# SIGNIFICACIONES SOCIALES ACERCA DEL TEST DE VIH: LA MIRADA DEL EQUIPO DE SALUD

**GT 5: Comunicación y Salud**

Lic. Milca Beatriz Cuberli
Universidad de Buenos Aires (Argentina)

## Resumen

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se transmite de persona a persona y produce una infección que en su última fase debilita el sistema inmunológico, contexto en el que aparecen las enfermedades oportunistas que en condiciones normales el organismo superaría. Esta fase sintomática se denomina Sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). Hasta el momento, la única forma de saber si una persona está infectada, es a través del test de VIH.

El VIH-sida pasó de ser una enfermedad, con una fuerte impronta biológica e epidemiológica, a un fenómeno social que produjo a partir de la década de los años ochenta, importantes transformaciones en los ámbitos público y privado. La forma en que fue construido socialmente varió a lo largo de estas últimas tres décadas: de una enfermedad mortal hasta transformarse en la actualidad en una crónica, con todos los cambios que esto trajo aparejado a nivel tecnológico, científico, médico, político y/o social, impactado en la vida de las personas. Considerando que las prácticas médicas desarrolladas en el sistema de salud legitiman la forma de concebir los procesos de salud, enfermedad y atención, esta ponencia comprende la construcción social sobre el test de VIH (análisis diagnóstico que detecta la presencia de anticuerpos del virus) a partir de lo

acontecido en los servicios de salud que lo implementan. Así, se caracteriza la construcción social del test de VIH desarrollada en los servicios de salud que implementan el test de VIH en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina). Se realizó bajo un enfoque cualitativo, un estudio exploratorio y descriptivo, se desarrollaron entrevistas semiestructuradas a miembros del equipo de salud que implementan el test de VIH en dependencias sanitarias. Las unidades de muestreo corresponden a efectores de salud en los que se ubican espacios donde funciona la implementación del test de VIH denominados CePAD (Centros de Prevención, Atención y Diagnóstico).

## Introducción

A partir del año 1985 el análisis del VIH se volvió fundamental para garantizar la seguridad de los suministros de sangre, controlar el avance del VIH-sida[1] y diagnosticar la infección por el virus (ONUSIDA, 1997). La infección se diagnostica detectando la presencia de anticuerpos que produce el organismo humano para defenderse del virus, y que se producen entre tres y ocho semanas posteriores a una infección. Se denomina “período silente” (periodo ventana), el ocurrido entre una infección y la detección de los anticuerpos. El test de ELISA (prueba de inmunoabsorción enzimática) es el análisis más usado para el tamizaje sistemático.

En el año 2000 la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), se presenta como la primer ciudad donde se denunciaron los primeros casos de sida, presentando la epidemia más importante del país, el 29% del total de los casos de VIH

[1] En este trabajo se elige hablar de VIH-sida de forma conjunta, siguiendo los lineamientos establecidos por organizaciones sociales que abogan por la no-discriminación hacia las personas viviendo con VIH. Ya que desde lo discursivo, se hablaría de un proceso continuo, haciendo énfasis en la prevención y la cronicidad, poniendo gráficamente el acento en el virus (VIH) en detrimento del síndrome sida (que se redacta en minúscula) y corresponde al último estadío del proceso. De esta manera, se intenta superar la división VIH (infección) y SIDA (muerte).

diagnosticados (Bloch, 2007). Ese mismo año se creó una estructura con rango de Dirección General y con dependencia de la Subsecretaría de Servicios de Salud que se denominó Coordinación Sida. El análisis de VIH se implementa como un diagnóstico precoz para optimizar beneficios del tratamiento y atención que mejore la calidad de vida de las personas infectadas. Pueden definirse dos tipos diferentes de asesoramiento, el que solicita el usuario y el que ofrece el proveedor de salud; para ambos se recomienda: el consentimiento informado, la confidencialidad y el consejo o asesoramiento (OMS, 2007).

El asesoramiento que establece la Ley N°23798 debe acompañar la práctica del análisis del VIH. Se rige por una serie de principios: la confidencialidad, la accesibilidad, reforzando la autonomía de las personas (Basambrío; Carrozi; Genari; Weller*,* 2005). Se promueve un proceso de escucha activa, individualizado y centrado en el usuario. Las situaciones a abordar tienen que ver con: ayudar a iniciar cambios de comportamiento para evitar una infección, prevenir la transmisión del VIH, prevenir la reinfección, obtener información acerca de cuidados médicos, preventivos, psicosociales y cualquier otro servicio que incida en la salud de las personas. El asesoramiento y las pruebas voluntarias para VIH/sida permiten preventivamente que las personas accedan a conocer su estado serológico y en caso de un resultado positivo, funcionar como una “puerta de ingreso” al sistema de salud  a través de la asistencia y acompañamiento (Basambrío; Carrozi; Genari; Weller*,* 2005). Posibilitando una accesibilidad y tratamiento oportuno para las personas infectadas por el VIH.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2013, según el Boletín Epidemiológico de la Coordinación Sida, funcionan 24 centros de testeo de VIH (CePAD) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Durante el año 2011, se realizaron 7501 testeos por demanda espontánea (se contabilizan aparte 1631 en

embarazadas), el 51% fueron hombres y el 41% mujeres, el 70% de la población tenía entre 20 y 40 años. Se retiraron el 88, 6% de los test realizados.

**Metodología**

Para abordar la construcción sanitaria del test de VIH, se realizaron veintitres entrevistas semiestructuradas (23) a miembros del equipo de salud que implementan el testeo voluntario en dependencias sanitarias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se consideraron para este trabajo de investigación, ejes temáticos como: datos socio demográficos básicos del entrevistado; concepciones respecto a los usuarios que acceden a realizar el test de VIH, concepciones acerca de las característica de la práctica en sí misma, concepciones acerca del VIH-sida y actitudes respecto al procedimiento como el uso del consentimiento informado en la entrevista, entre otros.

Las unidades de muestreo corresponden a efectores de salud en los que se ubican espacios de testeo del VIH-sida. El muestreo fue intencional, no se buscó representatividad estadística. Para garantizar aspectos éticos en la investigación se tomaron resguardos en los procedimientos respecto a la identidad de los entrevistados a través de un consentimiento Informado (CI) elaborado para tal fin, en el trabajo de análisis y escritura se los identifica con la edad y el género. La confidencialidad se consideró también respecto a la identificación de los efectores de salud donde se llevó a cabo el trabajo de campo.

**Categorías para pensar y analizar: de la salud y la enfermedad**

La salud y la enfermedad se desarrollan en diferentes planos, la primera remite a un estado general que se difusa en el tiempo, mientras que la segunda se caracteriza por tener una concreción temporal. Cada enfermedad tiene su propia

historia, además de su modelo social (Duran, 2006). Pueden además interpretarse por sus causalidades, Herzlich (1973) propone las enfermedades de tipo exógenas y endógenas. En las primeras, la enfermedad es causada por la intrusión (real o simbólica) de algún objeto en el cuerpo del sujeto padeciente, mientras que en la segunda, se erige la idea de resistencia del cuerpo a la enfermedad, de predisposición y de herencia.

La construcción del modelo biomédico sobre una teoría empírica de la enfermedad (Wulff, 1999), conlleva a que la práctica médica se base en el conocimiento de las causalidades que intervienen a nivel biológico, llevando a un proceso de decodificación a partir de lo presentado y enunciado por los pacientes, para posteriormente identificar el proceso patológico somático (Almeida Filho y Fernandez Silva Andrade, 2002). La enfermedad como concepto se constituyó a partir de una reducción del cuerpo humano, ideado por constantes funcionales y morfológicas y definido por ciencias como la anotomía y la fisiología (Buss, 2002). Contexto en que la enfermedad se concibe como dotada de existencia propia, anterior y externa a las alteraciones del cuerpo de las personas con padecimientos. Cuestión que provoca que la práctica médica, entre en contacto en primer lugar con los órganos y funciones del cuerpo antes que con las personas (Canghilhem, 1978).

Desde una perspectiva que pretende ser superadora, Laurell (1986) propone entender la problemática de la salud-enfermedad como expresión de los procesos sociales. La propuesta es analizar la salud y la enfermedad como fenómenos en el acontecer político, ideológico y económico de la sociedad y no solo como fenómenos biológicos. Como categoría analítica, se construye a nivel de la práctica médica y de los conjuntos sociales, dado que ambos describen y explican las relaciones que intervienen en el tratamiento de los problemas de salud. Eduardo Menéndez (2003) define el proceso salud/enfermedad/atención (PSEA)

desde una perspectiva relacional que recupera los procesos históricos y considera que todo campo sociocultural es heterogéneo. Considera que en el mismo, se constituyen relaciones de hegemonía / subordinación y se llevan a cabo procesos transaccionales que favorecen la cohesión-integración. Los conjuntos sociales son los que determinados o no, desarrollan el papel de agentes relacionales. Como objeto científico, el PSEA es la modalidad histórica del proceso biológico humano (Laurell, 1986), que se desarrolla de cierta forma y en cierto momento en los grupos sociales. El carácter histórico y social se puede expresar empíricamente a través de fenómenos como perfiles diferenciales según diferentes grupos humanos de morbi-mortalidad; la fisonomía de clase o la cuestión de la causalidad (Laurell, 1986). La idea de proceso tiene que ver con recuperar la unidad entre la salud y la enfermedad, ya que son momentos que se viven socialmente, y ya no la enfermedad exclusivamente como la causa de un agente etiológico.

El discurso preventivo tiene como base a la epidemiologia moderna con el propósito de controlar la transmisión de enfermedades infecciosas y reducir el riesgo de agravios a la salud y las enfermedades degenerativas (Czeresnia, 2002). La prevención puede considerarse junto con la promoción de la salud como orientaciones complementarias al proceso salud-enfermedad en los planos individuales y colectivos (Buss, 2006). El objetivo final de la prevención es evitar la enfermedad, "*se orienta más a las acciones de detección, control y debilitación de los factores de riesgo o factores causantes de conjuntos de enfermedades o de una enfermedad especifica; su base es la enfermedad y los mecanismos para atacarla mediante el impacto sobre los actores más íntimos que la genera o aceleran"* (Buss, 2006:40). Caponi (2002) establece que la definición de prevención debe hacerse en función del propósito que se quiere alcanzar: evitar riesgos o consecuencias negativas para la salud y no tanto por la actividad realizada.

**Análisis**

En primer lugar se caracteriza al equipo de salud[2] que implementa el test de VIH, para posteriormente describir la construcción social del VIH-sida y de su práctica diagnóstica, el Test de VIH.

Respecto a los miembros de los equipos de salud que se desempeñan en efectores públicos de la ciudad de Buenos Aires e implementan el test de VIH, pertenecen al sexo femenino doce (12) de las entrevistadas miembros de los equipos de salud que implementan el test de VIH en los CePAD. Respecto a las profesiones de grado o terciarias (tecnicaturas), once (11) de los actores se ven representados por la orientación humanística o correspondiente a las ciencias sociales (antropólogos, psicólogos, trabajadoras sociales, psicóloga social), cinco (5) al campo de las ciencias médicas (médicos y enfermeros/as), una (1) es promotora de salud y el otro personal administrativo sin tener profesiones específicas o formaciones determinantes del campo de la salud. La edad promedio de los entrevistados es de cuarenta (40) años.

Desde la política implementada por la Coordinación Sida respecto a la implementación del test de VIH se considera el trabajo "en equipo" como la mejor estrategia para dinamizar los diferentes conocimientos, trayectorias y habilidades que dispensan los actores del sistema público de salud. Diferente a la denominación tradicional de "servicio", que organiza la asistencia en el primer y segundo nivel de atención; de forma jerárquica y con funciones diferenciales en la responsabilidad y procedimientos que se llevan a cabo en la atención de los usuarios:

[2] En esta ponencia, se denomina a los integrantes del equipo de salud como: "orientadores", "proveedores de salud" o "entrevistadores" por su trabajo/rol en el marco del dispositivo de consejería para la implementación del test de VIH.

> *“En este equipo en particular no se constituyó ningún coordinador, hacemos una reunión mensual, donde tenemos una relación que se podría decir horizontal. En las reuniones mensuales tomamos los temas del día, los temas que nos estén marcando directrices o preocupantes o aquellos temas que tenemos trabas para avanzar y marcar el temario del día. Traemos algo que nos haya estado preocupando en ese tiempo de una reunión a la otra y tratamos los temas, yo te diría de una manera horizontal” (M, 54)*

No existen requisitos de formación previos para ejercer la tarea. Pueden implementar la promoción del testeo voluntario individuos con conocimiento o interés por trabajar la temática, aumentar sus conocimientos respecto al VIH/sida o capacitarse respecto a los mismos (Basambrío; Carrozi; Gennari y Weller , 2005). Para los miembros del equipo de salud, la práctica respecto a la implementación del testeo aparece como perfectible. Una experiencia que se adquiere a lo largo de los meses a partir del trabajo en equipo; de la autocapacitación, y la capacitación brindada por equipos de la Coordinación Sida que acompañan desde la gestión ministerial (local), supervisando el trabajo en los servicios de salud. Todos los entrevistados tuvieran o no experiencia en el abordaje del VIH-sida desde prácticas preventivas o asistenciales, debieron capacitarse acera de las características propias que rodea al dispositivo del Test de VIH. Algunos de los contenidos: epidemiología básica del VIH-sida, la importancia de una buena comunicación y legislación entre otros.

Existen diferentes tipos de experiencias y recorridos que evidencian los entrevistados al abordar la temática del VIH-sida y la práctica del asesoramiento que acompaña la realización del test de VIH. Algunos integrantes del equipo de salud participaron en intervenciones en el campo de la salud sexual y reproductiva

en el sistema de salud público[3], o en la implementación del testeo previamente a que se formalizara bajo una política pública el idearse los CePAD. Otros, habían desarrollado instancias de asesoramiento en el abordaje de otras problemáticas como el uso y adicción de drogas. Aquellos entrevistados que no pertenecían al sistema de salud público antes de instalarse los espacios de testeo voluntarios, trabajaban el abordaje de la problemática bajo intervenciones como talleres educativos o la implementación de proyectos de intervención (de sensibilización y/o prevención en torno al VIH-sida desde organizaciones de la sociedad civil).

El interés por trabajar en el abordaje del VIH-sida y específicamente en un aspecto preventivo como puede ser la instancia diagnóstica, reviste en la mayoría de los entrevistados por un compromiso con la problemática, una cierta sensibilidad a partir del impacto en la vida social que ha tenido el VIH-sida. A algunos de ellos los habría interpelado de forma personal, por ejemplo al haber perdido un ser querido o cercano por alguna enfermedad oportunista relacionada al VIH-sida. La escucha aparece como la habilidad principal que deben tener la personas que se dedican al asesoramiento que acompaña la realización del test de VIH. Esta acción resulta ser la base de la entrevista que acompaña la extracción de sangre:

> *"Básicamente capacidad de escucha, de poder visibilizar emergentes y donde los emergentes que aparecen en una entrevista de pre-test con alguien que no conoces son muy sutiles. Discreción, garantizarle, darle seguridad al otro de que lo que hablemos va a quedar ahí (…) Poder transmitirle seguridad y poder trabajar con el otro, no creo que sea especifico de una disciplina, me parece que tiene que ver con una cuestión de actitud, de respeto hacia el otro como ser humano, que padece angustias, miedos al resultado . (…)*

[3] Como parte del Programa de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) implementado desde el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

*Algunos estamos más entrenados por formación que otros, pero no son cosas que no se puedan trabajar, la capacidad de escucha la tiene cualquier profesional, no es específica del trabajo social, de la psicología, de la antropología, un enfermero tiene que poder escuchar, una médica puede escuchar. Es una característica de equipo. No creo que haya un campo específico para esto, en todo caso el campo es la problemática del VIH" (M, 37)*

Los psicólogos representarían dentro del equipo, el Núcleo de competencia y responsabilidad (Sousa Campos, 2006), ligado a las habilidades específicas de su profesión y formación, estableciendo una diferencia con los demás integrantes del equipo de salud. La mayoría de estos profesionales consideran que tienen mayor habilidad respecto a la escucha, actividad esencial en el asesoramiento que les permite posicionar al usuario en el marco estricto de la práctica del testeo del VIH:

*"(…) la gente tiene mucha necesidad de que la escuchen, la gente va a hablar a la consultorías, porque puede decir tres palabras seguidas sin que la interrumpan, para mí es un plus, la diferencia que tenemos los psicólogos. El psicólogo tiene un saber acerca "de", pero cualquier persona que pueda escuchar al otro, que pueda pescar algo de que le pasa a esa persona que se vino a testear tres veces en uno año y en ese tiempo no se pudo poner un forro, que le pasa a ese tipo o esa mina...está pasando otra cosa, es algo que está haciendo síntoma...qué se yo. No sé qué formación tiene un médico para escucharlo, a mí me llama poderosamente la atención de la carrera de medicina la materia que se llama "salud mental", dura dos meses. (…) Esa persona es un*

*sujeto y que le pasan cosas, es lo que está en juego. Desde ese punto de vista, yo pienso que a priori un psicólogo tiene otras herramientas para escuchar un paciente para hacer un pre test o un post sin lugar a dudas; después que las circunstancias que llevan a que un psicólogo se burocratice dentro de un Hospital, como se burocratice un medico, bueno hay médicos que están viendo la tele y cobran un sueldo"* (V, 34)

Sousa Campos en pos de la construcción de la Clínica Ampliada, enfatiza la necesidad de reforzar el vinculo profesional/equipo de salud con el paciente, como forma de potencializar cambios en las practicas sanitarias, no solo para aumentar la eficacia (mayor curaciones) sino para valorizar espacios que promuevan la producción de sujetos autónomos tanto para los pacientes como para los profesionales. *"Solo hay vínculos entre dos sujetos, se exige la asunción del paciente a la condición de sujetos que habla, desea y juzga, sin lo cual no se establecerán relaciones adecuadas profesional/pacientes"* (Sousa Campos, 2006:55). De esta manera, la escucha activa por parte de los integrantes del equipo de salud como el permitir que los usuarios del sistema puedan reflexionar, hacerle y hacerse preguntas posibilita una verdad intercambio entre ambos actores. Un vínculo que produciría autonomía con la consecuente apropiación de la práctica por parte del usuario:

*"Primero manejar claramente toda la información, tener toda una base de información, no solo la información básica sino como un plus de información, no te digo que seas experta, pero que manejes un mínimo de información. Después que tenga capacidades para contener situaciones, que pueda generar como una instancia de empatía con la gente, generar*

*clima, como que pueda contener, acompañar. Me parece, no te digo que se arme un vínculo afectivo en la entrevista, pero sí que permita generar una empatía, sobre todo si después hay que entregar un positivo, digamos... Me parece que básicamente es eso, que haya un equilibrio entre la información y el tema de la contención y el acompañamiento (M, 33)*

Para caracterizar la práctica del testeo de VIH por parte de aquellos que lo implementan, resulta prioritario describir las concepciones que respecto al VIH-sida tienen los entrevistados. Se establece además y se analiza el sentido diferencial que le dan a la característica preventiva que tiene el test de VIH en sí mismo por ser una práctica diagnóstica.

Existen algunos orientadores que caracterizan a VIH-sida como una enfermedad unicausal exógena crónica, producida por un virus (Herlich, 1973). Para otros integrantes del equipo de salud, es “una enfermedad más”, caracterización que sugiere por parte de los entrevistados, un intento de disminuir el estigma que la rodea y ha instituido. Una visión diferente la aportan aquellos entrevistados que consideran al VIH-sida como una enfermedad con connotaciones de impacto social fuerte como lo ha sido la lepra. Donde subyace el peligro del contagio, pero que en la época actual, esto ha ido menguando mediante la cronificación de la enfermedad. Sin embargo, existe un consenso entre los proveedores de salud que consideran que la visión catastrófica del “sida como peste” (Sontang, 1988) “ha calado hondo socialmente”, construyendo y promoviendo procesos de estigmatización y discriminación (Parker y Agletton, 2002) que actualmente persisten:

*"Si se pudiese estabilizar la población que vive con el virus hoy ya no se propaga más, en un par de años, no me refiero a dos, unos cuantos más, puede haber una cura definitiva. El tema es que mientras se siga propagando la enfermedad, el virus va mutando, va adaptándose a los momentos entonces las vacunas que se puedan llegar a generar por el momento son obsoletas. Creo que en algún momento como todas la grandes epidemias que hemos pasado por la historia se va a cortar (…) Ese es un pronóstico, pero que también vamos a adaptarnos a esa propagación y ahí va a venir un corte o bien porque la naturaleza así lo dispuso o bien porque nos vamos a educar más y vamos a poner mayor hincapié en encontrar las curas. No creo que vaya a terminar con la raza humana…ni mucho menos si creo que va a mutar un poco más" (V, 37)*

La cronicidad para algunos integrantes del equipo de salud tiene su lado positivo, el de promover otra mirada por parte de quienes están infectados con el virus, "esperanzadora", que no remite directamente a la muerte. Algunos orientadores ven contraproducente las nuevas prácticas que llevan a cabo algunas personas ante esta etapa de cronificación, como no cuidarse y evitar procesos de reinfección o ejercer y desarrollar prácticas protectoras esporádicamente (Duran, 2006):

*"Es una cuestión social que actualmente está descontrolada en muchos sentidos. Al tener medicación y buena calidad de vida, hay algunos que no les importa cuidarse como en Europa. No saben la que les viene con la medicación, las consecuencias, que decirlo es una cosa, hacerlo otra. Así*

*que es una enfermedad que trasciende el plano médico si se quiere y que trae consecuencias sociales. Uno no sabe si al operario de la fábrica se lo hacen (*por el test*) y no lo toman porque no consigue laburo porque se les va enfermar más. Cuando en realidad un tipo con VIH si se cuida, tiene mejores estados que nosotros, se toman unas pastillas que son mata-caballos, la verdad es esa" (V, 43)*

Algunos de los entrevistados caracterizan al VIH-sida como una enfermedad de tipo sexual y con consecuencias trascendentes en la sexualidad de las personas, en su capacidad vincular, de poder relacionarse con otros:

*"Es un flagelo. Para mi es algo que cambio las relaciones, las reglas del juego, cambió las relaciones humanas y un problema muy serio para los sectores más pobres de Argentina y del mundo. Y digo cambio todo, porque yo soy de una generación donde estábamos re contentos de tener la píldora y no había ninguna preocupación por las infecciones de transmisión sexual y la aparición del sida fue un cambio importantísimo en relación a ver con quien te vas a acostar, si vas a tener relaciones con un solo hombre o con muchos, la libertad sexual. (M, 50)*

Predomina fuertemente en los orientadores que realizan el test de VIH la visión del VIH-sida como objeto social, donde la cuestión de clase aparece en primer lugar como un determinante significativo antes que otros, por ejemplo el género. Surge la pobreza estructural no sólo como un obstáculo para promover la prevención, sino que también impediría el tratamiento oportuno, llegando la persona a los servicios de salud cuando la enfermedad ha sido declarada. Por lo tanto la

relación de la pobreza con el VIH-sida surge caracterizada de modo causal representada por barreras al acceso de políticas sociales y sanitarias, en un marco de proceso, de modo integral (Laurell, 1986).

> *"…depende de que hablemos, de que sectores sociales hablemos y de que llegada tengan esos sectores por la información que tengan y demás a la salud; aspectos de cuidado, esto desde ya te lo digo y esto es para todos los sectores no saber cuidarse, cómo cuidarse. Y que el sector que a mí me ocupa que es este, es grave porque creo que no estamos llegando con lo que se entiende que es la prevención teóricamente, porque por esto que estoy diciendo y que es que la gente tiene otras preocupaciones (…) El sida es una enfermedad terrible, la verdad que aquellas personas que no han podido por alguna razón cuidarse y llegar a enfermarse. Ver a las personas que se mueren de sida, es terrible y es terrible por la situación en la que llegan, pero porque uno sabe que hay una historia que tuvo con ver con el abandono, el abandono por parte del Estado, de las instituciones (…) Digamos hay una cosa fuerte con esto, para que una persona llegue a esto algo terrible paso en su historia como persona integrante de una sociedad" (M, 51)*

Respecto al abordaje del VIH-sida a través de la práctica del testeo, el trabajo que se hace desde los servicios de salud que integran los entrevistados, es propio de un desarrollo histórico de la enfermedad. A partir del siglo XXI se desarrolla el período de patogénesis y las políticas de intervención en salud acompañan esa construcción, predominando las acciones de prevención secundaria (Leavell y Clark, 1976) como en el caso del Test de VIH.

En los integrantes del equipo de salud entrevistados, el sentido dado a la prevención en tanto concepto varía, así también como la valoración de las acciones preventivas en las prácticas y procedimientos que implementan. El test de HIV puede caracterizarse según algunos orientadores como una prevención de tipo secundaria que intenta prevenir una enfermedad (Buss, 2006), el sida, mediante un diagnóstico precoz, "la puerta de entrada". El test permitiría saber la existencia en el organismo humano del virus, el VIH, y así iniciar un tratamiento que evite el desarrollo del estadio final del proceso a partir de una intervención de características individual (Buss, 2006), centrada en la persona.

> *"El propósito del CePAD es que tiene una función fuertemente preventiva porque para mí y para las personas que trabajamos acá, el análisis es una herramienta de prevención básicamente y fundamental, por esto que te decía de que al VIH no lo consideramos una enfermedad mortal sino una enfermedad crónica que hay cosas que hacer...hacer articulación con el Hospital Muñiz, que la gente se acerque y se lleve información...O sea yo lo considero con una finalidad fuertemente preventiva...y el análisis lo considero como una herramienta de prevención de acá en adelante" (M, 26)*

Los entrevistados que caracterizan al test de VIH como un tipo de técnica o procedimiento propio de un tipo de prevención secundaria, lo harían en relación a la situación en que acuden a testearse a los servicios de salud, personas que ya han vivido una situación de exposición. Algunos proveedores, califican de prevención primaria la situación en que una persona es diagnosticada y a partir de saber su estado serológico (en caso de ser positivo), adquirirían prácticas de cuidado, para no infectar a otras personas:

> *"Ya han vivido, han experimentado alguna exposición de riesgo, entonces es una prevención secundaria. También en el caso de que se hayan infectado, uno puede prevenir primariamente, para que no siga infectando a otras personas, porque no lo saben y en sus hábitos, que pueda llegar a cambiar en estos hábitos del uso del preservativo"* (para que lo usen sistemáticamente) (V, 35)

El sentido dado a la prevención como vigilancia (Castel, 1986), surge en el grupo de entrevistados que sugiere posibles grupos sociales o determinados individuos como destinatarios de la práctica del testeo. Sin embargo surge de forma predominante, el colectivo "todos" como posibles destinatarios del test de VIH. Involucrando así, a grupos de personas sexualmente activas en primer lugar, enfatizando el VIH-sida como una ITS (infección de transmisión sexual). Ese a "a todos", con un sentido involucrador y colectivo, enfatiza que los destinatarios de la práctica comparten una misma situación (la posibilidad de una exposición o infección por VIH) e intenta establecer una distancia superadora respecto a las prácticas discriminatorias. En este grupo de orientadores que recomiendan hacerse el test de VIH "a todos", subyace una concepción de vulnerabilidad que contempla la multidimensión (Gorovit, 1994). Todas las personas (posibles a testearse) pueden y podrían ser vulnerables en diferente tiempo y lugar a una exposición ante el VIH-sida que supere el estigma sexual tan predominante.

Surge por parte de algunos entrevistados respecto a la práctica del testeo, en su característica preventiva, como una habilitador "inaugural" en las relaciones sexuales de algunas parejas que deciden no usar preservativo (el único método hasta el momento que puede prevenir la transmisión del VIH-sida por vía sexual), sobre todo en parejas de adolescentes o jóvenes. Sin embargo otros orientadores integrantes del equipo de salud, cuestionan esta situación de "iniciación", por la

imposibilidad en las personas de mantener fidelidad en sus vínculos o de cuidarse en relaciones por fuera de la pareja:

> *"Personalmente no creo en la prevención primaria en general, al contrario, puede producir un efecto contrario. Si yo tengo una parejita que están hace 6 meses y se vinieron a hacer el HIV como algo preventivo para no cuidarse, y mirá…guarda...porque a los 18 años no podes hablar de pareja estable porque a veces la prevención te juega en contra y por ahí estos pibes se agarran HIV. O sea no estás previniendo en general"* (V, 43)

En la realización del test de VIH, antes de extraer la sangre para hacer el análisis, se desarrolla una entrevista o asesoramiento con el usuario de salud. Esta última acción hace emerger en algunos de los entrevistados con mayor énfasis el sentido preventivo que enmarcaría al test de HIV. Ya que aparece la acción de brindar y ofrecer información, como una estrategia netamente preventiva (más allá de hacer el exámen de sangre) dando a entender una relación causal entre obtener información, tomar conocimiento y cuidarse:

> *"Si, prevención en el sentido que estás trabajando concretamente sobre las vías de transmisión, estás dando información, estás trabajando sobre los temores, estás trabajando los prejuicios...este...en el caso de que se te abran. (M, 37)*

En relación a la caracterización que se hace del test de VIH en relación a su dimensión preventiva, paralelamente a lo desarrollado anteriormente, algunos de los proveedores de salud describen situaciones donde los usuarios consideran

cierta capacidad de prevención que tendría el test de VIH, como si fuera una vacuna, una protección por sí misma. Algunos usuarios del sistema de salud recurrirían habitualmente a hacerse el análisis como un chequeo, serían en parte según los entrevistados, aquellos individuos que no podrían establecer prácticas de cuidado y por otra parte, los que tomarían la práctica como una prevención primaria:

> *"Ponéle que alguien viene cada tres meses, cuatro meses a repetirse el test, entonces más allá de hacerle el test, nosotros trabajamos con la persona, para metalizarlo que el test de VIH no es una manera de prevención, que no te previene de no contraer el virus, lo único que hace es ver si porque estuviste en riesgo el virus entró, no es una vacuna. Hay muchos que lo toman como que es una vacuna, ¿entendés?, entonces, empezar a trabajar con esa persona para que trate de cuidarse y no venga cada 4 o 5 meses a hacerse el test porque nunca se cuidó" (V, 41)*

El testeo de característica voluntaria involucra y presenta a un usuario del sistema de salud público que trae una demanda puntual: la intención de conocer su estado serológico. Por lo tanto este sujeto según los entrevistados, sería consciente de haber vivido una situación de exposición. En la entrevista que desarrolla el proveedor de salud y a partir sobre todo de una actitud de escucha, se presenta como desafío indagar porqué ese individuo no puede o no pudo implementar prácticas de cuidado e intentar desarrollar una estrategia -junto a el usuario- para prevenir una posible infección a futuro por el VIH.

Otro sentido preventivo que otorgan los entrevistados a la práctica del test de VIH, es: de "miedo", "susto" que vivenciarían las personas que se acercan a testearse.

A partir de esta experiencia de características traumáticas (la de pasar por una instancia de testeo y la espera del resultado) las personas iniciarían procesos de cuidado; el testeo aparece como una bisagra, un antes y un después en el inicio del autocuidado.

**Conclusiones**

Las diferentes acepciones con que los entrevistados caracterizan al VIH-sida sin establecer supremacía entre ellas, coincide paralelamente a las diferentes acepciones construidas para definir el carácter preventivo que tendría la herramienta diagnóstica: test de VIH. Al definir el VIH-sida se establece un abanico que va desde una enfermedad unicausal, donde predomina una vía de infección predominantemente (la sexual), hasta un fenómeno, una "cuestión social" donde lo individual, lo social, lo político y lo económico la conforman, desplazándola del campo de la salud pública exclusivamente para su abordaje e intervención. Abanico que se encuentra ante las múltiples definiciones de la prevención por parte de los entrevistados: vigilancia, control, anticipo, diagnóstico, acceso oportuno, de tipo primaria, secundaria u ambas. Existe por lo tanto un consenso en reconocer y tener una postura crítica hacia los significados otorgados al VIH-sida en sus primeros años, donde la cristalización del sida como muerte permanece obstaculizando las prácticas de salud, por ejemplo imposibilitando a través del factor psicológico del temor, que las personas concurran a los servicios de salud a testarse.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Almeida-Filho, N. (1997). Epidemiología sem números. Ed. Campus, Río de Janeiro.

Almeida-Filho, N. (2000). *La ciencia tímida. Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Almeida Filho, N., & Andrade, F. R. (2006). "Halopatógenesis: esbozo de una teoría general de salud-enfermedad como base para la promoción de la salud" en D. Czeresnia & C. Machado de Freitas (comp). *Promoción de la Salud: conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial.*

Basambrío, A., Carrozi, B., Gennari, L., & Weller, S. (2005). *Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD): Herramientas para su desarrollo*. Coordinación SIDA, Buenos Aires: Secretaría de Salud.

Bloch, C. (2007). *Hechos y palabras.* La experiencia de gestión de la Coordinación Sida en la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Buss, P. (2003). Una introducción al concepto de promoción de la salud en Czeresnia Dina y Machado de Freitas Carlos (comp.) en *Promociòn de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.

Caponi, S. (2003). La salud como abertura al riesgo en Czeresnia Dina y Machado de Freitas Carlos (comp.) en *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Castiel, L. (2003). Dédalo y los Dédalos: identidad cultural, subjetividad y los riesgos para la salud. en Czeresnia Dina y Machado de Freitas Carlos (comp.) en *Promociòn de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

Czeresnia, D. (2003). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En Czeresnia, D., & Machado de Freitas, C. (comp) en *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

Duran, A., Ebenrestejin, J., Parlante, A., Lourtau, L., & Losso, M. (2006). Prevalencia de Infección por VIH en la experiencia de un CEPAD. *Infosida*, *3* (3) 70-76.

Gorovitz, S. (1994). Reflection on the vulnerable. En Bankowski, Z., & Bryant, J. (eds). *Poverty, Vulnerability, and the Value of Human Life: a global agenda for biothics.* Ginebra: Cioms.

Laurell, A. (1995). La salud: de derechos social a mercancía. En Laurell, A.C. (coord.) *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud.* México: Ed. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco/Ed. Representación en México de la Fundación Friedrich Eber.

Leavell, S., & Clark, E. (1976). *Medicina Preventiva*. San Pablo: Mc Graw-Hill,

Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: saber y hegomonía médica*. Ed. México D. F.: Alianza Mexicana.

Menéndez, E. (2004). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: Spinelli, H. (comp.) *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Organización Mundial de la Salud OMS, ONUSIDA. (2007). Grupo de trabajo OMS/ONUSIDA sobre la vigilancia mundial de VIH/sida y las ITS. Ginebra.

Sontang, S. (1998). *La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas*, Buenos Aires, Taurus.

Sousa Campos, G. (2006). *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Parker R, A. P. (2002). HIV and AIDS-related stigma and discriminaction: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, *57* (27), 13-24.

Parker R, A. P. (2002). Estigma y discriminación relacionadas con el VIH/SIDA: un marco conceptual e implicaciones para la acción. Documento de trabajo N°9. Programa de Salud Sexual Reproductiva y Sociedad. México.

Wulff, H. R. (1999, Diciembre). “The concept of Disase: form Nawton back to Aristotle. *The Lancet*, 354 (Supla).