



GÉNERO, NORMA Y MEDICALIZACIÓN. EXPERIENCIAS PARA COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE ACEPTACIÓN Y CONVIVENCIA CON VIH/SIDA.

Leila Martina Passerino¹

Resumen: La ponencia discurre sobre los procesos de normativización que configuran la relación imaginaria del vih/sida desde una mirada de género, retomando fundamentalmente el dominio de la sexualidad, las identidades de género y la centralidad que ocupa la “familia” para el proyecto normativo. Nos valemos de algunas entrevistas realizadas a profesionales que se desempeñan en hospitales públicos de las ciudades de Santa Fe y Paraná (Argentina) en los cuales es posible advertir cómo el discurso biomédico inaugura prácticas que median el acceso y a la atención a la salud, transformándose en algunos casos, en prácticas discriminatorias o estigmatizantes. A partir la *medicalización* continua de los discursos, se crean condiciones, intersecciones de género que resultan necesarias recuperar y visibilizar.

Palabras clave: género, lenguaje, norma, vih/sida, estigmatización

Introducción

La infección de vih/sida ha sido considerada por muchos contemporáneos la *enfermedad de nuestra época* (Hörisch en Bongers y Olbrich (comps.), 2006). Atrás quedaba aquel sesgo romántico de la tuberculosis, o la vergonzante sífilis, como patologías características de otros tiempos. Sin embargo vale la pena cuestionarse, qué es lo que subyace, lo que media, lo que entre miles y miles de patologías entraña esa forma particular de atención.

Pensamos la *patología* como intersección discursiva sobre la cual se conforma una gramática de lo normal y de lo patológico, de lo permitido y lo sancionado, de lo discontinuo y lo incesante. La patología se hunde en significados, parafraseando a la polémica Susan Sontag (1996), y en ese devenir se forma una disposición para percibir, para actuar, para intervenir.

Bajo estos presupuestos, quisiéramos problematizar, cuando no denunciar, ciertos procesos de normativización (Canguilhem 1943/1966; Foucault 1963, 1975, 1976) que configuran la relación imaginaria del vih/sida y que intervienen activamente

¹ Lic. en Comunicación FCEDU/UNER – Doctoranda CONICET / IIGG Facultad de Ciencias Sociales / UBA.

en prácticas de orden cotidiano. Para este trabajo, retomamos algunas instancias biomédicas y testimonios en los cuales es posible advertir cómo participan las identidades de género en el acceso y la atención de sujetos con vih/sida, y cuáles son algunas de sus consecuencias en términos de aceptación y convivencia con la infección. De un modo sintético, nos proponemos visibilizar algunos arbitrios normativos que lejos de ser ajenos a la “patología” se inscriben como formas de construcción social, política y cultural de la infección.

En estrecha relación con lo expresado, los procesos de estigmatización y discriminación pueden pensarse como formas privilegiadas y dispositivos por excelencia de sanción, pena o delimitación de la norma.

El corpus discursivo incluye entrevistas realizadas a profesionales que se desempeñan en hospitales públicos de las ciudades de Santa Fe y Paraná (Argentina), en su mayoría médicos, pero también personas de otras disciplinas cuyo campo de acción y/o especialidad están relacionados a la atención y tratamiento de personas que viven con vih/sida.

Por lo expuesto, proferimos la necesidad de indagar en el campo de la salud y la *medicalización* de los discursos, algunas huellas, intersecciones de género que median las prácticas, que no ajenas a relaciones de poder, no sólo produce imaginarios particulares para concebir la infección, sino que bajo un carácter performativo, corporaliza, materializa cuerpos e identidades (Butler, 2008).

Los procesos de normativización y la configuración imaginaria del vih/sida

Los procesos de salud y enfermedad han sido históricamente fuente de numerosas tensiones. Este enunciado podría ser cuestionado por la medicina actual, la cual pareciera haberse constituido como campo dominado por un discurso hegemónico, ligado a un modelo dominante de ciencia, que dejaría en apariencia, poco lugar a debates y controversias. Se trata, de lo que Michel Foucault en *El nacimiento de la clínica* (1963), retoma como tiempo *positivo del saber*.

En estos términos, de lo que se trata, es de discutir las nociones tendientes a objetivar las enfermedades como procesos etiológicos/terapéuticos escindidos de arbitrios o ajenas a prácticas socioculturales. François Laplantine, en su libro *Antropología de la enfermedad* (1999) indica que la comprensión de cualquier representación etiológica y de un sistema de pensamiento médico, no puede pensarse por fuera de las condiciones sociales en la cual se inscribe. La obra de Laplantine, se

centra en función de demostrar los discursos sociales puestos en juego tanto en la interpretación del origen de la enfermedad (etiología) como en las respuestas a la misma (terapéutica). En palabras del autor:

“Así cada elaboración de una representación (tanto docta como popular) resulta de una elección a la vez cultural e individual, lógica y afectiva, y los modelos que propongo tienen por objeto, precisamente, dar cuenta en forma teórica de la explotación empírica restringida, esto es, del número ante todo limitado de conexiones conocidas (...)” (Laplantine, 1999: 45)

En este aspecto, si bien la intención de cierto universalismo en la definición de los modelos propuestos por el autor puede ser criticable, no es de desmerecer su audacia en la búsqueda de elementos capaces de construir una antropología de la enfermedad, es decir, la interpretación de la enfermedad como construcción de normas interpretativas, justificadoras del orden social.

Georges Canguilhem (1943/1966) y Michel Foucault (1963, 1975, 1976) son referentes indiscutibles en los debates acerca de los procesos normativos que median las construcciones patológicas como demarcaciones de lo *normal/patológico*, autorizados y legitimados por el discurso biomédico, constitutivos de estatutos de normalidad, del prototipo de hombre modelo.

La pregunta por la demarcación explicitada se convierte en decisiva para la reorientación epistemológica de la ciencia médica a partir del siglo XIX. Canguilhem ilustra esta antinomia en la historia de las ciencias biomédicas y sitúa así a la salud como objeto de problematización filosófica.

En *Ensayo acerca de algunos problemas relativos a lo normal y lo patológico* (1943) tiene una preocupación inicial por hallar o identificar cuál o cuáles son los valores que operan en la construcción científica de aquello considerado normal o patológico. El autor critica en esta instancia al dogma médico científico que suprime toda indagación ideológica. Lo normal no puede concebirse como hecho, lo normal siempre se manifiesta en vinculación con un *valor*.

Centrado en la llamada *normatividad biológica*, Canguilhem en la revisión de su tesis doctoral, comienza a advertir la inconsistencia de abocarse a la mera contemplación de las leyes biológicas en la construcción normativa (el *valor*). Las normas sociales, interferirán de manera tal que terminarán por prevalecer en la teorización que el autor, en el período de 1963-1966, revé y expone. La norma, como un *deber ser*, no remite más que a cierto modelo ideal a perseguir, al tiempo que se inscribe

como sanción frente a quien intenta transgredirla. Las matrices culturales, las significaciones sociales imaginarias, se establecen en esta perspectiva, como necesarias en tanto construcción de lo normativo, de lo arbitrario.

En esta dirección, Michel Foucault también se interroga por los procesos normalizadores siempre supeditado al análisis de las relaciones entre saber y poder, sobre el cual centra sus estudios sobre el poder disciplinario y biopoder:

“Para Foucault, en su forma moderna, el poder se ejerce cada vez más en un dominio que no es el de la ley, sino el de la norma, y por otro lado, no simplemente reprime una individualidad o una naturaleza ya dada, sino que positivamente la constituye, la forma” (Castro, 2004: 250).

En este contexto, el discurso biomédico se ubicará de un modo estratégico en las sociedades disciplinarias en tanto imposición de la norma y al mismo tiempo, garante del ejercicio de normalización a partir del binomio normal/patológico.

Las teorizaciones de Canguilhem y Foucault, resumidas de un modo extremadamente sistemáticos y quizás insostenible, son sumamente provechosas en la medida que ambos autores comparten la incidencia de la normatividad en la formación del saber clínico. Lo normal y lo patológico, lejos de ser meras descripciones de estados, se establecen como fronteras imaginarias para la configuración de la práctica médica, pero así también, para la creación discursiva de estatutos de normatividad. Los procesos de salud y enfermedad, no como hechos absolutos, *objetivos*, sino como significantes, es decir como disputa de sentidos, enmarcados en relaciones de poder y gobernados por juicios de valor, se inscriben sobre una normativa que regula comportamientos, que legitima estados de normalidad, al tiempo que juzga y sanciona aquello que osa desobedecerlo. En esta dirección, el estudio de *imaginarios sociales*, como *creaciones incesantes y esencialmente indeterminadas (histórico-social y psíquico) de figuras/formas/imágenes* (Castoriadis, 2007), resulta provechoso en tanto se instauran como condición de posibilidad del *decir* y *representar* social.

Será en esta dirección que pretendemos exponer algunas situaciones en las cuales es posible advertir huellas imaginarias que visibilizan estatutos normativos operantes en la construcción discursiva del VIH/sida. Desde el campo de la salud y a partir la *medicalización* continua de los discursos, se crean condiciones particulares, intersecciones de género que resulta necesario recuperar no sólo para fines expositivos, sino con el propósito de destacar cómo operan social pero sobre todo políticamente en la

reconstrucción de la infección y por tanto, performativamente en la aceptación, convivencia y atención de personas con vih/sida.

Género y discurso biomédico en la construcción imaginaria del vih/sida

En este apartado nos interesa indagar cómo operan las relaciones de género y cómo se configura la infección a partir de designios normativos, en particular instituidos como *sistema de coacciones de apreciación*, es decir, como intención apuntada a valores por sobre la instauración de regla (Le Blanc, 2004: 70)

.Retomamos, en primera instancia, un fragmento de entrevista para proceder luego al análisis. Se trata del testimonio de una médica que integra el equipo de ETS y SIDA en el Hospital Cullen de la Ciudad de Santa Fe:

“Si bien nosotros acá manejamos una población digamos de travestis, prostitutas, ellos están un poquito más acostumbrados a la noticia porque escuchan, porque tienen conocidos, entonces o porque saben que estuvieron en riesgo, realmente en riesgo, entonces a veces para ellos es más tranquilo, pero sí hay otras personas que entran en depresión, porque hemos tenido esposas que se han contagiado a través de su marido y se enteran que su marido tiene vih unos días antes de fallecer, entonces por ahí les cuesta repuntar, pero se da, el diagnóstico se da y se tiene que dar.”

La diferencia marcada entre <<travestis>>; <<prostitutas>>; <<esposas>> no es casual; que sea más *tranquilizador* tanto para el médico, como para la persona afectada, dar un diagnóstico a quien no se inscribe en los parámetros de ‘normalidad sexual’ (explícito en la diferenciación que se realiza entre la *población travestis prostitutas y otras personas*) tampoco.

La llamada *normalidad* supone el reconocimiento de una situación inaceptable, ante la cual, la racionalidad médica se impone como uno de los discursos legitimados para denunciar lo que se aleja, se distancia o desvía del parámetro *normal*. En este contexto es factible preguntarnos, ¿Cómo esperar una noción de atención igualitaria, respeto y protección frente a personas con vih si uno de los primeros contrastes que aparece, y que el imaginario sustenta, está basado en la diferenciación identitaria de género?

Nos parece importante en este punto preguntarnos entonces por esa diferencia y en qué se sustenta. Tomemos el carácter de *esposa*, no es cualquier mujer, sino esposa, es decir, identificada plenamente con ese rol y sólo legitimada por él. El proceso de normativización biomédico se imprime cotidianamente y de un modo que muchas veces

puede pasar desapercibido. La operación que realiza esta médica en la demarcación entre *esposas* y *otras personas* explicita así, el modo en que la demarcación normal/patológico se impone a los individuos como acto de autoridad. Ya Foucault reconocía esto y mencionaba:

“Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones de normalización que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la petición del enfermo” (Foucault, 1999: 353).

Este autor, también nos aporta algunas herramientas para comprender el por qué de la diferenciación mencionada a partir de la centralidad que ocupa la “familia” para el proyecto normativo.

Foucault reconstruye la nosopolítica en el siglo XVIII a partir del surgimiento, en múltiples ámbitos del cuerpo social, de la salud y de la enfermedad en tanto problema que exigía de una gestión colectiva, es decir, la salud de la población como objetivo general² (Foucault, 1999). Este designio no reconocía sólo a las franjas más vulnerables, sino a todo el cuerpo social. En este contexto, se constituye una dimensión que Foucault ha dado en llamar *el privilegio de la infancia y la medicalización de la familia*:

“A partir de ésta época la familia pasa a ser el agente más contante de la medicalización. Desde la segunda mitad del siglo XVIII la familia será el blanco de una magna empresa de acumulación médica” (Foucault, 1999: 334).

La familia se instituye como soporte de la medicalización en los controles de la higiene colectiva. De aquí también, que las formas de organización social, de alianza entre las personas que no tenga como fin la organización familiar-reproductiva, se convierta en cuestionable. Así el ímpetu normativo, actuando como referencia, como determinación de la diferencia, opone la <<prostituta>> con la <<esposa>> en el acto común de diagnóstico. El VIH/sida, ha sido muy efectivo para la instalación de una impronta normativa en relación a la elección en la orientación sexual y las configuraciones identitarias de género. El ejemplo que da un profesional de la

² Esta transformación [la gestión colectiva] ubicada por Foucault en el siglo XVIII, no recae en la definición simplista de la preservación, mantenimiento y conservación de la llamada ‘fuerza del trabajo’. Para el autor, es un problema más amplio, concerniente a los efectos económico-políticos de la acumulación de hombres. Dice el autor: “El gran auge demográfico del Occidente europeo durante el siglo XVIII, la necesidad de coordinar e integrar este crecimiento con el desarrollo del aparato de producción, la urgencia de controlarlo mediante mecanismos de poder más adecuados y tupidos, hace aparecer a la ‘población’ no sólo como problema teórico sino también como objeto de vigilancia, de análisis, de intervenciones, de operaciones modificadoras. Se esboza el proyecto de una tecnología de la población [en la que] los rasgos biológicos de una publicación se convierten así en elementos pertinentes para una gestión económica (...)” (Foucault, 1999: 332, 333)

comunicación que ha trabajado en un equipo de infectología de un hospital público de la ciudad de Paraná, nos brinda un claro ejemplo de esto:

“A veces, que se lo contara [la convivencia con vih], por ejemplo a la mamá, iba a ser para esa mamá, iba a ser un, un palazo en el medio de la cabeza. Iba a ser culpable, iba a provocar rechazo, muchos fueron expulsados de su casa, ‘yo te dije que ser homosexual te iba a llevar a esto, ahora te vas...’ Eso lo hemos escuchado.”

La demarcación de la categoría <<esposa>> nos permite advertir una doble operación: por un lado, se constituye como sujeto que se distingue de otros de diferente identidad sexual, acaparando mayor atención, contención y tendiéndosela a victimizar (en oposición al carácter *más tranquilizador* cuando se trata de prostitutas o travestis); pero por otro, esta operación se revierte cuando se pone en cuestión su comportamiento sexual o, peor aún, cuando –sin poner en cuestión el deseo o no de la persona- tiene un hijo/a con vih. Retomemos a Foucault, quien nos ayuda a explicar este último tópico en lo que ha denominado, el *privilegio de la infancia*.

Antes bien, es bueno atender que el alcance y trascendencia del dispositivo sexualidad para Foucault se afianza dado que, se ubica en el punto en el que se cruzan el eje de las disciplinas y el eje de la biopolítica, donde la sexualidad –y su relación con la familia- será, en función de la dualidad saber/poder, permanentemente suscitada:

“La política médica que se diseña en el siglo XVIII, en todos los países de Europa, tiene como efecto primordial la organización de la familia, o mejor, del complejo familia-niños en tanto que instancia primera e inmediata de la medicalización de los individuos; es el hecho de jugar el papel de bisagra entre objetivos generales referentes a la buena salud del cuerpo social, y el deseo o la necesidad de cuidado de los individuos” (Foucault, 1999: 336).

En la consideración del papel bisagra que la sexualidad ha cumplido en la formación de subjetividades, el *privilegio de la infancia*, producto de la medicalización iniciada en el siglo XVIII, se instaura como primordial dado el rol que ocupará la familia en el cuidado del niño –lo cual incluye la higiene, la vestimenta, el contacto, etc. La familia se constituye así, no sólo a partir de una relación conyugal de unión de ascendencias, sino a partir de una función organizativa, que mejore las condiciones del individuo adulto:

“La nueva ‘conyugalidad’ es ante todo la que conjunta a los padres y a los hijos. La familia –aparato cerrado y localizado de formación- se funde con la gran y tradicional familia-alianza. Y al mismo tiempo la salud –en el primer término la salud

de los niños- se convierte en uno de los objetivos más imperativos de la familia” (Foucault, 1999: 334).

En estas condiciones, y en función del análisis del vih/sida, no resultará entonces casual la preocupación constante –sobre todo de las mujeres definidas como tales a partir de su rol reproductor- por el cuidado del niño.

En las entrevistas realizadas tanto a jóvenes como a médicos, hay una clara preocupación ante la posibilidad de transmisión del vih por vía vertical, es decir, de la madre al hijo a través del embarazo (por la placenta); del parto; o de la lactancia. Redunda a su vez, la inquietud por parte de las pacientes mujeres por la posibilidad de tener hijos; pero al mismo tiempo, pensar en ser madre con un diagnóstico de vih, se asocia a una actitud irresponsable y egoísta. María, una joven entrevistada dice al respecto:

“Yo siempre pienso en el día que uno tiene ganas de tener un hijo, fuera de que hoy hay mecanismos a través de los cuales se puede hacer como un tratamiento, por lo que tengo entendido, a una persona que está embarazada, para que el nene no nazca con el, con la enfermedad. Pero eso, eso, me produce una sensación horrible de pensar, cómo una persona ya llega al mundo con esa carga de esa enfermedad. Eso me, como que me da escalofrío, no sé como decirte. Porque uno mismo, como persona mayor, condenar a esa persona a venir al mundo con eso, ¿entendés?, por una negligencia de uno, o por no cuidarse uno.”

Esta instancia, no sólo da cuenta de una ley moral esencial en la familia, sino que el intento de transgresión será visto como argumento para la culpabilización de la madre, sea por irresponsabilidad, por ineptitud, por egoísmo. Asimismo es propio advertir, que la culpabilización siempre recae sobre mujeres, el varón es excluido. Tal como notara la socióloga feminista Ann Oakley (1977), el género resulta fundamental en el plano normativo para diferenciar la construcción cultural entre los sexos a fin de organizar una división del trabajo a partir la cual las mujeres estarán supeditadas al trabajo doméstico y los hombres al trabajo fabril o productivo. En esta disposición, como decimos, será la madre, la mujer, quien sea condenada o sancionada moralmente. Aunque también es propio señalar, cómo la producción subjetiva de la masculinidad es interpelada y sancionada cuando no se adapta a estos preceptos³.

³ Como nota A. Sánchez: “En tanto varones, los sujetos definidos morfológicamente como masculinos están bajo el cuidadoso y persistente escrutinio de otros varones. La virilidad, en tanto sexualidad activa, no emerge desde las entrañas de los varones como potencia interior, sino que se va construyendo y reconociendo ante el encuentro y la mirada de otros varones que operan como examinadores de una “verdadera masculinidad”; sin embargo, este proceso de legitimación homosocial está lleno de peligros,

La medicalización de los discursos y la relación con la estigmatización y la discriminación. Consecuencias para la convivencia, acceso y atención de personas con vih/sida.

Como hicieramos referencia en el apartado anterior, la interpelación <<madre>>; <<travesti>>; <<esposa>> en relación al vih/sida visibiliza las relaciones de poder que median la infección y la normatividad sobre la cual se erige. El lenguaje se instituye como forma de significación, que lejos de “representar” al mundo o a los sujetos, los configura y los transforma. (Austin, 1990). De aquí que la puesta en discurso no sea algo accesorio sino la propia puesta en sentido (Ricoeur: 1990). J. Butler retoma justamente este postulado [*la puesta en sentido*] para demostrar que la repetición de las prácticas discursivas, *performan*, esto es, materializa cuerpos e identidades. De aquí, que la autora considere el carácter dinámico del concepto *género*, construido a través de relaciones de poder y específicamente, dirá Butler, de relaciones normativas que no sólo producen sino que regulan los diversos géneros corporales.

En este contexto, reiteramos, la demarcación esposa/prostituta en relación a imaginarios sociales de vih/sida, visibiliza el carácter político de las identificaciones y al mismo tiempo demuestra cómo opera lo normal/patológico en la demarcación imaginaria de lo aceptable, lo soportable y por otro lado, lo repudiable, cuestionable y en sí mismo, diferenciable. El proyecto normativo, de este modo, no involucra la posibilidad de salirse del mismo; la llamada *transgresión* sólo se integra en tanto aparente. La *normalidad* se define en esta línea a partir de la inclusión de las llamadas desviaciones o diferencias, lo cual hace a la eficacia del proyecto normativo, en tanto es capaz de instalar la demarcación normal/anormal. Expresa Foucault:

“El poder de normalización obliga a la homogeneidad; pero individualiza al permitir las desviaciones, determinar los niveles, fijar las especialidades y hacer útiles las diferencias ajustando unas otra” (Foucault, 1991: 189).

Durante muchos años fue notoria la identificación de la homosexualidad o el travestismo con *condición sine qua non* para adjudicar la infección. Si bien, notamos una crítica desde el discurso biomédico a este postulado que adjudica de antaño, vemos cómo el mismo se actualiza en las demarcaciones esposa/travesti y cómo continúa operando en frases como “(...) ellos están un poquito más acostumbrados a la noticia

con riesgos de fracaso y con una competencia intensa e imparale que hace que el miedo a caer en el afuera (“dejar de ser macho”) sea la emoción que moviliza cada gesto, practica, palabra en el recorrido de “hacerse varones”. Y la violencia va a aparecer allí como una de las formas más destacadas de validación de la masculinidad hegemónica.”(Sánchez, 2008)

porque escuchan, porque tienen conocidos, entonces o porque saben que estuvieron en riesgo, realmente en riesgo, entonces a veces para ellos es más tranquilo...” Aparece así, en términos de L. Sabsay:

“(…) la asociación de la identidad travesti con el exceso, el escándalo, la falta de límites en las formas expresivas, una suerte de neobarroquismo identitario que puede remitir a otro horizonte: el de la vinculación directa de la identidad travesti con la falta de represiones o inhibiciones en el plano de su ‘desviada formación de la personalidad’” (Sabsay, 2005: 185).

La vinculación del proceso de ‘asumir’ un sexo con la cuestión de la identificación y con los medios discursivos que emplea el imperativo heterosexual, se inscribe en el plano de lo normal/patológico para permitir ciertas identificaciones sexuadas y excluir y repudiar otras. En palabras de Butler:

“La categoría de ‘sexo’ es, desde el comienzo, normativa; es lo que Foucault llamó un ‘ideal regulatorio’. En este sentido pues, el ‘sexo’ no sólo funciona como una norma, sino que además es parte de una práctica reguladora que produce los cuerpos que gobiernan, es decir, cuya fuerza reguladora se manifiesta como una especie de poder productivo, el poder de producir –demarcar, circunscribir, diferenciar- los cuerpos que controla.” (Butler, 2008:18)

En otro orden de cosas, una de las consideraciones a tener en cuenta es el repudio constante, que sufre la identidad travesti en la escena pública –más allá de lo evidenciado en los espacios de salud. Tal como destaca Sabsay al respecto, es notoria la dificultad que tiene este colectivo para la supervivencia:

“En los descontextualizados y maniqueos debates en torno del trabajo sexual de las travestis, que oponían necesidad a elección, difícilmente apareció el elemento de la exclusión social. La pobreza, el grado de marginalidad a las que la somete este trabajo, y en definitiva las condiciones de precariedad en las que se juega su existencia son el marco que delinea el antagonismo social y la exclusión de esta minoría.” (Sabsay, 2005: 186).

Lo delineado muestra uno de los principales problemas para la prevención, pero también para el tratamiento y atención del VIH, la llamada *violencia estructural*, es decir, la falta de responsabilidad política sobre situaciones de vulnerabilidad que propician condiciones para la infección. La culpabilidad recae insistentemente sobre un sujeto que transgrede la normativa médica, responsable de su propia salud, sin tener en consideración situaciones como la desigualdad, la pobreza y la violencia de género,

entre otras. Éstas reproducen, quizás no de un modo automático, situaciones de violencia, estigmatización, creando condiciones de vulnerabilidad. Castro y Farmer, retoman este aspecto:

“La prevención del sida se ha convertido en su leitmotiv (...) Al negar el valor indiscutible de la violencia estructural en la transmisión del sida y en el estigma que genera, estos ‘foros del saber’ contribuyen a fomentar, a veces, por inacción, más violencia y discriminación” (Castro; Farmer, 2003: 40).

La estigmatización y discriminación, como factores asociados a la construcción discursiva del vih/sida, han sido estudiados por numerosos autores. La ex Presidenta del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo de Argentina – INADI-, explicita como operan:

“El estigma y la discriminación relacionados al vih y sida se manifiestan a través de actitudes y comportamientos sutiles o abiertamente agresivos en cada uno de los espacios en los que participan las personas con vih, siendo especialmente frecuente en el hogar, la comunidad y en las/os efectoras/es de salud; sus manifestaciones más habituales son el asilamiento, la distancia afectiva, la evitación de contacto físico y la violación de la confidencialidad” (Lubertino, 2008: 11).

Podemos considerar la noción de *estigma* a partir de las teorizaciones de Erving Goffman, como *atributo profundamente desacreditador* (1963). El estigma puede pensarse como una *marca simbólica* hacia quien es portador, reconociéndolo como inferior o inaceptable:

“(.) Dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado” (Goffman, 2006: 12).

Esta *marca*, va más allá de constituirse como mero atributo, por el contrario, se materializa en las interrelaciones sociales cotidianas, capaces de perpetuar cierta condición, mediante acciones que legitiman estos procesos estigmatizadores. Acotamos al respecto, una diferenciación con el concepto de discriminación. D. Jones (2008) plantea que mientras que la estigmatización puede pensarse como prácticas sociales de construcción desigual de sentido y marcaje, la discriminación se constituye como un *mecanismo de exclusión socialmente legitimada*. Es menester aclarar, que los procesos de estigmatización, no se reconocen por una característica, atributo de la persona que lo sufre o padece, sino por la respuesta y reacciones sociales y políticas que asume el resto de la población. Esto será nodal, dado que la consideración de cierto atributo, la sustancialización del mismo, llevaría a legitimar el proceso estigmatizador.

Si la estigmatización opera frente a personas con vih/sida, el pertenecer a un grupo que no representa la heteronormalidad, se instaura como una nueva práctica de construcción desigual del sentido. Será lo que se conoce como *doble estigma*, configurado a partir:

“estructuras preexistentes de prejuicios, estigma y discriminación relativa al género, la orientación sexual, la identidad y expresión de género, la clase y la pobreza, o los estilos de vida, y las prácticas de consumo y sociabilidad” (Jones, Mancelli, Pecheny, 2004: 57).

Reproducimos un fragmento de entrevista entre Mariluz, una travesti, y una de las médicas del Hospital Iturraspe de la ciudad de Santa Fe.

Dra. —*Estábamos hablando, estaba interesada en qué pasaba con todo, cómo andaba. Entonces pensábamos que lo más grave que tienen es la discriminación.*

Mariluz —*Sí, sí, sí.*

Dra. —*O sea, que todo el mundo tiene miedo de contagiarse de sólo hablar.*

Mariluz —*Ah, del tema del vih, sí. Te miran dos veces cuando le decís. Yo lo tengo asumido, desde los 16 años que soy travesti.*

Dra. —*Pero el vih.*

Mariluz —*Ah, yo estoy bien.*

Dra. — *¿Ves? No se nota el vih.*

Dra. —*Chau Mariluz. Gracias.”*

Notamos en este fragmento que es el padecimiento el que pareciera convivir, no el virus en tanto agente etiológico, es el sufrimiento y la aflicción, porque la persona que vive con la enfermedad y es diagnosticada, tratada, sabe que la terapéutica actual permite una buena calidad de vida. No obstante, es el hacerse saber como portador de la enfermedad lo que mantiene ese padecer, que Mariluz tampoco puede desvincular de su identidad travesti. Es la médica, en este sentido, quien intenta encaminarla a que hable sólo del vih, pero para ella no son cosas separadas, menos aún cuando subyace en el discurso biomédico una culpabilización ligada a las elecciones identitarias, a las prácticas y los modelos de vida deslegitimados y puestos en cuestión por la normatividad imperante.

En este punto, destacamos que los procesos de estigmatización y las prácticas discriminatorias no son sucesos aislados de los procesos de normativización social -que tienen como uno de los principales escenarios las instituciones de salud. La estigmatización construida sobre quienes viven con la infección, o ya podríamos decir,

sobre aquel que pareciera haber transgredido la arbitrariedad médica, responde a aquello que parafraseando a Laplantine, no es sólo lo que hace mal, sino *lo que está mal*.

El estigma como descrédito social hacia quienes viven con vih/sida se instituye como producto y consecuencia del proyecto normativo, afectando en muchas ocasiones la *accesibilidad a los tratamientos* (ya sea por vergüenza, discriminación, etc.) a la *contención* (se tiende al *secreto* de la infección por el tipo de respuestas sociales ante la misma) y la *convivencia* (difícil de aceptar y ligado a esto, el problema de la adherencia al tratamiento), aspectos sumamente necesarios teniendo en cuenta el carácter inmunodepresivo que presenta el vih en particular.

La sociedad moderna sometida a un proceso de medicalización, tal como la describió Foucault, no es más que la función política que subyace en la práctica médica. Son huellas de estos imaginarios normativos los que intentamos recuperar desde itinerarios de género a fin de visibilizar y poner a discusión modos cotidianos en que la infección se construye discursivamente, las formas de sanción/gratificación ligados a la elección de identidades sexuales, a roles de femineidad y masculinidad, se materializan en los cuerpos, en las experiencias y en nuestros modos de identificación.

Bibliografía

ARFUCH, L. (Comp.) (2002) "Identidades, sujetos y subjetividades". Buenos Aires. Prometeo Libros. Segunda Edición [2005].

AUSTIN, J. (1990) "Cómo hacer cosas con palabras". Barcelona. Paidós.

BUTLER, J. (2002) "Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del <<sexo>>". Buenos Aires. Paidós. Segunda Edición [2008].

CANGUILHEM, George (2005). "Lo normal y lo patológico". México. Siglo XXI Editores. Traducción de Ricardo Potschart.

CASTORIADIS, Cornelius (1975) "La institución imaginaria de la sociedad". Buenos Aires. Editorial Tusquets 2007.

CASTRO, A.; FARMER, P. (2003) "El sida y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima" en Cuadernos de Antropología Social. N° 17, pp. 29-47. FFyL – UBA. ISSN: 0327-3776.

CASTRO, Edgardo (2004) "El vocabulario de Michel Foucault". Buenos Aires. Prometeo 3010 - Universidad Nacional de Quilmes.

FOUCAULT, Michel (1963) "El nacimiento de la clínica". Buenos Aires. Siglo XXI Editores 2008. Traducción Francisca Perujo.

FOUCAULT, Michel (1975) “Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión”. Buenos Aires. Siglo XXI Editores 1991. Traducción Aurelio Garzón del Camino.

FOUCAULT, Michel (1976) “Historia de la sexualidad. I La voluntad de saber”. Buenos Aires. Siglo XXI Editores 1998. Traducción Ulises Guinazú.

GOFFMAN, Erving. (1963) “Estigma. La identidad deteriorada”. Buenos Aires. Amorrortu Editores 2006.

HÖRISCH, J. (2006). “Las épocas y sus enfermedades. El saber patognóstico de la literatura” en Bongers y Olbrich (comps.) “Literatura, Cultura y Enfermedad”. Buenos Aires. Paidós.

LAPLANTINE, François (1999). “Antropología de la Enfermedad”. Buenos Aires. Serie Antropológica. Ediciones del Sol. Traducción de Miguel Ángel Ruocco.

LE BLANC, Guillaume (1998). “Canguilhem y las normas”. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión 2004. Traducción Elena Marengo.

LUBERTINO, María José. (2008) “Aportes para la Concientización en prácticas no discriminatorias en VIH y sida” Buenos Aires. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo – INADI. ISBN: 978-987-22203-4-1.

OAKLEY, A. (1977). *La mujer discriminada: biología y sociedad*. Madrid: Debate.

RICOEUR, P. (1990) “Historia y Verdad”. Madrid. Ediciones Encuentro.

SABSAY, L. (2002) *Representaciones culturales de la diferencia sexual: figuraciones contemporáneas* en “Identidades, sujetos y subjetividades”. Buenos Aires. Prometeo Libros. Segunda Edición [2005].

SANCHEZ, A. (2008) “Varones heterosexuales consumibles. Desplazamientos en las fronteras de género”. En Red Nacional de Investigadores en Comunicación (eds.), *XII Jornadas Nacionales de Investigadores en Comunicación. Nuevos escenarios y lenguajes convergentes*. Rosario: Escuela de Comunicación Social, Facultad de Ciencia Política y RRII-UNR.

SONTAG, Susan (2003) “La enfermedad y sus metáforas. El Sida y sus metáforas”. Buenos Aires. Taurus Pensamiento.

WEEKS, J. (1998). “La construcción cultural de las sexualidades ¿Qué queremos decir cuando hablamos de cuerpo y sexualidad?”. En Szasz, I. y Lerner, S. (comps.) *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales* (pp. 175-198). México D.F.: El Colegio de México.