

Para una historia de la salud y la enfermedad en la Argentina. Aportes desde el caso de la representación del VIH

For a History of Health and Illness in Argentina. Contributions
from the Case of HIV Representation

Renzo Gastón Molini Aciar¹



<https://orcid.org/0009-0005-2421-0752>

Resumen:

En este trabajo analizo cómo se construyó el estigma en torno al VIH/sida en la prensa argentina durante 1985. El objetivo es indagar cómo los medios contribuyeron a vincular la enfermedad con nociones morales, identidades abyectas y mecanismos de exclusión. En un contexto de incertidumbre biomédica, la prensa funcionó como un dispositivo clave de producción de sentidos, asociando el virus con ciertos sujetos y prácticas sexoafectivas, consolidando matrices estigmatizantes que perduran.

La metodología utilizada es cualitativa y hermenéutica. El análisis se realizó sobre cuatro diarios: Clarín, La Nación, La Prensa y Crónica. La investigación intenta inscribirse en el marco de la historia sociocultural de la salud y la enfermedad, y articula aportes de la sociología, la antropología, la teoría de las representaciones y los estudios de género y queer.

Palabras claves: VIH, representaciones mediáticas, estigma, salud.

¹ Universidad Abierta Interamericana (UAI). Programa de Salud y Ciencias Sociales, FLACSO-Argentina. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. Contacto: renzo.molini@gmail.com

Abstract:

This paper analyzes how stigma surrounding HIV/AIDS was constructed in the Argentine press during 1985. The aim is to examine how the media contributed to linking the disease with moral notions, abject identities, and mechanisms of exclusion. In a context of biomedical uncertainty, the press operated as a key device in the production of meaning, associating the virus with certain social subjects and sex-affective practices, thereby consolidating stigmatizing frameworks that still persist.

The methodology used is qualitative and hermeneutic. The analysis focuses on four newspapers: Clarín, La Nación, La Prensa, and Crónica. The research seeks to situate itself within the field of the sociocultural history of health and illness, and draws on contributions from sociology, anthropology, representation theory, and gender and queer studies.

Key words: HIV, media representations, stigma, health.

1. Introducción

Aunque el proceso de salud-enfermedad puede ser interpretado como un aspecto propio del campo de la biología, las ciencias sociales y las humanidades han abordado el mismo como un elemento constitutivo de la cultura y la organización social. Las múltiples maneras que todas las sociedades humanas han ideado para enfrentar a la enfermedad, conforman sistemas de interpretación y práctica profundamente arraigados en sus diferentes cosmogonías y cosmovisiones. De esta manera, la medicina, entendida en un sentido amplio (lo que incluye también a su dimensión alopática), cumplió y cumple no solo funciones terapéuticas, sino también políticas, simbólicas, culturales y económicas, ordenando lo social y definiendo los límites entre lo “normal” y lo “patológico”.

Desde la historia, diferentes líneas historiográficas se han conformado con el fin de abordar analíticamente los diversos aspectos que constituyen el campo de la salud, la enfermedad y la

atención. Las transformaciones ocurridas en el campo durante el periodo de entreguerras, permitió ir desde los primeros escritos realizados por médicos, que pusieron el foco en el progreso científico y los grandes descubrimientos realizados por ellos mismos, hasta la actualidad, en donde la historia se enriquece con los aportes teóricos y metodológicos tomados desde otras disciplinas científicas.

En este sentido, el presente escrito se estructura en tres partes. En la primera, caracterizo brevemente tres corrientes historiográficas que produjeron transformaciones metodológicas claves, a la vez que expongo las líneas de trabajo que se han desarrollado en América Latina y el Caribe. También destaco algunos aportes desde otras disciplinas y realizo una mención a los estudios llevados a cabo en el país.

En la segunda parte, describo brevemente el marco teórico desde el cual parto para analizar el caso del VIH. Finalmente, presento al mismo a partir de las noticias publicadas por cuatro diarios argentinos durante el año 1985.

2. La historiografía de la salud y la enfermedad

El periodo conocido como de entreguerras, significó para la historia, un momento clave en innovaciones teóricas y metodológicas. Esto trajo aparejado una fragmentación de la misma en múltiples campos complejos y heterogéneos (Hernández Sandoica, 2004). Las influencias de las ciencias sociales y otras humanidades, fueron relevantes para desafiar el canon tradicional de la llamada historiografía “científica”.

En ese contexto, la historia de la salud y la enfermedad emerge como uno de los tantos temas que se introdujeron. Tres son las corrientes historiográficas que colaboraron a desplazar el foco desde una visión principalmente anclada en la figura del médico y el

avance científico, hacia una mirada situada, crítica, multidimensional e interdisciplinaria.

La llamada escuela germano-norteamericana, debe su nombre a quien es considerado su iniciador, Henry Sigerist. Oriundo de Alemania, se trasladó a Estados Unidos con la llegada del nazismo al poder, desarrollando allí en mayor medida sus líneas de trabajo. Su propuesta fue pensar a la salud como un fenómeno social total y no únicamente como un hecho biológico. Incorporó en su análisis la dimensión política, por lo que tuvo una mirada sumamente crítica de las instituciones sanitarias.

Influenciado por el marxismo crítico y en diálogo con la sociología, entendió a la medicina como un elemento clave en la reproducción de las desigualdades sociales. Promovió una historia social de la medicina, comprometida con los problemas contemporáneos, atenta a las condiciones de trabajo del personal sanitario y las políticas de bienestar o exclusión impulsadas por los Estados.

Por su lado, la escuela española tiene como referente principal a Pedro Laín Entralgo. Aunque desplegó tempranamente líneas de trabajo e investigación durante mucho tiempo, el mayor auge ocurrió luego de la muerte del dictador Francisco Franco (1892-1975) hacia la década del ochenta del siglo XX. El aporte principal fue desplazar las miradas centradas en la medicina institucionalizada, hacia un análisis del proceso de salud-enfermedad-atención como una construcción cultural, relacional y situada. Profundamente influenciado por la antropología, fundamentalmente en su vertiente filosófica, Laín Entralgo promovió la incorporación analítica de la experiencia de los sujetos. De esta manera, se exponía que las formas de enfermar, curar y morir no son ahistóricas ni naturales, sino fenómenos culturales atravesados por las diferentes realidades sociales de cada periodo histórico.

Finalmente, destaco los aportes de la escuela francesa. Aunque allí se produce la gran renovación metodológica gracias a la Escuela de los Annales, en relación con los estudios de la salud y la enfermedad, los principales aportes provinieron de George Canguilhem (1904-1995) y Michel Foucault (1926-1984). En líneas generales, los análisis se centraron en la manera en que se formó el saber médico y, por eso mismo, un tipo de poder específico.

Las sociedades han construido históricamente lo que se ha considerado lo normal y lo patológico, lo sano y enfermo, en cada una de ellas. Las categorías médicas no son verdades estables y esenciales, sino contingentes. El campo médico no es analizado solamente como una entidad destinada a curar, sino también para clasificar, jerarquizar y producir subjetividades. Esta construcción social de la salud, conlleva en cada momento histórico y en cada comunidad en particular, la creación de ciertos dispositivos de saber, control e intervención sobre los individuos y las poblaciones.

Con relación a América Latina, la historiografía sobre la salud y la enfermedad ha tenido una construcción dinámica y compleja, con una marcada actividad en los últimos años. Diego Armus (2002a) indica que tres tendencias han dominado el escenario, dando por resultado una multiplicidad de estudios históricos con una constante interdisciplinariedad teórica, una gran amplitud temática y una proliferación cruzada de metodologías.

La *Nueva historia de la medicina*, son estudios que analizan el campo del saber, poniendo foco en cómo se constituyeron ciertas prácticas y conocimientos científicos-médicos como legítimos, frente a otros que fueron dejado de lados. Esta vertiente contextualiza la producción de un campo epistémico que validó una forma de intervención en la salud y la enfermedad, analizando cuáles fueron los grados de impacto que produjeron a

nivel social y de construcción de conocimiento en el campo médico. Estos análisis dialogan con la historia de la ciencia y los aportes de Canguilhem y Foucault.

Otra corriente es lo que se conoce como *Historia de la salud pública*. Son estudios que centran su análisis en los regímenes de intervención que llevan a cabo determinadas instituciones (estatales, sociales, eclesiásticas, etc.) en materia de salubridad. Dan cuenta de cómo se ligan las mismas con los procesos de modernización de los Estados de la región y sus intervenciones sobre la población, excediendo al campo médico. Se trata de una perspectiva que tiende puentes con la escuela germano-norteamericana.

Finalmente, destaca la llamada *Historia sociocultural de la enfermedad*. Estas investigaciones cruzan análisis desde diferentes ciencias o disciplinas (antropología, sociología, semiología, etc.). Desde este enfoque se piensa a la salud/enfermedad como conceptos multifacéticos, en estudios que abordan los contextos en los cuales se construye lo que es o no una enfermedad; los imaginarios y metáforas que predisponen una forma de actuación que legitima discursos y prácticas; la construcción de instituciones de disciplinamiento y control social; el cuerpo y las dimensiones de género, diversidad, etnicidad, nacionalidad, entre otros.

Este enfoque a mi entender, toma aportes de las tres escuelas nombradas al principio, aunque con una preeminencia de la perspectiva foucaultiana. Asimismo, su amplitud coincide con la Escuela de los Annales, en relación con el interés por los procesos de larga duración y una noción ampliada de lo histórico, que permite pensar la salud y la enfermedad como hechos sociales totales, imbricados en tramas culturales, simbólicas y materiales complejas.

Quisiera destacar, que considero que estas tres corrientes analíticas no se alimentan solo de las escuelas mencionadas. A mi criterio, también toman los importantes y característicos aportes que se van a realizar desde América Latina y el Caribe en materia de salud, durante los años 1960-1970. A saber, los que parten de la *Teoría de la Dependencia* y los realizados desde la llamada *Epidemiología Crítica*.

Con relación a la primera, vinculada con la *Teoría de la Dependencia*, se abordan las intervenciones del Estado, sus decisiones políticas y económicas, los motivos del atraso en el desarrollo humano en la región, entre otras dimensiones. La influencia de esta teoría se puede rastrear en los trabajos de la *Historia de la Salud Pública*, ya que en ellos se tratan temas como los procesos higienistas en la consolidación de los Estados-nación, las estrategias de vacunación sobre la población indígena, la creación de los marcos jurídicos-institucionales que dieron lugar a la aparición de ciertas instituciones, etc. En general, sus abordajes resaltan que “el insatisfactorio balance resultante [se explica] (...) como un resultado de la condición dependiente de la región” (Armus, 2002a, p. 44).

Por otra parte, se encuentran los aportes realizados desde la llamada *Epidemiología Crítica*, una perspectiva surgida a partir de los años setenta. Sus ideas fueron el cimiento de los movimientos de la conocida *Medicina Social Latinoamericana*² y anclarán su consolidación en el marco de tres críticas. Primero, hacia la epidemiología convencional de corte empírico. Segundo, hacia las políticas llamadas desarrollistas que daban por supuesto que el desarrollo económico daría correlato a un desarrollo en salud. Por último, a cierta tradición anglosajona anclada en los

² También se la conocerá como un movimiento de Salud Colectiva, opuesto a la Salud Pública hegemónica. Dos exponentes importantes son Cristina Asa Laurell y Jaime Breilh.

Estados Unidos, y que fue también una respuesta a las intervenciones que la Fundación Rockefeller realizaba en materia de salubridad, principalmente sobre los países del Caribe.

La Medicina Social se constituirá con un enfoque teórico y metodológico diferente. Su mirada de la salud se enriquecerá en el marco de los aportes que tomará del marxismo en clave gramsciana, adaptado al contexto latinoamericano. La salud-enfermedad será analizada “como un proceso dialéctico y no como una categoría dicotómica” (Iriart et al., 2002, p. 131). Fue una perspectiva de abordaje que cambió el foco del análisis y se enmarcó en una epidemiología de tipo militante, es decir, una *praxis* entre pensamiento-investigación y acción. Caminó a tono con los procesos emancipadores que surgieron en la región fuertemente en la década de 1970.

Aunque en su interior existieron elementos de tensión y divergencia, la *epidemiología crítica* comparte algunos postulados generales. Siguiendo a Hernández (2009), los puntos clave que la caracterizarán en contraste con una epidemiología de corte tradicional son:

- a) una visión basada en paradigmas históricos-sociales;
- b) el entendimiento de la salud como un proceso colectivo, conjunto humano social e histórico y no la mera suma de voluntades;
- c) las condiciones socioeconómicas son determinantes estructurales para el enfermar, morir o vivir (lo que llaman como una Epidemiología de la desigualdad);
- d) análisis centrados en la reproducción social de los determinantes de la salud/enfermedad, evitando así causalidades lineales;

- e) un accionar capaz de influir en los procesos que debilitan o fortalecen los procesos de salud/enfermedad.

Desde mi perspectiva, es una propuesta que puede ser caracterizada y calificada como una *Escuela latinoamericana de análisis de la salud-enfermedad*. Renovó a la salud como objeto de estudio y como pensamiento epistemológico, apostando a transformarla en un campo de práctica social y política. Además, hacia mediados de 1980, introdujo el concepto de *determinantes sociales de la salud*, que propone “repensar la salud como objeto, replantearse el arsenal de conceptos sobre la salud y contribuir a renovar las nociones sobre la práctica sanitaria” (Breilh, 2013, p. 2).

Es una *escuela*, con un enfoque inter-transdisciplinario y una perspectiva intercultural. Sus análisis poseen un foco sistémico, ecológico e histórico, atravesado por las categorías de clase-sexo/género-etnia. Así mismo, considera a las condiciones socioeconómicas como claves para abordar el proceso de salud-enfermedad.

El cuadro presentado no se agota en sí mismo, sino que son muchas las contribuciones que han enriquecido la mirada de la historia de la salud y la enfermedad. A continuación, voy a resaltar algunos de los aportes que desde los años noventa plantearon líneas críticas para complejizar al objeto de estudio.

Desde la filosofía y la historia, el autor italiano Roberto Espósito (1950-) abordó la relación entre la noción política de comunidad y la noción biomédica de inmunidad. Dio cuenta, de cómo la definición de una comunidad concreta termina dejando a ciertos sujetos sociales por fuera de lo aceptado como parte de ella. En otras palabras, la comunidad establece una biopolítica de protección para sí, sacrificando aquellas vidas innecesarias,

reflejándose este acto en la práctica médica y gubernamental de la política³.

En una línea similar desde la antropología, la autora Emily Martin (1944-) en su libro *Flexibles Bodies. The role of immunity in America culture from the days of Polio to the age of AIDS*, publicada en 1994, analizó la mutación y percepción del concepto de inmunidad en la cultura norteamericana. Ella sostiene que, lejos de una noción meramente biológica o epidemiológica, la inmunidad se encuentra definida por criterios colectivos y políticos. Esto habilita la construcción de respuestas concretas hacia sujetos específicos en relación con la soberanía o exclusión de los cuerpos, así como su inclusión o estigma y marginación.

Por el lado de los aportes desde los estudios genéticos, los análisis de Nikolas Rose (1947-) son un elemento clave para observar y analizar cómo la manipulación genética y molecular, tienen un correlato en la politización de la vida y la gestión biopolítica a través de la biotecnología. En su libro *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*, originalmente publicado en 2007, aborda cinco líneas que a su parecer marcan la redefinición de la percepción y la práctica médica. Estas son: la molecularización, la optimización, la subjetivación, el conocimiento somático especializado y las economías de vitalidad.

Los cruces entre teoría de género y teoría queer, han producido investigaciones profundamente críticas por parte de autores como

³ Dos de sus obras centrales donde expone esto son: Espósito, R. (2003a) *Communitas. Origen y destino de la comunidad* (la obra es de 1998); Espósito (2003) *Inmúntas. Protección y negación de la vida* (la obra es de 2002).

Judith Butler⁴ (1956-) o Paul Preciado⁵ (1970-). Este último autor, siguiendo las propuestas de Foucault, Derrida, Butler y Wittig ha profundizado sobre las modalidades de la biopolítica actual, en términos de categorías como *contrasexualidad*⁶, *farmacopornografía*⁷ o *tecnopatriarcado*⁸.

Otra obra a destacar, es el libro del historiador norteamericano Sheldon Watts (1934-), titulado *Epidemias y poder*⁹. En ella, el autor analiza la relación entre epidemias, colonialidad e imperialismo. Su intención es mostrar cómo las primeras sirvieron para consolidar los procesos de expansión y la imposición del capitalismo por parte de las potencias occidentales.

⁴ Butler (2018a) *El género en disputa* (el libro es de 1990); Butler (2018b) *Cuerpos que importan* (el libro es de 1993).

⁵ Preciado (2018) *Manifiesto contrasexual* (el libro es de 2002); y Preciado, Beatriz (2008) *Testo Yonqui* (en la versión del libro que tengo, el autor no había cambiado aún su nombre).

⁶ Para Preciado (2018), la “contrasexualidad es también una teoría del cuerpo que se sitúa fuera de las oposiciones hombre/mujer, masculino/femenino, heterosexualidad/homosexualidad. Define la sexualidad como tecnología, y considera que los diferentes elementos del sistema sexo/género denominados ‘hombre’, ‘mujer’, ‘homosexual’, ‘heterosexual’, ‘transexual, así como sus prácticas e identidades sexuales, no son sino máquinas, productos, instrumentos, aparatos (...) [...] tiene por objeto el estudio de las transformaciones tecnológicas de los cuerpos sexuados y generizados” (p. 14 y p. 16).

⁷ Preciado (2008) expresa que la farmacopornografía se trata de “una nueva ‘economía-mundo’ [que] no funciona sin el despliegue simultáneo e interconectado de la producción de cientos de toneladas de esteroides sintéticos, sin la difusión global de imágenes pornográficas, sin la elaboración de nuevas variedades psicotrópicas sintéticas legales e ilegales (...) un régimen postindustrial, global y mediático (...) donde priman los procesos de gobierno biomolecular (fármaco-) y semiótico-técnico (-porno) de la subjetividad sexual” (p. 32).

⁸ El término tecnopatriarcado no es un concepto elaborado concretamente por Preciado, sino que se encuentra en variadas corrientes del pensamiento feminista y queer contemporáneo. Se refiere específicamente a la intersección del patriarcado y la tecnología, en donde el primero refuerza su hegemonía sobre los cuerpos por medio de la segunda.

⁹ Watts (2001) *Epidemias y poder. Historia, enfermedad, imperialismo* (la obra es de 1997, bajo el título *Epidemics and History. Disease, Power and Imperialism*).

Finalmente, es de destacar que en nuestro país se desarrolló desde el retorno de la democracia, una historia social de la salud y la enfermedad. Hasta ese momento, el proceso de salud-enfermedad-atención “había sido tratado con escaso rigor histórico y tenía más bien la finalidad de exaltar la figura del médico y la inevitable evolución de la medicina a lo largo del tiempo” (Carbonetti y Álvarez, 2014, p. 9). Pero con la ampliación del campo de la historia en la Argentina, y sobre todo con el comienzo del siglo XXI, aparecieron múltiples estudios que abordaron epidemias o infecciones específicas¹⁰, procesos estatales de salubridad¹¹, percepciones y cambios culturales en relación con la enfermedad¹², las circunstancias del mundo rural al enfrentar el proceso de salud-enfermedad-atención¹³, entre otros tópicos.

En la actualidad este campo de estudio se encuentra en permanente renovación teórica. Seguramente, nuevos estudios contribuirán a esclarecer aspectos de la teoría que tengan relación con la coyuntura particular que estamos viviendo. Este trabajo espera ser un aporte valioso a la comprensión de las formas en que la simbolización que desde los medios de comunicación se dio al respecto de una infección específica, el VIH en este caso, moldeó la experiencia histórica de los actores sociales.

¹⁰ Armus, D., 2007; Álvarez, A., 2010; Carbonetti, A., 2011; Fiquepron, M., 2020; Carbonetti, A., 2020.

¹¹ Álvarez, A. y Reynoso, D., 1995; Lobato, M. (Coord.), 2000.

¹² Armus, D. (Ed.), 2024.

¹³ Agnese, G., 2011; Carbonetti, A. y Álvarez, A., 2014.

3. Marco teórico

El marco teórico aplicado aquí, articula distintos enfoques provenientes de la sociología, la teoría de la comunicación, la antropología, los estudios de género y la psicología. El objetivo central es construir una mirada compleja e interdisciplinaria sobre la representación del VIH, tomando lo que se expresa en la prensa argentina durante el año 1985.

Para esto, se proponen tres grandes núcleos conceptuales:

3. 1. Representaciones y medios de comunicación

En este eje tomo primeramente el enfoque de “representaciones sociales” propuesto por Serge Moscovici. Si bien el mismo fue pionero en pensar cómo ciertos objetos o aspectos son “naturalizados” socialmente, me propuse ir más allá de su planteo. De esta manera, teniendo en cuenta los aportes realizados por Roger Chartier (1992a), que piensa a las representaciones como producciones históricas que se “inscribe[n] en sus formas y sus temas [en] una relación con las estructuras fundamentales que, en un momento y en un lugar determinado, organizan y singularizan la distribución del poder” (p. XI), me propuse captar cómo esta situación se reflejaba en los dispositivos mediáticos en los que circularon las representaciones sobre el VIH.

Para esto, partí de una concepción más dinámica y política de las representaciones, anclada en los estudios culturales y en la semiótica, tomando el concepto de “representación mediática” que expone María Graciela Rodríguez (2014). Esta autora retoma los aportes realizados por Stuart Hall (2010 [1980]), Eliseo Verón (1988) y Raymond Williams (2003), entre otros, y propone que las

representaciones van mucho más allá que una simple “imagen de la realidad”, es decir, que no son solamente un reflejo de la misma.

Esto genera que posean funciones legitimantes que direccionan la interpretación, “insertándose en estructuras de sentido pre-existentes, portadoras de una densidad histórica (...) capaces de condensar sentidos con valencias pregnantes para la sociedad” (Rodríguez, 2014, p. 7). Aquí el sujeto no es un agente pasivo frente a la representación, pero, por la posición que ocupa en el entramado social, construye sentido posibles “dentro de los límites de sus marcos interpretativos y de la estructura provista por la representación” (p. 7). En estas matrices simbólicas preexistentes y de operaciones de reorganización de la percepción, se generan relaciones desiguales en donde se producen ciertas violencias discursivas sobre determinados individuos o colectivos.

Aquí conceptualizo a las noticias como construcciones narrativas que seleccionan, jerarquizan y legitiman ciertas versiones del mundo en detrimento de otras. Los medios no solo informan sobre el sida, sino que participan activamente en su significación social, configurando percepciones, afectos y prácticas sociales.

3. 2. Estigma, moralidad y exclusión social

En este segundo eje, recupero el concepto de estigma presentado en la obra de Erving Goffman, titulada *Estigma: la identidad deteriorada*, publicada originalmente en 1963. Allí, el autor lo define como un estereotipo, un atributo desacreditante que convierte a una persona en alguien socialmente distinto. Aunque su enfoque es pionero, me propuse ir más allá del carácter individual e interpersonal que propone para el análisis. Mi intención es pensar al mismo como un mecanismo de exclusión y el control social, que se

transforma, actualiza y negocia en diferentes contextos históricos y culturales.

Para esto, retomo los aportes realizados por Michel Foucault, la sociología crítica y los estudios feministas y queer desarrollados en décadas posteriores. Esto me permitió pensar al estigma como un artefacto ideológico que funciona a través de discursos (en donde entra la representación mediática), instituciones y políticas públicas, que afecta de manera diferencial a grupos históricamente vulnerados. En su despliegue, se intersecta con ejes de desigualdad, tales como el género, la sexualidad, la clase, la etnia, etc., construyendo un otro como amenaza, produciendo identidades abyctas y legitimando acciones de exclusión social.

El estigma sobre el VIH/sida puede pensarse como una tecnología social de control, cuyos efectos no son solo simbólicos, sino también materiales. Los medios de comunicación, en este caso particular la prensa de 1985, funcionaron como elementos de producción y circulación de un sentido estigmatizante sobre la infección, al asociarla a prácticas que en ese momento eran consideradas inmorales o desviadas.

3. 3. Cuerpo, biopolítica y dispositivos de poder

En este tercer eje teórico, recurro a los aportes de Michel Foucault, particularmente a su noción de biopolítica. Parto de su idea de analizar al cuerpo y a la vida como objetos de gestión, control y vigilancia por parte del Estado y otras instituciones (como la propia medicina, en tanto tecnología de poder). Por su parte, la enfermedad, desde del siglo XVIII, fue entendida como un problema poblacional y no como un evento individual.

En el marco de este artículo, el cuerpo seropositivo se trató de un cuerpo politizado, presentado y señalado como un objeto lleno

de sospechas. El VIH/sida fue abordado no solo como una entidad de análisis médico, sino también moral y política, que permitió definir sujetos y clasificar conductas como apropiadas o no. Las prácticas discursivas sobre la epidemia, promovidas por y desde la prensa, funcionaron marcando cuerpos “infectados” y poblaciones “peligrosas”. Esta producción activa de sentidos, configuró imaginarios colectivos y estructuró las dimensiones materiales y simbólicas desde donde se pensó al cuerpo “sidoso”.

Cabe también destacar, que en este núcleo conceptual dialogo con los estudios de género, al cual entiendo como un

[...] conjunto de saberes, discursos, prácticas sociales y relaciones de poder que les da contenido específico a las concepciones que usamos (y que influyen decisivamente sobre nuestra conducta) en relación con el cuerpo sexuado, con la sexualidad y con las diferencias físicas, socioeconómicas, culturales y políticas entre los sexos en una época y en un contexto determinados (Castellanos, 2007, p. 236).

De esta manera, este estudio sobre el VIH intenta acercarse a la manera en que se articuló en un discurso violento a la identidad, el género, la imagen corporal y las prácticas sexuales. Mi objetivo fue salir de una concepción esencialista del sujeto seropositivo, para insertarlo desde una mirada genealógica, en una matriz histórica que organizó un régimen de saber-poder. El cuerpo con VIH fue no solo un cuerpo enfermo, sino un cuerpo socialmente signado, juzgado y regulado.

4. El caso del VIH

Analizar las representaciones sociales que se suscitaron alrededor del VIH, requiere partir de las condiciones sociales que

dieron sustento a la producción de ciertos sentidos e imaginarios. Es necesario ubicarnos en el momento de principios de la década del ochenta del siglo XX, cuando aparecieron las primeras marcas sobre la piel en determinados sujetos que, hasta ese momento, reunían una serie de atributos físicos que les permitía categorizarse en el marco de individuos “sanos”.

Estos marcadores, una serie de manchas de un particular y preeminente color rosado que iba extendiéndose, fueron identificadas rápidamente con el Sarcoma de Kaposi¹⁴, un tipo de cáncer de piel que se propaga también sobre órganos internos. Sin embargo, para los especialistas que analizaron el tema en ese momento, lo más llamativo era la rapidez con la que habían aparecido y el aún más increíble acompañamiento de una extraña neumonía en casi todos los casos.

Los indicadores biomédicos dieron pie a la sospecha de que la medicina se encontraba frente a algo nuevo, desconocido hasta el momento. El sistema médico seguido del mediático necesitó clasificarlo, dotarlo de conocimiento para categorizarlo. En ese contexto, surgió la primera terminología, la primera metáfora movilizadora: *el cáncer gay*. Este epíteto, preestableció una relación entre el color de las manchas y el grupo poblacional que se aparecía como el más afectado.

Tal como expresa Susan Sontag (2012), la metaforización de una enfermedad moviliza una serie de discursos y prácticas con el fin de dotarla de una explicación, ya que “cualquier enfermedad importante cuyos orígenes sean oscuros y su tratamiento ineficaz tiende a hundirse en significados” (p. 71). La metáfora se construye dando cuenta de una realidad capaz de ser explicable y adjetivable, y se comienza a usar como una imagen discursiva atribuible a ciertos

¹⁴ Sin embargo, no es la única tonalidad que tenía, pues el Sarcoma de Kaposi puede generar manchas también moradas o marrones.

objetos o sujetos. En ese momento, no fue difícil para los discursos conservadores del momento, aprovechar esquemas semánticos preexistentes y sostener dos significados “vergonzosos”: el cáncer¹⁵ y la homosexualidad.

La metaforización del VIH como *cáncer gay*, inicia su origen en un discurso de corte punitivista anclado en la significación moralista de la sociedad norteamericana de clase media/alta, blanca y cristiana (sea esta protestante o católica). Este uso es previsible en cierta medida, porque ya sea mediante metáforas militaristas, médicas o religiosas, la función que cumplen es la de contribuir “a estigmatizar ciertas enfermedades y, por ende, a quienes están enfermos” (Sontag, 2012, p. 113).

El momento acompañaba esta construcción de significantes y significados. La presidencia de los Estados Unidos de Norteamérica estaba ocupada por el republicano Ronald Reagan¹⁶ (1981-2004). Representante de la llamada *New Right*, esta postura teórico-política nacida como reacción al *New Deal*, no tendrá en sus orígenes relación con los postulados neoconservadores, aunque terminarán confluyendo ambas corrientes a partir de los años setenta (cf. Sanmartín Barros, 2003). La llegada de Reagan a la Casa Blanca fue la representación de esta conjunción, dando comienzo en los Estados Unidos a la llamada *Revolución Conservadora*. El desmantelamiento del Estado de Bienestar estuvo acompañado de una política interior extremadamente rígida en cuestiones morales y sociales, que fueron caldo de cultivo para el estigma y la discriminación desplegados sobre la “nueva y misteriosa enfermedad”. La administración Reagan:

¹⁵ Para entender el significado de la vergüenza en torno al cáncer, ver el libro citado de Sontag (2012).

¹⁶ Tendrá dos mandatos presidenciales que irán de 1981 a 1989

[...] llevó a una marginación radical de los pobres con trabajo; al apoyo de los ataques ideológicos contra la integridad y la dignidad de los beneficiarios de los subsidios asistenciales; a la utilización del Departamento de Justicia para acabar con las acciones en favor de la contratación y educación para mujeres y negros; y al fomento de la fobia contra los homosexuales (Sanmartín Barros, 2003, p. 44).

Empero, la estigmatización que comenzó a suscitarse estaba lejos de quedar estancada en un solo conjunto social. Casi inmediatamente, la epidemia se extendió por otros tres grupos, definidos en mayor o menor medida en base a características que los hacían sujetos culpabilizables. Primero las/os heroinómanas/os, personas con consumo problemático de heroína por medio de inyecciones en ciertas zonas del cuerpo; luego las/os hemofílicas/os, sujetos que sufrían de hemofilia, afección que produce que su sangre no coagule normalmente y que requieran inyecciones de coagulación o plasma (quizás el único grupo al cual no podían atribuir una culpa); y por último haitianas y haitianos, que en realidad al principio fue una de las poblaciones más altamente afectadas.

Se daría lugar a la conformación del llamado *Club de las 4 H*, en una alusión a las iniciales de esos sujetos categorizados socialmente: haitianas/os, hemofílicas/os, homosexuales y heroinómanas/os. Los primeros serían reemplazados luego por las *hookers* (prostitutas en inglés), aunque el peso de la marca estigmatizadora en su condición de migrantes se mantendría.

Esta conceptualización por medio de la creación de metáforas sobre patologías, infecciones o enfermedades, ha servido en la historia como un mecanismo de legitimación de ciertos ordenes sociales, morales y religiosos. Se torna necesario entonces, explicar de qué manera funciona produciendo estereotipos de significación y articulando un entramado de discursos estigmatizantes.

Aquí asumo que en realidad no es tanto la enfermedad o infección *per se* la que produce el estigma, sino la forma en que se suma a un conjunto de discursos que articulan una “combinación de estigmatizaciones” (Wacquant, 2007). Estas se van acumulando en torno a determinados capitales simbólicos negativos, que se atribuían previamente a prácticas sociales o características intrínsecas de ciertos sujetos o colectivos¹⁷. De esta manera, el conjunto de metáforas que se crean para calificar a una enfermedad o infección, termina confluyendo con ciertas unidades morales, capaces de sumar un nuevo imaginario de estigma hacia sujetos que ya tenían otros previos.

El estigma entendido como un *estereotipo*, es “un atributo profundamente desacreditador” que actúa construyendo una otredad negativa (Goffman, 2019 [1963], p. 15)¹⁸. El rechazo que *las 4 H* sufrían por parte de la sociedad en ese momento, se reforzó por medio de la nueva representación social que emergía con el VIH, que los reposicionaba como excluidas/os y desviadas/os. Esa construcción de una identidad social, es el resultado de la “relación forzada entre las representaciones impuestas por aquellos que poseen el poder de clasificar y designar y la definición, sumisa o resistente, que cada comunidad produce de sí misma (Chartier, 1992, p. 57).

¹⁷ Wacquant (2007) explica cómo la vida de las personas negras en un gueto está marcada por una “combinación de estigmatizaciones”, donde las personas “acumulan el capital negativo adjudicado al color de la piel y al hecho de estar asignados a un territorio cerrado, reservado e inferior, desvalorizado por su doble estatuto de reserva racial (...)” (pp. 212-213). Sostengo aquí, que este mismo análisis se puede aplicar en torno a las formas en que una enfermedad específica se asocia con ciertos grupos sociales.

¹⁸ Cabe aclarar que el desarrollo intelectual de Goffman se puede dividir en tres etapas, de las cuales el estudio sobre el estigma corresponde a la primera (1963 es el año de la publicación de su obra). En ella, el autor no identifica directamente al estereotipo con el estigma, sino que “describe al estigma como un tipo especial de relación entre un atributo y un estereotipo y asevera que el estigma está incrustado en un lenguaje de relaciones. En la visión de Goffman, el estigma ocurre como una discrepancia entre la ‘identidad social virtual’ (como caracteriza la sociedad a una persona) y la ‘identidad social real’ (los atributos que realmente posee)” (Yang et al., 2007, p. 4).

El *estigma* es en sí mismo, para este trabajo, un *Sistema de Representaciones*, que establece una forma específica de relaciones sociales posicionadas estructuralmente. Se expresa a través de signos y símbolos dispuestos en una red de proyecciones hacia y a través de los sujetos. Muchas veces, incluso, emanados desde ellos mismos, al reproducir categorías sobre otros. En otras palabras, todos somos en algún momento productores de estigma.

Entendido así, propongo que posee dos dimensiones. Por un lado, una dimensión cultural relacionada con la construcción de un sistema de valores y normas con capacidades moralizantes, que responden a las expectativas que una comunidad determinada organiza en torno a sus miembros. Por otro lado, una dimensión social que refiere a los aspectos prácticos de la dimensión cultural de forma colectiva e individual. En otras palabras, se vincula a las experiencias de los sujetos y al campo de relaciones sociales que establece, en dinámicas específicas que ejecutan acciones de estigmatización concreta. Es ahí donde opera la traducción de la atribución de signos y símbolos significantes, en actos de discriminación, marginación o estereotipación.

Al representarse a ciertos sujetos sociales de una determinada manera, se proyectan sobre los mismos las referencias de las dimensiones culturales por medio de sus prácticas sociales. Estas últimas, están condicionadas a la posición social/estructural que ocupan los sujetos en un momento determinado. En otras palabras, “[...] el estigma es un medio de control social, que define las normas sociales y castiga a quienes se apartan de estas” (Foreman; Lyra y Breinbauer, 2003, p. 11).

Pretendo que esta conceptualización del estigma lo posicione en una dimensión tanto fija como relacional. Así, mientras es una categoría de análisis que da cuenta de caracterizaciones visibles o invisibles, la metaforización (esa teorizada por Sontag) aparece en la realidad discursiva del concepto de estigma, que forma parte de los signos y símbolos.

En esta propuesta, el estigma funciona con una lógica diacrónica, es decir, está siendo constantemente en el pasar histórico de una persona o colectivo. De ahí que se erige como un capital simbólico negativo en sí mismo. La metáfora, por su parte, funciona como un emergente sincrónico; aparece en un momento dado para aglutinar sucesos o características (por ejemplo, VIH y homosexualidad), que pueden o no ser estigmatizantes.

La construcción del estigma sobre las personas con VIH, se dio por la asignación de estereotipos a través de la metaforización que se hizo de la infección. Esto posicionó a dichos sujetos sociales en narrativas construidas previamente, en torno a los capitales simbólicos negativos que ya habían acumulado. Un proceso que Farmer (2002) explica, como la “adopción de una nueva categoría de enfermedad dentro de un esquema interpretativo preexistente” (p. 447).

El *Sistema de Representaciones* que despliega el estigma, puede ser analizado en los medios periodísticos de la época. Estos son exponentes tanto de su dimensión cultural como de su dimensión social, en el informe diario de la respuesta cotidiana a la infección. A través de su análisis, podemos dar cuenta de la experiencia histórica del VIH.

El estigma por este virus se relaciona de forma directa a la violencia simbólica, que se ubica estructuralmente por medio de su asignación. Se obvia en el discurso que “la distribución del VIH/sida en el mundo no corresponde al azar, sino que destaca los grupos de población más afectados por las estructuras sociales de desigualdad” (Castro y Farmer, 2003, p. 41).

La metáfora del *cáncer gay* se vio reforzada, en tanto los aspectos biomédicos del Sarcoma de Kaposi, la neumonía y otras infecciones oportunistas que comenzaban a ser visibles, fueron destacados reiteradamente en relación con las redes comunitarias e íntimas de los sujetos afectados, es decir, la comunidad gay. Se llegó entonces, a la primera denominación oficial de la infección: la *Gay-Related Immune Deficiency*, el GRID. Inmediatamente todo aquel que

manifestaba los síntomas del sida, fue señalado potencialmente como presunto homosexual. A la inversa, todo aquel hombre gay, tenía en potencia al sida.

Hacia 1982, algunas revistas especializadas comenzaron a describir las mismas afecciones en otros grupos poblacionales. Sin embargo, el peso del sistema simbólico del estigma que se edificó sobre el VIH, no recayó de igual manera sobre los cuatro grupos nombrados. El cuadro de discriminación se consolidó sobre la población que consumía sustancias y la población gay.

¿Qué fue lo que causó este peso excesivo sobre unos y no sobre otros? Lo que hay aquí es una unidad compartida por esas dos poblaciones, edificada en contraposición a la unidad moral denominada “familia”. En el siglo XVII, con el surgimiento de la locura, el mundo gay queda asimilado a lo desviado, que podía atentar sobre el proyecto burgués de la familia y el patrimonio (Foucault, 2014). En el mismo sentido, la juventud que consumía sustancias se asimilaba en este presente oscuro a la misma fuerza moral que había separado a la sinrazón del mundo “normal”¹⁹.

La unidad moral que encarnaba la familia de los ideales burgueses, había atravesado serios enfrentamientos en las representaciones sociales surgidas en los años 60 y 70. El hipismo y su culto en contra de la guerra y el patriotismo chovinista; el movimiento de Martin Luther King que “atentaba” con el ideal estereotipado del blanco; el comunismo como amenaza global al capitalismo occidental, los movimientos de resistencia a la hegemonía yanqui en América Latina, fueron algunos ejemplos. Y ahora, entre los setenta y ochenta²⁰,

¹⁹ Una sinrazón que, en la época clásica, tal como demostró Foucault, no era el equivalente directo de locura.

²⁰ Cabe destacar que la resistencia a la politización homosexual es anterior a este auge de los años setenta y ochenta: “El macartismo americano de los años cincuenta suma a la persecución patriótica del comunismo la lucha contra la homosexualidad como forma de antinacionalismo,

la liberación gay como desafío a la perpetuación del apellido paterno y la vergüenza de su exposición.

El VIH, el sida como “azote de Dios”, se transformó en uno de los discursos que vertebraron la metaforización como defensa del ideal burgués norteamericano. Vergüenza ante el escándalo, valoración moral, experiencia ética, los mismos elementos asignados a la locura durante la época clásica. Ese momento donde se agrupaba en una misma categoría a todo lo que se entendía como sinrazón, como la herejía y la depravación sexual, parecen resurgir en el discurso ético cristiano-protestante de las familias conservadoras norteamericanas. No faltará mucho para que el catolicismo tome una senda similar.



Imagen 1. Diario *The Sun*, 7 de febrero de 1985

Fuente: <https://www.flickr.com/photos/91003754@N06/8264911160>

al mismo tiempo que exalta los valores familiaristas de la masculinidad laboriosa y la maternidad doméstica” (Preciado, 2008, p. 27).

El proceso de aglutinación de elementos en torno al VIH continuará, superando a la individualidad que representaba el cáncer. Se pasará de un carácter único, singular, ubicado en ciertas personas, hacia la grupalidad a través del término de *Peste*. Este nuevo epíteto, será un elemento clave para acrecentar el juicio moral hacia las formas y prácticas de la sexualidad.

Empero, la atribución de la culpabilidad en términos religiosos no dejará que la individualización deje de funcionar con sus mecanismos de estigmatización. *Peste* sí, amplia, tenebrosa, amenazante sobre el conjunto de la humanidad, pero también *enfermedad/castigo* apropiado y justo a los ojos de Dios, ante el “pecado de la sodomía” gay. Este doble sentido colectivo e individual, será la base de lo que se puede denominar el *Constructo Sida*.

El concepto de *Enfermedad Constructo* sostiene que “aunque los contextos epidemiológicos diferían, con frecuencia la élite sostenía que la enfermedad atacaba a ciertas personas, y dejaba en paz a otras” (Watts, 1997, p. 18), es decir, cierta gente era merecedora de las mismas. De uso antiguo y reiterado, la *Peste* como recurso discursivo, como metáfora del mal, amplió el marco de exclusión y profundizó los sentidos de una alteridad negativa en torno a la conducta de ciertos individuos. Una operación ideológica, que posicionó la denominación de *peste* a ciertos grupos, siempre identificados de manera homogénea.

La *enfermedad-castigo* anclada en las categorías compartidas de *padecimiento-voluntad individual* al elegir ser algo, confluirán reforzadas en la nueva enfermedad por la unidad moral conservadora que “resistía” ante la “desviación” social. Contribuirán también a esto, no pocas líneas de la psicología que hablaban de la homosexualidad como patología, como parte de una elección del sujeto, al cual se podía tratar con las correspondientes “técnicas de corrección”.

El sentido moral basado en justificaciones teológicas no fue solo divulgado por la prensa norteamericana. La línea expresada por el diario *Crónica* (imagen 2), del 18 de septiembre de 1985, articula el discurso del castigo en términos históricos, en una suerte de justificar el título sensacionalista del artículo: “LA PESTE ROSA, UN CASTIGO DE DIOS”. La perspectiva del *Constructo Sida* se fortalece a través de la justificación histórica, la ampliación los referentes legitimadores y la correspondencia entre enfermedad y pecado:

- “[...] toda una corriente internacional de científicos, periodistas e investigadores está [...] sugiriendo que los daños del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o del virus de Papova, se originan en una vida sexual desordenada”.
- “Parece entonces retornar, con ritmo cíclico, la vinculación causa-efecto entre pecado y enfermedad; entre trasgresión de los mandamientos de Dios y castigo de Dios con el mal físico”.



Imagen 2. Diario *Crónica*, 18 de septiembre de 1985

La Peste Rosa envolverá dentro suyo al *Cáncer Gay* como metáfora para el estigma. Ambos estereotipos convivirán durante mucho tiempo. Aunque hubo noticias que expresaron que “el virus puede ser transmitido por contacto sexual de hombre a mujer, de mujer a hombre o de hombre a hombre” (imagen 3), los medios resaltarán en mayor medida, una y otra vez, el cuerpo-individuo de las personas gays, al igual que el de los usuarios de drogas inyectables.

La exposición de “comportamientos moralmente reprobables” era visible en la extensión de las manchas de un “pecado”, una “contra-natura”. La vergüenza color rosa, será símbolo del doble estigma de “maricón” y “sidoso”, que poco a poco sería consumido en un espiral de desgaste interminable.

Preguntas y respuestas sobre el SIDA

Boston, 20 (UPI) — A continuación presentamos una serie de preguntas y respuestas sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), según las contestadas el viernes por el Dr. Robert C. Gallo, director del Instituto de Cancer Dana-Farber de Boston.

Pregunta: En qué fluidos corporales se transporta el virus del SIDA?

Responde: El virus está presente en el semen, saliva, lágrimas, heces, fluido vaginal, glóbulos blancos, plasma y posiblemente en la respiración.

P: ¿Qué grado de contagiosidad tiene el virus del SIDA?

R: No hay casos conocidos de infección sin contacto sexual o por vía sanguínea. Sin embargo, sólo uno de contacto sexual o una inyección es suficiente para transmitir la enfermedad.

P: Formas de transmisión:

P: Específicamente, ¿Cómo se ha transmitido el virus?

R: El virus parece ser transmitido por contacto sexual de hombre a mujer, de mujer a hombre y de hombre a hombre. También ha pasado de madre a hijo, mientras el niño está dentro de la matriz y, según creen los científicos, el virus se ha transmitido por el cordón umbilical.

P: El SIDA también puede ser transmitido por donantes de sangre, ¿verdad?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada día.

P: ¿Se contrae automáticamente el SIDA si uno es contaminado por el virus?

R: Las posibilidades de que una persona que este

infectada contraiga una enfermedad grave no se considera completamente, pero se teme que las posibilidades pueden ser bastante altas.

El virus, llamado HTLV-3, puede permanecer latente en el organismo de una persona. Si HTLV-3 aparentemente causa por lo menos varios tipos diferentes de enfermedad, desde la fiebre a inflamación de las glandulas linfáticas.

P: La gente puede portar el virus sin saberlo y no sentir síntomas, pero pasárselo a otra persona.

R: Sí. La persona que tiene el virus puede afectar a los glóbulos blancos del sistema inmune, el que combate la enfermedad, y al cerebro. Cualquier enfermedad que resulte en la debilitación o la compresión progresivo del sistema inmune o que se ha producido una grave atrofia cerebral, en la cual el cerebro se detiene de crecer, es causada por el virus.

Todo el complejo de males causados por la infección del virus se llama enfermedad relacionada con el virus HTLV-3.

P: ¿Cuáles son las enfermedades que resultan como consecuencia del virus? La gente puede tener sólo una de los síntomas o todos juntos.

P: ¿Están sufriendo los Estados Unidos una epidemia del virus?

R: Sí, y éste es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada día.

P: Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre.

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

P: ¿Por cierto, el virus se ha transmitido por donantes de sangre?

R: Sí, pero esto es sólo el comienzo. Alrededor de un

millón y medio de personas están infectadas con el virus. De 1.000 a 2.000 personas son infectadas cada

día.

humano. La “peste de los gays”, símbolo de una amenaza a la sociedad y al individuo:

“[...] una enfermedad urbana [...] precisamente porque es en las ciudades donde hay grupos de homosexuales y toxicómanos [...] categorías organizadas con las que han creado las condiciones de propagación de un virus preexistente” (imagen 4).



Imagen 4. Diario Crónica, 9 de abril de 1985

La noticia citada, al hablar de un “virus preexistente”, ubicaba al mismo en la “condición” de gay. ¿Ser gay era producto de un virus o era un virus para la sociedad? En todas las notas analizadas, el lenguaje osciló entre ambas interpretaciones. Esto es claro también en la nota del Diario Clarín del 10 de agosto (imagen 5). Allí se expresaba al respecto de la primera muerte a causa de sida en Mendoza, que:

“[...] el enfermo vivía [...] su homosexualidad de manera muy difícil. La condena del medio local impedía que este hombre, siendo casi un adolescente, pudiera desarrollar su existencia con su asumida patología [...]”.

Si la homosexualidad era patológica, el sida no tardaría en llegar:

"A poco de instalarse en el lugar, conoció al propietario de una boîte para homosexuales y constituye pareja con él, [pero] la especial característica de la personalidad de este ciudadano lo empuja a continuar manteniendo simultáneamente relaciones con otros homosexuales [...]".

La nota refleja con claridad, la posición estructural que en el discurso ocupaba la relación entre práctica – vulnerabilidad, sujetos – riesgo, moralidad – inmoralidad. Las expresiones son claras al mostrar que esta persona se encontraba en el marco de una:

“[...] existencia irregular y promiscua que derivó en su grave deterioro físico [donde] la noche de Nueva York no tardó en atraparlo y comenzó a desenvolverse en ese medio de manera promiscua”.

El SIDA se ha cobrado su primera víctima mendocina

Imagen 5. Diario Clarín, 10 de agosto de 1985

Si el discurso da a entender que al sida se lo buscó explícitamente, a partir de otra patología, la homosexual, ya que “había asumido asimismo su homosexualidad como algo sumamente natural”. ¿Qué duda había entonces de la relación entre homosexualidad y sida? Ambas eran patologías, ambas eran el reflejo de la peste que se hacía carne en los individuos.

El sistema médico y las representaciones mediáticas construyeron un tipo de relación entre identidad y práctica que tendió a someter a una disciplina precisa a quienes eran considerados “cuerpos desviados”, extendiendo diversas formas de control corporal. Sujeción en un doble sistema foucaultiano: nombrar y someter. Un poder médico difícil de resistir, cuando antaño había edificado una legitimidad absoluta para abordar los problemas de la salud y la enfermedad en cualquier población e individuo, acompañado de una representación mediática sugestiva a la construcción de sentidos negativos.

La conexión entre los primeros casos de sida y una orientación sexual en particular, que ocurrió a principios de la epidemia, era una realidad. Pero la respuesta a los interrogantes de la aparición del virus a través de la culpabilización de ciertos actores, obvió el análisis de su ubicación estructural de exclusión, acrecentando la vulnerabilidad frente al virus. Como resultado, la marginación producto de la discriminación se perpetuó.

El discurso entre naturalidad y patología en la prensa produjo retóricas ubicadas en parámetros de normalidad–anormalidad. La legitimación de estas interpretaciones estuvo en concordancia con la imposición del llamado Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1988). Este paradigma de atención en la salud, de la relación entre médicos y pacientes, no siempre fue el que sustentó todas las prácticas médicas, pero es el que se volvió dominante desde 1930 con una serie de características precisas. Para Menéndez (1988), este modelo, también conocido como biomédico, constituye el

[...] conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (s/p).

Su función no implicó solamente maneras de atender los procesos de salud-enfermedad-atención, sino también formas de normatización, control y legitimación social. A medida que la medicina fue adquiriendo cada vez más importancia en las sociedades modernas, se apropió de aquellos aspectos que antes controlaban otras instituciones, principalmente las jurídicas y religiosas. En su esfuerzo de reinterpretar la conducta humana, calificó a muchas de ellas de enfermedad. Tal fue así que, “lo que en el pasado era llamado crimen, locura, degeneración, pecado, y aún pobreza, en nuestros días es llamado enfermedad” (Freidson, 1978, p. 252).

La conducta pasó a ser parte de lo tratable, y el médico se transformó en guardián de la norma moral, capaz de reinterpretar el síntoma y el signo de la desviación social, condenando ahí donde veía una patología. En este sentido, el ámbito de intervención de la medicina, “se entiende mucho más allá de su capacidad demostrable para curar” (Freidson, 1978, p. 253).

Tomemos, por ejemplo, la nota de *La Nación* del 31 de julio de 1985 (imagen 6). Allí se expresaba que “el SIDA podría producir una epidemia sin paralelo en la historia”. El tono catastrófico solo podía contribuir a extender el miedo generalizado en la población. Palabras como contagio, homosexualidad, muerte, sidoso, contaminación, lucha, mal, flagelo, víctima, entre tantas otras repetidas hasta el hartazgo, reforzaron reiteradamente los

estereotipos negativos, consolidando el estigma y promoviendo acciones de marginación y exclusión.

Al condenarse a la enfermedad, se condenaba también a la persona que la tenía. La atribución de un significado social a una enfermedad actuaba de esta manera. La idea de la *Enfermedad Constructo*, en este caso el *Constructo Sida*, es parte de este razonamiento. El conjunto reforzó las prácticas de exclusión y control de aquellos que fueron considerados los desviados de la norma.



Imagen 6. Diario *La Nación*, 31 de julio de 1985

5. Conclusiones parciales

Aunque el recorte realizado para este artículo es sumamente parcial²¹, mi intención ha sido mostrar que las noticias publicadas en el país durante el transcurso del año 1985, fueron mucho más que meros informes sobre el avance de la epidemia. Por medio de variados mecanismos de asociación, las representaciones mediáticas que se hicieron sobre el virus estructuraron una producción de sentidos muy específica sobre las personas afectadas.

Una serie de valoraciones morales fueron proyectadas sobre las personas. En torno a ellas, se establecieron discursos y metáforas que sirvieron para la consolidación del estigma y la exclusión. Los medios de comunicación enunciaron un régimen de saber-poder-placer (Foucault, 2002b), que se retroalimentaba en la emergencia de una pandemia desconocida y temida. Este régimen, que es previo al surgimiento del VIH, configuró un espacio discursivo y moral sobre la sexualidad, que el estigma sobre el virus se encargó de consolidar en un constante proceso de acumulación de capitales simbólicos negativos.

Mi intención fue demostrar que el estigma constituye en sí mismo un modo de acción biopolítico específico, un efecto-instrumento que se ramifica, se introduce, se emana y justifica. No pensé su sentido en relación meramente con el lenguaje y sus expresiones, sino también su vinculación con las formas y prácticas en términos de sus efectos, de las relaciones de poder que produce. Las prácticas del estigma han tratado de ser examinadas “de acuerdo a los modos en que construye[ron] determinadas posiciones de sujeto para los actores, contribuyendo a la proliferación de

²¹ El trabajo de archivo completo recolectó cerca de 200 imágenes, de las cuales se usaron 84 para ser analizadas a partir de articular los ejes teóricos planteados.

regímenes siempre más sutiles de poder y conocimiento moderno” (Ortner, 2009, p. 5).

El estigma por el VIH, en tanto marca diferenciadora frente a un otro distinto, comparte espacio con otros signos dentro del cual halla su significación, construyendo un sistema de representaciones por medio de los sentidos que adquiere (Hall, 2010). Son estos últimos los que se pusieron en una red de producción, consumo y circulación por parte de los diarios, reproduciendo un modo común dominante para percibir a las personas con VIH.

La creación de un *Constructo Sida*, es decir, una manera de percibir, concebir, conocer y actuar sobre la epidemia, implicó regulaciones, restricciones y prácticas disciplinarias, en tanto todo conocimiento presupone y constituye a la vez relaciones de poder (Foucault, 2014). Analizar los diarios y sus discursos me permitió penetrar en esas formas de enunciación que crearon un régimen de verdad en torno a los sujetos afectados e implicaron efectos reales de estigma y discriminación.

El estigma por VIH es producto de la acumulación de capitales simbólicos negativos. Sus efectos reales fueron en parte fruto de las formas de representación asumidas, al instituir estrategias simbólicas que determinaron posiciones, percepciones y relaciones de poder sobre sujetos o grupos con relación a su identidad (Chartier, 1992). Desentrañarlo como discurso histórico es uno de los muchos desafíos que tenemos quienes estudiamos la historia.

Lista de imágenes

Imagen 1. *The Sun* (s.f.). El sida es la ira de Dios, dice Vicario [Fotografía].
<https://www.flickr.com/photos/91003754@N06/8264911160>

Imagen 2. Diario *Crónica* (18 de septiembre de 1985). La peste rosa, un castigo de Dios [Recorte de periódico]. Biblioteca del Congreso de la Nación.

Imagen 3. Diario *La Prensa* (1 de octubre de 1985). Preguntas y respuestas sobre el SIDA [Recorte de periódico]. Biblioteca del Congreso de la Nación.

Imagen 4. Diario *Crónica* (9 de abril de 1985). El tercer sexo está furioso con un médico por peste rosa [Recorte de periódico]. Biblioteca del Congreso de la Nación.

Imagen 5. Diario *Clarín* (10 de agosto de 1985). El SIDA se ha cobrado a su primera víctima mendocina [Recorte de periódico]. Biblioteca del Congreso de la Nación.

Imagen 6. Diario *La Nación* (31 de julio de 1985). El virus del SIDA se propaga sin control [Recorte de periódico]. Biblioteca del Congreso de la Nación.

Referencias bibliográficas

- Agnese, Graciela. (2011) Historia de la fiebre hemorrágica Argentina. Rosario: Prohistoria
- Almeida, Tiago Santos (2016). História da medicina e história das ideias: de Sigerist a Canguilhem. *Intelligere. Revista de História Intelectual*, 2(1), 68-83. Recuperado de <https://www.revistas.usp.br/revista/intelligere/article/view/114903/113266>
- Álvarez, Adriana. (2010) *Entre muerte y mosquitos. El regreso de las plagas en la Argentina (siglos XIX y XX)*. Buenos Aires: Biblos.
- Álvarez, Adriana. (Comp.) (2018). *La historia de la salud y la enfermedad. Recursos archivísticos y metodológicos de un campo historiográfico en construcción*. Mar del Plata: EUDEM.
- Álvarez, Adriana. y Reynoso, Daniel. (1995) *Médicos e instituciones de salud. Mar del Plata 1870-1960*. Buenos Aires: HISA, Universidad Nacional de Mar del Plata
- Araya Umaña, Sandra. (2002). *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*. Cuaderno de Ciencias Sociales 127. Costa Rica: FLACSO.
- Armus, Diego. (2002a) Cultura, historia y enfermedad. A modo de introducción. En Diego Armus (Ed.). *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en América Latina moderna*. (pp. 11-25). Buenos Aires: Norma.
- Armus, Diego. (2002b) La enfermedad en la Historiografía de América Latina Moderna. *Asclepio*, 54(2), 41-60. DOI: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2002.v54.i2.140>
- Armus, Diego. (2007) *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires*. Buenos Aires: EDHASA
- Armus, Diego. (2010) ¿Qué historia de la salud y la enfermedad? *Salud Colectiva*, 6(1), 5-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2010.352>
- Armus, Diego. (Ed.) (2024) *Enfermedades Argentinas: 16 historias*. Buenos Aires: FCE.
- Bacarlett, María y Lechuga, Amalia. (2009). Canguilhem y Foucault: de la normatividad a la normalización. *Ludus Vitalis*, XVII(31), 65-85. Recuperado de https://www.ludus-vitalis.org/html/indice/ludus_31.html

- Beldarraín Chaple, Enrique. (2002). Henry E. Sigerist y la medicina social occidental. *Revista Cubana de Salud Pública*, 28(1), 62-70. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-3466200200010007yscript=sci_abstract
- Breilh, Jaime. (2013) De la historiografía descriptiva de la medicina a la historia crítica de la salud colectiva. Hacia un paradigma crítico basado en la determinación social de la salud. *Ponencia presentada en el Encuentro de la Red Latinoamericana de Historiadores de la Salud*. Quito, Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar. [Repositorio Institucional].
- Breilh, Jaime. (2008) Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en los determinantes sociales de la salud. Quito, Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar [Repositorio Institucional].
- Bustamante Arango, John Jaime. (2015). Acercamiento historiográfico a la enfermedad como problema desde el campo de estudio de la historia socio-cultural: una idea de un balance historiográfico. *Revista Mundo Económico y Empresarial*, (11). Recuperado de <https://revistas.ut.edu.co/index.php/rmee/article/view/590>
- Butler, Judith. (2018a). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, Judith. (2018b). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.
- Burke, Peter. (1993). Obertura: la nueva historia, su pasado y su futuro. En Peter Burke (Ed.), *Formas de hacer historia*. (pp. 11-37). Madrid: Alianza Universidad.
- Calonge Cole, Sary. (2006). La representación mediática: teoría y método. *Psicología da Educação*, (23), 75-102. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicoeduca/issue/view/2193>
- Canguilhem, George. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Cañas López, Sergio Arturo. (2004). Pedro Laín Entralgo: medicina e historia. *Realidad*, (98), 185-193. DOI: <https://doi.org/10.5377/realidad.v0i98.4604>
- Caponi, Sandra. (2010). Georges Canguilhem: del cuerpo subjetivo a la localización cerebral. *Salud Colectiva*, 6(2), 149-161. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2010.363>
- Carbonetti, Adrián. (2011) *La ciudad de la peste blanca. Historia epidemiológica, política y cultural de la tuberculosis en la ciudad de Córdoba, Argentina, 1895-1947*. México: BUAP
- Carbonetti, Adrián y Álvarez, Adriana. (Comp.) (2014) *Fragmentos de la historia de la Salud en la Argentina Rural*. Villa María: EDUVIM.
- Carbonetti, Adrián. (2020) *Argentina en tiempos de pandemia: la gripe española de 1918-1919. Leer el pasado para comprender el presente*. Córdoba: UNC.
- Castellanos, Gabriela. (2007). Sexo, género y feminismo: tres categorías en pugna. *Género*, 8(1), 223-252. <https://doi.org/10.22409/rg.v8i1.168>
- Castiel, Luis y Álvarez-Dardet, Carlos. (2010) *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Castro, Arachu y Farmer, Paul. (2003) El sida y la violencia estructural: la culpabilización de la

victima. *Cuadernos de antropología social*, (17), 29-47. Recuperado de <http://revistascientificas.filos.uba.ar/index.php/CAS/issue/view/380>

Chartier, Roger. (1992a) Prólogo a la edición española. En Roger Chartier, *El mundo como representación. Estudios sobre historia cultural* (pp. I-XII). Barcelona: Gedisa.

Chartier, Roger. (1992b) El mundo como representación. En Roger Chartier, *El mundo como representación. Estudios sobre historia cultural*. (pp. 45-62). Barcelona: Gedisa.

Conrad, Peter. (2007). *La medicalización de la sociedad: La transformación de las condiciones humanas en trastornos tratables*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Espósito, Roberto. (2003a) *Communitas. Origen y destino de la comunidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Espósito, Roberto. (2003b) *Inmúntitas. Protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu

Farmer, Paul. (2002) Brujería, política y concepciones sobre el sida en el Haití rural. En D. Armus (Ed.), *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en América Latina moderna* (pp. 417-455). Buenos Aires: Norma.

Fiquepron, Maximiliano. (2020) *Morir en las grandes pestes. Las epidemias de cólera y fiebre amarilla en la Buenos Aires del siglo XIX*. Buenos Aires: Siglo XXI

Foucault, Michel. (2002a) *Historia de la sexualidad I. La voluntad del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI

Foucault, Michel. (2002b). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI

Foucault, Michel. (2014) *Historia de la locura en la época clásica*. (Tomos I y II). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foreman, Martín; Lyra, Paulo y Breinbauer, Cecilia. (2003). *Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/59272>

Freidson, Eliot. (1978) La construcción profesional de conceptos de enfermedad. En Eliot Freidson, *La profesión médica* (pp. 247-277). España: Península

Goffman, Erving. (2019) *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu.

Hall, Stuart. (2010). El trabajo de la representación. En Eduardo Restrepo; Catherine Walsh, y Victor. Vich (Eds.), *Sin garantías: trayectorias y problemáticas en estudios culturales* (pp. 447-482). Envión Editores. (Trabajo original publicado en 1980)

Hernández, Luis Jorge (2009). ¿Qué critica la epidemiología crítica? Una aproximación a la mirada de Naomar Almeida Filho. *Boletín del Observatorio de Salud*, 2(4), 18-28.

Hernández Sandoica, Elena. (2004) Los usos historiográficos actuales: una introducción crítica. En Elena Henández Sandoica, *Tendencias historiográficas actuales. Escribir historia hoy*. Madrid: Akal.

Iggers, Georg . (2012). *La historiografía del siglo XX. Desde la objetividad científica al desafío*

posmoderno. Chile: FCE.

Iriart, Celia, Waitzkin, Howard, Breilh, Jaime, Estrada, Alfredo y Elías Merhy, Emerson. (2002) Medicina Social Latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2(12), 128-136.

Lobato, Mirta (Coord.) (2000) *Políticas, médicos y enfermedades: Lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos.

Martin, Emily. (1994) *Flexible Bodies. The role of immunity in America culture from the days of Polio to the age of AIDS*. Boston: Beacon Press.

Mejía Ama, Joseph Rodrigo. (2015). Invertidos, anormales, homosexuales y desviados: discurso de prensa sobre homosexualidad. Cali, 1960 a 1970. *La manzana de la discordia*, 10(2), 71-91. DOI: <https://doi.org/10.25100/lamanzanadeladiscordia.v10i2.1585>

Menéndez, Eduardo. (1988). *Modelo médico Hegemónico y Atención Primaria de la Salud*. [Ponencia] Segundas Jornadas de atención primaria de la salud.

Menéndez, Eduardo. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83. Recuperado de <https://alteridades.itz.uam.mx/index.php/Alte/issue/view/44>

Menéndez, Eduardo. (1998). Modelo Médico Hegemónico: reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix*, (51), 17-22.

Menéndez, Eduardo. (2000). Factores Culturales. De las definiciones a los usos específicos. En Enrique Perdiguero y Josep Comelles (Ed.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. (pp. 163-187). Edicions Bellaterra.

Menéndez, Eduardo. (2012). Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica. *Gazeta de Antropología*, 28(3), s/p. Recuperado de <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=1567>

Menéndez, Eduardo. (2020). Modelo Médico Hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, (16), 1-25. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>

Miric, Majira, Alvarado, José Luis, González, Rafael y Torres, Ana Raquel. (2018). Microsociología del estigma: aportes de Erving Goffman a la conceptualización psicosociológica del estigma social. *Psicología e saber social*, 6(2), 172-185. DOI: <https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2017.33552>

Ortner, Sherry. (2009). Resistencia densa: muerte y construcción cultural de agencia en el montañismo himalayo. *Papeles de Trabajo del IDAES*, 3(5), s/p. Recuperado de <https://revistasacademicas.unsam.edu.ar/index.php/papdetrab/article/view/170>

Preciado, Beatriz. (2008) *Testo Yonqui*. España: Espasa.

Preciado, Paul. (2018) *Manifiesto contrasexual*. España: Anagrama.

Recoder, Laura. (2011). Experiencia de enfermedad y narrativa. Notas etnográficas sobre vivir con VIH/sida en una ciudad del nordeste brasiler. *Papeles de trabajo de la UNR*, (21), 80-98. DOI: <https://doi.org/10.35305/revista.v0i21.109>

Rodríguez, María Graciela. (2014). Luces y sombras: las representaciones mediáticas. En María Graciela Rodríguez, *Sociedad, cultura y poder. Reflexiones teóricas y líneas de investigación*. San Martín: UNSAM-edita. Recuperado de <https://docer.com.ar/doc/80nvxc5>

Rose, Nicolas. (2012) *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Lima: UNIPE, Editorial Universitaria.

Sanmartín Barros, Israel. (2003). La “New Right” en los años ‘80 y ‘90. *Historia Actual Online*, (1), 39-53. DOI: <https://doi.org/10.36132/hao.v0i1.7>

Singer, Merril (2004). The social origins and expressions of illness. *British Medical Bulletin*, (69), 9-19.

Sontag, Susan. (2012). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Buenos Aires: De bolsillo.

Verón, Eliseo. (1988). La semiosis social. Fragmentos de una teoría de la discursividad. Barcelona: Gedisa.

Wacquant, Loïc. (2007). Estigma y división: del corazón de Chicago a los márgenes de París. En Loïc Wacquant, *Los condenados de la ciudad. Gueto, periferia y Estado* (pp. 195-228). Buenos Aires: Siglo XXI.

Watts, Sheldon. (2001) *Epidemias y poder. Historia, enfermedad, imperialismo*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.

Williams, Raymond. (2003). *Palabras claves*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Yang, Lawrence Hsin, Kleinman, Arthur, Link, Bruce, Phelan, Jo, Lee, Sing, y Good, Byron (2007). Cultura y estigma: la experiencia moral. *Este País. Tendencias y opiniones*, (195), 4-15. Recuperado de <https://archivo.estepais.com/site/2009/cultura-y-estigma-la-experiencia-moral/>

Renzo Gastón Molini Aciar

Profesor y licenciado en Historia por la Universidad Nacional de Cuyo. Miembro del Programa de Ciencias Sociales y Salud de FLACSO-Argentina. Actualmente trabaja en el Departamento de Orientación Curricular de la Universidad Abierta Interamericana. Es autor del libro: *Peste, flagelo y muerte. Narrativas del estigma sobre el VIH en la prensa argentina en 1985* (Prohistoria, 2024). Ha coordinado programas de inclusión social para personas con VIH y se ha desempeñado como consultor para ONUSIDA, UNFPA y FAO. Su trabajo se centra aspectos de la historia social y cultural de la salud y la enfermedad.