

Biodefinitiones y políticas de vida en el mundo social de VIH-SIDA

Biodefinitions and politics of life in HIV-AIDS social world

Juan José Gregoric

Licenciado y doctorando en Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMO

Nos últimos anos, no campo da Antropologia e das Ciências Sociais tem-se observado um interesse renovado de se estudar como o desenrolar da epidemia da Aids e da expansão das tecnologias biomédicas de tratamento a nível global modelaram as lutas das pessoas afetadas a fim de sobreviver e como elas deram forma à essa sobrevivência. Este artigo apresenta os resultados de minha investigação de doutorado sobre o ativismo de pessoas afetadas pelo HIV/Aids na Área Metropolitana de Buenos Aires. Descrevo e analiso como, na interseção de políticas de Estado e intervenções de agências internacionais, uma parte da população afetada pela epidemia criou e reforçou uma identificação baseada na condição biomédica de ser HIV positivo ou “pessoa vivendo com o HIV”. Concluo com uma breve discussão conceitual para sugerir que, no espaço dos mundos locais onde transcorre o cotidiano dos conjuntos mais precários afetados pelo HIV, se funda e reproduz uma biossociabilidade a partir da qual se criam demandas em busca de uma existência mais digna.

Palavras-chave: HIV-AIDS, Biossociabilidade. Políticas da vida.

ABSTRACT

Recently Social Sciences and Social Anthropology have been showing special interest in studying how AIDS epidemic and biomedical technologies shaped social experiences and gave rise to social struggles for health rights. This article shows some of the results of an ethnographic research about the activism of people living with HIV-AIDS in the less privileged neighborhoods of Buenos Aires Metropolitan Area. I analyze aspects of the structure of activist groups and associations, the building up of spaces for contention and sociability and the demands generated to guarantee free access to antiretroviral treatments and improve the assistance they get from the State. I intend to show that for a part of the afflicted population HIV gave rise to new ways of social identification and action, biosociability, and vindications expressed in terms of the right to health and life.

Keywords: HIV-AIDS. Biosociability. Politics of life.

Introducción

En la literatura antropológica, el concepto ciudadanía biológica alude a procesos en que ciertos sujetos modelan su relación con su cuerpo y con el mundo a partir de una condición biológica o fisiológica específica y de un conocimiento particular de su individualidad somática (ROSE y NOVAS, 2005; ONG y COLLIER, 2005). Esto implica una identificación de base biológica en un grupo que, en el marco de un sistema de gobierno liberal y democrático, se manifiesta sobre su derecho a recibir protecciones específicas como servicios médicos o tratamientos farmacológicos. El concepto refiere entonces a procesos sociales y políticos que conllevan el despliegue de argumentos sobre la salud en relación a las posibilidades o a las dificultades para la supervivencia de las personas, haciendo aparecer el cumplimiento de sus demandas como condición para sobrevivir, o bien exigiendo cierto tipo de compensación por una condición o situación “de riesgo”. Estos procesos ponen en juego significados e ideas sobre el rol de la biología en la vida humana (su importancia, los modos de valorarla, las posibilidades de modificarla) así como diferentes nociones sobre la responsabilidad biológica de los ciudadanos, por ejemplo, ponen en circulación imperativos de conducta relativos al uso del cuerpo, al ejercicio de la sexualidad, al cuidado de sí, e instalan la prevención de enfermedades y la responsabilidad con el tratamiento médico. Desde cierto punto de vista lo anterior contribuye a conformar una ética de sí o una “individualidad somática” que conlleva modos de subjetivación específicos (RABINOW y ROSE, 2006).

En la línea de lo planteado hasta aquí, la dimensión colectiva de la ciudadanía biológica permitiría pensar las asociaciones de personas con un mismo padecimiento como modos de “biosociabilidad” (ROSE y NOVAS, 2005). Para algunos autores, tal sería el caso del activismo en VIH-SIDA (NGUYEN, 2005, 2010). Cuando la biosociabilidad se despliega en reclamos y acciones reivindicativas que logran una repercusión favorable en la esfera pública o institucional, la ciudadanía biológica cristaliza en políticas de estado y dispositivos que habilitan a la población o al grupo en cuestión el acceso a recursos, bienes, servicios y derechos específicos. En la medida que tales dispositivos pueden favorecer las posibilidades de supervivencia y la redefinición de la subjetividad de ciertos sujetos sufrientes, algunos autores han propuesto hablar de “políticas de vida” (FASSIN, 2007) o “políticas de supervivencia” (BIEHL, 2007a, 2007b), aludiendo tanto a las políticas de estado que lo favorecen, como a la voluntad individual de sobrevivir y los esfuerzos de transformación personal que allí tienen lugar.

En este trabajo discuto algunos de esos desarrollos conceptuales para describir y problematizar las acciones de un grupo de personas de sectores populares que comparten un diagnóstico de infección por el VIH. Personas que se asociaron y crearon nuevas relaciones entre sí sobre la base de su identificación con el padecimiento y en una relación de confrontación y articulación con el estado y agencias internacionales que intervienen en el campo del VIH-SIDA. A partir del despliegue de algunos datos históricos y etnográficos trataré de mostrar que, para una parte de la población afectada, el VIH-SIDA devino la base para generar nuevas identificaciones y un eje político para organizarse legítimamente, crear reivindicaciones expresadas en términos del derecho a la salud y la vida y también reclamar un mayor acceso a derechos sociales. En el primer apartado, se describen brevemente las respuestas frente a la epidemia y el surgimiento de las organizaciones no gubernamentales en la lucha por el derecho a la salud. Luego muestro la emergencia de las asociaciones conformadas por personas afectadas por el virus y la reapropiación de la categoría de “persona viviendo con el VIH”. Posteriormente señalo cómo esas asociaciones fueron impulsadas desde los propios activistas y también por la política conjunta del estado nacional y las agencias multilaterales que promovieron su participación. En los dos apartados siguientes, despliego datos de cuño etnográfico que muestran los principales rasgos del universo cotidiano de los sujetos de mi investigación, así como las vicisitudes del vivir

con VIH y afrontar el tratamiento. Antes de concluir, sugiero que allí se crean espacios de biosociabilidad desde los cuerpos que encarnan formas de padecer, pero también desde la generación de iniciativas y demandas y la voluntad de lograr una mejor vida.

Los datos presentados a continuación son producto de un proceso etnográfico desarrollado para mi investigación de doctorado entre 2007 y 2011, para la cual retomé contactos con grupos de personas afectadas por el VIH que había conocido hacia 2003. Realicé observación participante en reuniones de apoyo mutuo, rutinas en instituciones de salud, talleres de capacitación, jornadas médicas, campañas de prevención, encuentros de personas con VIH, movilizaciones de protesta y audiencias entre activistas y funcionarios. Entrevisté a activistas y representantes de programas estatales y agencias multilaterales.

La irrupción de la epidemia, las luchas por derechos y las primeras respuestas

En Argentina, al igual que en Brasil, el desenlace de la epidemia del VIH-SIDA coincidió con el fin de regímenes dictatoriales e impulsó procesos de movilización y demandas enmarcadas en un discurso sobre los derechos humanos cada vez más extendido. La epidemia dio visibilidad a reivindicaciones de conjuntos estigmatizados como los grupos y organizaciones gay y de trabajadoras sexuales (PECHENY, 2000; GALVÃO, 2000). En ambos países, el discurso de lucha que vinculó las nociones de salud y derechos humanos resultó exitoso en términos éticos y políticos (PARKER, 2000), contrarrestando el estigma y la discriminación y forzando el desarrollo de políticas progresivas tendientes a asegurar la dignidad de las personas afectadas.

En Argentina, recién a mediados de la década de 1980, se dictaron resoluciones para el control de casos y dos años más tarde se creó un Registro Nacional de enfermos de SIDA (BILDER, 2009). En 1990 se aprobó la Ley Nacional de Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (23.798) que hizo énfasis en la protección de derechos estableciendo la realización del test con consentimiento, la confidencialidad, el asesoramiento previo y posterior al test y recaudos en la notificación del diagnóstico. Entre 1987 y 1992 distintos decretos del Poder Ejecutivo Nacional y resoluciones del Ministerio de Salud y Acción Social establecieron la creación de una Comisión Nacional, un Comité Ejecutivo y finalmente, un Programa Nacional de Lucha Contra el SIDA y Retrovirus del humano. En 1992 comenzó a administrarse el AZT y dos años después se estableció un vademécum básico para la atención de “pacientes de HIV”, pero hasta casi el final de la década no hubo una política preventiva basada en la concepción del SIDA como problema de salud pública. De hecho, la epidemia avanzó en un contexto de políticas neoliberales, reforma del estado y concentración económica y política, con efectos de profundización de la desigualdad social y disminución de coberturas y servicios públicos. La época se caracterizó por una línea de intervención oficial abstencionista marcada por posiciones conservadoras de la iglesia católica y de sectores del arco gubernamental que habrían retardado la gestión de apoyo externo para una política nacional de prevención. Predominaron escasas campañas de tono moralizante sin énfasis en el uso de métodos de barrera en las relaciones sexuales, ni advertencias sobre los riesgos del uso compartido de drogas inyectables (TEALDI, 1997, BIANCO, 1998, PECHENY, 2000).

En ese contexto se consolidaron grupos de apoyo para personas que padecían el VIH-SIDA y organizaciones no gubernamentales que sumadas al movimiento de “minorías sexuales” ya existente, se irían englobando bajo la denominación de “ONG’s/SIDA” (BIAGINI y SANCHEZ, 1995; BIAGINI, 2009). Estos actores se posicionaron activamente en la puja por extender el accionar oficial en materia de prevención. Impulsaron debates parlamentarios y protagonizaron junto a los propios afectados, demandas judiciales tendientes a garantizar una cobertura universal de asistencia y tratamientos. A fines de 1996, en un contexto de crisis en la entrega de

medicamentos y recortes presupuestarios, ocho asociaciones no gubernamentales llevaron adelante un recurso de amparo colectivo contra el ministerio de salud nacional, para que se cumpliera en forma permanente la asistencia, tratamiento, rehabilitación y el suministro de medicamentos a las personas afectadas en todo el país. Dicho amparo obtuvo sentencia favorable estableciendo que el ministerio debía cubrir en 48 horas la provisión de medicamentos y reactivos ante la denuncia de falta de abastecimiento. El ministerio apeló la sentencia pero ello no impidió que el 7 de febrero de 1997 los integrantes de la Sala I de la Cámara en lo Contencioso Administrativo confirmaran el fallo previo. La sentencia de 1997 sería reconfirmada en 1999 por un fallo del procurador general de la nación que señalaba la legitimidad del derecho de incidencia colectiva a la protección de la salud. Tras una apelación de parte del ministerio, fue finalmente ratificada en junio del año 2000 por la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CELS, 2007; BIANCO, 1999). Esa forma de “judicialización del derecho a la salud” (BIEHL y PETRYNA, 2011) con resultado favorable para las personas afectadas, todavía hoy representa un precedente en la jurisprudencia que asigna al estado argentino la responsabilidad de garantizar el acceso universal en el territorio nacional. De allí en más la progresiva extensión de los tratamientos antiretrovirales y el seguimiento clínico para las personas afectadas permitió reducir las tasas de morbilidad y mortalidad y produjo una relativa cronificación de la enfermedad y mayores posibilidades de sobrevivida. Ese hito modificaría radicalmente lo que hasta aquel momento significaba estar infectado por el VIH, y también implicó modos asociativos emergentes entre las y los sobrevivientes.

La seropositividad al VIH como identificación: las redes de personas viviendo con el VIH

El conjunto de personas y organizaciones que coexistieron bajo la denominación genérica de las ONG/SIDA no necesariamente compartían sus objetivos, intereses y modalidades de intervención. Algunas privilegiaron una lógica de apoyo mutuo y construcción de solidaridad como aquellos grupos formados por pacientes. Otras se orientaron por el principio de defensa de los derechos humanos dando continuidad a militancias previas y a reivindicaciones de los derechos de las mujeres y por derechos que hoy denominamos de diversidad sexual. Otras asociaciones formadas por profesionales mostraron un interés más científico o académico y ligado a la investigación biomédica o la implementación de protocolos de tratamientos. Esta complejidad ha llevado a que los estudios sobre dichas organizaciones recurrieran a la construcción de tipologías basadas en criterios como su rol de asistencia o recidudanianización de los sujetos afectados, la prestación de servicios o la defensa de derechos, su enfoque individual o estructural, el tipo de actividades y el origen de sus recursos, las poblaciones destinatarias, etc. (BIAGINI y SÁNCHEZ, 1995; KORNBLIT y PETRACCI, 2000). Como quiera que sea, distintas organizaciones continuaron surgiendo en el marco de la “lucha contra el SIDA” hasta entrada la década siguiente. En 1992 habían sido relevadas poco más de 20 de estas ONG y en 1995 ese número ya se había duplicado (TOUZÉ, 1995). En 1999 el “Catálogo de Organizaciones No Gubernamentales dedicadas al SIDA en Argentina” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) contabilizó 120 de ellas, incluyendo desde asociaciones médicas hasta centros de jubilados y grupos para la recuperación de adicciones. Allí se relevó la presencia de “coaliciones” como el Encuentro de ONG con Trabajo en VIH/SIDA, la Primera Red de ONG argentinas que trabajan en Sida y el Consejo Latinoamericano y del Caribe de ONGs con trabajo en VIH-SIDA (LACCASO, sus siglas en inglés) que trascendía las fronteras nacionales vinculando a representantes de diferentes países. En el mismo catálogo figuraban también representantes locales de redes internacionales formadas por y para personas infectadas por el virus, como la Red Global de personas viviendo con el VIH/SIDA y la Comunidad internacional de mujeres viviendo con el VIH/SIDA (ICW por las siglas en inglés). Estas organizaciones regionales comenzaron a proyectar en la esfera pública la condición de tener el VIH en términos de

una identidad social y política, exigiendo la garantía de su derecho a la salud y derechos específicos de participación en ámbitos gubernamentales e intersectoriales de construcción de políticas y lineamientos de intervención.

Así, en la intersección generada por la globalización del VIH-SIDA, la expansión del mercado de los medicamentos antiretrovirales de alta eficacia y la política de estado ante la epidemia, se configuró un escenario donde irían surgiendo las redes de personas viviendo con el VIH como un nuevo sujeto colectivo. El trasfondo local de ese proceso incluyó disputas y polémicas al interior de distintas organizaciones, acerca de la legitimidad y el sentido de construir una identidad personal y social a partir del diagnóstico. Allí también adquirió un peso significativo la discusión sobre los roles de liderazgo y las formas de participación dispares que se daban al interior de las ONG, muchas de las cuales actuaban con el espíritu de representar la voz de las personas infectadas, entendiendo que no podían hacerse visibles públicamente a causa del estigma, por sus estados de salud comprometidos y por las dificultades para movilizar instancias en defensa de sus derechos. Desde una noción que revalorizaba la experiencia de tener el VIH, se cuestionó la legitimidad de representantes o líderes no infectados por el virus, y también se redefinieron los modos de organización e intervención de las asociaciones. En octubre de 1998 en la Ciudad de Buenos Aires tuvo lugar el primer encuentro de personas viviendo con el VIH con cerca de 300 asistentes que durante dos días participaron de actividades programadas como exposiciones breves de profesionales y grupos de trabajo coordinados. Antes de finalizar el encuentro deliberaron en un espacio del cual surgió la primera asociación de personas con VIH de Argentina con el objetivo de “mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con VIH/SIDA en Argentina por medio de la realización de encuentros nacionales para compartir experiencias e información y por medio de la realización de una encuesta nacional de calidad de vida de las personas viviendo con VIH/SIDA”. De allí en más la asociación es conocida como Red argentina de Personas Viviendo con VIH/SIDA o también como Red argentina de personas positivas (REDAR+). Con ese antecedente, en el año 2000, se crearía la Red bonaerense de personas viviendo con VIH y, dos años más tarde, la Red argentina de mujeres positivas.

La apropiación de la categoría “persona viviendo con VIH” buscó redefinir nociones como sidoso y portador, que llevaban aparejada una carga estigmatizante, sobre todo cuando asociadas de modo sintagmático a rótulos discriminatorios como enfermo, adicto o puta¹. Esta nueva categorización apuntaba a revertir la íntima asociación que aún existía entre VIH-SIDA y muerte y colocaba el énfasis en la condición de progresiva cronicidad del padecimiento. En este sentido, las redes afirmaron una identificación político-comunitaria en base a la redefinición de una identidad clínica como era la de seropositivo (VALLE, 2002). Si bien la nueva identificación buscaba marcar la especificidad propia de las necesidades y derechos de un sujeto afectado por el VIH-SIDA pretendidamente universal, resultaba demasiado general, solapando diversas identidades sexuales, categorías sociales significativas, como la de usuario/a de drogas y diferenciales de clase, género y edad. En su origen, algunas redes tuvieron una composición bastante diversa a partir del activismo de una amplia gama de personas, desde profesionales de sectores medios comprometidos con la problemática, incluyendo a militantes de organizaciones gay, defensores de las personas usuarias de drogas, hasta grupos informales de “pacientes” que operaban en el marco de instituciones de salud y en contextos de marginalidad social y económica, representando a una población específicamente vulnerable. Ese perfil se estaba modificando rápidamente hacia fines de los años 90 mientras se hacía cada vez más notorio el empobrecimiento o pauperización de la epidemia (BLOCH, 1999: 57). El VIH-SIDA se extendía sobre la población heterosexual, urbana, principalmente joven y de bajos niveles socioeconómicos y de instrucción, con acceso limitado a salud y educación². En ese mismo contexto, en términos generales, los profesionales

(afectados o no por el virus) migraron desde las redes de personas viviendo con VIH hacia organismos gubernamentales e internacionales o continuaron trabajando en distintas ONG. El promedio de las personas que siguieron formando parte de las redes encontraron allí espacios de pertenencia en los que redefinir vínculos previos; desde los lazos de parentesco y amistad, pasando por las redes de usuarios y ex usuarios de drogas y las tramas políticas a nivel local. Para los y las líderes que se iban perfilando, las redes significaron una estructura dinámica de trabajo y activismo que daba opciones de desarrollo personal y una perspectiva de reproducción social más digna, vista desde sus trayectorias y modos de vida previos. Si bien muchos aspectos de este proceso fueron cuestionados desde diferentes ámbitos incluyendo algunas organizaciones sociales, también fue legitimado e impulsado desde el arco gubernamental y por las agencias internacionales que hacia comienzos de la década de 2000 lideraban la redefinición de la respuesta global al VIH-SIDA.

Un ensamblaje de políticas: el estado, los organismos multilaterales y las redes

El activismo de las personas organizadas en redes retomó el discurso que abogaba por la defensa de los derechos humanos y exigía participación en ámbitos de toma de decisiones políticas relativas a la epidemia (programas en ministerios y secretarías, instancias de planificación estratégica, conferencias científicas) siguiendo un principio conocido como mayor involucramiento de las personas afectadas por el SIDA (MIPA).³ Ese lema asimilaba la noción de “participación” a la construcción de ciudadanía, entendida como realización plena de las personas como sujetos de derecho y copartícipes en obligaciones públicas y responsabilidades políticas. Este tipo de preceptos fueron configurando a las personas con VIH por un lado, como sujetos beneficiarios de políticas de estado específicas y, por otro lado, como actores con agencia en su propio cuidado y el de otros. Al mismo tiempo, desde la óptica de las intervenciones digitadas por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y la Agencia de las Naciones Unidas para SIDA (ONUSIDA), esos grupos se conformaron como una de las poblaciones destinatarias de acciones específicas. Esto es, pasarían a definir una “población clave” sobre la que actuar prioritariamente. Con la introducción de fondos internacionales la ejecución de “proyectos” pasaría a ser la modalidad de trabajo predominante, generando disputas y competencias por recursos y protagonismo.

La llegada a Argentina de recursos externos se inició en el año 1997 con la implementación del proyecto Lucha Contra el Sida y ETS (LUSIDA) financiado por un convenio de préstamo del Banco Mundial. En el marco del LUSIDA, un Fondo de Asistencia a Proyectos de Organizaciones de la Sociedad Civil ejecutó 5 millones de dólares entre 1997 y 2002 para asistir y supervisar acciones entre las que se contaba la constitución de grupos y redes de personas viviendo con VIH y la realización de encuentros anuales, como mencionamos antes. Continuó en el año 2000 con apoyo de UNUSIDA para diseñar un Plan Estratégico en VIH-SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual de alcance nacional que incluyó la creación de un Comité Técnico Asesor que incorporó representantes de la Red argentina de personas viviendo con VIH. Ese Plan priorizó descentralizar las actividades de prevención y estimular la participación activa de personas afectadas y sus organizaciones por medio de talleres de capacitación de “promotores” y “facilitadores”. Sobre esa base se llevaron a cabo experiencias casi inéditas de inclusión laboral de las personas afectadas por VIH de sectores populares. Algunos programas consistieron en capacitación sobre la temática salud y VIH-SIDA específicamente, para realizar tareas de prevención en el ámbito comunitario (BORDENAVE, 2003). En la misma sintonía, otras experiencias implicaron la creación de grupos de apoyo a personas con VIH, familiares y amigos en hospitales públicos en la ciudad de Buenos Aires (BLOCH, 2007). Esas iniciativas vincularon los

fondos recibidos desde el exterior con políticas de empleo transitorio para desocupados que se implementaban a nivel nacional, como el Plan “jefes y jefas de hogar desocupados” o los programas de Emergencia laboral (PEL). En 2002 se elaboró una propuesta conjunta de trabajo entre el Programa Nacional de Sida y ETS, ONUSIDA y el Foro argentino de ONG con trabajo en Sida y se solicitó un subsidio al Fondo Global de Lucha contra el Sida la Tuberculosis y la Malaria. En marzo de 2003 el proyecto fue aprobado con el nombre Actividades de apoyo a la prevención y el control del VIH-SIDA en Argentina. Entre 2003 y 2008 el apoyo financiero del Fondo Global recibido por Argentina había alcanzado cerca de 24 millones de dólares, de los cuales el 70% se habría destinado a financiar subproyectos de organizaciones de la sociedad civil, incluidas las redes de personas con VIH.

Con el paso de los años se comprobó que el saldo negativo de ese proceso fue una relativa profesionalización de las asociaciones que ejecutaban acciones, la consecuente disminución del trabajo voluntario y una creciente conflictividad originada en disputas por recursos y espacios de participación. El caso paradigmático a este respecto se expresó en conflictos entre distintos representantes de las ONG y las redes en el Mecanismo Coordinador del proyecto País (MCP), órgano intersectorial encargado de evaluar los proyectos presentados por las ONG y otros actores, y de asignarles los fondos a nivel de todo el país. Algunas interpretaciones sobre ese proceso señalaron el efecto de desmovilización que atravesó la sociedad civil tras la llegada al país del Fondo Global (BIAGINI, 2009). La injerencia de las agencias también produjo otro tipo de efectos, como la expansión del activismo de las personas afectadas más allá de las fronteras nacionales para conformar coaliciones y movimientos de lobby con capacidad de ejercer presión en más de un país y ante representantes de más de un estado.⁴ Los y las activistas de las redes de personas con VIH comenzaron a intervenir progresivamente en circuitos globales con el objetivo de forzar el compromiso de autoridades gubernamentales de sus países respecto a las metas consensuadas en declaraciones multilaterales para mitigar el impacto del SIDA a nivel mundial.⁵

Más allá de los cuestionamientos y las críticas que este modelo de alianzas intersectoriales ha recibido, los estudios socio-antropológicos sobre VIH-SIDA han prestado poca atención al procesamiento local de estos arreglos entre dispositivos globales de financiamiento, políticas nacionales y estrategias cotidianas de supervivencia. Menos atención aún se ha dado a las prácticas y los modos de identificación que las personas crearon por fuera, o mejor dicho, en paralelo a esa lógica de articulación por proyectos (BIAGINI, 2009).

Etnografía sobre “los pobres del VIH-SIDA”

A fines del año 2003 conocí por primera vez a un grupo de gente que formaba parte de la Red bonaerense de personas viviendo con VIH. Era una asociación civil que algunas personas habían creado en el año 2000 a partir de su participación previa en grupos para la recuperación de adicciones como Narcóticos Anónimos y de entablar vínculos de amistad en el ámbito de los servicios de salud. Me incorporé a las reuniones de un grupo de varones y mujeres adultos y algunas travestis, que utilizaban el sistema público de salud y una vez a la semana se reunían en un espacio cedido por el hospital municipal. En el contexto de esas reuniones, la noción de “pares” indicaba una adscripción directa a la categoría persona viviendo con VIH y un sentido de pertenencia. Además de un diagnóstico en común, estas personas compartían un perfil socioeconómico relativamente homogéneo dado por la intersección de condiciones como desocupación y pobreza estructural o procesos de precarización de sus empleos, consumo de drogas y alcohol con alto impacto en su salud, cuadros de enfermedad y mal nutrición, violencias cotidianas, situaciones habitacionales muy precarias y la presencia de intervenciones y soportes asistenciales inconstantes que las tenían como

destinatarias.. Casi todos los varones habían sido usuarios de drogas inyectables y se habían infectado por el uso compartido de jeringas. Había algunas parejas, también mujeres solas con sus hijos, viudos y viudas. Eran personas adultas que en su mayoría nunca habían tenido una ocupación y había también personas no alfabetizadas. “Somos los pobres del VIH” decían en ocasiones, expresando una categoría de adscripción que, fuera de ese espacio, era usada estratégicamente para demandar recursos al estado y exigir el cumplimiento de sus derechos. El grupo permitía dar y recibir contención emocional y una perspectiva positiva ante la adversidad y la incertidumbre y habilitaba un espacio para “aprender a convivir con el VIH”. Las reuniones se conformaban como una ronda donde se destacaba el propósito de “compartir”, que consistía en una presentación personal y un breve intercambio de sucesivos relatos biográficos. Allí era muy común presenciar narrativas de sufrimiento por la enfermedad, por la muerte de seres queridos, por eventos de discriminación y abandono, pero también frases como “yo necesito el grupo”, “me gusta estar con gente que le pasa lo mismo” e incluso afirmaciones como “esto me cambió la vida”. Participar allí también podía habilitar a obtener un subsidio para desocupados a cambio de ciertas tareas en el ámbito hospitalario o un cupo de trabajo en un “proyecto comunitario”, un “pase” gratuito de transporte, leche en polvo o una caja de alimentos de un “Programa para inmunodeprimidos” del Ministerio de Desarrollo Social. Por medio de este último dispositivo, estipulado junto al servicio social del hospital, se intentaba ejercer cierto control sobre la recurrencia de las personas al servicio de infectología, ya que la caja de alimentos se entregaba a pacientes bajo tratamiento y que estuvieran “en seguimiento”, es decir que asistieran a su consulta médica y que realizaran los estudios periódicos correspondientes. El relativo anclaje del espacio grupal en contextos institucionales mostraba el acceso de personas de conjuntos marginales a circuitos de atención médica y diversas formas de asistencia que implicaban desplazamientos, trámites y ocasionalmente estrategias urgentes para responder a emergencias. Los grandes desafíos para esta población consistían en sortear las carencias relacionadas a la falta de ingresos, las situaciones habitacionales precarias, el reducido acceso a servicios básicos, de educación y salud, mayor predisposición a enfermar, adicciones y violencias.

Desde 2003 la Red bonaerense enmarcaba parte de sus actividades en proyectos financiados por agencias como el Fondo Global de Lucha contra el Sida la Tuberculosis y la Malaria y ONUSIDA. Una línea de trabajo muy importante era la ejecución de acciones en el sistema de salud, donde las y los promotores daban una consejería a otros usuarios o “pacientes”, distribuían folletos y preservativos y convocaban a participar del espacio grupal. En el marco de los proyectos, la Red también realizaba talleres para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral, jornadas de nivelación de conocimientos sobre VIH-SIDA y otras infecciones de transmisión sexual y capacitación sobre derechos de las personas infectadas. La asociación consolidaba su estructura por la inclusión de personas que venían participando de diversas experiencias similares, en el sentido de que muchas promotoras y promotores ya habían trabajado en proyectos previos, pero bajo la coordinación de profesionales de la salud en hospitales públicos. En algunos de esos proyectos trabajaban como “acompañantes de vida” según la denominación que asignaban a la tarea de seguir y apoyar a quienes estaban comenzando su tratamiento, incluso realizando visitas en sus domicilios particulares. En suma, las múltiples acciones desarrolladas tenían por objetivo informar sobre derechos, difundir conocimientos sobre el VIH, generar reflexión en base a las experiencias personales, producir normas para limitar ciertas prácticas (el sexo desprotegido, las adicciones al alcohol y otras drogas, la violencia de género) y suscitar otras tendencias a poder cuidarse o evitar el “descontrol” y, sobre todo, poner a circular conocimientos para lidiar mejor con el padecimiento y el tratamiento y sus efectos negativos en el cuerpo.

La gestión del padecimiento, el tratamiento y las demandas

La ingesta de los medicamentos produce una serie de malestares a los que es difícil habituarse y que, en muchos casos, juegan como obstáculos para sostener la terapia, de allí la importancia de actividades para mejorar la “adherencia” al tratamiento. Muchas personas experimentan cambios en el color de la piel, diarreas, vómitos, pesadillas, alucinaciones, calambres, mal humor y desgano por falta de sueño, dolores de cabeza, mareos y lipodistrofias. El modo en que se manifiestan específicamente estos efectos puede variar de una persona a otra en función de cuestiones metabólicas particulares, de acuerdo a la antigüedad con el tratamiento o según la existencia de otros padecimientos crónicos como las infecciones por hepatitis virales, la diabetes o hipertensión, entre otros. Algunos de los efectos se viven como sensaciones internas, estados de confusión o pérdida del control del cuerpo. Otros provocan la distorsión de la imagen corporal y afectan la subjetividad, sobre todo cuando son duraderos. Esos “efectos indeseados” que habilitan la objetivación de un cuerpo que padece, pueden estar en contradicción con otros medios de objetivación del padecimiento como son los resultados de los estudios periódicos de carga viral (cuantificación de la concentración del VIH en sangre) y el CD4 (niveles de los linfocitos T del sistema inmunológico). Entonces, una persona que desde la óptica biomédica obtiene resultados alentadores en sus análisis bioquímicos, puede al mismo tiempo experimentar dolores y/o signos visibles no tan alentadores en su cuerpo. Así, frecuentemente algunas personas hacen comentarios como “estoy indetectable” en referencia al resultado del estudio de su carga viral en sangre, que indica un buen control sobre la infección por VIH. Incluso, a lo largo del trabajo de campo, he presenciado situaciones en las que la comparación de sus valores de carga viral y CD4 entre dos o más personas suscitaba una suerte de competencia amistosa entre ellas, respecto a quién gozaba de mejor salud, desde el punto de vista de los indicadores de laboratorio, claro está. Ese tipo de situaciones mostraba tal vez en un plano de mayor profundidad, hasta qué punto la experiencia del tratamiento implicaba un estado de permanente atención a los procesos corporales y sensitivos, tanto como a los indicadores construidos por la biomedicina para operar el control de la infección y “mantener el virus a raya”, como dicen comúnmente. Pero al mismo tiempo, las alteraciones corporales, sobre todo aquellas del rostro, exacerbaban sentimientos de vergüenza, miedo al rechazo y fantasías de degradación y muerte. De allí deriva una intersección conflictiva entre nociones de la salud-enfermedad y calidad de vida basadas en valores privilegiados por la mirada clínica (resultados de laboratorio sobre los niveles de defensas y concentración del virus en la sangre) y las experiencias corporizadas e interpretadas desde significantes social o moralmente elaborados (la belleza, la sensualidad o el erotismo, los imperativos dominantes sobre el cuerpo ideal). Por otra parte, algunas patologías derivadas del desarrollo de la infección por VIH así como de los efectos del tratamiento, requieren la incorporación de nuevos medicamentos para paliar tales efectos (descalcificación, neuropatías, riesgo cardíaco), desdibujando los límites entre el procedimiento terapéutico para estar mejor y aquello que origina padecimientos. Tal como se ha señalado en otros estudios, el proceso de disrupción del cuerpo por el padecimiento asociado al VIH y su tratamiento, genera un progresivo estado de objetivación y vigilancia del cuerpo y requiere una serie de aprendizajes para lidiar mejor con dicha disrupción y asumir un “nuevo cuerpo” (RECODER, 2011).

De estos espacios de socialización de experiencias corporales también se han desprendido demandas concretas hacia el estado. Por ejemplo, aquellas que exigen la cobertura gratuita de intervenciones reparadoras de la lipodistrofia o la demanda por cajas de alimentos justificada en una condición de vulnerabilidad y la necesidad de una mejor nutrición para una correcta absorción de la medicación. Algunos de estos reclamos han incidido en la orientación de ciertas medidas administrativas, por ejemplo que la Dirección nacional de SIDA considera, por un lado, la inclusión en el

vademécum de nuevos fármacos tendientes a revertir el efecto de lipodistrofia que puede ocasionar la medicación antiretroviral, y por otro lado, la progresiva eliminación de drogas vigentes de alta toxicidad que producen efectos adversos. Los cuerpos en tratamiento, muchas veces cuerpos sufrientes, operan continuamente como la base biológica para la experimentación con nuevos medicamentos que buscan revertir el efecto de otros fármacos. Y por ello operan también como experiencia encarnada para legitimar reclamos y demandas e instauran un lazo social y corporal específico y un modo de biosociabilidad. Sin embargo, la movilización y los reclamos no se reducen a las problemáticas del cuerpo y el tratamiento o al acceso a los medicamentos. En distintos momentos se han impulsado iniciativas variadas como exigir programas dentro de la administración pública para lograr su inclusión como promotores, gestiones para generar ingresos a través de un programa del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación que subsidia emprendimientos familiares productivos, y también en acuerdo con el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación se han dedicado de forma activa a la gestión de pensiones asistenciales. Esta última iniciativa en cierto modo tensiona su proyección material y simbólica como sujetos con capacidad de cumplir con las exigencias de un trabajo, ya que implica certificar una condición de discapacidad. Esto, además de representar una categorización relativamente invalidante a nivel subjetivo y social, dificulta la inserción laboral formal ya que el beneficio de la pensión asistencial es excluyente del goce de otros haberes, salvo ciertas asignaciones y subsidios menores.

A modo de conclusión: políticas de vida entre biosociabilidad y biolegitimidad

Al comienzo de este trabajo introduce el concepto de ciudadanía biológica que fue acuñado originalmente por Adriana Petryna (2004) para describir las demandas hacia el estado y el acceso a compensaciones materiales de parte de personas afectadas por el desastre de Chernobyl en Ucrania. La autora analizó cómo en el transcurrir de la redefinición del estado, la ciudadanía y los mercados, y de construcción de nuevos vínculos entre ciencia, tecnología y medicina, tales personas exigieron respuestas oficiales de protección. Esa exigencia se expresó individual y colectivamente desde ONG y asociaciones de damnificados y fue mediada y estimulada por la acción de la justicia y procedimientos de la biomedicina para definir y categorizar sujetos como “en riesgo” o “discapacitados”. Para esas diferentes categorías de personas, desde la órbita gubernamental se prescribieron y asignaron determinados tratamientos y compensaciones materiales como pensiones o nuevas viviendas. En un contexto de precarización, desempleo e inseguridad social y de políticas pos-soviéticas de expansión de mercados, tales recursos representaron una forma de inclusión social y económica y una protección tendiente a generar un relativo bienestar para ese conjunto de la población. Entendiendo tales protecciones como la proyección de nuevos derechos anclados en una definición y una identificación subjetiva y grupal de base biológica y biomédica, la autora ha propuesto el mencionado concepto.

¿Qué aspectos de los desarrollos que presenté permiten esclarecer o profundizar este concepto? ¿Ha devuelto el VIH-SIDA a las personas una condición de ciudadanía que habían perdido? Quizás en el caso analizado por Petryna se dio una reconstrucción de la condición ciudadana de las personas damnificadas en Chernobyl a partir de su compensación material. En el caso de las personas viviendo con VIH, la apropiación de una identidad clínica o biomédica sumada a su activismo y a una política de estado progresiva, ha permitido la supervivencia, el acceso a recursos y aún más, habilitó ciertos derechos o beneficios particulares que tal vez fuera de esa condición no les habrían sido accesibles. Sin embargo ¿Nos habilita eso automáticamente a afirmar que el VIH-SIDA y las políticas de acceso universal a los tratamientos les han otorgado una nueva ciudadanía (biológica)? ¿O que la lucha por el acceso universal a los tratamientos es una forma de “activismo biológico” (ROSE y NOVAS, 2003)? En todo

caso, la infección por el VIH-SIDA puso de manifiesto y tensionó trayectorias y modos de vida así como las condiciones de vulnerabilidad social que daban forma a una existencia precaria y en los márgenes. Al mismo tiempo, mostró los alcances de una particular construcción del derecho a la salud que dio espacio a políticas de vida (FASSIN, 2007) o políticas de supervivencia (BIEHL, 2007a, 2007b). Es decir, un conjunto de dispositivos anclados en procesos contemporáneos de redefinición del estado y el mercado, que pueden favorecer la voluntad de supervivencia y la redefinición de la subjetividad de ciertos sujetos sufrientes. Ciertamente la construcción de una identificación basada en biodefiniciones ha tenido un papel central en estos dispositivos.

Vimos que el VIH y el SIDA se han mostrado, paradójicamente, como una fuerza que impulsa políticas nacionales, estrategias internacionales y posibilidades personales de vida. En el entrecruzamiento de tales respuestas surgieron nuevas asociaciones y formas de sociabilidad inéditas como son las redes de personas con VIH. La introducción del financiamiento externo y el avance de las respuestas oficiales desde fines de los años '90 ha permitido consolidar las asociaciones de personas con VIH y extender sus acciones, sobre todo en contextos como el que caractericé, donde la cotidianidad muestra procesos y relaciones que fragilizan particularmente la salud y tienden a limitar el margen de reproducción de las personas. Allí el desarrollo de dispositivos grupales de contención y una normatividad instaurada para controlar ciertas prácticas, han contribuido a formar a las personas, a modelar modos de vida y a mejorar la existencia de muchas de ellas. En el día a día estos espacios (reuniones de apoyo mutuo, talleres de formación, jornadas y encuentros) y las relaciones allí creadas como un todo, funcionan en el sentido de lo que Biehl denominó formas de "inclusión biosocial" (2007b, 234-235). Este autor ha utilizado esa expresión para dar cuenta de cómo una parte de los conjuntos urbanos marginales afectados por el VIH-SIDA en Brasil se incorpora a contextos de atención y tratamiento antiretroviral, adquiriendo un nuevo estatus de "pacientes" y "ciudadanos" por el acceso a medicamentos y otros beneficios que los separan de una condición previa de extrema precariedad y anonimato social. Al entablar vínculos con variadas dependencias gubernamentales, las redes de personas con VIH y otros grupos similares, también facilitan el acceso a recursos como alimentos, prótesis, certificados para obtener pensiones asistenciales y a veces también conseguir trabajo. En ocasiones, las demandas de estos recursos al estado se realizan desde el reconocimiento de una condición relativamente invalidante y una necesidad vital. Para fundamentar la solicitud de pensiones esto se plantea como una condición de "extrema vulnerabilidad social" y en otras situaciones, se caracteriza a las cajas de alimentos provistas por el estado provincial como "ayuda del estado". Podría plantearse que en lo referido a la gestión de pensiones asistenciales esto implica el despliegue de una biolegitimidad, en el sentido que le ha dado a ese término Fassin (2007), esto es, un acto donde el cuerpo sufriente y la vida desnuda son puestos como recurso en la búsqueda de legitimar un pedido hacia las instancias gubernamentales; hacia el poder. Pero en los hechos, salvo en algunos casos, la mayoría de las personas que consiguen una pensión por discapacidad no son ni se perciben como inválidas. Más bien, esa gestión es un trámite necesario en la vía estratégica para acceder a los recursos monetarios que la pensión otorga, recursos que por otra parte, se sitúan por debajo de la mitad del salario mínimo vital y móvil y representan sólo un plus en una precaria economía de supervivencia. Como vimos, las demandas de las redes no se limitan a ese modo de gestión de beneficios individuales. El seguimiento etnográfico de la Red bonaerense, a lo largo de siete años, permitió observar variados intentos de desarrollar emprendimientos productivos para incluir a las personas en condición más desventajosa. En los últimos años, esto se articula a una serie de acciones colectivas en demanda de trabajo y una vida digna, muchas veces bajo el slogan "el trabajo es salud". Precisamente estas tensiones permanentes entre la identificación con el padecimiento o la vigencia de la identidad clínica de un lado, y la proyección de una subjetividad activa (o activista) en busca de trabajo y derechos por otro lado, nos pone de cara a un escenario

complejo que es necesario seguir indagando antes de avanzar afirmaciones fuertes sobre las fluctuaciones en “la identidad”, “la subjetividad” o “la ciudadanía”.

Finalmente, tal como se ha señalado (BIEHL y PETRYNA, 2011), el acceso a tratamientos farmacológicos es actualmente uno de los ejes centrales del activismo global en salud y de intervenciones público-privadas que comprenden políticas nacionales, internacionales y fuerzas de mercado. Sin embargo, la democratización del acceso a las terapias, en este caso los tratamientos antiretrovirales, no necesariamente ha implicado la universalización del derecho a la salud, ni una garantía de bienestar. Las posibilidades de sostener el tratamiento y mejorar las condiciones de sobrevivencia se muestran todavía relativas a la capacidad de las personas de crear ámbitos de solidaridad y redes de afiliación que también operen potencialmente en la generación de demandas hacia el estado para obtener recursos de subsistencia. En el marco de las interacciones y saberes que allí tienen lugar se gesta una biosociabilidad que consiste en reconocer la condición patológica como la base de la identificación individual y grupal y actuar como sujetos políticos a partir de esa biodefinition. Este proceso claramente no excluye, sino más bien conlleva la construcción de otras identificaciones como lo demuestran las mujeres y más recientemente los y las jóvenes⁶ que a partir de las redes de personas con VIH se han venido organizando como grupos diferenciados, con sus propias reivindicaciones, espacios y modalidades de participación social y política.

NOTAS

¹ El estudio de Whittaker (1992), llevado a cabo entre 1988 y 1989, en organizaciones comunitarias gay de Australia, mostró la construcción de "contra-discursos" para transformar el estigma en una afirmación positiva. Esto incluía crear asociaciones y coaliciones de activismo y generar nuevas denominaciones como personas viviendo con VIH o personas viviendo con SIDA en reemplazo de nociones como "enfermo" o "portador de SIDA" (Aids carrier). Para el análisis de procesos similares en el caso de Brasil se destacan los estudios de Valle (2002), Terto Jr. (2004) y Galvão (2000), entre otros.

² Para un acercamiento a estos desplazamientos desde el análisis de la mortalidad por SIDA en la Ciudad de Buenos Aires ver Mazzeo (2000) y Maulen (2004).

³ En la órbita internacional, ese principio se conoce con el acrónimo GIPA, siglas del inglés Greater Involvement of people with Aids. Aunque también es posible encontrarlo en inglés como MIPA, acrónimo de Meaningful Involvement of People with Aids and Affected Communities. Ese principio se originó en la Declaración sobre SIDA de París, de 1994 y supone que las personas afectadas son quienes mejor pueden contribuir a una respuesta universal a la epidemia e implica también una valorización de la experiencia de vivir con el virus.

⁴ Algunos líderes de las redes participan a nivel de Latinoamérica y del Caribe, en redes mayores y "movimientos" junto a representantes de otras organizaciones como la Red Global de personas viviendo con VIH-SIDA (GNP+ por sus siglas en inglés), la Red Latinoamericana de personas viviendo con VIH (REDLA+), el Consejo Latinoamericano y del Caribe de ONGs con trabajo en VIH-SIDA (LACCASO), la Comunidad Internacional de Mujeres positivas (ICW sus siglas en inglés) y el Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Mujeres Positivas (MLCM+).

⁵ Quizás el más relevante de estos eventos, desde el punto de vista del activismo, es la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre SIDA en New York, conocida como UNGASS, a partir de la cual se crean metas con plazos que los estados nacionales deben alcanzar, en materia de respuestas políticas al VIH-SIDA. Con antelación a esta sesión, se realizan a nivel nacional o regional instancias de evaluación en las que se producen informes que expresan las brechas existentes entre las acciones realizadas y las metas previamente fijadas. Estos informes son conocidos, al menos en Argentina como "Informe sombra", y los desarrollan representantes de ONG y redes de personas con VIH para luego elevar demandas al estado nacional en base a ese documento.

⁶ Desde 2010 existe en Argentina una Red de Jóvenes y adolescentes positivos.

REFERÊNCIAS

BIAGINI, GRACIELA. *Sociedad civil y VIH-sida: ¿De la acción colectiva a la fragmentación de intereses?* Buenos Aires: Paidós, tramas sociales, 54. 2009.

BIAGINI, G. Y SANCHEZ, M. *Actores sociales y sida. ¿Nuevos movimientos sociales? ¿Nuevos agentes de salud? Las Organizaciones No Gubernamentales y el complejo VIH/SIDA.* Buenos Aires: Espacio Editorial 1995.

BIANCO, MABEL. *La respuesta argentina frente al VIH/SIDA, ¿Dónde estamos? ¿Qué pasó? ¿Qué se hizo?* Buenos Aires: FEIM. 1998.

BIANCO, MABEL "Derechos Humanos y Acceso a Tratamientos para VIH/SIDA. Estudio de Caso. Buenos Aires: FEIM/LACCASO. 1999.

BIEHL, João. *Will to live. Aids therapies and the politics of survival.* Princeton University Press, Canada. 2007(a).

BIEHL, J. *Pharmaceutical Governance.* En: *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices.* Em: Petryna, A., Lakoff, A., Kleinman A (ed.). USA, Duke University Press (2007b).

BIEHL, João; PETRYNA, A. *Bodies of Rights and Therapeutic Markets.* Social Research, Vol. 78: N° 2, pp. 359-386 Summer 2011.

BILDER, PAULA. *Una visita inesperada. Primeros años del SIDA en la Argentina. (1981-1984)* Ponencia presentada en la VIII Reunión de Antropología del Mercosur. *Traslaciones etnográficas.* 1 de octubre de 2009. Buenos Aires, Argentina.

BLOCH, Claudio. *El sida: una nueva enfermedad de la pobreza.* En: Cahn, P. Bloch, C y Weller, S. *El sida en la Argentina.* Epidemiología, Subjetividad y ética social. Buenos Aires: Arkhetypo. 1999.

BORDENAVE, Ana. 2003 HACIENDO CAMINOS. EL DESAFÍO DE LA PARTICIPACIÓN En: *INFOSIDA* Publicación de la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. AÑO 3 NÚMERO 3 - octubre 2003.

CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES. *Derecho a la salud en la lucha contra el VIH-SIDA,* 2005.

FASSIN, DIDIER. *When Bodies Remember. Experiences and politics of AIDS in South Africa.* The University of California Press. California series in public Anthropology. 2007.

GALVÃO, JANE. *AIDS no Brasil. Agenda de construção de uma epidemia.* Brasil, ABIA Editorial 34, SP. 2000.

KORNBLIT, Ana Lia y PETRACCI, Mónica. *Las ONGs que trabajan en el campo del sida, una tipología.* En: *Sida, entre el cuidado y el riesgo.* Buenos Aires, Alianza, 2000.

MAULEN, S. *Causas actuales de la mortalidad por sida en la ciudad de Buenos Aires ¿De qué mueren los que mueren de sida?* En: *INFOSIDA* Publicación de la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires AÑO 4 NUMERO 4. Noviembre de 2004 ISSN 1667-8281.

MAZZEO, V. *Mortalidad por Sida en la ciudad de Buenos Aires. Su magnitud y características en la década de los 90.* En: *La Salud en Crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales.* III Jornadas interdisciplinarias de salud y población. Argentina, Dunken 2000.

NGUYEN, Vinh-Kim. *Antiretroviral Globalism, Biopolitics and therapeutic citizenship.* En: A. Ong; S. Collier (eds.). *Global Assemblages: Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems.* London: Blackwell 2005.

_____. *The Republic of Therapy. Triage and sovereignty in West Africa's Time of aids.* USA Duke University Press, 2010.

NX Revista Asociación Civil Nexo, Argentina. 55 (NX Positivo) - Junio 1998.

ONG, A. Y COLLIER, S. (eds). *Global Assemblages: Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems.* London: Blackwell 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) Catálogo de Organizaciones No Gubernamentales dedicadas al SIDA en Argentina, 1999.

PARKER, Richard. *Na Contramão da AIDS. Sexualidade, Intervenção, Política.* Rio de Janeiro, ABIA 2000.

PECHENY, Mario. *La salud como vector del reconocimiento de los derechos humanos: la epidemia del sida y el*

reconocimiento de los derechos de las minorías sexuales. En: Ana Domínguez Mon, Andrea Federico, Ana María Mendez Diz y Liliana Findling, compiladoras, *La salud en crisis*. Buenos Aires, Dunken, 2000.

PETRYNA, Adriana. Biological Citizenship: The Science and Politics of Chernobyl-Exposed populations. *Osiris*. 2° Series. Vol. 19 Landscape of Exposure: Knowledge and Illness in modern environments. Pp. 250-265 2004.

RABINOW P. Y ROSE, N. Biopower Today. *BioSocieties* 1, 195-217. 2006.

RECODER, M. Laura *Vivir con VIH-SIDA. Notas etnográficas sobre el mundo de la enfermedad y sus cuidados*. Buenos Aires, Biblos. 2011.

ROSE, Nikolas y NOVAS Carlos "Biological Citizenship." In: *Global Assemblages: Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems*, eds. A. Ong and S. Collier. London, Blackwell 2005.

TEALDI, Juan Carlos "Las respuestas legales y políticas al SIDA en la Argentina". En: *Bioética y Bioderecho*, Vol. 2 1997.

TERTO, Veriano. "La seropositividad al VIH como identidad social y política en Brasil". En: *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate*. Facultad de Salud Pública y Administración. Universidad Cayetano Heredia, Lima, 29- 47 2004.

TOUZE, G. Catálogo de Organizaciones No Gubernamentales dedicadas al SIDA en Argentina 1995.

VALLE, CARLOS G. Identidade, doença e organização social: Um estudo das 'Pessoas vivendo com HIV-AIDS'. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 179-210, junho de 2002.

WHITTAKER, ANDREA Living with HIV: Resistance by Positive People. *Medical Anthropology Quarterly*. Vol. 6, NO. 4 385-390 Dec. 1992.