

Mujeres viviendo con VIH

Marina Eliana Paredes¹

Resumen:

El presente artículo fue realizado desde una perspectiva feminista y anticapitalista, es una descripción y análisis de las mujeres viviendo con VIH que asisten al Programa Nacional de VIH-SIDA, en el municipio de Malvinas Argentina, en el año 2019. Se buscó establecer la vinculación entre las condiciones de vida, representaciones sociales, discriminación, la adherencia y cuidados en el tratamiento de esas mujeres.

Palabras clave:

MUJERES- VIH-TRATAMIENTO- ADHERENCIA- CONDICIONES- VIDA- CLASE- TRABAJADORA- EXPLOTACIÓN

Abstract:

This article was carried out, from a feminist an anti-capitalist perspective, a description and analysis of the women living with HIV who attend the National HIV-AIDS Program, in the municipality of Malvinas Argentina, in 2019. It sought to establish the link between the living conditions, social representations, discrimination, adherence and care in the treatment of these women.

Keywords:

WOMAN – HIV – TREATMENT – ADHERENCE – TERMS – LIFE – CLASS – WORKER - EXPLOITATION.

Introducción

El presente artículo es una síntesis del Trabajo Final de Graduación de quien escribe, en el marco de la carrera de Licenciatura en Trabajo Social en la Universidad Nacional de Luján en el año 2020.

El tema del artículo es las “mujeres con VIH de la clase que vive del trabajo” desde una perspectiva feminista y anticapitalista en Argentina. Por lo tanto, se trató de establecer las vinculaciones que existen entre las condiciones de vida de las mujeres que viven con VIH, las representaciones sociales y la vulnerabilidad con la cual desarrollan su vida cotidiana, de manera de poder establecer la relación con la adherencia al tratamiento y los cuidados, ya que diferentes autores plantean la vinculación entre las categorías mencionadas.

Se parte de tener en cuenta que bajo el actual sistema capitalista y patriarcal, las mujeres de este artículo, están sometidas a una doble explotación, por ser mujeres y pertenecer a la clase trabajadora, lo cual repercute de manera diferente en la vivencia con el VIH.

¹ Licenciada en Trabajo Social - UNLu. Equipo de investigación “Feminismos y Trabajo Social”; en UNLu. Secretaria de las Mujeres géneros y diversidad Hurlingham.

La investigación del tema se realizó por el interés de conocer cuáles son las condiciones en las que viven las mujeres con VIH y qué medidas adopta el Estado para acompañar y mejorar la vivencia con esta problemática.

Por otro lado, el interés académico se funda en poder conocer el avance y desde qué perspectivas se realizaron investigaciones y escritos sobre la temática. Para poder así, analizar qué lugar ocupa desde la academia las mujeres con VIH.

El VIH y su impacto en la Sociedad

Para comenzar este apartado, se considera necesario realizar un breve reseña de ¿Qué es el VIH?, dado que no se puede dar por entendido su significado teniendo en cuenta las tensiones que se desarrollarán a lo largo de este artículo.

El VIH, es un virus (virus de inmunodeficiencia humana) que fue descubierto en primera instancia a causa de lo que provocaba en los seres humanos. Múltiples enfermedades como diferentes tipos de cáncer presentados al mismo tiempo, lo cual llevó a estudiar los casos más en profundidad, dando como resultado la carencia de un tipo de célula denominado CD4+. Por lo cual en 1982 estxs primerxs pacientes fueron diagnosticados con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Recién hacia 1986 fue detectado el tipo de virus que provocaba el SIDA y denominado VIH.

Existen varias formas de contraer el virus, pero en la actualidad la forma por la que más se contrae es a través de las relaciones sexuales sin profilaxis. En un principio los varones homosexuales fueron culpabilizados por la aparición y expansión del mismo.

Bloch. (2010) menciona que con el correr de los años hubo cambios en el perfil de las personas que viven con VIH, que fue afectando a grupos sociales más empobrecidos, a las mujeres y lxs “marginales”. Asimismo, Biagini y Sanchez (1995) señalan que luego de diez años de la aparición del virus, la población más afectada a nivel mundial fueron las mujeres heterosexuales, las cuales fueron discriminadas y estereotipadas.

En Argentina, en cuanto al Estado y las instituciones, en 1990, se sancionó la ley Nacional 23.798 que declara de interés nacional la lucha contra el Sida, estableciendo medidas para la detección, investigación diagnóstico y tratamiento. Si bien en lo formal se contaba con un marco normativo, en lo real, durante toda la década de fin del siglo XX, quienes ocuparon un lugar central para el acompañamiento tanto psico-social, médico, de investigación y asistencia directa con los insumos básicos para la existencia de las personas, fueron las organizaciones del tercer sector (Biagini y Sanchez, 1995).

Dicha década estuvo marcada por un ascenso del modelo económico, político y social neoliberal. Según Harvey (2005), también fue un proyecto de clase en el cual a partir de los años 70 se lleva adelante una acumulación por desposesión que impacta en la vida cotidiana de la clase oprimida y explotada, la clase trabajadora.

El neoliberalismo penetró profundamente en la sociedad y en las políticas públicas. Produciendo un aumento progresivo de la masa de desocupados, reducción de los trabajadores formales, precarización laboral y aumento de la pobreza. Se construye un modelo de protección para los pobres y se produce un desplazamiento y fragmentación de la integración social del Estado en múltiples territorios. Se cimienta una política social “eficiente” atendiendo las fallas del mercado que se van presentando y se formulan diferentes programas en donde las organizaciones de la sociedad civil fueron un actor fundamental,

delegando así, el Estado, sus responsabilidades y obligaciones. (Fernández Soto y Tripijana, 2019: 8)

De manera que las organizaciones de la sociedad civil desplegaron múltiples intervenciones e investigación con la población que vive con VIH. En muchos casos recibían presupuesto mínimo del estado, y en otras muchas ocasiones desplegaron diferentes métodos de financiamiento como donaciones particulares, de empresas y campañas solidarias.

En la actualidad, si bien se avanzó de manera extraordinaria en materia de investigación, tratamiento y ciencia sobre el virus del VIH, el SIDA según ONUSIDA, sigue siendo una pandemia². En los países subdesarrollados, como lo es Argentina, tienen un impacto más profundo en las personas que viven con VIH, ya que ven afectada aún más sus condiciones de vida.

En efecto, 29 años después de sancionada la ley 23.798, no se ha realizado una actualización de la misma. Se implementaron como estrategias de prevención y acción directa, según la secretaría de salud de la Nación (2018), diferentes programas de atención directa en los territorios, el cual varía según el presupuesto con que cada jurisdicción cuenta para enfrentar esta pandemia. Dicho presupuesto fue recayendo a lo largo de los años, teniendo cuenta el impacto que significó la baja de categoría de Ministerio de Salud a Secretaria, como así también, en la actualidad, la baja en el presupuesto y atención para el programa y la atención de las personas viviendo con VIH debido al contexto de la otra pandemia por el virus SARS-CoV-2. Según Blanco (2020) en el contexto de la nueva pandemia, hubo una baja en los testeos, se postergaron controles y se interrumpieron servicios de salud, a pesar de que la recomendación de ONUSIDA (2020) fue no interrumpir controles en los tratamientos y seguimiento de testeos.

En tanto, en 2018 se estimó que había 129.000 personas viviendo con VIH en Argentina donde el 20% de ellas lo desconocen, el 83,5% está en tratamiento y se atiende en su mayoría en el sector público, según lo publicó el Boletín sobre VIH, SIDA e ITS (2018). El 35% de los diagnósticos se produce tardíamente y la cantidad de muertes vinculadas al SIDA está intacta hace 15 años.

Acceso y adherencia al tratamiento

En Argentina, el sistema de salud está compuesto por tres sectores, el público, privado y el seguro social. Una de cada tres personas asiste al sistema público de salud, que si bien es universal y gratuito, en la práctica real, diferentes factores operan como barreras para poder tener el acceso al mismo, además no garantizan la calidad del derecho a la salud.

Según Tuchin. (2018) la falta de acceso a los medicamentos, el tiempo de espera para poder realizarse una cirugía o algún tipo de tratamiento, son formas en las que se manifiesta la inequidad, como así también las barreras geográficas y culturales.

En cuanto al tratamiento propiamente dicho para las personas viviendo con VIH, se realiza con medicación antirretroviral, es decir, medicamentos que al ser ingeridos en un tiempo y forma continua no permitirían que el virus del VIH avance en el sistema inmunológico. Con el avance de la ciencia y la medicina a lo largo de los años, la cantidad

² Información obtenida del boletín oficial de ONUSIDA 2018.

de medicación se fue reduciendo. Según Fundación Huésped (2018), las drogas de tres medicamentos se pueden comprimir en una. Esto facilita la toma sistemática de la misma, ya que según Comisso (2007:61) *“las mujeres asocian la ingesta de medicamentos con el recuerdo de la enfermedad, así la medicación, controles de salud y el preservativo, aparecen como representantes del SIDA y en consecuencia se evitan”*. De manera que tener que ingerir tres medicamentos es parte de los obstáculos, ya que son parte de las representaciones sociales que impactan de manera negativa en su vida cotidiana.

Al igual que la toma de medicación, los análisis de sangre para realizar el conteo y control de las células CD4³ son parte importante del tratamiento. Los mismos se deben realizar cada tres meses y según el resultado se ajustan la medicación o no. Por tanto,

Para la medicina la esencia del sujeto estaría vaciada por la dolencia, la cual ocupará su lugar a posteriori, ocurrirá un apagarse de todas las otras dimensiones existenciales o sociales del enfermo, la dolencia lo recubrirá como una segunda piel, como una nueva identidad. Las personas dejarán de ser diferentes personas y pasarán a ser enfermos de alguna cosa (...) la clínica se empobrece toda vez que ignora todas las interrelaciones perdiendo, inclusive, la capacidad de resolver problemas estrictamente clínicos (Campos en Comisso, 2007: 80).

Esta cita cobra importancia en cuanto a la adherencia al tratamiento de las mujeres viviendo con VIH, ya que, como se mencionó, el avance en la ciencia, investigación y la medicina en relación con el virus del VIH fue importante. Pero el diseño del tratamiento para este virus, desde la concepción de la medicina, está basado principalmente en medicamentos antirretrovirales, sin incorporar a lxs sujetxs en su totalidad y solo calmando la dolencia biológica y física.

Por su parte, Margulis, Barber y Recoder (2006) mencionan *“la adherencia al tratamiento ha sido pensada por la biomedicina, desde el paradigma médico, como un comportamiento, una actitud de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento, y es desde esa perspectiva que se vienen estudiando los factores que la fortalecen o conspiran contra ella”* (10)

De manera que la postura desde el paradigma médico queda relegada a lo que una persona en su individualidad puede llevar adelante con la convivencia del virus. No se contempla el género o el lugar en la sociedad que ocupan las personas.

A partir de lo señalado se considera necesario que para lograr una adherencia al tratamiento, es necesario tener en cuenta otros aspectos además de la toma de medicación, el control médico y análisis de sangre. Es importante poder acceder a una buena alimentación con nutrientes necesarios, vivir en un ambiente libre de violencia y discriminación, al igual que poder acceder las mujeres a controles ginecológicos continuos, ya que, muchas de ellas además de VIH viven con otras infecciones de transmisión sexual y además, contar con un espacio terapéutico. Es decir, un tratamiento que contemple todos los aspectos de la vida cotidiana, tanto médico, sociales, psicológicos, políticos y económicos. Esto quiere decir, que no es lo mismo acceder al tratamiento que lograr la adherencia al mismo.

³ Son glóbulos blancos que combaten infecciones y realizan un papel importante inmunitario.

Acceso al trabajo, vida cotidiana y condiciones de vida

Las situaciones que se desarrollan en la vida cotidiana de las mujeres están determinadas por procesos socio históricos más estructurales, en el marco de la lucha de clases en la sociedad capitalista actual. Sociedad que tiene como fin la ampliación y reproducción del capital de una de las dos clases antagónicas, la clase burguesa o dueña de los medios de producción. La cual para lograrlo necesita de la explotación de la otra parte de la sociedad, la clase trabajadora o que vive del trabajo. La cual solo tiene para garantizar su reproducción material de existencia, la venta de su fuerza de trabajo. Este modo de reproducción de la vida material condiciona el proceso de vida social, político y económico.

Desde la concepción materialista de la historia, el concepto de trabajo tiene su factor objetivo y subjetivo. El factor objetivo, implica que es la actividad mediadora entre la naturaleza y el hombre, y que transformándola los sujetos se transforman así mismos. En cuanto al factor subjetivo, refiere al trabajo como un proceso social, en el cual, en un principio se manifiesta como la actividad laboral de manera individual, de cuya potencialidad productiva individual surge la mediación con otros individuos organizados en el trabajo (Fraiman, 2014). Es decir, que el trabajo es una relación social con sus dos componentes intrínsecos. Trabajo que se presenta como enajenado del ser social y se vivencia como un sacrificio indispensable que deben realizar los sujetos a cambio de un salario que solo alcanza para garantizar su reproducción material de existencia.

A lo largo de la historia el trabajo fue sufriendo transformaciones, las cuales estuvieron ligadas a las necesidades de continuar con la acumulación del capital. Para ello la clase dueña de los medios de producción, las diferentes instituciones y gobiernos que garantizan esa acumulación, llevaron adelante diferentes estrategias de control y reestructuración de las diferentes formas de desarrollarlo. Por lo tanto, es importante entender que

La clase trabajadora viene sufriendo la profundización de su proceso de fragmentación. A partir de la mitad de la década del 70 se produce una violenta transformación en la materialidad de la producción de maquinaria con la computarización del proceso de ajuste de la máquina y la robotización de la línea de montaje. Progresivamente la parte que aplicaba su pericia manual en el proceso de trabajo se ve expropiada de su poder político (...) crece la parte de la población que queda por fuera de la posibilidad de la venta de su fuerza de trabajo o que se afirma bajo sus distintas formas (flotante, estancada, latente o consolidada) como sobrepoblación obrera relativa de acuerdo a las necesidades de valoración del capital (Matusevicius, 2017: 257).

En la entrevista realizada a lx Licenciadx que coordina el programa Nacional de VIH en el municipio de Malvinas Argentinas (el recorte de la investigación se realizó con la población que acudía a la Sala de Atención Primaria de la Salud APS, que funciona en el Centro de Recreación Infantil Municipal CRIM), mencionó que la mayoría de las mujeres del programa están sin trabajo y tienen que recurrir a diferentes estrategias para garantizar el desarrollo material de su vida cotidiana.

En la vida cotidiana es en donde se percibe mejor hasta qué punto el individuo es el producto y no el creador de sus condiciones de vida. La vida, es decir, las condiciones y los modos, se crean, mucho más aún que la economía a espaldas de los hombres. (Trotsky, 2015:7)

De manera que es fundamental comprender que las condiciones en las que se desarrolla la vida cotidiana de las mujeres que asistían al programa, va más allá de lo que individualmente ellas puedan realizar como estrategias para garantizar la reproducción material de existencia, ya que tomando los aportes de lxs autorxs antes mencionados son aspectos más estructurales, políticos y económicos los que determinan hasta qué punto esas mujeres pueden llevar adelante el VIH como una infección crónica con tratamiento y garantía de acceso al mismo es sus múltiples aspectos.

De modo que se profundiza el concepto de feminización de la pobreza, en donde Aguilar (2011), menciona que se instalan políticas sociales focalizadas a los hogares encabezados por mujeres. De esta forma no se toma en cuenta las múltiples dimensiones, responsabilidades y causas de esa pobreza, en el cual se refuerzan los diagnósticos acerca de la pobreza como un problema social aislado de sus causas estructurales y desvinculadas del mercado de trabajo. En una de las entrevistas realizadas, la trabajadora administrativa mencionó

Muchas de las chicas no trabajan y vienen a buscar la caja de alimentos para ellas y sus chicos. Las chicas de la otra sala no saben que son pacientes de infectología y siempre les hacen mil preguntas, algunas de las chicas vienen primero para acá antes de ir a buscarla para decirme que las acompañe (15/09/2019).

Es interesante el aporte de De Ilesso (2017), para comprender la reacción de las mujeres que tienen que ir a buscar su propio alimento a la sala y el impacto que eso les genera, en cuanto a la participación frente a las nuevas manifestaciones de la cuestión social. Participar es un valor siempre y cuando no sea la coartada y la fórmula legitimante de un tipo de experiencia donde, en una sociedad fuertemente desigual, algunos pueden comprar su calidad de vida mientras otros deben participar en infinidad de pequeños espacios para conseguir su bienestar.

La categoría condiciones de vida es una mediación entre los procesos más generales de la sociedad y los problemas de salud-enfermedad de cada grupo poblacional, además, que la forma de vivir de los sujetos determina su forma de enfermar y morir. (Boch en Commisso, 1999:87)

De modo que la mayoría de las mujeres que asistían al programa, se encontraban en situación de pobreza según lo recabado en las entrevistas realizadas, lo que implicaba estar en condiciones de hacinamiento, no contar con los servicios básicos como lo es el agua, luz, gas, etc. A esta situación se suma que el acceso al trabajo remunerado se ve dificultado, ya que todas tienen niños a su cargo, y la distribución del tiempo en su mayoría, lo tienen que dedicar al cuidado de esos niños. Todas estas condiciones que son manifestaciones de la cuestión social, marcan la feminización de la pobreza en donde hay un empeoramiento de las condiciones de vida y la vulneración de los derechos fundamentales. La Licenciada mencionó en una de las entrevistas

La semana pasada me llamó una paciente el domingo a la noche para decirme que no podía ir a la consulta porque no tenía plata para cargar la sube (...) en una de las casas en las que limpiaba le dijeron que no vaya más, ella piensa que es porque se enteraron que tiene la infección, y bueno hasta que no le depositen la asignación no podía venir (10/11/2019).

De manera que estas mujeres que asistían al programa se encontraban en condiciones de vulnerabilidad por su situación de pobreza, por ser mujeres que en muchos de los casos tienen que garantizar ellas solas la supervivencia de sus familias, por estar expuestas a diferentes situaciones de violencia y vivir con VIH, en este sentido, tienen que enfrentar todas estas situaciones en el desarrollo de su vida cotidiana en una sociedad y un territorio que no está preparado para contemplar las múltiples determinaciones de su cotidianidad.

Sobre mujeres y vivir con VIH

Para comenzar este apartado es necesario mencionar que la noción mujer no refiere a un término desde una mirada biologicista, ni tampoco a todas las mujeres que son parte de la sociedad capitalista, sino que se trata de mujeres en término de género como construcción social, de la clase que vive del trabajo. Desde esta perspectiva se entiende la doble explotación que históricamente atraviesan en todos los ámbitos de su vida y lo que implica en su concepción social, además, ser mujeres que tienen que convivir con el VIH y sus representaciones sociales, estigma y discriminación.

Es importante comprender que las conformaciones familiares y el lugar que ocupan las mujeres en la sociedad no fueron siempre como se las conoce en la actualidad. A lo largo de la historia la familia y el lugar de las mujeres se tornó decisivo para consolidar la producción y reproducción social de las dos clases antagónicas. El orden social en el que viven lxs sujetxs en una época y lugar determinado, está condicionado por esa producción y para ello son necesarios tanto el grado de desarrollo del trabajo como el de la familia, Engels (2015).

Asimismo, comprender al sistema patriarcal como sistema de dominación masculino sobre la otra parte de la población, llámese femenina y diversidades, el cual sus funciones y manifestaciones cambian con el paso del tiempo y que precedió a la formación y opresión de clase (Lerner, 1990).

Si bien Lerner, está en desacuerdo⁴ con el planteo de Engels en cuanto a que el último plantea que en otras sociedades primitivas, las mujeres tenían una posición más igualitaria con los hombres en cuanto a la distribución de tareas para la supervivencia. Lerner, plantea que las mujeres tenían que realizar el sesenta por ciento y más de la recolección de comida y llevar consigo a lxs pequeñxs que tenían a sus cuidados alejándose de sus casas.

Es necesario mencionar en primer lugar la espacialidad en el tiempo en que cada autor escribe, con casi un siglo de diferencia. Y por otro lado, mencionar que hay acuerdo en cuanto a que hubo rupturas en las relaciones de parentesco, basadas en la propiedad comunal hacia una familia nuclear como unidad doméstica. Así junto con el desarrollo del

⁴ Para ampliación del tema ver Gerda Lerner “La creación del patriarcado”, 1990.

Estado, la familia monogámica se convirtió en la familia patriarcal, en donde las “esposas” pasaron a tener un papel privado de servidumbre decisivo para garantizar la producción y reproducción social del capital.

En los diferentes sistemas políticos, económicos y sociales a lo largo de la historia las mujeres han sido sometidas y explotadas donde, una de las marcas más importantes en cuanto a ese sometimiento fue la explotación sexual. Las mujeres de las clases inferiores han sido sometidas por hombres de la clase alta en la antigüedad, durante el feudalismo, en las familias burguesas de los siglos XIX y XX en Europa y en las complejas relaciones sexo-raza en los países colonizados y colonizadores (Lerner, 1990).

Como se mencionó anteriormente el sistema patriarcal es precedente al sistema capitalista, de manera que es necesario establecer como en la conformación, desarrollo y actualización del sistema capitalista la opresión hacia las mujeres y diversidad se profundizó.

Entonces, desde que se conformó la familia monogámica y patriarcal se profundizó hacia el interior de la familia privada las tareas de mantención, cuidados y educación tanto de lxs hijxs como de los “esposos” por parte de las mujeres en los hogares que pasaron a su unidad económica (Kollontai, 1976). Entonces, se crea una nueva división sexual del trabajo que las lleva a la a la tarea de reproducción al interior de la familia patriarcal, es decir las tareas domésticas, haciéndolas social y económicamente subordinadas.

Asimismo, las mujeres son parte de la producción social del capital, ya que algunas acceden a trabajos remunerados. Trabajos, que en su mayoría, tienen salarios desiguales en comparación con los hombres. Además el acceso a los mismos, en general, está restringido a puestos de trabajos feminizados, lo que implica que son trabajos de cuidado hacia otrxs, los cuales siguen reproduciendo los estereotipos de lo que una mujer puede hacer.

Por otro lado, otro porcentaje de mujeres sólo puede realizar el trabajo doméstico al interior del hogar, el cual no es remunerado pero sumamente necesario para garantizar la ampliación del capital, ya que se encarga de realizar las tareas fundamentales de supervivencia de sus “esposos” para que puedan realizar su actividad laboral en el puesto de trabajo, como la de sus hijxs que son la futura fuerza de trabajo. Sin esas tareas al interior de la unidad familiar no se lograría la producción y reproducción del capital. Además se naturalizó así la monogamia, heteronormatividad y la maternidad como relaciones de opresión para mantener bajo control el sistema social, político y económico vigente.

En este marco, algunas mujeres perciben su cuerpo como un espacio de esfuerzo y sufrimiento, vinculándolo exclusivamente con su función procreadora. Así se asimila la identidad femenina a la maternidad o capacidad relacional de cuidados a otros, lo que esconde lo violento de esta situación y se vive como algo natural y dado. Es de esta manera que las mujeres están, bajo el capitalismo, sometidas a una doble opresión, por su condición de trabajadoras en la incorporación de la producción y por tener que garantizar el trabajo doméstico y reproductivo como responsabilidad de ellas en el ámbito privado (Waters, 1977).

En consecuencia a esta doble opresión que atraviesan, la violencia en sus múltiples manifestaciones es parte de la cotidianeidad, por las desigualdades económicas y de poder de realización personal y responsabilidades domésticas (Giberti y Fernández, 1989).

Hay todo un sistema con instituciones que reproducen y validan la violencia hacia las mujeres y que legitiman que las mismas circulen por la sociedad con una significativa desigualdad de oportunidades.

Por consiguiente, estos aportes son importantes para poder comprender la situación de opresión, inferioridad y en consecuencia de violencia y discriminación con la cual las mujeres viviendo con VIH de la clase que vive del trabajo, tienen que atravesar en su cotidianeidad.

Representaciones sociales de las mujeres con VIH

Para comenzar este apartado es pertinente aclarar, que las representaciones sociales que se van a desarrollar son tanto de las mujeres viviendo con VIH que asistían al programa, como también de su entorno social. Además, de cómo estas representaciones se estereotipan y terminan estigmatizando a las mujeres, lo cual las coloca en una situación aún más de vulnerabilidad, reproduciendo en sus cuerpos situaciones de violencia, abuso y necesidades.

Conceptualmente las representaciones sociales, tomando los aportes de Moscovici en Perera Pérez (2008) son conjuntos de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana en el curso de las comunicaciones interindividuales y que dotan de sentido la realidad social. Se agrega además, que las mismas van modificándose o no, según el tiempo y el lugar dado en el que se esté. Estas representaciones tienen relación con el lugar que cada sujeto ocupa en la sociedad.

Igualmente denominado como “saber de sentido común”⁵ o también “natural”, esta forma de conocimiento interviene en distintos procesos de difusión y asimilación de conocimiento, en la definición de las identidades personales y sociales, en la expresión de los grupos y las transformaciones sociales e inciden en la construcción de la subjetividad (Biagini, 2000:27).

Por consiguiente las representaciones sociales de las mujeres viviendo con VIH tienen sus particularidades, ya que, como fue mencionado es una población altamente vulnerable y expuesta a diferentes situaciones, las cuales son asociadas a las representaciones sociales para con ellas.

Según Biagini, (2000) en 1995-96 se decía que las representaciones sociales del VIH estaban en construcción. Veinticinco años después, tales representaciones, siguen siendo las mismas: mujeres adictas y con prácticas sexuales “inmorales” para los estándares que la sociedad impone.

En consecuencia una de las representaciones más fuertes es asociar al VIH con la muerte. *“Desde las representaciones sociales y el discurso de los profesionales se vincula, enfermedad y muerte, considerando a los afectados por VIH/SIDA muertos civiles y desconociendo por tanto sus derechos humanos”* (Commisso, 2007:78).

En las entrevistas realizadas a lx trabajadorx social, mencionó que lo primero que le preguntan a lx médicx infectólogx las mujeres, es cuánto tiempo les queda de vida. Es entonces cuando el trabajo de lx Licenciadx tiene que ser continuo para explicarles lo que implica la buena adherencia al tratamiento, para que eso no suceda. Aunque si no

⁵ Comillas de la autora.

cuentan con las condiciones, materiales y simbólicas de existencia, por más función educativa que genere la profesional la adherencia no se logra.

Asimismo, lx trabajadorx administrativx, mencionó que cuando acompañaba a las pacientes a retirar la caja de alimentos, ella debía hablar con sus compañerxs de la sala para que no hicieran comentarios o preguntas que puedan incomodar a las pacientes. *“Hasta a mí me cuesta entender que es el derecho de ellas venir a buscar la caja y no verlas o hacerles preguntas como tu hijo está infectado de quien te infectaste”*(15/09/2019).

Estas representaciones sociales están asociadas por las mujeres a prácticas discriminatorias que las estigmatizan. En cuanto a esto, el Informe Final de Mujeres recientemente diagnosticadas con HIV (2014), menciona que 9 de cada 10 mujeres que viven con VIH se sienten estigmatizadas o discriminadas.

Por su parte Goffman (1989) en cuanto al estigma establece que en la sociedad los medios para categorizar a las personas según su aspecto y su apariencia hacen ver en qué categoría e identidad social se halla. Se lo deja de percibir como persona total para reducirlo a un ser menospreciado, de manera que un atributo de esa índole es un estigma.

Muchas de las mujeres que asisten al programa, según una de lxs entrevistadxs, sienten que la gente las mira. En cuanto a la familia, cuando se entera las empiezan a ver como enfermas que no pueden compartir un mate o un vaso. Es más notorio cuando tienen alguna lesión en la boca producto de las enfermedades oportunistas⁶ o por un simple corte. Otra de las cosas que mencionó la Licenciada, es en cuanto al aspecto físico, muchas de las mujeres bajan de peso y pierden masa corporal, ya que como se mencionó anteriormente, el acceso a una buena alimentación es fundamental y muchas de ellas no pueden acceder.

Una de las chicas me dijo que la madre le preguntaba a cada rato si está enferma, que tiene, que vaya al médico porque está muy delgada y la paciente no quiere contarle porque una vecina tiene VIH y la madre de ella no quiere compartir ni siquiera la vereda, además de que la ve como una drogadicta y bueno una persona de la noche. (15/09/2019)

Es importante no olvidar que la enfermedad es vivida por las mujeres como un secreto por el miedo que le provoca lo referido por la paciente, la discriminación, los prejuicios y el estigma en la sociedad.

Decir o no que se está infectado, a quién y cuándo está en el núcleo central de la experiencia cotidiana de la seropositividad. Mantener ese secreto supone un penoso y vigilante trabajo y el desarrollo de una serie de estrategias de atención y autocuidado personal y de los otros (Biagini, 2000: 54).

Las mujeres que viven con VIH, también tienen sus propias representaciones sociales y estigmatizaciones en cuanto a la enfermedad y las personas que viven con ella. Ya que son prácticas sociales aprendidas. Al respecto la Licenciada mencionó, que una de las

⁶ En una de las etapas de la enfermedad aparecen enfermedades relacionadas al avance del virus en el sistema inmunológico a las cuales se la denomina enfermedades oportunistas.

pacientes conocía a personas que viven con VIH, pero que no eran como ellas. Porque estas personas tenían consumo problemático de drogas y eran personas que mantenían relaciones sexuales con muchos individuos. Según la entrevistada, la mayoría de las mujeres dicen,

por qué a mí, si yo no consumo drogas solo estoy con mi marido no lo engaño y soy limpiita (...) estas chicas siempre se comparan con alguien que conocen que tiene HIV y que realizan alguna de las prácticas que ellas ven como natural de las personas con la enfermedad (10/11/2019).

Asimismo, otro de los aspectos fundamentales a la hora de realizar un análisis de las mujeres viviendo con VIH, es la exposición a los diferentes tipos de violencia a las que están expuestas. Volkow, Rodríguez, Baladrán (2012) y el Informe final de las mujeres recientemente diagnosticadas con VIH (2014), plantean que una de las violencias más naturalizadas es la sexual, ya que sus parejas o compañeros no quieren usar preservativo y en la mayoría de los casos son mujeres heterosexuales las que viven con VIH.

Por otro lado, en un informe periodístico de Infobae (2016) con fuente de la Fundación Helios mencionaba, que el 90% de las mujeres que contraen el VIH es por las relaciones heterosexuales con su pareja estable. Además, Comisso, (2007) analiza desde su investigación que la mayoría de las mujeres de la muestra de su estudio, contrajeron el VIH de su compañero sexual estable.

Ellas piensan que como ya tienen la enfermedad ellas y sus parejas no pasa nada si no se cuidan, yo intento explicarles que no es así. Pero la mayoría me dice que sus maridos no quieren cuidarse y si lo hacen les recriminan que seguro se acuestan con alguien más. Ellas no pueden ver que eso es violencia, pero no voy a decirles si apenas pueden amigarse con el tratamiento, les llegó a hablar con más profundidad del tema y no vienen más (15/09/2019).

Este testimonio da muestra del grado de naturalización que hay en las prácticas sexuales inseguras y como los hombres ejercen sigilosamente su poder hacia estas mujeres, de manera que tienen casi nula la posibilidad de negociar el uso del preservativo, estando así expuestas a una reinfección del VIH u otra ITS o ETS.

Otra de las violencias más reproducidas, según lo mencionado por la entrevistada, es la psicológica-emocional, ya que muchas de las mujeres refieren que en ocasiones no pueden hablar con sus parejas de la enfermedad porque es ahí cuando comienzan los reclamos, reproches e insultos.

Una de las chicas me comentó que el novio la amenazó con que le iba a contar a todos sus amigos que ella tenía HIV, me dijo que era porque estaba celoso de un amigo de ella y así nadie iba a querer acercarse. A la semana siguiente vino la paciente y me dijo que el novio le había sacado el celular y le mandó a todos sus contactos que ella estaba enferma con el virus, ella estaba muy mal porque no le había contado ni a su familia (15/09/2019).

Lo anterior es muestra de cómo se ejerce sobre los cuerpos, intimidades y deseos, el poder de los hombres para satisfacer sus propios placeres y deseos, reproduciendo como naturales prácticas machistas en el marco de una sociedad patriarcal.

Por otro lado, es importante mencionar que de las entrevistas surgió, que hay una necesidad de espacio de consejería pre y post test, ya que la licenciada, manifestó que hacía seis años que intentaba armar el espacio pero no lograba contar con los recursos materiales ni humanos. Además, refirió que el impacto que les genera a las mujeres enterarse que adquirieron el virus sin ningún otro tipo de información, dado que la educación sexual integral es una deuda pendiente en la sociedad, dificulta el comienzo del tratamiento.

Por consiguiente, se considera necesario tener estos espacios de pre y post testeo, como espacios preparados para contener, explicar y brindar apoyo. El Informe final sobre mujeres recientemente diagnosticadas con VIH (2014), menciona que después de obtener el resultado, el impacto emocional y el camino a seguir dependen en gran parte de estas consejerías, ya que el diagnóstico tardío influye en el seguimiento y tratamiento.

Asimismo, muchas de las mujeres se enteran que viven con VIH al momento de un control en el transcurso de un embarazo, mujeres que pocas veces fueron a controles ginecológicos. La profesional mencionaba que si no fuera por el motivo de embarazo no se realizarían el testeo, y muchos de esos embarazos no son deseados, es decir que se enteran de la positividad en un momento avanzado de la gestación. De modo que son embarazos producto de la violencia que atraviesan por no poder decidir sobre algún método anticonceptivo por ellas mismas.

Rol del trabajo social

Se consideró necesario escribir un apartado con el rol que cumple el Trabajo Social como profesión en este programa, ya que la coordinación del mismo estaba a cargo de unx Licenciadx en Trabajo Social y de las entrevistas surgieron aportes interesantes para reflejar y problematizar.

Se parte de concebir y comprender que el Trabajo Social está inscripto en la división social y técnica del trabajo enmarcado en el sistema capitalista y que como tal, lxs trabajadorxs sociales son trabajadores asalariados. Lxs cuales no llevan adelante una práctica aislada de cada profesional, sino que está orientada a intervenir en las manifestaciones de la cuestión social (Massa y Massei, 2014) y en el cual es necesario tener en cuenta el análisis coyuntural en donde las situaciones se presentan.

Tal como se mencionó, la intervención no es una práctica aislada. De las entrevistas realizadas a la Licenciada se pudo observar que la misma mencionaba el intento de intervención con otrxs profesionales del Trabajo Social y otras disciplinas. Para que puedan aportar a los tratamientos de las pacientes y que no sea solo su mirada la que determine ciertas situaciones en los tratamientos. De igual modo mencionó que conocía la situación de vulnerabilidad económica y social en la que se encontraban las pacientes, por lo cual intentaba dar la mejor respuesta posible, pero que se hallaba muy cansada el último tiempo y su cuerpo estaba agotado. Ella lo asociaba a que lxs médicxs delegaban mucha responsabilidad en ella.

Para poner en funcionamiento una estrategia de intervención acorde con el diagnóstico de la situación y el dilema, transformado ahora en

problema, no puede dejar de mediar un necesario espacio de reflexión. La orientación ético política de nuestro que hacer debe ser traída a la mesa de debate (...) entonces, de lo que se trata es traer a la conciencia las consecuencias políticas de nuestra intervención concreta. Este proceso reflexivo permite el reconocimiento de las determinaciones en las que nos encontramos como trabajadores sociales y que atraviesan a la población con la que trabajamos (Matusevicius, 2017:210).

De manera que más allá de las buenas intenciones que tenga la Licenciada para con las pacientes, es necesario configurar un equipo de trabajo para debatir acerca de la intervención y llevar a la mesa de debate eso que no se está dando. Además, la profesional manifestó que muchas de las pacientes del programa la llamaban los domingos por la noche o en horarios no laborables porque se sentían mal o tenían problemas personales o no recordaban el día del turno. Esto marca las condiciones de trabajo en las que la profesional se encontraba desarrollando sus tareas laborales, ya que al no tener un equipo de trabajo más que la infectóloga y la trabajadora administrativa, configuran parte de la precarización laboral.

Por otro lado, en la entrevista realizada tanto a la licenciada como a la trabajadora administrativa de la sala de APS, se indagó acerca de la realización de talleres o actividades para abordar la problemática del VIH. Si bien respondieron que al no haber psicólogos y solo una infectóloga, hasta hace poco tiempo, las únicas eran ellas, y solo podían realizar el primero de diciembre⁷ alguna actividad de recreación y actuación concientizando sobre el uso del preservativo, como también sobre la importancia de la adherencia al tratamiento para tener una “buena calidad de vida”. No obstante, las dos entrevistadas hicieron énfasis en la poca participación de la población y comentaron que solo eran unas pocas mujeres las que asistían a estas actividades.

Al respecto De Ilesso (2017), menciona en cuanto a la participación de los usuarios de los servicios sociales, que los sujetos habitan en contextos vulnerables y que hay factores que profundizan la pobreza de la participación, relacionados así con aspectos estructurales y psicosociales que históricamente se desarrollan en esta sociedad. La participación supone un proceso de aprendizaje y de ruptura de prácticas sociales aprendidas que obstaculizan la participación. Según el autor algunos de los factores obstaculizadores son: el conformismo, desesperanza, corrupción, discriminación, auto desvaloración, falta de credibilidad, clientelismo político y la falta de representatividad.

Si bien se puede analizar que la trabajadora social en su intervención profesional tiene en cuenta los determinantes estructurales, la coyuntura y cotidianidad en sus intervenciones con las pacientes adoptando una perspectiva de totalidad (Oliva y Mallardi 2012). Es cierto también que, al tener tanta demanda en su desarrollo laboral, termina realizando en mayor medida la función de gestión y asistencia. Además es necesario resaltar que quien ocupa el lugar de la coordinación del programa es una trabajadora social, y eso tiene una significación importante. Se puede analizar un avance en la jerarquización de la profesión, pero que implica que casi todas las tareas del programa en este municipio las tenga que resolver la licenciada.

⁷ Día mundial de lucha contra el Sida.

Conclusiones

A modo de cierre de este trabajo de investigación para la obtención del título de grado de la carrera de Lic. en Trabajo Social, se pudo realizar el análisis de las entrevistas en sostén del marco teórico presentado y se llegó a algunas conclusiones.

Si bien no se pudo entrevistar a las mujeres directamente porque el programa no cuenta con espacios de encuentros para las mismas, en donde lograr un acercamiento para entablar un vínculo que genere la confianza a la escucha, se logró acceder a las experiencias de vida con el VIH, el sentir y pensar de las mujeres, como así también su convivencia con el tratamiento y accesibilidad al sistema de salud, a través del relato de personas que trabajan en el programa. Para esto la voz de lxs entrevistadxs fue primordial para conocer el funcionamiento del programa y a través de ello analizar las experiencias de las mujeres viviendo con VIH.

Sin embargo, la voz de lxs entrevistadxs representa una parte del funcionamiento del programa y el sentir y vivir de las mujeres, ya que ellas tienen una visión del mundo desde una perspectiva de sociedad. De manera que si se hubiesen logrado las entrevistas a otrxs trabajadorxs dentro del programa o directamente a las mujeres que son parte del mismo, tal vez se hubiera obtenido información diferente o afirmado lo antes mencionado por las entrevistadas, lo cual implica que el análisis de este trabajo da un resultado parcial del funcionamiento del programa.

Con respecto al VIH, hubo un avance en materia de conocimiento científico y médico de detección, investigación y tratamiento. Lo que permitió mejorar el desarrollo de la vida de las personas viviendo con el virus. Desde la aparición del mismo hasta la actualidad se descubrieron nuevas técnicas químicas para el tratamiento al igual que para su detección y diagnóstico.

En cuanto al Estado y las instituciones, si bien se implementó la ley nacional y el programa nacional, con el transcurso de los años, los diferentes gobiernos con sus medidas políticas, sociales y económicas adoptadas, continuaron delegando en las instituciones del tercer sector la intervención con las personas viviendo con VIH, además estas instituciones siguen teniendo una fuerte presencia desde el acompañamiento a las personas, como así también para la realización de investigaciones sobre la problemática.

De manera que, en lo formal también hubo un avance en el Programa Nacional de VIH-SIDA, pero en lo concreto y material no se tienen en cuenta las múltiples determinaciones que hacen a la vida cotidiana de las mujeres con VIH. Ya que para lograr la adherencia al tratamiento es necesario ver a las mismas como mujeres con una historia dentro de un sistema que las determina en sus condiciones materiales de existencia. Como se mencionó a lo largo del trabajo muchas de las mujeres no cuentan con un trabajo remunerado, y tienen primordialmente ellas la responsabilidad del cuidado de otras personas. Además, las condiciones de vida, sus hogares, alimentación y cuidado impactan directamente en el tratamiento. Entonces la contradicción está presente entre la igualdad de las personas ante la ley y la desigualdad material y social de las mujeres en su vida cotidiana.

Por lo tanto, estas mujeres que son parte de la clase trabajadora están en un sistema capitalista y patriarcal que las oprime doblemente. Y en consecuencia las mujeres viviendo con VIH desarrollan su vida cotidiana con esta carga y las representaciones sociales estigmatizadas de la sociedad: por ser mujeres, pertenecientes a la clase y por vivir con VIH.

Las representaciones sociales hacia ellas terminan discriminando y estigmatizándolas. Además, son mujeres que están en un ambiente donde las diferentes manifestaciones de violencia están presentes y naturalizadas, lo que las coloca en una situación de vulnerabilidad aún mayor. Estos son factores que repercuten también en la adherencia al tratamiento y los cuidados.

En definitiva, pensar y diseñar un programa para personas viviendo con VIH, que quiera lograr una buena adherencia al tratamiento y concientizar sobre los cuidados y prevención del VIH, implica pensar un programa que contemple que las mujeres tienen una historia, que se desarrolla dentro de un sistema que las oprime y violenta, que les dificulta el acceso al trabajo remunerado y a la salud, de manera que las coloca en una situación de extrema vulnerabilidad.

Pensar un programa con estas características, es también pensarlo desde los profesionales que van a intervenir en el mismo. Sus diferentes miradas y posturas para que acompañen de la mejor manera posible el vivir con VIH.

Bibliografía:

- AGUILAR, P. (2011). *La feminización de la pobreza: conceptualizaciones actuales y potencialidades analíticas*. Universidad de Buenos Aires. Revista Pesquisa Teórica. Buenos Aires
- ANTÚNEZ, R. (2009). *Diez tesis sobre el trabajo del presente y el futuro del trabajo*. Biblioteca CLACSO recuperado en <http://biblioteca.clacso.edu.ar/> Buenos Aires.
- BIAGINI, G Y SÁNCHEZ, M. (1995). *Actores sociales y SIDA*. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- BIAGINI, G. (2002). *De reacciones y sentidos. La vivencia del proceso salud-enfermedad-atención del VIH-SIDA*. Colección de cuadernos de trabajo Nº16, Universidad Nacional de Luján. Buenos Aires.
- CAVALLERI, S Y LÓPEZ, X. (2009). *Debate contemporáneo y proyectos profesionales en el Trabajo Social*. En el debate contemporáneo en el Trabajo Social Argentino. Ediciones Cooperativas UNLU. Buenos Aires.
- COMMISSO, M. (2007). *Mujeres viviendo con VIH-SIDA análisis e intervención del Trabajo Social*. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- CUSTO, E. (2008). *Salud Mental y Ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social*. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- DE IESSO. (2017) *¿Convivir o sobrevivir? Procesos participativos en contextos de alta vulnerabilidad*. Ficha de apoyo académico asignatura trabajo social III UNLU. Buenos Aires.
- ENGELS, F. (2015). *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*. Editorial Progreso. Recuperado en <http://lasrojas.com.ar> Buenos Aires.
- FERNÁNDEZ SOTO, S Y TRIPIANA J. (2018). *Las políticas sociales y la configuración de la sociedad civil: políticas, sentidos y prácticas en el tratamiento de la cuestión social*. En Políticas sociales, trabajo y trabajadores en el capitalismo actual. Aportes teóricos y empíricos para una estrategia de emancipación. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- GIANNA, S Y MASSA, L. (2017). *El enfoque de derecho como tendencia contemporánea de la dualidad entre igualdad política y desigualdad material*. Ficha de apoyo académico asignatura trabajo social III UNLU.
- GIBERTI E Y FERNÁNDEZ A. *La mujer y la violencia invisible (1989)*. Editorial Sudamericana. Buenos Aires

- GOFFMAN, E. (1999). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- IAMAMOTO, M. (2001). *Servicio social y división del trabajo*. Editorial Cortez. San Pablo.
- KOLLONTAI, A. (1976). *La mujer en el desarrollo social*. Editorial Guadarrama. Barcelona.
- LENER, G. (1990) *La creación del patriarcado*. Editorial Crítica S.A. Barcelona.
- MARGULIES S, BARBER N, RECODER M. (2006). *VIH-SIDA y "adherencia" al tratamiento, enfoques y perspectivas*. *Antipoda revista de antropología y arqueología*. Buenos Aires.
- MASSA, L Y MASSEI V. (2014). *Perspectivas en la construcción de "problemas sociales" en el ejercicio profesional del Trabajo Social*. RED Sociales revista electrónica del departamento de ciencias sociales UNLU. Buenos Aires.
- MATUSEVICIUS, J. (2017). *Intervención profesional en tiempos de precarización laboral. Contrapoder instituyente y articulación con movimientos sociales*. En procesos de intervención en Trabajo Social, contribución al ejercicio profesional crítico. Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. Buenos Aires.
- NETTO, P. (1997). *Capitalismo monopolista y servicio social*. Editorial Cortez. San Pablo
- NETTO, P. (2002). *Reflexiones en torno a la cuestión social*. En nuevos escenarios y práctica profesional. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- OLIVA, A Y MALLARDI, M. (2012). *Problematizando los procesos de intervención y las tácticas operativas en la práctica profesional del Trabajo Social*. Tercer encuentro argentino y latinoamericano de Trabajo Social. Buenos Aires.
- OLIVA, A. (2017). *Elementos para el análisis de las contradicciones en la práctica profesional de los trabajadores sociales*. Texto de apoyo de la asignatura trabajo social III. Buenos Aires.
- TROTSKY, L. (2015). *Problemas de la vida cotidiana*. Recuperado en: <https://www.marxists.org/espanol/trotsky/eis/problemas-vida-cotidiana-2edicion-Trotsky-1923.pdf> Buenos Aires.
- VARELA, L. (2009). *El proceso de endeudamiento en Argentina*. Ficha de apoyo académico de la materia comunicación social y medios.
- WATERS, M.(1977). *Feminismo y Marxismo*. Editorial Fontamara. España

Webgráfica:

- CALSICOVA. (2010) Historia del VIH y el SIDA. Recuperado en: <http://www.calcsicova.org/es/historia-del-vih-y-el-sida>
- CLACSO. (2008) Perera Pérez, M. A propósito de las representaciones sociales. Apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. Recuperado en <http://biblioteca.clacso.edu.ar>
- CREACIÓN POSITIVA. (2012). Mujer y VIH, identificación de necesidades y estrategias. Recuperado en: <http://creacionpositiva.org/banco-de-recursos/ESTUDIOS/Mujer-VIH.pdf>
- EL PAÍS (2018). Tuchin. F. Las grandes desigualdades del sistema sanitario en Argentina. https://elpais.com/elpais/2018/05/28/planeta_futuro/1527542153_576805.html
- FUNDACIÓN HUÉSPED (2010). Bloch. C Nuevos enfoques en la salud pública generados a partir de la respuesta a la epidemia del VIH/SIDA (2010). Recuperado en: <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/ASEI-69-104-114.pdf>
- FUNDACIÓN HUÉSPED (2018) ¿Qué es el HIV? Recuperado en: <https://www.huesped.org.ar/que-hacemos/eventos/latina-forum/>

- INFOBAE (2020). Blanco, D. Pacientes con VIH-SIDA: los 6 puntos que muestran el daño colateral de la pandemia en enfermedades crónicas sin cura ni vacuna. Recuperado en <https://www.infobae.com/america/tendencias-america/2020/12/01/pacientes-con-vih-sida-los-6-puntos-que-muestran-el-dano-colateral-de-la-pandemia-en-enfermedades-cronicas-sin-cura-ni-vacuna/>
- INFOBAE (2016). El 90% de las mujeres contraen VIH por su pareja estable. Recuperado en: <https://www.infobae.com/2016/03/14/1795559-el-90-las-mujeres-contrae-hiv-su-pareja-estable/>
- INFOBAE (2020) La otra pandemia. Recuperado en: <https://www.infobae.com/salud/2020/12/01/la-otra-pandemia-preocupa-en-argentina-la-disminucion-de-testeos-de-vih/>
- INFOBAE (2016). Stamboulian, D. Cómo viven los adolescentes con VIH en Argentina. Recuperado en <https://www.infobae.com/salud/2016/07/12/como-viven-los-adolescentes-con-hiv-en-la-argentina>
- MINISTERIO DE SALUD (2012). Guía de recomendaciones para el tratamiento periodístico del VIH-SIDA. Recuperado en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000299cnt-2013-11_guia-recomendaciones-periodistico-vih.pdf
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2012) Caracterización de las mujeres recientemente diagnosticadas con VIH en Argentina. Recuperado en <http://www.msal.gob.ar/>
- FRAIMAN, J. (2014). Núcleo Básico de revistas científicas argentinas. Algunas consideraciones sobre el concepto de trabajo en Karl Marx y el análisis crítico de Jürgen Habermas. Recuperado en <https://www.unse.edu.ar/trabajosociedad>
- ONUSIDA. (2012). Caracterización de las mujeres recientemente diagnosticadas con VIH en Argentina. Recuperado en <http://www.onusida-latina.org>
- ONUSIDA. (2017) Comunicado de prensa. Recuperado en: https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2017/october/20171002_confronting-discrimination
- ONUSIDA. (2019) Monitoreo global del Sida. Recuperado en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf
- SECRETARIA DE SALUD. (2016) Vivir en positivo. Guía para las personas con VIH, sus familiares y amigos. Recuperado en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000859cnt-2016-07_guia-vivir-en-positivo-personas-vih-familiares-amigos.pdf
- SECRETARIA DE SALUD. (2018) BOLETIN SOBRE VIH, SIDA E ITS EN ARGENTINA. Recuperado en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-presento-los-datos-del-nuevo-boletin-sobre-vih-sida-e-its-en-argentina>
- VOLKOW FERNÁNDEZ, P.; RODRÍGUEZ DE VIANA, A.; BALADRÁN DUARTE, D.; REVISIÓN CRÍTICA. (2012). La vulnerabilidad femenina frente al VIH en América Latina. Recuperado en <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/ASEI-78-111-119.pdf>