

A 20 años de la publicación de “Candidaturas y VIH-Sida: tensiones en los procesos de atención”.

Guadalupe García

Universidad de Buenos Aires, Argentina

✉ mguadagar@gmail.com

(1)

El artículo “Candidaturas y VIH-Sida: tensiones en los procesos de atención” fue publicado en la revista Cuadernos Médico-Sociales en 1998, una publicación periódica de la Asociación Médica de Rosario que, desde 1978 y hasta el año 2002, fue un espacio sumamente relevante en los procesos de institucionalización de la medicina social latinoamericana en Argentina (Spinelli et al, 2018). Un espacio de difusión y debate, creado en los años más oscuros de la historia de nuestro país, en el que autores provenientes de diferentes disciplinas aportaron al desarrollo de una perspectiva crítica de la Salud Pública tradicional. Inscriptos en los procesos de movilización social y política, en las múltiples resistencias desarrolladas en cada uno de los ámbitos nacionales, este conjunto heterogéneo de profesionales del campo sanitario procuraron desplazar a la enfermedad, su tratamiento y el acto médico individual como ejes centrales del proceso salud-enfermedad-atención y colocar el foco en la totalidad y complejidad del objeto médico-social (Franco, 1985). Esto es, en la producción histórica, social y económica de la salud-enfermedad, tanto en las formas que adquiere este proceso en cada sociedad y cada momento histórico como en las posibilidades de transformarlo (Iriart et al, 2002).

“Candidaturas” también se inscribe en la trayectoria institucional de la Antropología en la Universidad de Buenos Aires. El Programa de Antropología y Salud fue creado en 1987 en la Sección de Antropología Social del Instituto de Ciencias Antropológicas de la Facultad de Filosofía y Letras y desarrolla desde entonces una tarea sostenida de investigación, docencia de grado y

Para citación de este artículo: García, G. (2020), A 20 años de la publicación de “Candidaturas y VIH-Sida: tensiones en los procesos de atención”, Revista Publicar - Año XVIII N° XXIX, pp. 105-113 // ISSN 0327-6627 // ISSN (en línea) 2250-7671

posgrado para aportar al desarrollo del campo subdisciplinar y propiciar mecanismos institucionales de producción colaborativa y comunicación de conocimiento entre profesionales y personal de salud.

(2)

Como resultado de un estudio sobre los procesos de atención y las respuestas hospitalarias frente al VIH-Sida en los años 1995-1996, el artículo documenta y analiza un momento determinado de la institucionalización de las respuestas médicas, técnicas y asistenciales a la epidemia del VIH-Sida. En el momento de la escritura, habían pasado casi 15 años de la detección del primer caso de Sida en Argentina y la curva de casos notificados se encontraba en su punto máximo tras un incremento sustantivo en el período 1993-1994. Además, en 1996 se había incorporado la tuberculosis pulmonar en mayores de 13 años, la neumonía bacteriana recurrente y el cáncer invasivo de cuello uterino entre las “enfermedades marcadoras” de la nueva definición de caso de Sida.

Este incremento geométrico del número de casos notificados impactaba en una creciente demanda de atención hospitalaria de pacientes para los que, cabe destacar, se carecía de herramientas terapéuticas eficaces. Por otra parte, el aumento de consultas y de pacientes se producía generalmente en precarios contextos institucionales en los que la escasez de personal, la falta de recursos administrativos y operativos, las dificultades para derivar pacientes o realizar estudios de complejidad se sumaban al “desinterés e incluso rechazo de las autoridades y del personal en general frente a la atención de los pacientes” (Margulies, 2010: 45)

En esos años, además, se consolidaron tendencias epidemiológicas que venían esbozándose en períodos anteriores. Mientras que inicialmente la principal vía de transmisión eran las relaciones sexuales sin protección entre varones y luego el uso compartido de jeringas entre jóvenes consumidores de drogas endovenosas, los casos notificados de Sida mostraban un creciente predominio de las relaciones heterosexuales sin protección como principal vía de transmisión, un marcado descenso de la relación hombre/mujer y de la edad de los afectados y un desplazamiento hacia los sectores más empobrecidos

Ya muy tempranamente, Paula Treichler señaló que el Sida, esta enfermedad mortal que afectaba principalmente a jóvenes, era también una “epidemia de significados” (Treichler, 1987). Así, esta autora instaba a comprender las valoraciones socio-morales presentes en las teorías biomédicas y epidemiológicas sobre la enfermedad. En esta construcción, se procuraba anclar lo desconocido a partir del “stock” de conocimiento ya existente, inscribiendo este nuevo y desconcertante padecimiento en “redes semánticas” que reactualizaban históricas construcciones estigmatizantes.

A pesar de que la evidencia indicaba la existencia de múltiples vías de transmisión, el Sida fue caracterizado como una enfermedad infecciosa de transmisión sexual, y siguiendo el modelo de la sífilis, se asoció a su vez a sexualidades inmorales, impropias y promiscuas y por tanto a “transgresión moral” (Grimberg y colab., 1997).

Aunque el modelo de la “peste rosa” o la “plaga gay” fue rápidamente cuestionado, la construcción epidemiológica del Sida se

asoció a la definición de "grupos de riesgo" que vinculaban causalmente la enfermedad a determinados conjuntos sociales (en los Estados Unidos por ejemplo se hablaba de las "cuatro haches": homosexuales, haitianos, heroinómanos y hemofílicos). Traduciendo una categoría abstracta de la investigación epidemiológica en una identidad concreta (Bloch, 2010), los "grupos de riesgo" fueron caracterizados como conjuntos con identidades, comportamientos y culturas homogéneas que se asociaban a mayores posibilidades de desarrollar la enfermedad. Sus integrantes se presentaban como "potenciales portadores de la enfermedad y sus prácticas como la 'causa' del Sida", esto es, los individuos se reducían a comportamientos causales específicos y luego se reagrupaban bajo el supuesto de que tales comportamientos eran comunes a todos (Brown, 2000: 1274).

A pesar de que hacia comienzos de la década de 1990 la noción de grupos de riesgo había sido cuestionada por personas afectadas y especialistas, su reemplazo (los "factores", "comportamientos" o "prácticas de riesgo") no modificó sustancialmente el conjunto de valoraciones inicialmente cristalizadas en la construcción epidemiológica del Sida. Tal como nos muestra el artículo, en la operatoria clínica, población, factor, conducta y grupo de riesgo se utilizaban indistintamente para distinguir aquellos que, supuestamente, presentaban mayores probabilidades de enfermar de Sida, a pesar del simultáneo reconocimiento de que todas las personas podían igualmente enfermar.

Partiendo de la unicidad de los procesos de atención, de su simultánea materialidad y significación, la noción de "candidatura" nos permite comprender cómo se operacionaliza esta construcción situada de los riesgos en el accionar clínico. Abre una perspectiva a las articulaciones prácticas y discursivas de saberes técnicos y construcciones socio-morales, esto es, cómo se producen los "sujetos de Sida" en las prácticas asistenciales. En tal sentido, como se destaca en el artículo, los "candidatos" no constituyen una referencia empírica unívoca sino más bien surgen de un proceso de identificación que emerge de las mismas prácticas en las que se articula *"la realidad de padecimiento, las categorías epidemiológicas de grupos y prácticas de riesgo y la selección clínica"*.

Así, "candidaturas" refiere a las maneras en que se realizan mediaciones prácticas entre "categorías pensadas para poblaciones y fundadas en conjeturas probabilísticas" y la acción clínica individual. Una operatoria que segmenta el *continuum* de la población, que reduce la complejidad y heterogeneidad de la demanda y que refiere a los modos en que los profesionales pueden lidiar con la incertidumbre, controlar aquello que no se sabe y desplazar aquello que se desconoce, colocando como afirma Beatriz Cortés (1997) pretendidas certezas técnicas en el lugar de la duda.

(3)

En los años posteriores a la escritura del artículo, las respuestas médico-técnicas frente al VIH-Sida se modificaron sustancialmente. En la última mitad de la década de 1990, la implementación de las terapias antirretrovirales y de nuevas tecnologías de monitoreo de la progresión viral permitieron reducir la mortalidad por Sida y prolongar las expectativas de vida de las personas afectadas por el VIH. Tal como se ha analizado en numerosas

publicaciones y tesis de investigadoras del Programa de Antropología y Salud (Recoder, 1999; Margulies, Barber y Recoder, 2006; Margulies, 2008; García, 2009, entre otras), la introducción de estos regímenes terapéuticos transformó el accionar clínico, reconfiguró la relación médico-paciente y redefinió al VIH-Sida como una condición crónica. El llamado “proceso de normalización” del VIH-Sida abrió nuevos problemas en la práctica asistencial y, para los equipos de salud, el problema de la “adherencia” a los tratamientos y prescripciones médicas adquirió una progresiva centralidad. Nuevas tipologías se definieron entonces en la segmentación del universo de afectados: aquellos pacientes adherentes o potencialmente adherentes y aquellos que no cumplían con las indicaciones realizadas en la consulta médica. Aquí el manejo del riesgo es individualizado en base al supuesto de un individuo racional autónomo y autodeterminado, que orienta sus acciones y comportamientos a partir de una evaluación de beneficios y costos.

En la actualidad las respuestas médicas y políticas dominantes frente al VIH-Sida se orientan cada vez más según este modelo médico-técnico centrado en el diagnóstico temprano y la distribución de fármacos antirretrovirales. Bajo una retórica que anuncia la victoria de la ciencia por sobre la epidemia, el “tratamiento como prevención” propone como principal estrategia la ampliación de las prácticas diagnósticas y, entre los infectados, la ingesta continuada de tratamiento antirretroviral con independencia de las indicaciones clínicas para cada individuo. Esta propuesta instala como recomendación el inicio del tratamiento antirretroviral en etapas tempranas de la enfermedad utilizando regímenes de fármacos potentes. En cuanto al ya mencionado problema de la “adherencia” se argumenta que la simplificación de las dosis de ingesta de la medicación y la reducción de la toxicidad de los fármacos aportarían a su solución. El tratamiento orientado a la reducción de los niveles de carga viral en los individuos, reduciría farmacológicamente las probabilidades de nuevas infecciones por VIH, ofreciendo la posibilidad de terminar con la epidemia de VIH y desplazando otras acciones preventivas como la educación sexual integral o la promoción del uso de preservativo.

Frente a la persistencia de nuevas infecciones por relaciones sexuales no protegidas, frente a la ansiada espera de una vacuna o una cura que no aparecen, 40 años después de la aparición de los primeros casos, se presenta la posibilidad de “vencer” a la epidemia y detener su avance, ya que al tratar a todos los afectados por el VIH se erradicarían por completo las nuevas infecciones. Impulsadas por las innovaciones tecnológicas de la biomedicina y por la expansión de la industria farmacéutica, en la actualidad las respuestas técnicas, políticas y asistenciales al VIH-Sida abren una perspectiva a los actuales procesos biopolíticos asociados a la farmacologización de la salud pública, la individualización de los riesgos y la reducción biológica de los comportamientos y relaciones sociales implicadas en la epidemia.

(4)

La lectura actual de “Candidaturas”, la perspectiva que propone sobre los procesos de salud-enfermedad-atención, inevitablemente convocan algunas reflexiones sobre acontecimientos contemporáneos¹. Se trata

1 Estas reflexiones son deudoras de un conjunto de presentaciones, escritos inéditos, diálogos y reuniones con María Laura Recoder y Susana Margulies.

obviamente de reflexiones provisionarias, desarrolladas en el mismo devenir de los acontecimientos, contando no obstante con el beneficio de un cierto tiempo transcurrido (unos 9 meses) desde la declaración de pandemia por COVID-19 por parte de la OMS, en marzo de 2020.

Si desde comienzos de la década de 1980 el VIH puso en cuestión la idea dominante de mediados del siglo XX sobre la declinación de las infecciosas y la llamada "transición epidemiológica", las dos décadas transcurridas del siglo XXI parecen ratificar la centralidad de las enfermedades infecciosas en los escenarios sanitarios contemporáneos. Especialmente aquellas de origen zoonótico o por transmisión interespecies de nuevos patógenos asociados a transformaciones ambientales y biotecnológicas y la industrialización de la producción de alimentos.

En un mundo globalizado, altamente interconectado, con enormes y dinámicos flujos migratorios y de circulación de personas y mercancías en el espacio, las epidemias de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes muestran el "lado oscuro de la modernización y el progreso", la imposibilidad de asegurar el cuerpo político aun en un contexto tecnológicamente desarrollado (Keck et. al; 2019: 1).

Para las ciencias sociales, las epidemias, como sostienen Rosenberg (1989) y Keck y otros (2019), ofrecen una "linterna empírica" capaz de iluminar procesos fundamentales de la vida social y la práctica institucional. Como reiteradamente ha planteado Eduardo Menéndez, la centralidad y el carácter estructural de los procesos de salud-enfermedad-atención en los procesos más básicos de la vida y la reproducción social, los constituye como espacios privilegiados para atender en términos prácticos e intelectuales a las relaciones de poder y micro-poder, de hegemonía y subalternidad.

Las respuestas globales y locales a la pandemia producen una afectación total de la vida social. Las condiciones de empleo y trabajo, las estrategias de cuidado, las economías domésticas, las formas de vinculación, expresión y comunicación, los movimientos corporales; actos íntimos y procesos macroeconómicos; no existe ámbito de la vida que no esté siendo conmovido y transformado por la manera en que se producen las respuestas sociales, políticas e institucionales a la incertidumbre asociada a la presencia y continuidad de la enfermedad y la posibilidad de muerte.

Apelando a las respuestas y al "stock de conocimiento" previo sobre brotes epidémicos, con la pandemia del COVID 19 emergen un corpus de significantes asociados en su momento a las respuestas frente al VIH-Sida: pandemia - epidemia - brote - paciente cero - portador - trasmisor - huésped, un amplio glosario en discursos profesionales y medios de comunicación que se extiende al lenguaje cotidiano.

La epidemiología y la infectología constituyen la clave narrativa -y también práctica- central, que torna real, organiza y produce la vida con la pandemia. Cotidianamente se asiste al seguimiento de la transmisión viral, la enfermedad y la muerte. Cuadros, mapas, curvas, cifras de infectados, recuperados, muertos, visibilizan la epidemia produciendo una representación de la progresión de la enfermedad y la estimación de su curso. "Achatamiento de curva", "tasa de duplicación", "crecimiento exponencial", "tasa de positividad", "seroprevalencia", etc., los indicadores epidemiológicos a través de los que se propone seguir "en tiempo real" la progresión del virus

a nivel poblacional, se integran de modos variables en el diseño, evaluación y monitoreo de políticas sanitarias, la toma de decisiones macroeconómicas, la definición de políticas globales así como en las acciones y decisiones mínimas e íntimas de la vida cotidiana.

En esta trama narrativa y práctica referida a esta nueva entidad mórbida, el COVID-19, la cuestión del control y contención de la transmisión del SARS-COV-2 se coloca en el centro de las respuestas sanitarias y la comunicación pública. Y, como planteamos más arriba, la centralidad asignada a la agencia viral no sólo estructura los discursos profesionales y sanitarios sino que se incorpora a nuestros nuevos esquemas de sociabilidad y rituales de protección cotidianos. Un nuevo mundo de sociabilidad pandémico, modelado por las medidas de aislamiento obligatorio y las prácticas preventivas incorporadas en los intercambios cotidianos.

“Dar la pelea”, “luchar contra el virus”, “guerra contra el COVID”, estas metáforas bélicas reiteradas hasta el cansancio expresan las articulaciones técnico-morales de la avasallante construcción de la pandemia del COVID-19 como un problema biomédico cuya solución se ubica en el campo de la tecnología que, de la mano de las corporaciones de investigación médica y farmacéuticas, trabajan contra reloj en el diseño de una vacuna. Sin embargo, como en otras oportunidades de brotes y epidemias, se trata de respuestas frente a hechos en gran parte desconocidos o que van conociéndose en el curso mismo de la pandemia.

A pesar de la relativamente baja letalidad de la infección registrada en población general, su alta contagiosidad y la mortalidad en determinados grupos y la posibilidad de que la demanda de atención desbordara la capacidad del golpeado y fragmentado sistema de salud en nuestro país, requirió de una rápida intervención que, como fue planteado más arriba, apeló al “stock de conocimiento” ya existente, a las respuestas históricamente aprendidas y a los modos de problematización disponibles. La amenaza de colapso de los servicios de salud, anticipada y viralizada a través de imágenes, videos y relatos trágicos sobre lo que sucedía en Europa, fue afrontada a través de una enorme inversión de esfuerzos y recursos destinados a fortalecer los cuidados hospitalarios de alta complejidad, los sistemas de referencia y contrarreferencia y las articulaciones intersectoriales. La preparación de la respuesta hospitalaria implicó el diseño de protocolos y flujogramas para la recepción y derivación de personas con síntomas, la reorganización de los espacios hospitalarios, la ampliación de camas de terapia intensiva, la adquisición de insumos sanitarios y equipamiento y la rápida contratación de lo que tal vez fuera el recurso máspreciado: profesionales y técnicos especializados. Actualmente vemos los esfuerzos redirigirse hacia la preparación de la campaña de vacunación, anunciada como la más grande de la historia.

Ciertamente, en sus distintos niveles y versiones, la respuesta al COVID 19 hegemonizó la atención sanitaria. Una parte importante de los dispositivos de atención y cuidado de otros padecimientos fueron suspendidos, reducidos o limitados a una versión de “telemedicina”: seguimientos pediátricos, clínicos o ginecológicos, tratamientos ambulatorios, intervenciones quirúrgicas, problemas por consumo de sustancias o violencias y otras formas de sufrimiento que se intensificaron en el contexto del aislamiento, fueron en

alguna medida secundarizados. Incluso las denominadas "comorbilidades" (diabetes, hipertensión arterial, afecciones cardíacas, inmunodepresión, entre otros) fueron prioritariamente abordadas en tanto condiciones preexistentes asociadas a mayores probabilidades de desarrollar formas graves de enfermedad o morir por COVID.

Ampliamente recreada su imagen microscópica con su envoltura de espigas, se ha señalado que se trata de un virus "democrático" ya que todos en tanto organismos estamos igualmente expuestos por su elevada -aunque parcialmente conocida- transmisibilidad y su emergencia a nivel internacional. Pero, ¿somos todos igualmente vulnerables al COVID-19?

La biomedicina distingue en la población aquellos grupos y conjuntos con mayor probabilidad de contraer la infección y de desarrollar formas graves o morir por COVID 19. Entre ellos, por lo tanto, deberían maximizarse las medidas de prevención. Esta segmentación se efectúa a partir de la identificación de "factores de riesgo", la edad y presencia de ciertas "comorbilidades" presentadas como variables naturalizadas asociadas probabilísticamente a una mayor morbi-mortalidad.

Sin embargo, un recorrido por las definiciones de "caso" y "caso sospechoso" editadas por el Ministerio de Salud pone de manifiesto que las estrategias diagnósticas, clínicas y socio-sanitarias de contención de la transmisión viral debieron ser ajustadas en función de las condiciones de pobreza, precariedad y hacinamiento, la falta de acceso a servicios básicos, la adscripción étnica, las formas y características de trabajo y empleo. Inicialmente limitada a personas con síntomas que hubieran viajado al exterior, la definición de caso sospechoso del 11 de septiembre de 2020 plantea criterios diferenciales para tres grupos poblacionales: "toda persona", "niños de 0 a 18 años" y toda persona que "sea trabajador de salud, resida o trabaje en instituciones cerradas o de internación prolongada, sea personal esencial (fuerzas de seguridad y cuidadores), resida en barrios populares o pueblos originarios, sea contacto estrecho de caso confirmado de COVID-19".

Frente a la construcción de la "historia natural de las epidemias", frente a la universalización y estandarización de una pandemia global, es preciso recordar que las medidas de contención del brote se inscriben y despliegan sobre viejas desigualdades y precarias condiciones de vida y sus efectos estallan y se disparan de múltiples y variadas y a veces imprevisibles maneras.

La construcción de eventos como ¿punto 0? del brote, de los vínculos sociales y afectivos como "contactos estrechos", de prácticas cotidianas como "nexo epidemiológico" y las medidas sanitarias orientadas a la contención de la transmisión viral tienen efectos formativos y productivos diferenciales que se configuran en la intersección de vulnerabilidades y condiciones de vida previas, las respuestas de los gobiernos locales, la capacidad de organización comunitaria y las estrategias de supervivencia y protección de microgrupos.

En este sentido, la pandemia por COVID-19, como antes el VIH-Sida, constituye una lente privilegiada para comprender la manera en que las posibilidades de vivir, enfermar y morir se distribuyen desigualmente a partir del acceso diferencial a recursos socio-sanitarios, las condiciones de vida, las respuestas comunitarias y las tácticas de las personas. Un ángulo de inserción analítica a través del cual puede captarse la manera en que las

desigualdades y relaciones de poder se actualizan, redefinen, transforman y resisten en y a través de los procesos de salud-enfermedad-atención, configurándose, como señala Bibeau (1992), en el interjuego permanente de relaciones y condiciones económicas, sociales, políticas y culturales de vida que fragilizan a sujetos y grupos y la construcción de estrategias y elementos protectores y de apoyo.

En la búsqueda de certezas y de un horizonte de fin de la pandemia, y sobre todo en los últimos tiempos, se le atribuye a la ciencia, a la tecnología y a la intervención biomédica la respuesta principal y la mayor expectativa de resolución. Esta fe depositada en la promesa tecnológica parece desplazar la incertidumbre asociada a la eficacia de la vacuna, sus efectos adversos, la posibilidad de reinfecciones y “rebrotos” o nuevas “oleadas” que requerirían de la implementación renovada de medidas estrictas de aislamiento.

A casi un año de la detección de los primeros casos en un condado central de la República Popular China, la pandemia por COVID-19 continúa ofreciendo una oportunidad para idear nuevas formas de definir e intervenir los problemas de salud-enfermedad y avanzar más allá de la repuesta de vigilancia, seguimiento y control acorde a los modelos de lucha contra la transmisión del virus y la confianza en las vacunas. La revalorización de la Atención Primaria de la Salud, el fortalecimiento de las estrategias comunitarias, el trabajo territorial y las prácticas de autoatención, la articulación intersectorial, la integración de intervenciones sanitarias, sociales, económicas o educativas son, tal vez, algunas de las estrategias que posibiliten construir un enfoque que pueda dar respuesta a la carga múltiple y combinada de enfermedad asociada a la infección por SARS-COV-2 fortaleciendo las respuestas de protección individual y colectiva.

También para la antropología, la pandemia reclama enfoques metodológicos emergentes para abordar los procesos salud-enfermedad-atención y las experiencias diferenciales en función del género, el momento del ciclo de la vida, el espacio y las condiciones habitacionales, las redes de apoyo, las formas organizativas locales, la condición migratoria y/o étnica, la situación familiar y laboral. Apuntando de este modo a producir conocimiento pertinente y significativo “en tiempo real” que puede aportar a la construcción de objetos complejos desde una perspectiva de salud colectiva.

Bibliografía

Franco, S. (1985) “Crisis y Salud en América Latina”. Cuadernos Médico Sociales, 32: 1-9

Iriart, C.; Waitzkin, H.; Breilh, J.; Estrada, A.; Merhy, E. (2002) “Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos”. Revista Panamericana de Salud Pública, 12(2): 128-136.

Keck, F.; Kelly, A.; Lynteris, C. (2019) Introduction: the anthropology of epidemics. En Kelly, A.; Keck, F.; Lynteris, C. (eds) *The Anthropology of Epidemics*. Londres/Nueva York: Routledge. pp. 1-24.

Rosenberg, C. (1989) *What Is an Epidemic? AIDS in Historical Perspective*, Daedalus, 118 (2): 1-17.

Spinelli, H.; Librandi, J.; Zabala, J. (2017) *Los Cuadernos Médico Sociales de Rosario y las revistas de la medicina social latinoamericana entre las décadas de 1970 y 1980*. *História, Ciências, Saúde*, 24 (4): 877-895

Guadalupe García es Doctora de la Universidad de Buenos Aires (Área Antropología) y docente e investigadora del Programa de Antropología y Salud. Desarrolló investigaciones sobre políticas de VIH-Sida y mujeres, procesos de atención hospitalarios y la vida con padecimientos crónicos. Como docente de grado y posgrado, dicta clases en la carrera de Ciencias Antropológicas (UBA) y la Maestría de Antropología Social (UBA). Docente de la Maestría de Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (UNR). Fue directora nacional del Observatorio Argentino de Drogas de Sedronar (2014-2015) y actualmente jefa de gabinete de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.