre los pacientes con distinta carga valorativa y emocional:

*“Mmm... mirá, es una cosa multifacética, como todo ¿no?, en realidad si vos me hacés la misma pregunta con respecto al cáncer la respuesta es la misma. Por el lado social, qué se yo, me parece que le dio cierto protagonismo a grupos marginales, en algún momento los homosexuales, hoy los drogadictos, y creo que la sociedad se la bancó para absorber el tema y ponerlo de vuelta en su lugar... Eh, desde el punto de vista médico es una enfermedad muy jodida, porque no tiene una cura, de vuelta vuelve a poner en evidencia cierta desigualdad social en el sentido de que ciertas personas pueden ser tratadas y otras no, precisamente por una cuestión de acceso a medicamentos, de diagnósticos, etcétera, y desde el punto de vista así... por ahí científico, es un problema fascinante porque nos está enseñando un montón de cosas sobre el sistema inmune y nos está mostrando un montón de formas nuevas de enfermedades que ya habíamos olvidado, ¿no? Y decías que al principio le había dado un protagonismo a ciertos sectores, ¿en qué sentido? En el sentido que son los pacientes más afectados, las personas más afectadas y de repente, qué se yo, ver en la calle una manifestación de homosexuales pidiendo, esto es en Estados Unidos ¿no?, pidiendo más dinero para investigaciones sobre el sida, qué se yo, les dio una relevancia... al principio de la epidemia se la llamaba la peste rosa...” (H5, médico clínico).*

*“¿Cual sería su caracterización del sida como enfermedad? Linda pregunta, ja, ja, ja. Ud. la encara desde donde quiera. Ha sido una tremenda sorpresa del fin de siglo... una tremenda sorpresa de los últimos 20 años del siglo, digamos, no es cierto? Una tremenda sorpresa que realmente se ha alzado como un fantasma muy amenazador sobre la humanidad... las cifras siguen siendo pavorosas... las expectativas también lo son, según variables, según los niveles de los países de que se hable, de los continentes de que se hable, ¿eh? Si uno dice, bueno, que el panorama aclaró un poquito por los tratamientos pero si recordamos que de los países en desarrollo solo el 1% de la población accede al tratamiento y las tasas de infección siguen brutales... la cosa es, sigue siendo pavorosa... la amenaza es realmente... y sin ser alarmista... sumamente grave, sumamente grave” (H5).*

Como origen de la infección se subraya lo biológico-viral en términos de definición y causalidad: La infección por el VIH y el Sida es producto del virus, el que se adquiere por transmisión sexual, sanguínea o materno-infantil.

La mayoría de los entrevistados sostiene el carácter multicausal de la infección pero con un fuerte predominio de referencias al estilo de vida de las personas infectadas como causal de la infección y adscriben —salvo los psicólogos— al modelo infectológico y en grado variable consideran al VIH/sida como enfermedad de transmisión sexual.

Nuestros resultados coinciden con el trabajo de Grimberg y colaboradores: es posible establecer algunas diferencias entre el personal de salud que hablan de conductas de riesgo centradas más bien en la dimensión individual de aquellas que se refieren a obstáculos socioculturales estructurales que dificultan la prevención. Se trata de aquellos profesionales (especialmente infectólogos, clínicos y trabajadores sociales) que relacionan las condiciones de riesgo con factores estruc-

turales que, como la pobreza, el retiro del Estado, las políticas sanitarias, la subordinación de la mujer, la desnutrición, la tuberculosis, etc., potencian las condiciones de vulnerabilidad.

*“Porque el problema cuando uno lo ve bien no es el Sida, el problema es el sistema en donde el Sida está imputando sea el sistema de salud, sea la escuela, sea la cárcel. Cuando uno va a la cárcel el problema no es nunca el Sida, el problema es las condiciones de detención. // Pero insisto el tema Sida sirve para pensar de una manera bueno más..., sin tantos prejuicios a veces, sin tanta tradición ¿no es cierto?, o sirvió porque yo creo que no sirve más. Para abordar de una manera así como muy fresca como muy nueva, entonces hubo cambios enormes... // Pero creo que va perdiendo esta cuestión, yo creo que es inevitable yo lo iba diciendo hace muchos años rato que iba a pasar eso y creo que está pasando... (H5, médico sanitarista).*

*“¿Y desfavorables? Mirá, quién lo maneja, cómo lo manejan, la desinformación, o sea, la poca inteligencia en la difusión de las cosas que salgan al público. Creo que otra de las cosas que uno percibe es la influencia de la Iglesia, todavía, en evitar que se difunda y se conozca. Creo que, creo que el sida no es una excepción, que esté manejado por la misma gente que creo que maneja toda la política de salud, creo que es un desastre total. Por lo menos no veo, desde lo que conozco que tenga algún acierto, son todos desaciertos” (H5, médico clínico).*

Finalmente, puede señalarse que el 88% de los encuestados está de acuerdo en considerar a la patología como una *enfermedad crónica* y principalmente sostienen que implica un *aumento de gastos y costos* (49%); requiere de *políticas de salud adecuadas* (19%) y ocasiona *problemas de organización sanitaria* (13%).

Otros entrevistados, advierten de otros sentidos positivos o negativos asociados a la cronicidad:

*“¿Qué piensa de... de esta consideración del Sida como enfermedad cró-*

*nica? Y, esto implica eh... muchas cosas porque, por un lado lo que te decía, el tema de la esperanza, o sea, si vos tenés una enfermedad crónica... no me voy a morir, entonces me voy a mantener vivo y voy a ver qué es lo que puedo hacer para mantenerme en mejores condiciones. Cambia mucho la calidad de vida también” (H2, trabajadora social).*

*“Bueno, como toda enfermedad crónica implica que, este, los pacientes se van quedando solos, los familiares se van cansando, los amigos se van cansando y la sociedad los va abandonando. Esto es para cualquier enfermedad crónica” (H3, neurólogo).*

### 3.5. El futuro de la enfermedad

Dos visiones simultáneas impregnan el pronóstico sobre la *evolución del sida*:

A la “pesimista”, ubica su desconfianza en el plano macrosocial y de las políticas públicas: por *las implicancias sexuales; las resistencias culturales existentes; la pobreza y marginalidad creciente; los intereses económicos; la ausencia de programas preventivos eficientes; el subdesarrollo; el peso de la Iglesia*:

*“¿Cuál sería su pronóstico con respecto a la evolución de esta enfermedad? Yo creo que como está atada con dos cosas que son muy sensibles como son las relaciones sexuales por un lado, la drogadicción por otro, la epidemia de Sida por el momento va a seguir creciendo, da esa impresión, es decir, este... son dos temas muy (silencio) muy particulares, no es el contraer el Sida por una cuestión casual —que también se da, por supuesto— sino que en la generalidad de los casos se da por relaciones sexuales o por drogadicción y son dos temas muy, muy, muy difíciles, que muchas veces se combinan incluso, entre sí. Yo creo que una está atada a los impulsos muy innatos del ser humano, como son las relaciones sexuales y el otro está atado a un enorme imperio económico que mueve, que se mueve atrás*

*de todo esto y evidentemente son muy difíciles de atacar los dos, así que... a uno lo impresiona de que hasta que la sociedad tome realmente conciencia de los riesgos que se corren, este... la epidemia va a seguir. Se podrán lograr tratamientos, se podrán lograr... frenar el crecimiento de la epidemia pero, este... vencerla en definitiva va a tardar muchísimos años” (H1, médico infectólogo).*

B la visión “optimista” refiere al plano médico-terapéutico: *mejor medicación; consulta más precoz; se cronifica; se reducen las enfermedades oportunistas; disminuye la mortalidad.*

*“Sí... la percepción que yo tengo es que vamos en camino de que esta sea una enfermedad manejable en el tiempo, se transforme en una enfermedad crónica... que todos aquellos que tengan acceso a los tratamientos y a los últimos métodos de diagnóstico, probablemente anden bien o muy bien... Eh... no creo que se pueda resolver el tema prontamente en plazos cortos en relación con una vacuna, no lo creo. Y... creo que hay algunos desafíos que se nos vienen... la resistencia del virus, la adherencia de los pacientes, reducir el número diario de pastillas que debe ingerir un paciente... bueno todos esos son desafíos de acá para adelante. Ya se ha dado un paso muy importante... que es prolongar la sobrevivencia, una buena calidad de vida, reducir la mortalidad, reducir el número de internaciones, bueno, todo eso ya se ha logrado. Ahora hay que mantener esto y mejorarlo” (H1, infectólogo).*

No obstante, algunos infectólogos limitan sus expectativas por las dificultades encontradas en la adherencia a los tratamientos y/o el surgimiento de efectos secundarios a la medicación.

*“¿Qué pronóstico hace sobre la evolución de la enfermedad? Mi opinión personal... Sí, personal. Realmente estamos trastocando la enfermedad por otras enfermedades que son los efectos colaterales de los medicamentos usados a largo plazo. Sí...*

*que no podemos suspenderlos... Más o menos se van vislumbrando los problemas y hay que ver qué pasa. Un problema muy serio que aparece es la resistencia viral. La resistencia del virus del sida a las drogas empleadas está muy relacionada con la mala toma de los medicamentos por parte del paciente y la imposibilidad de supervisarlos... toman 4 o 5 veces en el día, no hay manera de hacerle tomar de una vez todo... y eso genera resistencia viral con lo cual implica fracaso terapéutico, ¿no? y transmisión de cepas resistentes” (H1, tisiólogo).*

En el siguiente cuadro (página 69), en base a los datos recopilados en las entrevistas y en las encuestas realizadas, se caracterizan y encuadran los perfiles de sentido que revelan los saberes y las connotaciones simbólicas e ideológicas que se presentan según cuatro categorías profesionales diferenciadas.

## 4. Conclusiones

Sin pretender convertir un diseño exploratorio en uno explicativo, los supuestos de los que partimos operaron como hipótesis.<sup>15</sup> Con grado variable, algunos han mostrado su pertinencia; otros se corroboraron parcialmente:

1° Múltiples testimonios son consistentes con el primer supuesto ya que, en un mismo entrevistado, conviven significaciones opuestas correspondientes a creencias de distinto tipo y a otros fenómenos sociales, con connotaciones de estigmatización a quienes tienen formas de vida que se apartan del parámetro cultural de normalidad.<sup>16</sup>

En la literatura sobre el tema se reconoce que tanto en los contenidos de la representación social del sida cuanto en la visión que se tiene sobre las personas que viven con VIH/sida intervienen significaciones de estigmatización y discriminación hacia ciertos grupos y prácticas sociales. Estas significaciones conforman el núcleo central original de la representación social del VIH/sida. Desde hace casi 20 años

15. Los testimonios analizados se dan en un diseño exploratorio y en una muestra significativa. Los resultados no pueden generalizarse al personal de salud que se desempeña en hospitales públicos.

16. La relación del sida con enfermedades como la lepra y la peste está ampliamente verificada en la literatura y nuestros resultados coinciden con dicha asociación.

**CUADRO 1**

**EJES TEMÁTICOS Y CARACTERIZACIONES PREDOMINANTES**

	INFECTOLOGOS	MEDICOS NO INFECTOLOGOS	ENFERMEROS	TRABAJADORES SOCIALES
<b>Verbatims típicos</b>	<i>"Reviste tantas superposiciones de esferas, la sexual; interrelación social, ... al ser humano desde todo punto de vista. Nace en la sociedad, repercute en ella y la ha cambiado en forma radical. Remueve prejuicios, religión, sexualidad, formas de manifestación afectiva"</i>	<i>"Enfermedad que nos invadió a todos... agobiante". "Está diezmando el futuro".</i>	<i>"... el HIV que viene se va maquineando las macanas que hizo anteriormente, hasta que acá cuando llega lo ve Psicopatología y ahí es cuando le van a informar que le van a hacer el HIV. Y bueno, después está con el julepe hasta que le dicen que es positivo o negativo, pero ya ellos saben, o se drogaban o tenían sexo, ya ellos saben, más o menos se van dando cuenta"</i>	<i>... es una característica más de esta población, que les aparece, en donde no hay conciencia eh, de la enfermedad; ... no tienen información  y, y no, no lo ven tampoco como que sea algo que les pueda pasar.  Creo que eso también es general en toda la población, no...</i>
<b>Tipo de enfermedad</b>	Severa. Viral. Crónica. Afecta al sistema inmunológico. ETS. Con graves consecuencias psicológicas.  Emergencia de un nuevo tipo de paciente.  Dos orientaciones: la mayoría enfatiza el carácter de enfermedad infectocontagiosa, de transmisión sexual. Minoritariamente, se la concibe con una enfermedad inmunológica que tiene al VIH como agente causal y disparador.	Infectocontagiosa. Viral. Terminal. Incurable.  Con fuertes implicancias neurológicas.  En menor medida, la caracterizan como crónica.	1) Terminal. Incurable 2) Culpabiliza. Avergüenza. Estigmatiza  El temor al contagio se ha desplazado al temor a la agresión, referido al paciente usuario de drogas.	Enfermedad total: repercute en todos los ámbitos de la vida.  Infección nefasta. Produce discriminación.
	Epidemia nueva	Epidemia que crece. En expansión. Explosiva.		
<b>Causas</b>	<i>(Ignorancia, irresponsabilidad, desviación moral)</i>  Deriva de prácticas "riesgosas". Como para otras ETS, la sexualidad misma se convierte en factor de riesgo, al estilo del agente casual. Se observa una <i>tensión</i> entre privilegiar la dimensión individual de la responsabilidad o subrayar la influencia de un contexto macrosocial e institucional desfavorable y no protector. Crisis de valores.			Las prácticas de riesgo derivan del contexto económico, político y social; desigualdad de género; desvalorización personal. Crisis cultural. Individualismo.
<b>Susceptibilidad</b>	Al principio, vinculada con homosexualidad. Después con la drogadicción. Ahora, enfermedad de la pobreza.	Muy relacionada con condiciones socioeconómicas.		Pobreza estructural.  <i>El que no tiene para comer, no tiene trabajo... ¿por qué se va a preocupar de esto?</i>
<b>Efectos en la práctica médica</b>	Cambió preconceptos relacionados con la medicina y la práctica médica. Cuestionó omnipotencia médica, conocimientos y valores. Modificó la RMP.  Interesa científicamente. Desafío médico.	Cambió la medicina y la práctica médica. Exigente para el médico: actualización permanente en cuidados, RMP, bioseguridad, efectos secundarios. Obliga a profundizar en la sexualidad; interrogar sobre drogadicción.	<i>Es un trabajo, un trabajo continuo y es un agotamiento y un desgaste...</i>	Antes, dificultad de contención al paciente y a la familia. Ahora, posibilidad de esperanza y desarrollo de proyectos.
	Requiere tratamiento multidisciplinario.			
	Activa el miedo a la muerte en el equipo de salud.	Si bien con pocas menciones, la referencia a "sidóticos" aparece en los servicios de interconsulta.		

la “responsabilidad social” de la epidemia ha sido adjudicada a grupos, conductas, estilos de vida, prácticas, etc. que se convirtieron en eufemismos para incriminar a “personas” con formas de vida diferenciadas de las normas hegemónicas. La lista de “sospechados” ya es extensa. El reciente énfasis puesto en la “pobreza” como fuente de patología, instala nuevamente el sida del lado de la exclusión y la marginalidad.

2° La sinonimia sida = muerte no guarda correspondencia con la percepción actual de la totalidad de la muestra, aunque sigue siendo válida entre los enfermeros. Se desplaza el sentido de *muerte inmediata* a enfermedad *terminal* y, entre los infectólogos evoluciona hacia sida = pobreza por un lado y, por otro, hacia la caracterización de *crónica*.

3° y 4° De acuerdo a los resultados, ambos supuestos se vinculan. Es llamativo que la mayoría refieran situaciones de rechazo o maltrato de un *alguien* abstracto pero nadie reconozca sus propias contradicciones frente a los pacientes. Cuando esa dificultad es explicitada, concierne al pasado y adjudicada a problemas culturales y de extracción social. Aun así, referencias a *sidóticos*, *promiscuos*, etc., se observan en los relatos de los médicos no infectólogos y en los enfermeros, con escasísimo peso en los trabajadores sociales y médicos especializados que conducen el tratamiento del padecimiento.

4° La persistencia del uso de la categoría *factor de riesgo* asociada a la forma en que se transmite el virus (vía) facilita la adjudicación de *causalidad* a las prácticas (promiscuidad, homosexualidad, adicción intravenosa, etc.).

Típico de las categorizaciones médicas para cualquier patología, los riesgos estadísticamente determinados, se “encarnan” en individuos particulares (adictos o parejas de adictos, jóvenes, tatuados, homo/bisexuales, prostitutas, “promiscuos”).

Las condiciones de producción y

reproducción social están en general ausentes en la caracterización de la enfermedad. Lo “social” aparece por sus efectos o por considerarla una *enfermedad de la conducta* connotando una apelación racionalista y voluntarista del hombre y, a excepción de la mayoría de los “encargados del sida”, implica una visión descontextualizada y atomizada.

En síntesis, lo que *distingue* al sida en su significación —pero ligado con otras ETS— alude a un componente vinculado con prácticas que culpabilizan en gran medida al propio afectado. La conducta se constituye en un proceso mórbido en sí misma desdibujándose, incluso en el personal médico, la presencia del VIH.

En la representación todavía está presente toda esta antigua semántica de la culpa y el castigo *aggiornada* por el posmodernismo a través de categorías “neutras”, como las de “estilos de vida” o “libertades individuales”.

*Descontrol-tentación-transgresión, por sexo y/o droga* configuran el núcleo central de la representación.

El padecimiento presenta un campo semántico común con el de las adicciones. En este sentido predomina una concepción moral-punitiva de la enfermedad, amortiguada en los entrevistados que tienen una visión macro-social del problema.

El personal de salud, al igual que el resto de la sociedad, focaliza la “responsabilidad social” en dos términos que acotan y destacan lo común y pre-valeciente a todos ellos:

- a) en forma explícita: la juventud;
- b) en forma subyacente: la noción de descontrol.

La confluencia de ambas coordenadas deriva en la responsabilización a los “jóvenes descontrolados”.

## Bibliografía

- Biagini G, Sánchez M. 1995. *Actores sociales y Sida ¿Nuevos Movimientos Sociales? ¿Nuevos Agentes de Salud? Las ONGs y el complejo VIH/sida*. Buenos Aires: Espacio Editorial.



Duarte Nunes E. 1989. "Relación médico-paciente y sus determinaciones sociales". *Cuadernos Médico Sociales* 48. Rosario, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.

Dworkin J et al. 1992. "Concern about AIDS among hospital physicians, nurses and social workers". *Social Sciences & Medicine* 33/3.

Foucault M. 1978. "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina e Incorporación del hospital en la tecnología moderna en Medicina e Historia", en OPS/OMS. *El pensamiento de Foucault*. Washington: OPS/OMS.

Grimberg M., Margulies S. y Wallace S. 1997. "Construcción social y hegemonía: Representaciones médicas sobre sida. Un abordaje antropológico"; en A. Kornblit. 1997. *Sida y sociedad*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Ibáñez Gracia T. 1988. *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona. Ed. Sendai.

Inchaurraga, S. 1995. *El sida en la cultura*.

*Problemáticas a fines del siglo*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones. CEADS-UNR.

Jodelet D. "Representación social, un área en expansión", en Páez et al. 1991. *Imágenes del sida*. Madrid: Ed. Fundamentos.

Menéndez, E. 1986. "Modelo médico hegemónico. Modelo alternativo subordinado. Modelo de autoatención. Caracteres estructurales"; en *Cuadernos de la Casa Chata*, N° 86, México.

——— 1988. "Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria", ponencia presentada en las *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, Buenos Aires.

Paez y colab. 1987. *Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social*. Madrid: Ed. Fundamentos.

Pierret J. 1987. "Significaciones sociales de la enfermedad", en SECYT. *Tercer Taller de Investigación en ciencias sociales y salud*, Buenos Aires: Ed. SECYT.