



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL  
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL**

**MONOGRAFÍA FINAL DE GRADO**

**Análisis de las representaciones del VIH-sida en Uruguay  
a partir de los discursos de la prensa escrita  
en el periodo entre 1983-1997**

**Mariana Olivera Techera**

Tutora: Elizabeth Ortega

## ÍNDICE

<b>Introducción.....</b>	<b>2</b>
<b>Presentación del tema.....</b>	<b>4</b>
<b>Pregunta de investigación ... ..</b>	<b>7</b>
<b>Aspectos teórico metodológicos .....</b>	<b>7</b>
<b>Objetivo general .....</b>	<b>7</b>
<b>Objetivo específico .....</b>	<b>7</b>
<b>Estrategia teórico metodológica ... ..</b>	<b>8</b>
<b>Antecedentes del tema .....</b>	<b>12</b>
<b>Capítulo I: Aspectos sociohistòricos de las representaciones sociales de las enfermedades venéreas e infecciosas en Uruguay en el siglo XIX y principio del siglo XX.....</b>	<b>18</b>
<b>Capítulo II: Aspectos sociohistòricos en relación al VIH-sida en el inicio de la epidemia.....</b>	<b>30</b>
<b>Capítulo III: Análisis de las representaciones sociales acerca de la enfermedad de VIH-sida desde la prensa escrita .....</b>	<b>37</b>
<b>Reflexiones finales.....</b>	<b>54</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>57</b>
<b>Fuentes documentales.....</b>	<b>62</b>

## **Introducción**

El presente documento constituye la monografía final de grado de la Licenciatura de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

El problema de estudio a abordar trata sobre el papel de la prensa en la difusión de ideas o nociones sobre la enfermedad VIH-sida en Uruguay en el período que transcurre entre 1983-1997. La estrategia teórico metodológica se apoya en el análisis del discurso de artículos periodísticos, publicados en el periodo considerado.

La epidemia de VIH-sida irrumpió de forma inesperada y produjo varios impactos tanto en la comunidad científica como en la sociedad. La falta de conocimiento y de tratamiento para evitar el aumento de las muertes, la forma de contagio, a través de vía sexual, llevó a cambios en las conductas y formas de ver el mundo, sobre todo para la población más afectada, la población homosexual.

Desde las ciencias sociales cobró gran interés dado que siendo un problema de salud, afectó las relaciones sociales, teniendo un fuerte impacto social, que sumado a la desinformación llevó a la discriminación y exclusión social.

El VIH-sida más que una afectación biológica, que el padecimiento de una enfermedad, es uno de los “fenómenos socioculturales de mayor trascendencia y preocupación en todo el mundo” (Sevilla, 2010, p. 2). De modo preventivo se adoptaron medidas de aislamiento de los pacientes para evitar los contagios, pero al igual que en otros contextos sociohistóricos, se repitieron los mismos “modelos de exclusión social” que se utilizaron para otras enfermedades como lepra, tuberculosis, sífilis y cáncer (Sevilla, 2010, p. 3).

Es una enfermedad sin cura que se transmite por las relaciones sexuales, tanto anales como vaginales, por los fluidos sanguíneos y por la transmisión de la madre al hijo, tanto por el parto o la leche materna.

Actualmente las personas que conviven con VIH pueden desarrollar una vida plenamente saludable, teniendo una esperanza de vida igual a aquellas que no tienen el virus dado que “los avances en la investigación médica abren nuevas perspectivas al proponer tratamientos terapéuticos que posibilitan el aumento de la calidad y cantidad de vida de los afectados” (Vaggione, 2013, p. 238).

Pese a que es considerada, en la actualidad, una enfermedad crónica, las personas siguen sufriendo el estigma social y las políticas en salud deben reforzar continuamente este aspecto (Cabrera et al., 2018, p. 8).

A nivel mundial, se estima que hay 39,9 millones de personas con VIH y de ellas 9,3 millones, casi una cuarta parte no reciben tratamiento (ONUSIDA, 2024).

En Uruguay el primer caso detectado fue en 1983 y el primer caso autóctono en 1986. Se estima que existe un total de 15.000 personas con VIH y de ellas 14.235 conocen su estado serológico (95 %) (MSP, 2023b).

Los datos extraídos del último informe del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2023b) acerca de la situación epistemológica son los siguientes :

En el periodo 2018-2022, muestran que la evolución del VIH tiene una prevalencia en la población general menor al 1% y en las poblaciones específicas mayores al 5%, siendo la prevalencia en la población general del 0.6%.

Esta carecteristicas de prevalencia de la infección de VIH define a la epidemia como tipo II o concentrada impactando desigualmente en los colectivos en condiciones de vulnerabilidad social, cultural y económica como personas trans, hombres que tiene sexo con hombre, mujeres trabajadoras sexuales, trabajadores sexuales trans, personas privadas de libertad.

En cuanto a la relación hombre/mujer se mantiene en 2,4 hombres por cada mujer con VIH. Los hombres representan 69% de nuevos reportes de diagnóstico en el periodo 2018-2022. En cuanto a la vía de transmisión, el informe arroja que la vía sexual sigue siendo la principal.

Con respecto al lugar geográfico la tasa de incidencia más alta se encuentra en los departamentos de Montevideo y Maldonado.

En este trabajo se pretende realizar un análisis de la construcción de la enfermedad, desde la perspectiva de las ciencias sociales, a través de los discursos de la prensa escrita. Se entiende que en la modernidad, la prensa juega un papel primordial en la construcción de la cultura de una sociedad, “son los mediadores necesarios y omnipresentes entre el acontecer social y los individuos” (Gutiérrez, 2010).

Por tanto, los discursos en los medios de comunicación pueden ser estudiados como vehículos que transmiten información y opinión y que impactan y contribuyen en la formación de la representación social sobre el VIH-sida en la sociedad uruguaya.

El trabajo social como profesional encargado de promover los derechos de las personas y contribuir a mejorar la calidad de vida de las mismas juega un papel primordial en lo referente a la atención de la población que se encuentra afectada por la enfermedad de VIH-sida ya que su afectación trasciende lo biológico y sufren la discriminación y exclusión social. El trabajo social como ejecutor de políticas y de los programas sociales, siendo el nexo entre el Estado y los sujetos, es fundamental su conocimiento de la realidad social de esta población para poder transformar la realidad de las mismas.

Por tanto para analizar el contexto social, en que se encuentran las personas más vulnerables que padecen la enfermedad, puede ser pertinente conocer cómo se construye la enfermedad en Uruguay, por ejemplo a través de los discursos de la prensa escrita, y este conocimiento puede contribuir a entender la realidad social y enriquecer el ejercicio de la práctica profesional.

El trabajo se estructura de la siguiente forma: en primer lugar se exponen la presentación del tema y se plantea la pregunta de investigación. Luego se exponen los aspectos teóricos metodológicos y los antecedentes, posteriormente el trabajo se divide en tres capítulos.

En el capítulo I se analizan los aspectos sociohistóricos de las representaciones sociales de las enfermedades venéreas e infecciosas en el siglo XIX y principios del siglo XX; en el capítulo II se tratan los aspectos sociohistóricos en relación al VIH-sida en el inicio de la epidemia; en el capítulo III se analiza las representaciones acerca de la enfermedad desde la prensa, en el periodo histórico 1983-1997 y por último se exponen las reflexiones finales y la bibliográfica.

## **Presentación del tema**

Desde las ciencias sociales se considera que el concepto de salud-enfermedad es una construcción social y cada comunidad la ha ido construyendo de acuerdo a su forma de ver el mundo, su cultura, sus condiciones económicas, políticas y sociales.

Olarte (2018) sobre este conceptos, afirma que las representaciones sociales que tienen las comunidades, sobre los procesos de salud y enfermedad son construcciones sociales que han ido cambiando dependiendo del momento histórico, de factores culturales, de condiciones sociales, económicas y políticas. Se asocian con las causas por las cuales las comunidades presentan distintos paradigmas que marcan sus estados de salud o enfermedad (p. 68).

La aparición del sida tiene sus particularidades, dado que no es un fenómeno biológico aislado, sino que se relaciona con distintos aspectos sociales y culturales que han ido modificando las conductas humanas, han colocado a las personas que se ven afectadas en lugares de exclusión social (Sevilla, Álvarez, 2002, p. 191).

Entonces “el afectado por VIH/SIDA al tener un virus mortal dentro de su cuerpo, ha adquirido un atributo biológico y también social que antes no tenía, ambas características están relacionadas durante todo el desarrollo de la enfermedad” (Sevilla, Álvarez, 2002, p. 198).

El rechazo, la discriminación y el estigma que llevan las personas que conviven con VIH se relaciona con el modo que han adquirido la enfermedad, tienen una carga moral negativa y en ocasiones se los culpabiliza por haber contraído la enfermedad.

Susana Sontag (2003) hace un análisis comparativo del sida con otras enfermedades que han ocurrido a lo largo de la historia, como la lepra, la tuberculosis, la sífilis y el cáncer. En su desarrollo afirma que todas tienen una característica en común, colocan a las personas en una posición de aislamiento y exclusión social.

La autora advierte que en el discurso médico se recurre a la utilización de ciertas “metáfora militares” para referirse a estas y de este modo refuerzan y “contribuyen a estigmatizar ciertas enfermedades y, por ende, a quienes están enfermos” (Sontag, 2003, p. 48).

“La enfermedad es vista como una invasión de organismos extraños, ante la que el cuerpo responde con sus propias operaciones militares, como la movilización de las ‘defensas’ inmunológicas; que la medicina, como en la jerga de la mayor parte de las quimioterapias, es ‘agresiva’ (Sontag, 2003, p. 47).

Existen “dos variables fundamentales que se conjugan: la sexualidad y la finitud, porque se trata de una enfermedad mortal, lo cual hace que sea asumida de forma oculta y considerada por los demás como algo vergonzoso, debido a los juicios morales y prejuicios sociales que están en juego” (Sevilla, 2010, p. 11).

La aparición del sida en la década de los 80 en Estados Unidos afectó principalmente a la población de homosexuales y consumidores de sustancias inyectables, luego a hemofílicos y por último a la población de heterosexuales. En África la mayor parte de los afectados fueron heterosexuales (Grmek, 1989, p.258).

La situación de desconocimiento sobre la enfermedad, de incertidumbre, la falta de tratamiento y el aumento de las muertes, llevó a una gran conmoción social y fue el comienzo de la aparición de conductas discriminatorias hacia esta población.

Mirko Grmek (1989) en su libro *Historia del Sida* relata algunos acontecimientos importantes para el análisis. Expresa que “La enfermedad fue vista no solo como ‘extraña’, debido a sus singulares características epidemiológicas y clínicas, sino también como esencialmente ‘extranjera’ porque irrumpía en un mundo ordenado, procedente de los países subdesarrollados y por intermedio de subgrupos marginales y moralmente reprobables” (Grmek, 1989, p. 25).

El autor señala que la prensa norteamericana y europea da un doble discurso: por un lado alertan a la población de la nueva enfermedad, y por otro tratan de tranquilizarla, evitando el término “epidemia” e informando que la enfermedad solo afecta a un pequeño grupo. Este grupo son los llamados “grupos de riesgo” o “grupos- blanco” (Grmek, 1989, p. 63).

Otro elemento que describe el autor es la clasificación que hacen los especialistas en epidemiología para clasificar a los grupos de riesgo : “el club de las cuatro H” conformado por la población de homosexuales, heroinómanos, haitianos y hemofílicos y algunos colocan en un quinto lugar a las “hookers” (prostitutas). Por fuera de estos, se ubican dos grupos “inocentes”, los receptores de transfusiones y los recién nacidos infectados por la madre positiva (Grmek, 1989, pp. 63-64 ). Esta clasificación fue debida a que estas poblaciones fueron las primeras en adquirir la enfermedad y por tanto se las catalogó como más propensas a infectarse y dio lugar a la construcción de distintos estereotipos, como por ejemplo de población peligrosa y riesgosa.

Dado los antecedentes antes descritos es pertinente para este análisis la incorporación de algunos conceptos que parecen claves en la comprensión de este trabajo, como la categoría de riesgo y peligrosidad, que serán tratadas en capítulos posteriores.

## **Pregunta de investigación**

Toda investigación debe comenzar con un problema inicial que nos lleva a una “trama problemática” que puede ir variando a lo largo del proceso de investigación (Quiñones 2014, p. 69).

Por problematizar se entiende “la acción orientada a reelaborar el objeto de estudio de modo de captar bajo determinadas coordenadas espaciotemporales la complejidad que se condensa en el problema”.

Problematizar es entonces un proceso que a partir de un problema inicial, el investigador se involucra y pretende conocer para generar conocimiento (Quiñones 2014, p. 69).<sup>1</sup>

De todo lo expuesto, en el apartado anterior, surge la inquietud de analizar los procesos sociales que contribuyen en la definición de la enfermedad VIH-sida como proceso de salud-enfermedad a través de los discursos de la prensa escrita.

La pregunta de investigación que surge es ¿cómo influye la prensa escrita en la construcción social de la enfermedad VIH-sida en Uruguay ?

A continuación se describen los objetivos específicos y general y la estrategia teórico metodológica .

## **Aspectos teórico metodológicos**

### **Objetivo general**

Describir y analizar el papel de la prensa en la difusión de ideas o nociones sobre la enfermedad VIH-sida en Uruguay en el periodo de tiempo transcurrido entre 1983-1997

### **Objetivo específico**

Describir y analizar los aspectos sociohistóricos en el desarrollo de estrategias de vigilancia en las enfermedades venéreas e infecciosas en el siglo XIX y principios del siglo XX y su vinculación en la construcción de la enfermedad VIH-sida.

---

<sup>1</sup> En el caso de una monografía final de grado no es requerido el generar conocimiento nuevo. Pero sí es importante conocer y profundizar en la producción académica sobre el tema.

Describir y analizar las estrategias que se implementaron al inicio de la epidemia de VIH-sida y determinar su vinculación con las percepciones que se tiene de la epidemia en Uruguay.

Analizar las representaciones acerca de la enfermedad desde la prensa y cómo impactaron en la sociedad uruguaya en el periodo estudiado.

### **Estrategia teórico metodológica**

La metodología a utilizar es de tipo cualitativa y la recolección de datos se hará mediante el relevamiento de artículos periodísticos de la prensa escrita del periodo considerado. El método cualitativo es la herramienta más acorde al objeto de estudio para este trabajo.

El método cualitativo es el instrumento privilegiado de los estudios que se proponen comprender los significados (observar, escuchar, comprender ) y donde el investigador se involucra personalmente en el proceso de recolección de datos a través del trabajo de campo, y por ende, es parte del instrumento de recolección. Su objetivo es definir las relaciones y los significados que convergen en el objeto de estudio (Quiñones, Acosta, 2014, p. 67).

Otra característica del diseño de investigación cualitativo es que es flexible y en espiral, es decir que todo el proceso es provisional y puede ir variando a lo largo de la de investigación, “en el diseño flexible todas las etapas y las instancias son interactivas, se retroalimentan y sirven para relanzar la investigación desde nuevos puntos de observación” (Quiñones y Acosta, 2014, p.71).

La investigación es de tipo exploratoria- descriptiva, porque indaga y describe sobre determinado fenómeno, sus características en un contexto determinado de tiempo y espacio.

También podría definirse como cualitativo-documental dado que se propone realizar un análisis de los documentos, en este caso de los artículos de prensa que abordaron el tema del VIH-sida en el periodo estudiado.

La técnica a utilizar para el análisis de las fuentes documentales es el análisis del discurso.

A continuación se fundamenta la decisión de la utilización de esta técnica de investigación.

Gallegos (2022) afirma que los medios de comunicación, por medio de la difusión de noticias juegan un papel primordial en la construcción de valores, percepciones, actitudes y conductas en una sociedad (p. 31). Pueden incidir en las percepciones que tienen las personas hacia ciertos grupos sociales y adoptar ciertas conductas y actitudes hacia los mismos, “contribuyendo a legitimar y perpetuar ciertos estereotipos o a contrarrestarlos” (Gallegos, 2022, p. 31).

En las sociedades modernas es a través de las notas periodísticas que podemos acercarnos a la realidad social que los medios de comunicación logran imponer y por lo tanto “influyen en la percepción que tiene la audiencia respecto a determinada realidad o problemática social” (Gallegos, 2022, p. 33).

Es a través de esta “práctica discursiva” que “el sujeto enunciador transforma la facticidad objetiva en una estructura subjetiva de sentido” (Sosa, 2000 en Gallegos, 2022, p. 33).

Una característica primordial de los medios de comunicación es que estos “construyen una representación de la realidad a la que aluden” (Gutiérrez, 2010, p. 171). La realidad es cambiante, compleja y dinámica y solo aparecen algunas de sus facetas, siguiendo esta lógica los discursos también son cambiantes, son construcciones llenas de significados que permean la vida cotidiana.

Berger y Luckman (2003) entienden que las “objetivaciones comunes de la vida cotidiana se sustentan primariamente por la significación lingüística. La vida cotidiana, por sobre todo, es la vida con el lenguaje que comparto con mis semejantes y por medio de él” (p. 55).

Es por este motivo que el lenguaje es sumamente importante para la comprensión de la realidad social, es un “depósito objetivo de vastas acumulaciones de significado y experiencias, que puede preservar a través del tiempo y transmitir a las generaciones futuras” (Berger y Luckman, 2003, p. 55).

Conocer las nociones, ideas del lenguaje escrito de la prensa puede ser muy enriquecedor y de gran utilidad, dado que influyen en el sentir y pensar de las personas. Es a través de estas nociones que las personas van adquiriendo conocimiento, ideas, juicios de valor y en este caso, sobre la enfermedad de VIH-sida.

Para el análisis de los discursos de prensa se utilizara la teoría de los discursos sociales propuesta por Veròn (1993) que define los discursos sociales a toda materialidad de sentido y no solamente el discurso en sí mismo, es decir un discurso social puede ser toda cosa material que tiene algún sentido para el receptor que lo asimila. En esta definición estarían incorporados cualquier producción de sentido, como un texto lingüístico, un discurso oral, una imagen, una acción. Es decir “es un conjunto de hipótesis sobre los modos de funcionamiento de la semiosis social” (Veròn, 1993, p. 125). En el capítulo III se profundizará sobre este aspecto de la teoría social de los discursos.

Cabe destacar que se elige el periodo de tiempo transcurrido entre 1983 y 1997, dado que ocurrieron hechos relevantes en la historia de la enfermedad.

En 1982 aparecen los primeros casos en la prensa tanto internacional como local y en 1983 se detecta el primer caso en Uruguay, siendo el primer caso autóctono en 1986.

En 1984 los grupos de investigación de Estados Unidos y Francia logran identificar el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y en 1987 se comienza a utilizar el AZT como primer antirretroviral contra el sida (OPS, 2022).

En la década de los 90 aumentan los casos y los tratamientos no resultan efectivos, siendo además muy costosos para la población. A partir de 1996 ante la conferencia mundial del SIDA llevada a cabo en Canadá, se presenta la terapia antirretroviral que marca un punto de inflexión en la historia de la enfermedad, al permitir que los nuevos fármacos puedan detener la replicación del virus y así reducir las hospitalizaciones y las muertes (OPS, 2022).

Desde la incorporación en 1996 de la triterapia antirretroviral y su eficacia se considera el VIH como una enfermedad crónica, aumentando la expectativa y calidad de vida de las personas portadoras (OPS, 2022).

En cuanto a la recopilación de los datos para este trabajo se utilizó, como ya se mencionó el análisis de artículos de prensa y también se incorporó distintos materiales como documentos del MSP, OPS, ONUSIDA, bibliografía general y específica sobre el tema.

La selección de la fuente documental se realizó a través del sitio digital Anáforas de la Facultad de Información y Comunicación de la Universidad de la República, la cual está destinada a recopilar y conservar distintas obras impresas, así como también otros materiales de carácter documental en formato digital.

Para obtener la información se ingresó al sitio digital y se utilizó el motor de búsqueda salud y vih, de este modo se encontraron las siguientes revistas : *Opinar, Jaque, Magoya, La Democracia, Cuadernos de Marcha, Posdata y tres*.

Cabe destacar que estos ejemplares no se encontraron digitalizados todos en el mismo año y en cantidades iguales. Esto se debe a que la página está en construcción permanente y no existe la total digitalización de todo el material periodístico.

Por motivos de optimización de los tiempos curriculares y practicidad se desestimó la utilización de otras fuentes de búsqueda.

Por lo tanto la selección del material, fue aleatoria ya que se buscó según la disponibilidad de la página.

Otra particularidad es que las revistas son publicaciones semanales por lo tanto se expone la información más relevante y de un modo más extenso. En contraposición con las publicaciones periodísticas que se editan a diario. También se debe destacar que las revistas seleccionadas tienen distintas orientación ideológica y las primeras publicaciones encontradas, se dan en un contexto de dictadura y de reapertura democrática, por lo cual los artículos en su mayor parte muestran una gran efervescencia ideológica y política.

A continuación se detalla la cantidad de ejemplares que se tomaron como fuentes documentales en este estudio : un ejemplar de *Opinar* del año 1983; dos ejemplares de *Jaque* del año 1985, tres del año 1987, cuatro del año 1988 y tres del año 1989; un ejemplar de *Magoya* del año 1989 ; un ejemplar de *La Democracia* del año 1987; un ejemplar de *Cuadernos de Marcha* del año 1991, un ejemplar de *Posdata* del año 1994, un ejemplar del año 1995, tres del año 1996, tres del año 1997 y cuatro del año 1998 y por último, de la revista *tres* se utilizó dos ejemplares del año 1996.

## Antecedentes del tema

Al comenzar este trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva, desde las ciencias sociales en relación al tema de estudio. Se utilizaron distintos libros, tesis de grado de Trabajo Social y Sociología, artículos publicados en revistas científicas de América Latina y el Caribe, documentos del MSP, OPS, ONUSIDA entre otros. A continuación se describen algunas de estas publicaciones como antecedentes para introducirnos en el estudio del tema de este trabajo.

Si bien la enfermedad en la actualidad es considerada como una enfermedad crónica (Cabrera et al., 2018, p. 8) como la diabetes o cualquier enfermedad no transmisible, el VIH- sida lleva consigo un estigma social que va más allá de lo biológico, del padecimiento de la propia enfermedad (Sevilla, Álvarez, 2002).

Las personas que conviven con VIH-sida pueden desarrollar una vida plenamente saludable, teniendo una esperanza de vida igual a aquellas que no tienen el virus, dado que “los avances terapéuticos de los últimos años han transformado a la infección del VIH en una enfermedad con características de crónica, por lo cual el despistaje temprano de la condición de portador aparece como una variable clave para mejorar el pronóstico y la calidad de vida” (Meré, 2012, p. 45).

Este nuevo paradigma de “enfermedad crónica” se logra gracias a la utilización del tratamiento antiretroviral (TARV), el cual también contribuye a disminuir la morbilidad a través de la disminución en la adquisición de las enfermedades oportunistas (Cabrera et al., 2018, p. 8).

En este nuevo escenario evaluar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de las personas con VIH, se ha transformado en el objetivo de diferentes investigaciones de la comunidad científica internacional.

En Uruguay se llevó a cabo una investigación, para evaluar la CVRS y se exponen los datos en el artículo Calidad de vida relacionado a la salud en personas con VIH y factores asociados, publicado en el año 2018 en la revista *Médica del Uruguay* (Cabrera et al., 2018).

Para esta investigación se realizó un estudio de tipo cuantitativo exploratorio de corte transversal y analítico, en el periodo de julio de 2011 a agosto de 2014 y se aplicaron distintas encuestas a los pacientes que acudían a las consultas ambulatorias de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas y en el Servicio de Enfermedades Infecto-Contagiosas (SEIC) dependiente de ASSE.

Se tomó una muestra de 101 pacientes con VIH, mayores de 18 años que recibieron tratamiento al menos en los últimos tres meses previos al estudio. Los instrumentos utilizados fueron la encuesta de datos clínicos, el cuestionario de calidad de vida relacionado a la salud (CVRS), adaptado a nuestro país, y el cuestionario de adherencia (SMAQ). El cuestionario de adherencia es un instrumento que se utiliza para valorar la toma de medicamentos y la efectividad del tratamiento. Se considera paciente adherente a aquel que tiene el cumplimiento terapéutico igual o superior a 95% (Cabrera et al., 2018, p. 9).

Los resultados obtenidos revelaron que esta población tiene una alta permanencia con el sistema de salud, a pesar de tener factores sociales de vulnerabilidad, logran un buen score de CVRS, una elevada proporción de supresión viral, con un elevado nivel de adherencia. Otro dato es que la carga viral indetectable que mide la eficacia del TARV, no puede ser utilizada aisladamente como parámetro de la calidad de vida (Cabrera et al., 2018, p. 16).

Los autores manejan la hipótesis que si bien los pacientes son indetectables, gracias a la eficacia de los tratamientos, estos generan en el transcurso del tiempo reacciones adversas generando malestar físico y por lo tanto el instrumento aplicado de calidad de vida se ve disminuido.

Las mujeres fueron las que revelaron peores puntuaciones de CVRS en comparación con los hombres y entre la población de orientación gay o bisexual obtuvieron mejores puntuaciones.

En cuanto a la edad, a medida que aumenta la edad disminuye el CVRS global, pero esta correlación no es significativa. El estudio tiene como debilidad la no valoración del impacto del estigma y la discriminación (Cabrera et al., 2018, p. 16).

Otro artículo utilizado es de los autores Castro y Farmer (2003) titulado: El Sida y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima, publicado en la revista *Cuadernos de antropología social*. Los autores analizan cómo desde lo institucional, por ejemplo en algunas publicaciones elaboradas por organismos internacionales de salud y sus recomendaciones, contribuyen a reproducir una ideología que culpabiliza a la víctima, acusando a las personas por haber contraído la enfermedad. Los autores concluyen que “sitúa la causa del sufrimiento y de la pobreza de las personas que viven con Vih/Sida en su propia falta de autonomía y no en las fuerzas sociales, políticas e históricas que escapan a su control” (Castro y Farmer, 2003, p. 1).

Los autores dicen que la violencia que se ejerce hacia los pobres encuentra su fundamento en las “fuerzas históricas” muchas veces vinculadas a los “procesos económicos”. Estos procesos y estas fuerzas forman la “violencia estructural” que puede tomar distintas formas: “racismo, sexismo, violencia política, y otras desigualdades sociales”. Por tanto esta violencia estructural, pesa a la hora de poder tomar decisiones en los trayectos de vida de estas personas.

Otro estudio relevante que visualiza la discriminación es el artículo llamado: Representaciones sociales asociadas al VIH/SIDA en universitarios colombianos, donde los autores destacan la necesidad de “empoderar a los diferentes agentes de socialización y de fortalecer los procesos educativos desde el reconocimiento de los derechos humanos de todas las personas” dado que los resultados arrojados muestran creencias y actitudes negativas hacia la enfermedad (Hoyos et al. 2019, p. 1). Los investigadores proponen realizar un trabajo articulado e integral para deconstruir estas creencias, también el trato de una “construcción de una sexualidad responsable y saludable que esté centrada en el auto cuidado”, dado que los jóvenes no visualizan que la enfermedad puede afectarlos (Hoyos et al. 2019, p. 12). Es decir, sigue la creencia de que el VIH solo puede afectar a determinados grupos de riesgo.

Otro trabajo relevante es el realizado por el Espacio Interdisciplinario de la Universidad de la República de Uruguay denominado: *Montevideanxs Textos diversos en torno a los resultados de la investigación exploratoria “Derechos, jóvenes LGBT y VIH/sida”, 2011*, en el cual, distintos autores tratan el tema de la discriminación, estigmatización, y VIH-sida en la población joven LGBT en el Uruguay. En dicho libro el sociólogo Juan Jose Meré, expone un artículo denominado *Entreabriendo el armario de los datos*, donde realiza una encuesta a 33 jóvenes gay, bisexuales, lesbianas y trans.

El autor plantea que hay un cambio en el foco de las intervenciones de prevención que hasta ahora se centraban en el individuo y se pasa hacia una estrategia integral. Para ello plantea “salir de la perspectiva individual y parcial dominante” que existe en “el manejo del riesgo del VIH en la vida cotidiana”, y por el contrario desplegar una “mirada de contexto configurada por la plena consideración del papel de las macroestructuras y procesos sociales y culturales en la generación de los deseos, derechos, oportunidades, interacciones, trayectorias y prácticas de las personas LGBT en su conjunto” (Meré, 2012, p. 33).

Esta nueva estrategia apuntan a una “estrategia integral” por la cual “el enfoque socioestructural es enfrentar los factores claves que producen la vulnerabilidad al VIH y afectan la capacidad de las personas a protegerse y proteger a los otros del riesgo de transmisión del virus” (Meré, 2012, p. 34).

La investigación es de tipo exploratoria, con un diseño no probabilístico y una muestra acotada y no es posible realizar generalización referidos a toda la población, pero si abre una brecha de investigación para el futuro.

Por último, se expone el trabajo de Sevilla (2010) en su artículo: Discriminación discurso y sida, en el cual plantea que existe una representación social de la enfermedad, que persiste desde sus inicios que se asocia con características físicas como “delgadez del cuerpo y de la cara, palidez, la presencia de verruga, el cansancio, el aparente envejecimiento prematuro o deterioro físico, diarreas continuas, altas temperaturas, enfermedades respiratorias y problemas de la piel” (p. 11).

Estas imágenes que reflejan el deterioro físico a causa del avance de la enfermedad, en ocasiones ha sostenido una visión lineal de la enfermedad VIH, atribuyéndole todos estos rasgos a las personas que contraen el virus, y de este modo llevan a una percepción social negativa y refuerzan la discriminación.

Puede concluirse que la bibliografía expuesta sobre el VIH-sida, tienen puntos en común, todas refieren a los problemas de discriminación, estigmatización y exclusión que sufren las personas viviendo con VIH-sida, desde los inicios de la epidemia hasta la actualidad. En este trabajo se pretende desentrañar cómo se fue construyendo la enfermedad de VIH-sida y cómo los discursos de la prensa escrita influyeron en esta construcción.

Cabe señalar que en la bibliografía encontrada no han surgido estudios del tema, desde el punto de vista que se pretende estudiar en este trabajo.

Por todo lo expuesto se plantea la inquietud de analizar cómo se construye el imaginario social del VIH-sida desde sus inicios a partir de la prensa escrita en Uruguay, dado que jugó un rol primordial tanto en la divulgación de información de la nueva enfermedad y también reforzó, en alguna medida ciertos conceptos erróneos sobre la enfermedad. Los afectados de VIH-sida como se expuso, en la actualidad, siguen sufriendo la estigmatización y discriminación social.

A continuación se definen los conceptos sobre VIH y sida, para mejor comprensión del tema.

## **Definición de VIH y sida**

En términos generales se puede afirmar que la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un virus que afecta a las células del organismo llamadas CD4 (LCD4) que se encargan, entre otras, del cuidado del cuerpo ante la llegada de cualquier germen infeccioso. Es decir son las encargadas del sistema inmunológico (OMS, 2023).

Cuando se adquiere la infección por VIH estas células son atrapadas por el virus y son utilizadas para su multiplicación, de este modo el virus sobrevive, se multiplica y se expande por el torrente sanguíneo a todo el cuerpo. Si la carga viral aumenta y los CD4 disminuyen y no se utiliza tratamiento con medicamentos es probable que se llegue a la etapa más avanzada de la infección o etapa de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

En esta etapa el sistema inmunitario está muy débil y el organismo ante cualquier otra infección no puede defenderse pudiendo ocasionar la muerte de la persona (OMS, 2023).

Cabe destacar esta diferencia conceptual entre el VIH y el Sida, la primera es el virus y la segunda es el desarrollo de la enfermedad, que en una etapa terminal puede llevar a la muerte de la persona.

Los medicamentos utilizados se denominan antirretrovirales (ARV) que en combinación de dos o más fármacos actúan de distintos modo para evitar la entrada del virus a la célula CD4 o para disminuir su multiplicación, en consecuencia disminuyen la carga viral de VIH y se elevan las células CD4.

Estos medicamentos no curan la infección, pero la mantiene estable y las personas logran tener la misma esperanza de vida que aquellas que no tienen el virus.

Los ARV pueden también eliminar el riesgo de transmisión del VIH al tener carga viral indetectable. Por ejemplo en personas con VIH que quieran amamantar tiene un riesgo menor al 1 % de transmisión por la leche materna si están en tratamiento con antirretrovirales en forma constante (MSP, 2022).

Las formas de trasmisión del virus de VIH es a través de la vía sexual, ( sexo vaginal o anal), por compartir agujas, y a través del embarazo y la lactancia. Si el VIH está controlado el riesgo de transmisión es cercano a cero (MSP, 2022).

La medida de mayor eficacia para prevenir la infección sigue siendo el preservativo y en los últimos años se comienza a fomentar el uso de la profilaxis previa a la exposición al VIH (Prep) que consiste en la toma previa de una combinación de dos fármacos antes de mantener una relación riesgosa (MSP, 2023a).

La profilaxis postexposición (PPE) se puede utilizar en personas VIH negativas para reducir la probabilidad de infección por VIH después de una potencial exposición, tanto ocupacional (accidente laboral) o no ocupacional. Esta última incluye una relación sexual consentida o no (MSP, 2023a).

A continuación se expone la segunda parte del trabajo dividida en tres capítulos. El capítulo I trata los aspectos sociohistóricos de las representaciones sociales de las enfermedades venéreas e infecciosas más relevantes en el siglo XIX y principio del siglo XX. El capítulo II trata la irrupción del VIH-sida en Uruguay y las estrategias que se utilizaron al inicio de la epidemia. En el capítulo III se realiza el análisis de los artículos seleccionados de prensa en el periodo comprendido entre 1983-1997. Por último se exponen las consideraciones finales y la bibliografía utilizada.

## **CAPÍTULO I : Aspectos sociohistóricos de las representaciones sociales de las enfermedades venéreas e infecciosas en Uruguay en el siglo XIX y principio del siglo XX**

Dado que la realidad social es compleja y el proceso de salud-enfermedad es una construcción social, se cree pertinente, el análisis de los procesos sociohistóricos, en cuanto a las representaciones sociales de las enfermedades venéreas e infecciosas, ya que se entienden que comparten características en común con la epidemia VIH-sida.

En este capítulo se desarrollarán los aspectos sociohistóricos sobre las enfermedades venéreas e infecciosas que acontecieron en Uruguay en el siglo XIX y principios de XX. El análisis de algunos aspectos nos dará insumos para entender la construcción de la enfermedad del VIH-sida en el inicio de la epidemia. El virus de VIH tiene similitudes en cuanto a su trato, con otras enfermedades que acontecieron a lo largo de la historia como ser la sífilis, la tuberculosis, la lepra y el cáncer. El modelo común para tratar a estas enfermedades fue el de exclusión, y el hospital funcionó como lugar para el aislamiento de los pacientes leprosos, tuberculosos, sidosos y cancerosos (Sevilla, 2010).

Es relevante conocer cómo estas enfermedades infecciosas fueron tratadas, cuál fue el papel del Estado, como se organizaron los sistemas de salud, qué medidas se adoptaron, cómo impactaron en las representaciones de las personas. Todos estos aspectos van a influir, en los procesos de salud-enfermedad de la sociedad.

Las representaciones sociales sobre salud y enfermedad, han ido cambiando a lo largo de la historia de la humanidad, dependiendo de las “condiciones sociales, económicas, políticas y culturales” (Olarte, 2017, p. 68) . Las “subjetividades que construyen las personas de sus historias de vida inciden en su salud o enfermedad y son las construcciones de sentido las que les aportan a dichas situaciones” (Olarte, 2017, p. 67 ). Es por ello que el estudio de estas formas de concebir la enfermedad, pueden ser significativas porque van a impactar en la construcción de la enfermedad de VIH-sida e influyen en las percepciones que las personas tengan sobre las mismas.

A mediados del siglo XIX se da una fuerte epidemia de sífilis y tuberculosis que llevó a la creación de hospitales de reclusión para la población más vulnerable, prostitutas, inmigrantes pobres, indigentes, desplegándose un dispositivo de vigilancia y de control para esta población (Portillo, 1995).

Para comenzar este capítulo se describe cómo fue la participación del Estado en la atención de la salud y como se fue conformando la clase médica en Uruguay, dado que también tendrá su correlato y puntos en común, con la atención de la enfermedad del VIH-sida al inicio de la epidemia.

### **El papel del Estado y la construcción de los servicios de salud**

El estudio de las representaciones sociales de las enfermedades venéreas e infecciosas están atravesadas por estos procesos históricos, el surgimiento del Estado-nación, los servicios de salud, y también el cambio en la atención de la salud de la población. Se da un pasaje de la atención en la salud, desde el ámbito privado y familiar hacia una atención colectiva, donde el Estado se hace cargo de los problemas sociales y de la salud de la población. Otro hecho es la separación del Estado y la Iglesia, que lleva a dejar de explicar los problemas como resultado del castigo divino y comienza a tener una mayor participación la ciencia, el Estado y la sociedad. “Es en el modo capitalista de producción, donde la medicina, que se desplaza del espacio religiosos y político, adquiere más directa vinculación con el proceso económico de producción al transformarse en indirectamente productiva, por conservar y adaptar la fuerza de trabajo” (Portillo, 1995, p. 1).

Las representaciones que se van a tener de la enfermedad VIH-sida, a través por ejemplo de los discursos de la prensa en el inicio de la epidemia, van a estar influenciados de cómo se han ido conformando las representaciones de las enfermedades venéreas e infecciosas en el siglo XIX y principio del XX.

La preocupación en la atención de la salud y el nacimiento del Estado-nación es un proceso histórico que está estrechamente vinculados entre sí, donde tanto los servicios de salud como la práctica médica no se consolidan hasta finales del siglo XIX.

Siguiendo a Portillo (1995) afirma que la “práctica médica está directamente ligada y articulada con la transformación histórica del proceso de producción económico que sufre una determinada sociedad” (p.5).

Por tanto son los modos de producción de una sociedad que van a influir en la organización de las sociedades y en la vida social de las mismas y también en las formas que se atiende y se entiende los procesos de salud-enfermedad.

## La historia de la práctica médica

hay que entenderla como un proceso social complejo, inserto en un conjunto de procesos sociales y económicos que van a determinar sus características. El rol que el Estado va adquiriendo progresivamente en la regulación de dicha práctica médica, tiene también una interrelación muy clara con los procesos productivos y culturales concomitantes (Portillo,1995, p. 6).

El proceso de transformación de los sistemas de salud, va acompañado de la transformación del sistema económico desde un sistema precapitalista a un sistema capitalista, donde el Estado juega un rol primordial. Es así que Uruguay y los países de América Latina tienen rasgos en común en los sistemas de atención, dado que comparten desde la colonización elementos comunes propios de su historia, desde el nacimiento como colonias dependientes tanto políticamente como económicamente.

Portillo (1995) analiza, en su artículo *Historia de la medicina estatal en Uruguay (1724-1930)* cuatro periodos que los identifica como importantes en la vinculación del Estado y su participación en la organización de los servicios de salud y de la práctica médica. Abarcan desde la fundación de Montevideo hasta la primera década del siglo XX.

El primer periodo que va desde la fundación de Montevideo hasta fines del siglo XVIII se caracteriza por tener un estado dependiente de la corona española, con una economía precapitalista, una actuación mínima en la salud, con una función principalmente normativa.

Uruguay se va reorganizando políticamente y socialmente como una colonia y si bien, tuvo muy pocos habitantes, el Estado tempranamente tuvo una gran preocupación por la salud de la población.

Los primeros hospitales que se crean son para atender la demanda de los ejércitos, pero a medida que la población va en aumento se crea el hospital civil, con una función “filantrópica y más espiritual, además de servir como centro de reclusión” (Portillo, 1995, p. 9). Estos centros de asistencia que tenían sus orígenes en la Europa medieval, se regían por principios de solidaridad para atender a los más necesitados y también proporcionaban los fondos económicos.

De este modo la medicina tradicional comienza a ser desplazada por la medicina oficial, llevando a la exclusión de “los intereses y las pautas culturales de las clase subalterna (indios guaraníes integrados en la urbanización, negros esclavos, mestizos y gauchos)” (Portillo, 1995, p. 9).

Por tanto, “ la consolidación del hospital y de la medicina científica es en definitiva la consolidación de un proyecto político, económico y social. Una economía mercantil, que coincide con el mercantilismo como proyecto político europeo” (Portillo, 1995, p. 9).

El segundo periodo abarca la primera mitad del siglo XIX , se produce la independencia política de la corona española y surge el Estado-nación.

Se pasa de una economía precapitalista a una economía capitalista, dependiendo económicamente de los mercados europeos. Las fuerzas productivas están muy poco desarrolladas y se basan fundamentalmente en la explotación del ganado vacuno .

Aparecen organismos colegiados con el objetivo de normalizar aspectos de la salud pública y regular el ejercicio médico, aunque todavía no se tiene recursos suficientes para atender a la salud.

Aumenta la población de inmigrantes, pero dado las sucesivas guerras la preocupación principal del Estado sigue siendo el ejército. La práctica médica es rudimentaria, principalmente asistencial.

Los hospitales son principalmente militares quedando la atención de la salud de forma individual en el domicilio, solo para aquellos que pueden pagarla. El Estado aún no está a cargo de la salud pública y no existe un fuerza de trabajo en la ciudad que requiera la necesidad de conservarla.

La práctica médica en este periodo es “coherentemente y armónica con la realidad nacional de esa época: un país escasamente poblado, desgastado por los conflictos políticos y militares, de economía precapitalistas y donde la modernidad y la razón científica no logran consolidarse” (Portillo, 1995, p. 12).

El tercer periodo que corresponde a la segunda mitad del siglo XIX, nace el Estado moderno capitalista, liberal y mercantil. Comienza a gestarse el proyecto social y político de la modernidad impregnado por el positivismo.

En este periodo se da la participación más importante en la atención de la salud por parte del Estado. Con el surgimiento del proletariado rural y burgués, las epidemias no solo afectan a la salud de la población, sino también afectan a las economías.

La atención médica pasa de ser una preocupación individual a una preocupación colectiva, es en este momento que el Estado junto con la sociedad organizada, toma parte para sí, la responsabilidad de la atención de la salud.

Se van creando nuevos servicios para lograr una “medicina científica y tecnificada” El rol principal de los servicios se mantienen en la sociedad civil y estos se encuentran fragmentados según la división de las clases sociales “ la caridad y beneficencia para los pobres y las comunidades de migrantes y sus respectivas sociedades de ayuda mutua, para la mayoría de los trabajadores manuales urbanos”. En cuanto a “los sectores dominantes tienen una atención personalizada en su propio domicilio”. (Portillo, 1995, p. 14).

El Cuarto periodo se inicia en el siglo XX donde el Estado es liberal y democrático. En esta etapa se consolida la economía capitalista. El Estado no solo regula y controla aspectos normativos de la salud, si no también se hace cargo de la salud de los grupos sociales que se encuentran excluidos del sistema.

En 1934 se crea el Ministerio de Salud Pública que regula tanto lo público como lo privado. La atención médica tiene como centro el hospital, y se crea el primer nivel de atención.

En todo este momento histórico, comienza a darse el proceso de medicalización del Estado, donde “ toda la sociedad capitalista tiene un gran objetivo: mejorar la producción y la rentabilidad y en ello, el Estado y la medicina estatal desempeña un rol importante” (Portillo, 1995, p. 16). Para ello:

La atención médica y el Hospital, se transforman en las herramientas básicas para el cumplimiento y desempeño de ese rol. Todos los procesos sociales y biológicos son medicalizados e “internalizados” en el Hospital: el nacimiento, la vejez, la muerte, la enfermedad mental, la sexualidad “anormal”, la obesidad, la delgadez (Portillo 1995, p. 16).

Nace un “modelo médico” predominante, donde el saber médico, se coloca en un lugar privilegiado y sagrado, es decir “se va produciendo una medicalización de la sociedad civil” y “una permeación y dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médico” (Portillo, 1995, p. 16).

“Este modelo médico hegemónico y dominante, hoy vigente, se va imponiendo en el principio de siglo, como un integrante más de la modernidad” (Portillo, 1995, p. 5), afecta a la cultura y a las “mentalidades” de las personas. Se da un fuerte cambio de ideologías que permea en todas las esferas de la vida social y conduce al disciplinamiento, al decir de Barrán se pasa de una cultura “bárbara” a una “civilizada” (Barrán, 1994).

A modo de síntesis, cabe destacar que este proceso de medicalización de la sociedad, entendido como proceso, en el cual todos los aspectos de la vida social (nacimiento, parto, vejez, etc) pasan a ser atendidos en el ámbito de la medicina, fueron beneficiosos para la sociedad en la medida que se controlaron las epidemias, disminuyeron las muertes, mejoraron la calidad de vida de las personas.

La ocupación de los enfermos comienza a ser atendida por el Estado donde el hospital cumple el rol fundamental de receptor de todas las funciones de la vida social. La atención de la salud y los problemas sociales dejan de ser asunto del ámbito individual y privado y pasan a ser asunto del ámbito público y colectivo.

## La atención de las enfermedades venéreas e infecciosas

Distintos cambios se produjeron en Uruguay desde finales del siglo XIX y principios del siglo XX para consolidarse como un país moderno. Esto fue posible por distintos acontecimientos que favorecieron el nacimiento de una nueva sociedad moderna como ser: el avance de las comunicaciones, la reforma educativa, la construcción del sistema fiscal y monetario, la creación de un ejército unificado, el nuevo modo de producción con la tecnificación del medio rural, el aumento migratorio y la inserción del país en el mercado capitalista, provocando cambios en la moral dominante que se transmitieron en todos los aspectos de la vida social de la población (Duffau, 2016, pp. 22-23).

Como se explicó en el apartado anterior como parte del proyecto político de la modernidad, se dio en Uruguay un proceso de medicalización de la sociedad en todos los aspectos de la vida social. Es decir que todos los problemas sociales pasan a la órbita médica. Acompañando este proceso, se dio el higienismo como “ideología médica de fines del siglo XIX” y “adquirió un rol cada vez más creciente porque fue utilizada no solo para prevenir cualquier tipo de enfermedad sino como instrumento de disciplinamiento social que indicaba que estaba bien y que no” (Duffau, 2015, p. 24).

Siguiendo los aportes de Bascuñán (2015)

El higienismo, como paradigma de pensamiento médico, comenzó a configurarse desde fines del siglo XVIII, para transformarse, en la siguiente centuria, en un método de intervención sanitaria y social que pretende conocer y controlar los factores ambientales, sociales y morales asociados a los problemas de salud pública, generados a partir de los procesos de industrialización y urbanización de las sociedades europeas (Bascuñán, 2015, p.71) .

El higienismo no solo se instala como dispositivo de regulación social, sino que también se gestiona por la “revalorización de los conceptos hipocráticos, sobre todo ante la necesidad de comprender las causas generales de las enfermedades y, específicamente, de las que presentaban un carácter epidémico” (Bascuñán, 2015, p.72).

Para ello, los científicos de la época prestaron atención sobre la relación entre las enfermedades y el medio ambiente. Se da una nueva ideología que pone de relevancia el cuidado del cuerpo, los hábitos de higiene, las prácticas saludables, el cuidado del medio ambiente, para poder controlar y evitar el desarrollo y expansión de las enfermedades infecciosas.

Muchas medidas de esta nueva ideología del higienismo serán utilizadas por la medicina bacteriológica con el objetivo de combatir y controlar la diseminación de gérmenes contagiosos, y como modo de prevención de las enfermedades (Bascañán, 2015. p. 71).

### **Sífilis y Tuberculosis**

Como se dijo al inicio del capítulo la sífilis y la tuberculosis fueron las dos epidemias que causaron gran temor en la población y tuvieron un trato de vigilancia y control por parte del Estado para poder frenar el avance de la enfermedad, creándose centros especializados y distintas prestaciones sociales para las personas afectadas.

El modo de entender y tratar las enfermedades venéreas, en este periodo histórico tendrá su correlato en el siglo XX con la aparición de la epidemia de VIH-sida, donde se pueden visualizar rasgos en común en cuanto al imaginario social, que contribuyeron a la formación de las nociones e ideas al respecto. En cuanto a la construcción de las enfermedades de transmisión sexual e infecciosas: la culpabilización de los afectados, el tabú sobre la sexualidad y el agregado de juicios de valor con respecto al contagio de las enfermedades.

Tanto el Estado como los servicios de salud tuvieron un rol fundamental en el control y vigilancia del avance de las epidemias infecciosas creándose centros especializados para la atención de la sífilis y la tuberculosis.

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual, causada por una bacteria, que provocó las epidemias ocurridas en Europa a finales del siglo XV, y se presupone que los marinos fueron los causantes de transmitir la enfermedad en América (Turnes, 2007, p. 13). Asociada con la sexualidad y el tabú que ello significaba, en plena edad media, se conformó como una enfermedad de transmisión sexual asociada a la prostitución y promiscuidad, donde era calificada como “una enfermedad vergonzosa” donde el enfermo de sífilis al contraer la enfermedad por tener “malas practicas sexuales” era rechazado y “segregado por los demás y calificado como degenerado y poco moral” (Sevilla, 2010, p.11).

En Uruguay como primera medida, en la atención a esta nueva epidemia, se crea en el año 1917 el Instituto Profiláctico de la Sífilis. Su objetivo era prevenir y curar la enfermedad y se le otorgaba atención y medicamentos de modo gratuito a la población afectada.

También se crearon distintos dispensarios tanto en la ciudad de Montevideo como en otras ciudades del interior. En 1923 se contaba con 7 dispensarios en Montevideo, 29 en el resto de las ciudades departamentales y otras ciudades estratégicas como por ejemplo las ciudades fronterizas con Brasil (Barrán, 1994, p.17).

Otra medida implementada para evitar la propagación, fue a través de la creación de la figura de los médicos-inspectores que en apoyo con los policías controlaban a las prostitutas. Su tarea estaba orientada fundamentalmente al examen del cuerpo y los genitales de las mujeres (Acosta, 1998, p.9).

Por tanto:

el contagio del mal venéreo se insertaba, entonces, como un elemento más dentro de un sistema explicativo mayor, que daba respuesta a las diferentes formas en que las enfermedades se originaban y manifestaban según clases sociales, regiones geográficas, ocupaciones, formas de vida, tipos de alimentación, moralidad, temperancia, etc (Bscuñán, 2015, p. 77).

En cuanto a la tuberculosis y las políticas adoptadas, se crea la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis en 1913 y los distintos dispensarios tanto en Montevideo como en el Interior del país.

En estos centros se proporcionaba no solo medicamentos gratuitos, y tratamientos médicos, sino también otras prestaciones sociales, para cumplir con las necesidades básicas insatisfechas como: alimentación, vestimenta, contribuciones monetarias, entre otras. Para poder recibir estas prestaciones los inspectores o visitantes iban al domicilio a inspeccionar las condiciones sociales de los afectados y eran los encargados de autorizar la prestación social y de su seguimiento en el tiempo (Acosta, 1998, p. 10).

De este modo se controlaba el estado de salud, el cumplimiento del tratamiento, la aplicación de las medidas profilácticas y la higiene en general del hogar.

Existe una clara diferencia entre las dos clases de inspectores tanto para sífilis como para tuberculosis. Para los primeros el interés era el cuerpo de la mujer y sus genitales y para los segundos, el interés está puesto en los hábitos de salud y en “condiciones sociales de vida” de los enfermos (Acosta, 1998, p. 10).

Cabe señalar que de estas figuras de inspectores o visitantes vinculadas al médico serán los precursores del Servicio Social en la génesis de la profesión.

Es así que “la visitadora social emerge en las organizaciones institucionales de la Asistencia Pública como agente subordinado al médico y no a las hermanas de la Caridad” (Acosta, 1998, p.14). Es cuando el médico pasa a ser un agente primordial en estas instituciones, se coloca la demanda de las “visitadoras sociales” por tanto:

Este movimiento que lleva a que los médicos se constituyan en agente privilegiado en estas instituciones, es parte de la medicalización de la sociedad (y su contracara la socialización de la medicina), que por su vez está relacionada con la implantación del padrón “productivista” de trabajo (Acosta, 1998, p, 14).

Por tanto frente a estas dos grandes enfermedades infecciosas, que acontecieron en la sociedad del 900, la intervención medicalizada tenía dos componentes: “ la internación o reclusión forzada, y la inspección en el domicilio” (Acosta, 1998, p. 9).

El mejor modo de contención que encontró esta nueva forma de atención de los problemas sociales y de salud de los pobres fue el hospital donde,

el enfermo pobre, en estado de necesidad biológica por su enfermedad, en estado de infección social por su pobreza, en el hospital sumaba otra indefensión: veía su mundo cultural convertido en error higiénico, en forma peligrosa de contagio a la que se condenaba sin remisión (Barrán, 1994, p. 20).

Siguiendo a Barrán (1994) “La curación se entendía dentro del disciplinamiento más estricto” (p.24) donde:

El enfermo era un ser con los derechos recortados y un formidable capítulo de deberes que buscaba saliera del nosocomio no solo un hombre sano sino enteramente otro hombre desde el punto de vista moral, mejor dotado que el que había entrado, para el autocontrol de sus pulsiones y rebeldías (Barrán, 1994, p. 24).

Este modo de entender la salud-enfermedad llevado a cabo como parte constituyente del proyecto político de la modernidad del Uruguay de cara al siglo XX, fue necesario para la consolidación del capitalismo y la formación de la nueva nación, y para ello fue necesario el disciplinamiento de las clases subalternas.

El higienismo fue parte de un proyecto socio-cultural de gobernar por hegemonía a las “clases peligrosas”, en el marco del “industrialismo” o de la implantación del ethos “productivista”, acostumbrándolas a ser constantemente vigiladas y controladas en nombre de la salud, obteniendo por otro lado de ellas la información necesaria para este control (Acosta, 1998, p. 14).

Esta forma de entender y tratar las enfermedades venéreas e infecciosas tendrá similitudes, como ya se puntualizó en el siglo XX con la aparición del VIH-sida, y se pueden visualizar rasgos en común, en el imaginario social, que contribuirán a la formación de las nociones e ideas al respecto, en la construcción de las enfermedades de transmisión sexual, en la actualidad. Algunas nociones como la culpabilización a los afectados, el tabú sobre la sexualidad, el agregado de juicios de valor con respecto al contagio de las enfermedades, las prácticas consideradas inadecuadas, entre otras. Otro punto en común en el imaginario colectivo es la idea de “clases peligrosas” (Acosta,1998) y su correlato en el inicio de la epidemia de VIH-sida con la categorización de “población peligrosa”, dado que se las consideraba peligrosas por sus conductas riesgosas y podían ser las causantes de expandir las epidemias.

Los rasgos en común entre estas enfermedades venéreas e infecciosas y el VIH-sida son; en cuanto a la sífilis, comparten la misma forma de transmisión, la vía sexual y con ello su estigmatización asociado a prácticas sexuales consideradas inapropiadas. En el caso de la tuberculosis, la similitud se refiere al aislamiento y reclusión de los pacientes, asociado a malas prácticas de salud e higiene. También la tuberculosis se asocia al VIH dado que es una de las enfermedades oportunistas que los pacientes pueden contraer por su condición de inmunodeprimidos.

En el capítulo siguiente se analizará los aspectos sociohistóricos que acontecieron en el inicio de la epidemia de VIH-sida.

## **CAPÍTULO II : Aspectos sociohistóricos en relación al VIH-sida en el inicio de la epidemia**

### **Contexto general**

Los primeros casos de inmunodeficiencia fueron en 1981 en las ciudades de San Francisco y Nueva York. En el mismo periodo de tiempo se reportaron casos en otros países como en Haití, Francia y en países de Europa y África. Francia junto con Estados Unidos fueron los que llevaron a cabo los primeros estudios y descubrieron el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Distintas son las teorías del origen y el surgimiento de la enfermedad, algunas de las cuales apuntan a que se trataba de un virus, ya existente en la humanidad, que a causa de cambios ambientales y de nuevos hábitos y costumbres de las personas, resurge bajo una nueva forma y por alguna razón es adquirido por el hombre. Esta teoría se sustenta en la existencia de manuscritos médicos que datan de la antigüedad, que expresan en las historias clínicas síntomas similares a los pacientes de sida (Grmek, 1989).

Como se expresó al inicio de este trabajo, se fue conformando la idea de grupos de riesgo, teniendo como hipótesis, que dadas las conductas riesgosas que tienen determinada población, se cree que se encuentran propensas a contraer la enfermedad, y se vuelven peligrosas, ya que podrían contagiar al resto de la población. Se profundizará la noción de riesgo en el capítulo III.

Al inicio de la epidemia se les denominó el grupo de las cuatro H a la población conformado por homosexuales, haitianos, consumidores de heroína y hemofílicos. Cabe puntualizar que estos grupos ya tenían un estigma y eran discriminados, ya sea por su orientación sexual, condición étnico-racial, por su adicción a ciertas sustancias, etc. De este modo el concepto de “grupos de riesgo” primeramente surgió como una categoría epistemológica y “rápidamente sufrió un giro discursivo” y se transformó en una “categoría ontológica” (Barp et al., 2023,p. 228). Se va formando una percepción social, donde la población homosexual es la más afectada. Esta noción de “grupo de riesgo” reabre la “vieja idea que asocia la homosexualidad con el peligro social, ya que, en un nuevo contexto biopolítico, el VIH/SIDA aumentó el malestar que el propio comportamiento homosexual ya había causado en el pasado” (Barp et al., 2023,p. 228).

El VIH se consolida como una nueva enfermedad del siglo XX que nunca antes se había visto, donde se conjugan tres elementos: la sexualidad, la sangre y la muerte.

## **Contexto en Uruguay**

Como ya se mencionó en capítulos anteriores, el primer caso importado de sida, se detectó en el año 1983, y el primer caso autóctono en 1986. Como en todos los países de la región la información y el conocimiento que se tenía era escaso y confuso y sin un diagnóstico específico para el tratamiento.

Se vivió una gran conmoción social dado que los casos fueron aumentando, y con ello las muertes. Primero afectó a homosexuales y luego se extendió al resto de la población. La falta de conocimientos sobre la enfermedad, de cómo se transmitía, la falta de medicamentos específicos, el aumento de las muertes, el miedo y el desconocimiento del personal de la salud, llevaron a que se aplicaran medidas de aislamiento a los pacientes. El Servicio de Enfermedades Infecto Contagiosas (SEIC), ubicado en el Instituto de Higiene, en el año 1987 fue uno de los centros hospitalarios encargados en la atención de pacientes con VIH-sida (Sempol, 2013).

También se crea, en ese mismo año, el Programa Nacional de SIDA, definido como un programa prioritario, dependiendo de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública.

Para poder analizar el inicio de la epidemia de VIH-sida es pertinente analizar el periodo y contextualizar la situación sociohistórica y política que atravesaba el país, dado que podría aportar insumos para entender cómo se construyó la enfermedad, qué medidas se tomaron, cuales fueron los sectores de la población más vulnerables, cómo se fue construyendo el imaginario social.

## **Situación política y social**

Al inicio de la epidemia, Uruguay se encontraba en un proceso de transición democrática, después de haber vivido un periodo de dictadura cívico-militar de 12 años, comprendido entre los años 1973-1985.

Caetano y Rilla (2005) definen dos periodos consecutivos en la historia del Uruguay, en la apertura hacia la democracia: el primero se denomina dictadura transicional y va desde 1980 a 1984, y el segundo se denomina transición democrática que va de 1985 a 1989. En el primer periodo de transición, se van

reorganizando los partidos políticos y se establece la negociación de apertura democrática con el régimen militar.

En 1980 el gobierno cívico-militar convoca a un plebiscito popular, con el objetivo de perpetuar el gobierno, a través de la modificación de la constitución. El resultado fue negativo y se comienza la transición democrática asumiendo en marzo de 1985 el presidente Julio María Sanguinetti (Sempol, 2013, p. 58).

En los primeros años de democracia hubo una alianza entre todos los partidos para poder llevar a cabo la apertura del país y atender la crisis económica que había dejado la dictadura. A nivel social hubo reclamos de justicia, por los hechos ocurridos por el régimen militar, la violación de los derechos humanos, con la desaparición, detención y tortura de presos políticos. En este periodo, en el año 1986 con acuerdo de algunos partidos políticos, se realiza la aprobación de la ley de Caducidad de la Pretensión Punitiva del Estado, que dejaba libres a los militares de los juicios por la violación de los derechos humanos.

En 1989 se realiza un referéndum, convocado por los partidos de izquierda, los movimientos sociales, y los gremios sindicales, para derogar la “ley de impunidad”, pero no se llegó a los votos suficientes para su derogación.

La epidemia de VIH-sida ocurrió en el país, en un contexto de apertura democrática con grandes debates sociales y políticos, con un deterioro profundo de su economía, repercutiendo sobre la salud, la educación, la vivienda y el trabajo y la vida social en general.

Cabe señalar que durante los primeros años de la década de los 80 la “categoría democracia y sus sentidos fueron objeto de distintas disputas” donde los actores sociales aparecen con intereses muy distintos y contradictorios. (Sempol, 2021, p. 2). Esto lleva a desencuentros y conflictos en el seno de la sociedad desde el sistema político y la sociedad en general.

Sempol (2021) puntualiza que “mientras la mayoría del sistema político puso el acento en cómo salir de la dictadura y redujo la democracia a sus aspectos procedimentales, la movida cultural juvenil desde los márgenes hizo hincapié en cómo se entraba a esa democracia y los límites opresivos que se instalaron en el terreno de la sexualidad y la cultura” (p. 2).

Este punto es importante porque como veremos en el desarrollo del capítulo, la opresión social que se instaló luego de la apertura democrática, influyó en el proceso de salud-enfermedad del VIH-sida y afectó en mayor medida a determinados grupos sociales, dándose en la primeros años una represión del cuerpo y de la sexualidad similar a la ya establecida en el siglo anterior.

Tras varios años de opresión, persecución, desaparición y de exilio político, la vuelta a la democracia prometía, en el imaginario social, una apertura a la libertades en todos los sentidos. Sin embargo se mantuvieron censuras, persecuciones raciales, por orientación sexual distinta a la heteronormatividad que se quiso imponer con el nuevo régimen. “En Uruguay el regreso a la democracia fue un proceso largo y ambiguo, que implicó un intento de restauración cultural y simbólico, en donde la sexualidad fue un tabú, proceso que convivió con lo nuevo y lo desafiante” (Sempol, 2013, p. 58).

En cuanto a las “racias” las cuales se practicaban en la dictadura, se volvieron a instalar como aparato de control social, donde el: “Estado reactivó este dispositivo de control social como una forma de regular los disidentes de la cultura de la restauración y como una forma de lidiar con la creciente heterogeneidad social a la que se quería disciplinar” (Sempol, 2013, p. 85).

Sempol (2013) en su libro *De los baños a la calle. Historia del movimiento lésbico, gay, trans uruguayo (1984-2013)*, expresa que las personas homosexuales, lesbianas y travestis tanto en la dictadura y postdictadura, fueron perseguidos, criminalizados, golpeados, vulnerados y marginados.

Estos hechos no fueron visibilizados, en esa época, ni tampoco “nunca se ha investigado la persecución y la violacion que el Terrorismo de Estado en nuestro país desarrollo sobre la poblacion homosexual, lesbica, y travesti durante estos años, silenciando asi el hecho de que el autoritarismo tambien avanzo en el terreno de la sexualidad, y despliego formas de regulacion y persecución policial y militar a los disidentes sexuales” (Sempol, 2013, p. 44).

Y al igual que en décadas pasadas, se quiso imponer un orden social determinado, que debía preservar la familia “heteropatriarcal” y por tanto toda “desviación sexual” se oponía a las “buenas costumbres” y atacaba el buen funcionamiento de la sociedad.

Como se puntualizó en el capítulo anterior junto con el proceso de medicalización el control y vigilancia de los cuerpos, el adiós de la sociedad “bárbara” y el comienzo de una nueva sociedad “civilizada” (Barran, 2005), fue requerimiento para instaurar el proyecto de la modernidad en el siglo XX. Así se fue conformando una sociedad determinada donde “la heteronormatividad cobró una forma específica en

Uruguay y difundió tipos ideales de género, que rigieron y determinaron durante décadas los estrechos márgenes de lo permitido, lo legítimo, lo natural, y lo deseable” (Sempol, 2013, p.21).

El género es una construcción social y cultural que varía en cada momento histórico. Siguiendo a Lamas (2000) son “construcciones simbólicas pertenecientes al orden del lenguaje y de las representaciones” que no siguen la lógica de lo biológico. En cada cultura “una operación simbólica básica otorga cierto significado a los cuerpos de las mujeres y de los hombres”, así se construyen las masculinidades y las feminidades (Lamas, 2000, p.4). Es decir mujeres y hombres no son un reflejo de lo “natural” sino que son el “resultado de una producción histórica y cultural” (Lamas, 2000, p.4).

Pero el género no siempre es construido de modo “consciente y coherente” dado que se “intersecciona” con “modalidades raciales, de clase, étnicas, sexuales, y regionales de identidades construidas discursivamente” (Butler, 1997, p. 2). Por ello no se puede disociar el género de las “intersecciones políticas y culturales en las que invariablemente se producen y mantienen” (p.2) .

La matriz cultural por medio de la cual la identidad genérica se ha hecho inteligible requiere que ciertos tipos de “identidades” no puedan “existir” - esto es, aquellos en los que el género no deriva del sexo y aquellos en los que las prácticas de deseo no se derivan ni del sexo ni del género. “Derivarse”, en este contexto, tiene una relación política de implicación instruida por las leyes culturales que establecen y regulan la forma y el significado de la sexualidad (Butler, 1997, p.9).

Por tanto todas las identidades que quedan fuera de la norma heterosexual, pasan a estar dentro de las identidades sexuales que son excluidas, marginadas y no escuchadas.

En Uruguay durante todo el siglo XX se “censuraron y patologizaron las sexualidades homoeróticas y las entidades genéricas diferentes” (Sempol, 2013, p. 23).

Desde los procesos de la medicalización los médicos y específicamente psiquiatras trataban la homosexualidad como una patología, internando a los pacientes y en algunos casos realizando las prácticas de electroshock (Sempol, 2013, p. 23).

De este modo se da una contradicción, dado que, si bien fue considerada una enfermedad y en algunos casos se creía “incurable”, esta visión fue contraria a los objetivos del Estado, que no detuvo su objetivo de seguimiento, persecución y hasta judicialización de las prácticas homosexuales. Por tanto la “expansión del dominio de la medicina también se vio en el proceso de medicalización de la homosexualidad, al transformar un aspecto de la vida social en un objeto de conocimiento y práctica médica” (Barp et al., 2022, p. 226).

El caso del VIH-sida que irrumpió inesperadamente y colocó nuevamente, a esta población en situación de vulnerabilidad social. Cuando se había superado, desde la clase médica, la idea de tratar la homosexualidad como una enfermedad, su asociación con el VIH-sida, desplegó la noción de población riesgosa o peligrosa que podía diseminar la enfermedad al resto de la población (Barp et al., 2022, p.227).

Se calificó, el sida como “peste rosa” o “cáncer gay” y su asociación con la homosexualidad y la prostitución fue inmediata. “A medida que avanza la información sobre la enfermedad, la confirmación de que el virus se transmite a través del contacto con sangre y/o secreciones sexuales añadió nuevos elementos de patologización de determinadas prácticas sexuales” (Barp et al., 2022, p. 227).

La prensa jugó un papel muy importante en la construcción del imaginario social, primariamente el VIH-sida fue visto como un fenómeno externo, que era traído al país, por homosexuales y personas “promiscuas” (Sempol, 2013, p. 132). Luego, a medida que comenzaron a aumentar los casos de personas afectadas por el virus, fue percibida con preocupación.

En el año 1987 se asume como un problema de salud, y con el gobierno de Sanguinetti, se comienza a tomar dimensión del problema y se coloca el tema dentro de la agenda pública. Como se mencionó se crea a nivel institucional, el Programa Nacional de Sida, en la órbita del Ministerio de Salud Pública. También se realizan difusión de las primeras campañas publicitarias para divulgar información sobre la prevención. Pero el mensaje apuntaba sobre determinados grupos de riesgo social y sobre las “consecuencias” de la enfermedad, “Sida o vida” y “en una forma alarmista y no en las formas de transmisión” (Sempol, 2013, p. 132).

En este periodo las persecuciones no cesaron y fueron justificadas para evitar y controlar la “propagación de la enfermedad” y con ese pretexto prostitutas, travestis y homosexuales fueron detenidos y “fichados por la policía montevideana” (Sempol, 2013). A partir de esta situación se forman distintos movimientos, entre ellos el movimiento de Homosexuales Unidos (HU), que tuvo como función problematizar el tema, buscar formas de prevención y también denunciar las situaciones irregulares.

El HU fue un movimiento clave en la defensa a la no discriminación y estigmatización del VIH-sida en los llamados “grupos de riesgo”, dado que fue crítico en el discurso “medicalizado” que introdujo la idea de que los “homosexuales, bisexuales, y travestis” eran “grupos de riesgo” y que eran el problema de la epidemia. Denunció también las campañas discriminatorias, realizadas por el gobierno y los medios de comunicación y la confusión creciente de la prensa entre VIH y Sida. También puntualizó la discriminación social de los “portadores” que se había vuelto un “co factor” (Sempol, 2013, p. 132).

Denunciaron la discriminación en la donación de sangre de homosexuales e intentaron colocar el tema en el centro del debate, señalando que el VIH-sida era un “desafío” para todas las “opciones sexuales” y no para un grupo determinado. Reclamaron la falta de recursos para la atención de los pacientes en el instituto de Higiene, y el poco acceso para los pacientes del interior del país (Sempol, 2013, p. 132).

La década del 90 hubo grandes cambios para el país y se instauró a través de los gobiernos, el sistema capitalista neoliberal. En el gobierno de Luis Alberto Lacalle se “apostó a reformar el Estado a través de su privatización” (iniciativa que fue frenada por la consulta popular de 1992) “desreguló el mercado laboral suspendiendo para casi todos los sindicatos las negociaciones colectivas”, estimuló la “flexibilización y tercerización”, intento la apertura económica y la reducción del déficit fiscal (Sempol, 2013, p. 151).

Con respecto a la enfermedad y el avance científico, se incluyen nuevos fármacos, aparte del AZT (primer fármaco que actúa bajando la carga viral) se comienza a utilizar la terapia antirretroviral (combinación de dos o más fármacos) que logra reducir las muertes. Aparece un nuevo paradigma y el VIH es considerado como una “enfermedad crónica” (Cabrera et al., 2018, p. 8).

En la exposición de este capítulo puede observarse cómo se va construyendo en la sociedad uruguaya el imaginario de enfermedad de VIH-sida, y como se reafirman los patrones de exclusión y estigmatización hacia la llamada población de riesgo, donde la más afectada es la población homosexual y como consecuencia se formuló lo siguiente: “el sexo anal es una práctica homosexual; El VIH/SIDA se transmite a través del sexo anal; Por tanto, todo homosexual tiene Sida” (Barp et al., 2022, p.227).

En el siguiente capítulo se exponen las categorías analíticas consideradas pertinentes, por todo lo expuesto, para el análisis de los discursos de la prensa.

### **CAPÍTULO III: Análisis de las representaciones sociales acerca de la enfermedad VIH-sida desde la prensa escrita**

En este capítulo se hace referencia a las categorías analíticas que se consideran pertinentes para el estudio de los artículos periodísticos, para luego realizar, en cada categoría, el análisis de los contenidos de los discursos sobre la enfermedad VIH-sida. En primera instancia se desarrolla la estrategia metodológica a utilizar la teoría social del discurso.

#### **Teoría social del discurso**

Para este análisis siguiendo los aportes de Veròn (1993) en su libro: *La semiosis social: fragmentos de una teoría de la discursividad*, en el cual desarrolla la teoría de los discursos sociales como elemento para el análisis de la realidad social. El autor define los discursos sociales a toda materialidad de sentido y no solamente el discurso en sí mismo, es decir un discurso social puede ser toda cosa material que tiene algún sentido para el receptor que lo asimila. En esta definición estarían incorporados cualquier producción de sentido, como un texto lingüístico, un discurso oral, una imagen, una acción.

La teoría de los discursos sociales es un “conjunto de hipótesis sobre los modos de funcionamiento de la semiosis social”. Para el autor la semiosis social es la “dimensión significante” es decir “es el estudio de los fenómenos sociales en tanto proceso de producción de sentido” (Veròn, 1993, p. 125).

La teoría de los discursos sociales tiene dos hipótesis: la primera refiere a que “toda producción de sentido es necesariamente social” es decir no se puede explicar sin tener en cuenta sus condiciones sociales productivas. La segunda hipótesis dice que todo “fenómeno social” es un “proceso de producción de sentido” en cualquier nivel de análisis (micro o macro sociológico) (Veròn, 1993, p. 125).

Esta teoría social es pertinente para analizar los discursos sociales, dado que es “translingüística” es decir permite el análisis de hechos sociales, fenómenos sociales ya que todo fenómeno social tiene una dimensión discursiva. Estos discursos sociales forman una red semiótica infinita y de esta red siempre se accede a un fragmento ya que la realidad social es infinita (Veròn, 1993).

Otro punto en la teoría de Veròn es que el sistema productivo deja “huellas” en los productos. Es decir los discursos sociales son el resultado de determinadas condiciones de producción que son también discursivos. El análisis de los discursos es “ la descripción de las huellas de las condiciones productivas en los discursos” tanto de su generación o la que dan cuenta de sus “efectos” (Veròn, 1993, p. 127).

Un objeto significativo puede tener múltiples análisis y lecturas y “sólo deviene legible en relación con criterios que se deben explicar y que movilizan siempre, de una manera u otra, elementos que tienen que ver con las condiciones productivas del objeto significativo analizado” (Veròn, 1993, p. 128).

En síntesis “toda forma de organización social, todo sistema de acción, todo conjunto de relaciones sociales implican, en su misma definición, una dimensión significativa: las “ideas” o “ representaciones” (Veròn, 1992, p. 125). Entonces para poder realizar un análisis de discurso es necesario la relación de un conjunto significativo con aspectos determinados de esas condiciones productivas.

“Por lo tanto, sólo en el nivel de la discursividad el sentido manifiesta sus determinaciones sociales y los fenómenos sociales develan su dimensión significativa” (Veròn, 1992, p. 126).

En lo referente al estudio realizado sobre los discursos de la prensa escrita, la teoría de análisis social del discurso, proporciona elementos para estudiar a fondo las nociones acerca de la construcción del VIH-sida. Pero se debe tener en cuenta que esos discursos se apoyan de otros discursos, por tanto pertenecen a una trama infinita de discursos (red semiótica infinita).

Esta trama discursiva comprende el discurso médico y científico, el discurso religioso, moral, político y social que se van gestando desde la aparición de la enfermedad. Este aspecto se deja entrever por la prensa uruguaya en los primeros artículos, por ejemplo la revista *Opinar n° 132*, en su artículo: El enigma del Sida. Peste y sexo: el síndrome ataca, define el sida como “una enfermedad de síntomas variados e inciertos, aún incurable, con una alta proporción de muertes” que “se difunde especialmente entre los homosexuales, los hemofílicos, los drogadictos y los haitianos, con posibilidades de ampliar su campo de acción a ámbitos menos marginales del espectro social” (Petit, 1983, p. 9).

Es a partir del discurso científico en primera instancia, como vimos en el capítulo anterior que se va formando la idea de grupos de riesgo, quienes son más propensos a contraer la enfermedad, aquellas personas que se consideran que tienen determinadas conductas y prácticas sexuales. Otro aspecto que se desprende es el concepto de peligrosidad de esta población, dado que al contraer la enfermedades se cree que pueden ser “peligrosas” y contagiar al resto de la población.

También aparece en los discursos el tema moral, por ejemplo la revista *Jaque n° 174* expresa que la enfermedad “es blanco de la censura social, despertando todo tipo de sospechas en relación a posibles conductas sexuales reñidas con las buenas costumbres” (Ramòn, 1987).

Es así que “la irrupción del SIDA crea una nueva figura en el proceso de personalización del individuo: al mismo tiempo que la sexualidad se conjuga con el miedo y la sospecha hacia el otro” (Lipovetsky, 1987).

Por tanto la “ hegemonía discursiva comenzó a gestarse tempranamente desde la aparición de esta nueva enfermedad, y a operar desde los primeros periodos de la patología como en su posterior desarrollo, lo que condujo a que fuera interpretada de diversas y equivocadas maneras” esto llevó a la aparición de “estereotipos y procesos de estigmatización, que criminalizan a los sujetos afectados” (Obando et al, 2020, p. 88).

En Uruguay los primeros casos no fueron muchos y la información que se transmitía por la prensa provenía de los acontecimientos ocurridos principalmente en Estados Unidos, Europa y también en Brasil, que fue uno de los países de América Latina con mayores números de casos diagnosticados. Por tanto las primeras publicaciones narran los acontecimientos ocurridos fuera de Uruguay. La revista *Opinar n° 132* expresa que:

El síndrome ha hecho estragos sobre todo en Estados Unidos. Eso depende a su vez de un factor cultural: casi en ninguna otra parte del mundo existe un caldo de cultivo más adecuado para su difusión. Incluso los límites de las zonas afectadas se circunscriben a dos ciudades: Nueva York y San Francisco. Y dentro de ellas, a las zonas de concentración de la vida erótica homosexual (Petit, 1983, p. 9).

En las notas periodísticas se evidencia que la enfermedad es vista como externa, que afecta a los otros, a los homosexuales, a los drogadictos, a aquellas personas que mantienen conductas consideradas incorrectas.

En el artículo de la revista *La Democracia* titulado: La campaña para prevenir el SIDA desencadena una ola de suicidios en Italia, da cuenta del pánico y miedo que causaba la epidemia. “Las personas portadoras del virus del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) tendrán en Italia un número de código secreto que aparecerá sólo en la ficha médica y que únicamente los médicos conocerán” (Labat, 1987, p. 18).

“Estas medidas sanitarias y publicitarias para la prevención del SIDA desencadenan un clima de terror y psicosis en todo el país que está haciendo crecer el pánico y provocando suicidios” (Labat, 1987, p. 18).

En estos primeros artículos podemos evidenciar cómo se va formando la idea de que el virus afecta a otros y se evidencia también la distinción entre sanos y enfermos, a través de los códigos médicos.

Para el análisis se puede trazar dos líneas divisorias de tiempo que se relacionan con los acontecimientos ocurridos en la historia de la enfermedad y se puede evidenciar en los artículos. El primer periodo corresponde a 1983-1989, se caracteriza por el inicio de la enfermedad y las noticias expresan los hechos ocurridos en otros países. La enfermedad es percibida como lejana, externa a la realidad uruguaya y solo afecta a determinado grupo social, los llamados grupos de riesgo, concepto que más adelante se desarrollará.

En los artículos se observa palabras que se utilizan con mayor frecuencia como : SIDA, muerte, peste, plaga, flagelo, paranoia, pánico, epidemia, suicidios, miedo. En este momento histórico, la humanidad se enfrentaba a una nueva enfermedad, sin cura, con poca o ninguna evidencia científica. La palabra sida siempre es puesta con mayúscula.

En cuanto a las frases o conceptos en común que se pueden extraer son: población de riesgo, cambio de pautas culturales, cambios de prácticas sexuales, prolongado proceso de deterioro del cuerpo, muerte inexorable, enfermedad sin cura. En estos primeros discursos no se hace la distinción entre el virus de VIH y la enfermedad de sida. Se establece la ecuación lineal, sida igual muerte.

El segundo período que corresponde a los años 1990- 1997, se da un aumento de los casos y muertes en Uruguay. Se comienza a percibir la enfermedad ya no como lejana, si no con preocupación. Aparece la expansión a otros grupos sociales y también la preocupación por la discriminación y estigmatización hacia los afectados. Surgen, en la década de los 90 los planes y tratamientos antirretrovirales, que aumentan la eficacia de los tratamientos y con ello la disminución de las enfermedades oportunistas y las muertes. Comienza el nuevo paradigma de la enfermedad como crónica.

Los artículos periodísticos, en este último periodo son informativos y se comienza a realizar notas con contenidos sobre el avance científico y la incorporación de nuevos medicamentos para frenar el virus. Como ejemplo es el informe realizado por *Posdata n° 87*, titulado : ASÍ FUNCIONAN LOS “INHIBIDORES DE PROTEASA”. Buscan transformar el sida en enfermedad crónica.

“Hay datos significativos de que comienzan a hacerse progresos, si no para la cura definitiva, al menos para que el sida se convierta en una dolencia crónica y que su extensión pueda frenarse” (Fernández y Varela, 1996, p. 36).

También se hace referencia al costo elevado de los medicamentos y la falta de recursos destinados al tratamiento del VIH-sida en Uruguay. “ El personal es escaso aunque muy dedicado, y los recursos financieros han aumentado en los últimos tiempos, pero nunca son suficientes para cubrir todas las demandas” (Fernández y Varela, 1996 p. 40).

Con respecto a las palabras con mayor frecuencia fueron : sida, virus, terapia, vacuna, preservativo, discriminación, jóvenes, contagio, crónico, portadores.

En cuanto a los conceptos que se han manifestado en los discursos: uso de preservativo, grupos de riesgos, educación para los jóvenes, virus con gran mutación, terapia puede enlentecer el avance de la enfermedad, pautas de comportamientos, contagio de madre a hijo, transmisión heterosexual. La palabra sida mayoritariamente aparece con minúscula.

Se puede concluir que según el periodo histórico por el cual se encuentra la enfermedad, van cambiando los discursos y estos se reflejan en las notas periodísticas, esto es debido, en parte, a que en el transcurso del tiempo se va incrementando el conocimiento del virus. El VIH-sida va siendo percibido como problema social y de salud, como ya se hizo referencia, debido al aumento de los casos y la expansión a otros grupos sociales. En el artículo de la revista de *Cuadernos de Marcha n° 62* da cuenta de esta percepción el “sida se expande de a poco pero llega a la puerta de la casa de todos” y “antes era una enfermedad lejana, nos enteramos por T.V., ahora tiene rostros de conocidos” (Rodríguez, 1991, p. 34).

La noción de la enfermedad como una infección que puede afectar a toda la sociedad en general, lleva a cambiar las prácticas y tomar medidas de prevención, en la revista *Jaque n° 100* se refleja este punto: “el SIDA se extiende como una epidemia que ha desbordado a los grupos sociales con riesgo y debe considerarse la perspectiva de que en un futuro no muy lejano el test deba aplicarse a la totalidad de la población” (Díaz y Kern, 1985, p. 11). Hasta ese momento solo se aplicaba a la población de riesgo.

En el artículo de *Jaque n° 92* titulado: No debemos darle la espalda al SIDA, se califica a la enfermedad como: “El fantasma mortal, sabemos hoy, ataca a todo el mundo, sin distinciones socio-sexuales” (Fressia, 1985, p. 38).

Además de peste, plaga, flagelo y otros calificativos para la enfermedad aparece el de “fantasma”. Puede interpretarse que se quiere denotar la falta de conocimiento, el desconcierto ante lo nuevo, el miedo, la carencia y la inseguridad, que representa la enfermedad; “es la "epidemia del fin del siglo", el detonador de otros fantasmas que nos habitaban y casi lo olvidábamos, el SIDA. Tan fantasmal, que es enfermedad y no lo es totalmente. Es mortal pero nadie muere de SIDA” (Fressia, 1985, p. 38).

Los contagios de la enfermedad en otros grupos y también el aumento de casos en niños, y mujeres impacta en la sociedad e induce el cambio de pautas de conducta y con ello, la promoción del uso de preservativo como medida eficaz para evitar el contagio. En el artículo de *Posdata n°49* así refleja este cambio: “En Uruguay las relaciones heterosexuales constituyen la vía fundamental de expansión del contagio de vih, ya que los grupos de mayor riesgo -homosexuales, bisexuales y prostitutas- suelen asumir conductas de sexo seguro” (Porzecanski, 1995, p. 10). Se evidencia que los denominados “grupos de riesgo” como se vio en el capítulo anterior, adquieren mayor conocimiento y toman medidas de prevención, cambiando sus pautas de conducta, mientras que en otras poblaciones como la heterosexual se da un aumento de casos.

En el mismo artículo se expresa: “hoy por hoy, la gente joven tiene todo tipo de relación” “y, en ese contexto, juzgó que el contagio de vih es más factible”. (Porzecanski, 1995, p. 12). Es así que “el uso de preservativos no se ha extendido, al menos suficientemente, en amplias capas de la población” (Porzecanski, 1995, p. 12).

El uso del preservativo mostró también resistencia sobre todo en los grupos más conservadores y de origen católico, esto se manifiesta en algunas publicaciones, como en la revista *Magoya n° 2*: “La Iglesia brasileña ha reaccionado vehementemente. El arzobispo de Belo Horizonte, Monseñor Serafín Fernández Araujo, dice que el gobierno “institucionaliza el homosexualismo al aconsejar el uso de la “camisinha” (Arce, 1989, p. 10).

También en algunas entrevistas realizadas por la revista *Jaque*, algunos entrevistados manifiestan no utilizar preservativo y ser más selectivos al momento de contraer su parejas.

Pero a pesar de las resistencias sigue siendo fomentado como única salida de salvación, como lo evidencian el artículo de *Cuadernos de Marcha n° 62* “El sida o vida, tiene un mensaje claro, el que está afectado está muerto, parece entonces más una amenaza, que una reflexión sobre el tema. Sexo seguro, el viejo y consagrado condón, nos ha venido a salvar” (Rodrigues, 1991, p. 35).

Las notas periodísticas analizadas en su mayoría son descriptivas e informativas, esto puede ser debido a que la irrupción del VIH- sida aparece como una enfermedad nueva y desconocida en cuanto a su forma de transmisión y tratamiento. En este sentido la prensa jugó un papel primordial en la divulgación de información que se iba incrementando en el transcurso de los años. Pero toda nota periodística, transporta un discurso que en gran medida permea las opiniones de las personas, es así que “la mayor parte de nuestro conocimiento social y político y de nuestras opiniones sobre el mundo proceden de la gran cantidad de informaciones y reportajes que vemos leemos o escuchamos cada día” (Gutierrez, 2010, p. 170). Es por ello que los medios de comunicación juegan un papel central en la formación de la cultura de una sociedad, ya que son el mediador entre el acontecimiento social y los individuos (Gutierrez, 2010, p. 170).

A continuación se exponen algunas categorías analíticas definidas para este trabajo. Cabe destacar que el problema de investigación se encuentra atravesado por otras categorías, pero a los efectos de este trabajo se debió delimitar y escoger algunas de ellas.

Las que se propone profundizar en este trabajo son: biopoder, riesgo, peligrosidad y su relación con medicalización de la vida social.

### **Cuerpos, sida y biopoder**

Para comenzar este apartado y siguiendo con Vaggione (2009) los cuerpos que contraen la enfermedad de VIH-sida son cuerpos estigmatizados, discriminados y “ las representaciones del cuerpo enfermo entran en fricción con cierto “ideal de cuerpo perfecto”, sin grietas y sin fallas, que circulan de modo hegemónico en nuestra cultura” (Vaggione, 2009, p.119).

Vaggione (2009) estudia la relación entre discurso/enfermedad/cuerpo, donde las representaciones e imaginarios sociales están ligados a dos enfermedades contemporáneas el cáncer y el sida. Como veremos están relacionadas entre sí en cuanto a que cargan con un estigma social. La enfermedad pone al cuerpo en el centro de la escena y lo convierte en vehículo de distintos discursos.

En su tesis de Doctorado Vaggione (2013) titulada: *Literatura/enfermedad. Escrituras sobre el sida en América Latina*, problematiza lo que denomina los cuerpos del sida a partir de piezas literarias, donde a través de distintas narraciones, se expone cómo los cuerpos atraviesan la enfermedad.

La enfermedad del sida se define como la experiencia de “inmunodeficiencia” como “pérdida de las capacidades del cuerpo para actualizar sus defensas”. “ El sida vuelve al cuerpo vulnerable y lo hace objeto de acceso de un sinnúmero de enfermedades” (Vaggione, 2013, p. 87).

Los conceptos de salud y enfermedad pueden entenderse como procesos construidos y subjetivos para quien padece la enfermedad. La autora dice que “la enfermedad se concibe como experiencia” y “en el estado de salud el sujeto pierde conciencia de su propio cuerpo, en el estado de enfermedad el cuerpo se hace presente y hace sentir las amenazas que lo rodean, los límites a los que está expuesto” (Vaggione, 2013, p. 69) . El cuerpo que denomina de VIH-sida deja de ser sano y productivo cuando aparecen los síntomas, y aparece la enfermedad.

Son los cuerpos enfermos que por las determinadas características de la enfermedad dejan “marcas” dejan “huellas”. En la revista *Opinar n° 132* se evidencia este aspecto y se describe como “la causa que desencadena el doloroso y prolongado proceso de deterioro físico de quienes la contraen es justamente la caída del sistema natural de defensa del organismo, lo que origina la multiplicación de infecciones” (Petit, 1983, p. 10).

Estas características que aparecen en las personas a causa de la enfermedad como delgadez, fatiga, diarreas crónicas, verrugas entre otras, marcan rasgos en común, también con otras enfermedades y contribuyen a la discriminación y estigmatización en la medida que son evidenciadas y asociadas al VIH-sida.

Hay un disciplinamiento de las personas enfermas, cambian sus pautas de vida, su rutina, su forma de relacionamiento con su familia y con su entorno. En la revista *Jaque n° 212*, dice que “la irrupción del SIDA crea una nueva figura en el proceso de personalización del individuo: al mismo tiempo que la sexualidad se conjuga con el miedo y la sospecha hacia el otro” (Lipovetsky, 1988, p. 15).

Tomando los aportes de Foucault (2002) en su libro *Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión*, define el cuerpo inmerso en un campo político donde “las relaciones de poder operan sobre él una presa inmediata; lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten a suplicio, lo fuerzan a unos trabajos, lo obligan a unas ceremonias, exigen de él unos signos”, es de este modo que los cuerpos son “fuerza útil” cuando son a la vez “cuerpo productivo y cuerpo sometido” (p.28).

Para el autor el poder no es el que ejerce el Estado a través de su aparato represor, sino que el poder está en la sociedad, en las instituciones. En cualquier relación hay un sistema de poder. El autor dice que se trata de una “microfísica del poder que los aparatos y las instituciones ponen en juego, pero cuyo campo de validez se sitúa en cierto modo entre esos grandes funcionamientos y los propios cuerpos con su materialidad y sus fuerzas” (Foucault, 2002, p.28).

La aparición del VIH-sida fue un acontecimiento inesperado que “modificó la rutina de lo previsible” y “desestabilizó a la comunidad médica y científica de fin de siglo que parecía haber detenido, a partir del descubrimiento de las vacunas y los antibióticos, las grandes enfermedades infecciosas del pasado”, se dio como un “disparador de significados que, en un proceso expansivo, se diseminaron en múltiples direcciones” (Vaggione, 2013, p. 29).

Posibilitó-entre otras cuestiones- el retorno en la escena de fin de siglo XX, de una serie de figuras apocalípticas tales como la del castigo, la plaga, la maldición, el juicio divino, que no son privativas de esta enfermedad sino que siguen un largo cortejo que ha secundado a distintas enfermedades en el transcurso de la historia” como ser lepra, peste, locura, tuberculosis (Vaggione, 2013, p. 29).

Por otra parte, “provocó sentimientos de vulnerabilidad sobre el cuerpo de los individuos y sus posibilidades de reacción al despojar al organismo de sus defensas inmunitarias y producir su implosión” y cuestionó “las prácticas sexuales entre los sujetos” (Vaggione, 2013, p.57).

Desplegó las viejas ideas de moralidad, en cuanto a contraer la enfermedad por tener relaciones “promiscuas”, “desviadas” e “incorrectas”.

En el artículo de la revista *Jaque* n° 244, titulado *SIDA: los que van a morir cuentan su agonía*, se exponen cuatro testimonios de pacientes extraídos de la revista *Veja* de una investigación llevada a cabo en hospitales de Brasil. Algunos de ellos en etapa terminal y otros relatan su historia de vida. Manifiestan el miedo a la muerte, a dejar a sus hijos, el dolor, la discriminación y el estigma que sufren por estar enfermos. Uno de los entrevistados define, “la enfermedad es un castigo de Dios... Es un castigo para terminar con la homosexualidad y la inmoralidad del mundo” (Ginès y Laszlo, 1988, p.13).

Otro testimonio narra la vida de Ilca: “Ilca se vio obligada a convivir con dos realidades sombrías: lo inexorable del desenlace de la enfermedad y los atroces prejuicios que genera”. Ella reflexiona acerca del prejuicio que se enfrenta desde que contrajo la enfermedad, a través de su profesión de enfermera, “precisamos aclarar las cosas a las personas sobre lo que realmente es la enfermedad y cómo se contagia. Si no hacemos eso, el contagio y el prejuicio van a crecer” (Ginés y Laszlo, 1988, p.13).

Aparece la preocupación del enfermo, el sufrimiento no solo por contraer una enfermedad incierta, si no también por la discriminación a la que les condena la sociedad. La falta de información, el desconocimiento sobre la enfermedad lleva a las personas a tener conductas discriminatorias hacia los afectados.

En cuanto al concepto de Foucault sobre biopoder, que lo retoma la autora Olarte (2017), en cuanto a la relación de salud- cuerpo-enfermedad y en nuestro caso en relación al VIH-sida, se basa en dos supuestos: por un lado entiende el cuerpo como máquina y refiere a sus aptitudes y su utilidad, su educación su integración al sistema económico y en segundo lugar el cuerpo vivo, y se enfoca en sus características “biológicas, mortales y las condiciones que pueden hacer variar sus estados de salud y enfermedad” (p. 72).

El biopoder “busca ejercer un control técnico en los cuerpos modernos para organizar la población y no simplemente sobre el individuo; busca mantener la especie en condiciones óptimas de productividad, modificando e interviniendo los cuerpos” (Olarte, 2017, p. 72).

En lo referente al disciplinamiento “opera a partir del trazado de una línea divisoria que distingue entre lo normal y lo anormal. En el caso de la enfermedad, aspira a anular el contagio mediante el aislamiento de los individuos enfermos con respecto a los no enfermos” (Vaggione, 2013, p. 80).

En el artículo de la revista *Jaque n° 297* titulado: *Una enfermera uruguaya relata su relación con los enfermos. Mano a mano con el Sida*, se realiza una entrevista con una enfermera del sector privado donde manifiesta “ pensamos que estos pacientes necesitan un medio aislado, donde no les llegue el medio externo con su contaminación ¿verdad? Es decir que tanto debemos protegernos nosotros de no adquirir la enfermedad, como proteger al paciente de que no adquiriera otras” (Cáceres, 1989, p. 9).

También manifiesta como fue el inicio de la epidemia en Uruguay, describe que hubo muy poca información, “aquí llegaron primero los enfermos que la información”, poco conocimientos con respecto a las pautas y tratamientos. También describe cómo fueron cambiando las pautas y conductas en el trabajo “El SIDA ha hecho que la enfermería volviera a sus orígenes. Habíamos olvidado muchos principios, muchas reglas” (Cáceres, 1989, p. 9).

### **Concepto de riesgo y peligrosidad**

En este apartado se problematiza el concepto de riesgo y peligrosidad, como ya fue enunciado al comienzo de este trabajo, ya que al inicio de la enfermedad se categorizó a determinada población como “riesgosa” y “peligrosa”.

El concepto de riesgo ha ido cambiando y adquiriendo a lo largo de la historia distintas formas. Es utilizado tanto a nivel técnico-profesional como de uso común y en distintos ámbitos de la vida social, entre ellos en el ámbito de la salud.

Posee múltiples significados, puede emplearse en las ciencias probabilísticas, por ejemplo en el llamado “enfoque de riesgo”. Este enfoque se basa en la probabilidad que un individuo puede padecer cualquier tipo de daño en el futuro. También son utilizados de modo “ideológico” cuando determinados grupos son calificados de “alto riesgo” (Salazar et al., 2006, p. 2099).

Las ciencias sociales en las últimas décadas se han ocupado de este concepto y al decir de Myriam Mitjavila (1999):

La experiencia de la modernidad tardía introduce nuevas condiciones institucionales para la organización de los discursos y las prácticas orientadas a la gestión de lo social: reflexividad, orientación hacia el futuro, incertidumbre y por supuesto un nuevo lenguaje con particulares propiedades sintácticas que conforman el discurso sobre el riesgo (p. 8)

El riesgo es una construcción social que permea toda la vida social y “supone una diversidad de intereses y representaciones por parte de los distintos actores sociales, lo cual incluye a las instituciones y organizaciones que se abocan a la gestión y prevención de riesgos, como es el caso del sistema de salud” (Bentura, 2009, p. 23).

En la actualidad el concepto de riesgo ha cambiado y trasciende lo estrictamente epistemológico como en el caso del VIH-sida, que en el inicio de la epidemia se calificó como población de riesgo a determinada población, por considerar que tenía conductas riesgosas. Al decir de Mary Douglas (1996) asistimos al concepto de riesgo en el sentido moralista del término, donde la “distribución de riesgo refleja solo la vigente distribución de poder y posición social, el tema de la justicia suscita cuestiones políticas fundamentales” (p. 32).

Por tanto la cuestión del riesgo adquiere un nuevo significado en el cual lo individual toma relevancia y la evaluación del riesgo se constituye en una nueva expresión de los procesos de manipulación de las conductas individuales en el conjunto de la vida cotidiana: la administración de lo cotidiano se constituye en tanto sistema de dominio a través de la intervención del Estado y de las prácticas profesionales que la mediatizan (Vecinday, 2005, p. 140).

Este nuevo modo de entender el riesgo como aspecto moral y de responsabilidad individual, es la que asistimos y coloca a los individuos responsables de gestionar sus propios riesgos. El riesgo es entendido como “elecciones en el diseño de un estilo de vida individual, presupone la posibilidad de control y manipulación de carácter moralizante al comprender al riesgo como algo contingente” (Vecinday, 2005, p. 145).

Otro concepto vinculado al área de la salud refiere a los “estilos de vida” en donde “los árbitros de la vida social pueden justificar intervenciones encaminadas a vigilar, orientar, controlar, juzgar e incluso castigar a individuos y sectores de la población que son capaces de construir -o que se oponen a la construcción de- estilos de vida saludables o correctos” (Mitjavila, 2002, p. 137).

Por tanto puede existir juicio de valor en referencia a los “estilos de vida” de las personas y al no cumplimiento de las recomendaciones, por ejemplo médicas en cuanto a estilos de vida saludables para evitar contraer enfermedades. Por tanto:

la emisión de juicios médicos sobre estilos de vida -de individuos o de determinadas categorías sociales- comienzan a ejercer arbitrajes que terminan teniendo consecuencias para que los individuos tengan acceso, por ejemplo, al trabajo, a seguros privados e incluso a médicos (Mitjavila, 2002, p.137).

Estos dispositivos de riesgo tienen dos dimensiones: la “gestión técnico-burocrática de las poblaciones” y “la individualización de los riesgos sociales” (Mitjavila, 2002, p.138). Esto último refiere a que los individuos son responsables de sus conductas individuales.

En el caso del VIH-sida las personas son percibidas como culpables por contraer la enfermedad, ya sea por su orientación sexual, por su adicción a sustancias, por no tomar los recaudos necesarios en la prevención y suelen ser un peligro para la población en la medida que puedan transmitir la enfermedad al resto de la población. Por tanto existe un “arbitraje social” de los riesgos que individualiza las conductas de los individuos.

Es así que “nuestra cultura selecciona los peligros, así como determina también el castigo y la “retirada del apoyo” a quienes rompen esas normas, es decir, institucionaliza la percepción de los peligros y los riesgos” (Salazar et al., 2006, p. 2099).

En los discursos periodísticos estudiados se puede apreciar esta noción de grupo de riesgo y peligrosidad por ejemplo en la revista *Magoya n° 2* refiere a que “los grupos de riesgo más identificados son los homosexuales y drogadictos, pero los heterosexuales promiscuos son tan peligrosos como los citados” (Arce, 1989, p. 10 ).

Otra cita de las notas periodísticas en *Posdata n° 87*, hace referencia a los estilos de vida y afirma que “las causas reales de la enfermedad radicaría en estilos de vida riesgosos, caracterizados por consumo habitual de drogas psicotrópicas, mal nutrición prolongada, alcoholismo y tabaquismo, tratamientos prolongados con antibióticos y con preparados hematológicos y, sólo en último término, la exposición al contagio sexual” (Fernandez y Varela, 1996, p. 36).

Como se mencionó al inicio de la epidemia los científicos delimitaban los grupos de riesgo en función de la evidencia epistemológica, pero con el aumento de casos y el mayor conocimiento sobre la enfermedad se amplía la información y la posibilidad del contagio se traslada a toda la población. Este concepto no logró contener la epidemia de sida, por el contrario llevó a la discriminación y estigmatización de estos grupos sociales (Sevilla, 2010).

En el imaginario social, esto se evidencia en los artículos periodísticos, se asocia el VIH-sida a determinada población (homosexual, adicta a sustancia, prostitutas, personas con conductas sexuales desviadas). Como ejemplo la revista *Jaque n° 100*: “El SIDA se extiende como una epidemia que ha desbordado a los grupos sociales con riesgo y debe considerarse la perspectiva de que en un futuro no muy lejano el test deba aplicarse a la totalidad de la población” (Díaz y Kern, 1885, p. 11). También la revista *Opinar N° 132*, da cuenta de la estigmatización de estos grupos “La unión de la paranoia hacia la Infección con el rechazo a los homosexuales llegó a extremos como la exigencia de que estos abandonaran restaurantes a los que habían ido a comer, o la negativa a transportarlos en ambulancia una vez afectados” (Petit, 1983, p. 9).

### **Medicalización de la vida social**

Como se explicó en capítulos anteriores la medicalización de la sociedad uruguaya se entiende como el proceso por el cual todos los problemas sociales se tratan de explicar y resolver bajo la órbita médica, amparado por la ideología del higienismo, que vincula a los problemas de salud y su difusión a causa del ambiente y de la higiene y los cuidados de la salud individual.

Retomando los aportes de Mitjavila (2015) el concepto de medicalización, en las ciencias sociales se utiliza para describir y analizar “la expansión de los parámetros ideológicos y técnicos dentro de los cuales la medicina produce conocimiento e interviene en las áreas de la vida social que, en el pasado, exhibieron un mayor grado de exterioridad en relación con su dominio” (p. 121). La medicina pasa a ocupar las distintas esferas de la vida social así como las distintas fases del ciclo de la vida (nacimiento, embarazo, menopausia, vejez). También ciertos comportamientos relacionados con el consumo de sustancias, tabaquismo, alcoholismo, atributos individuales, aptitudes en el trabajo y comportamientos determinados, se convierten en objeto de conocimiento médico.

Por tanto los orígenes de los procesos de medicalización están relacionados con los procesos de control social que ejerció la medicina y fue necesario para la implantación de los diferentes dispositivos biopolíticos que operaron para poder llevar a cabo el proyecto de la modernidad (Mitjavila, 2015, p.122).

Este proceso que se instaura en primera instancia en el siglo XIX, donde las conductas individuales pasan a ser observadas y controladas, y en el siglo XX se cambia la concepción y se dan “nuevos dispositivos de intervención sociopolítica que reposan al tiempo que refuerzan el proceso de individualización de los problemas sociales asociados fundamentalmente al enfoque de riesgo” (Ortega, Vecinday, 2009 p. 14).

Es relevante puntualizar cómo este proceso de medicalización fue cambiando a lo largo de la historia y cómo influyó en la vida social de la población. Es decir se asiste desde una medicalización centrada en realizar pautas de conductas generalizadas a “una reflexión del saber médico sobre la dimensión colectiva de la salud, con la asignación a lo individual de un papel relevante en la génesis de las enfermedades” (Ortega y Vecinday, 2009 p. 13).

Lo tratado en los capítulos anteriores sobre las enfermedades venéreas e infecciosas dan cuenta de este cambio de paradigma, donde las enfermedades eran controladas de forma colectiva, se marcan pautas de conductas, en cuanto a la higiene, condiciones sociales, y la figura del inspector sanitario para controlar las “buenas” prácticas de salud. Posteriormente en el inicio de la epidemia del VIH-sida el trato es distinto y se asiste a una individualización y se tiende a culpabilizar al individuo, por sus actos individuales, por sus conductas “incorrectas”.

En el artículo de *Posdata n° 49* titulado: La sexualidad en los tiempos de SIDA, da cuenta de esta individualización y culpabilización de las conductas. “Este hecho parece tener una clara vinculación con las normas de comportamiento que la población uruguaya está siguiendo en torno al Sida” (Porzecanski, 1995, p. 10).

Otro cuestionamiento en las conductas individuales refiere determinadas conductas sexuales como así lo expresa el artículo.

Los uruguayos son sexualmente más transgresores de lo que podría parecer. Esta particularidad les haría adoptar actitudes de riesgo en relación al Sida, que explicarían en buena medida la evolución del mal en Uruguay. En ese sentido estimó que, “hoy por hoy, la gente joven tiene todo tipo de relación” y, en ese contexto, juzgó que el contagio de vih es más factible (Porzecanski, 1995, p. 10).

Otro aspecto planteado por la autora es que la medicalización tiene dos funciones, una ligada a la expansión de la medicina y la prevención como ejemplo la “modelación” de los “estilos de vida saludable” que muestra el proceso de medicalización y otra función refiere a la medicina como complemento o sustituto de otras instituciones, como ser el derecho y la religión. Como ejemplo de esto último es la patologización de las conductas desviadas.

La “medicalización de lo social no responde sólo a impulsos endógenos del conocimiento médico” sino a procesos más amplios de “estrategias biopolíticas y sus desarrollos contemporáneos sobre la lógica del riesgo”. Por tanto el concepto de medicalización, proporciona una “perspectiva analítica” para indagar

distintas cuestiones entre ellas las “ relaciones entre riesgo, biopolítica, y control social” (Mitjavila, 2015, p. 122).

Retomando los artículos periodísticos podemos evidenciar, en las notas lo siguiente:

“ Hoy nadie está a salvo del contagio. Pese a ello, la conducta de la mayoría de los uruguayos no ha cambiado significativamente, la transmisión sexual es la vía de contagio más habitual en el país.” (Porzecanski, 1995, p. 10).

“El uruguayo está informado, pero eso no ha redundado en un cambio de comportamiento”, y “en última instancia, la drogadicción y la sexualidad en condiciones de riesgo representan los dos aspectos que están provocando la expansión de la enfermedad en Uruguay” (Porzecanski, 1995, p. 10).

Podemos evidenciar, nuevamente en los distintos artículos como se atribuye la responsabilidad individual y la culpabilización del contagio de la enfermedad por la adopción de determinadas conductas poniendo en riesgo al resto de la población, ya sea por el no uso de medidas preventivas o por las conductas consideradas inapropiadas. También aparece la culpabilización a los jóvenes.

A continuación se ejemplifican algunas opiniones extraídas de los artículos de la prensa analizados que resumen algunas nociones sobre el VIH-sida de la población uruguaya en el periodo estudiado.

El artículo de la revista *Jaque N° 199* titulado: El Sida en nuestras cabezas, problematiza el tema de la percepción de las personas con respecto a la enfermedad, pese a los aumentos de casos, la percepción es la siguiente:

“En nuestro país, varios entrevistados manifestaron el temor al contacto con aquellos que viajan o viajaron a Estados Unidos o Brasil recientemente” (Ramòn, et at, 1987, p. 22).

“ Carlos, homosexual de 25 años, confiesa que “ todos los casos de SIDA que yo conozco en el Uruguay fueron provocados por contactos en el extranjero” (Ramòn, et at, 1987, p. 22).

En otro testimonio “Aníbal, de 24 años, todavía no logró superar sus prejuicios para comprar preservativos” y “campaneó una farmacia de Malvín esperando que desapareciera la empleada” (Ramòn, et at, 1987, p. 22).

La irrupción de la enfermedad, como fue expresado cambió las pautas de comportamiento, las relaciones entre las personas. Se evidencia su asociación a la homosexualidad y a las prácticas consideradas riesgosas.

“El efecto de la enfermedad en los sectores homosexuales uruguayos -agrega Horacio- redujo la promiscuidad, los encuentros casuales solo para tener una relación sexual, como antes ocurría conmigo y

con tantos otros. Hoy se selecciona más” (...) “ Yo te diría que todos los homosexuales que conozco tienen miedo de hacerse los tests en el Pasteur, porque ahora se está dando mucho la parte represiva, de fichaje” (Ramòn, et al, 1987, p. 22).

Otro entrevistado:

Un visitador médico de 39 años reflota la idea de rechazo y discriminación. Cuando le proponemos hablar del SIDA, exclama: ¡Tás loco! ¡Lo peor que te puede pasar! Te llegás a agarrar el SIDA, ¿y cómo los convencés de que no sos puto? (Ramòn, et al, 1987, p. 24).

El testimonio de un estudiante relata lo siguiente: “la cosa es complicada, porque yo creo que el riesgo del SIDA, aunque es difícil contagiarte de una mujer, depende del tipo de chica con que andés” (Ramon, et al, 1987, p. 24).

Estos testimonios reflejan como la epidemia de VIH-sida, como ya se expresó trasciende lo biológico, y afecta la vida social de las personas que deben enfrentar el rechazo y la discriminación de la sociedad.

En la revista *Posdata n°123* se extrae el siguiente testimonio: “ Pienso mucho menos en el virus, no lo siento como algo horrible. En todo caso pienso en él en términos de mejorar la situación de otros y la mía, tratando de que los seropositivos no se autodiscriminen ” (Varela, 1997, p. 84).

La pertenencia a grupos de autoayuda, la organización de la sociedad civil contribuyó para sobrellevar los impactos de la enfermedad de VIH-sida como lo expresa la opinión siguiente.

“Tomé la decisión de decirlo en el trabajo y, bueno, no me discriminaron (...), ahora ya no lo veo como una cosa que me está destrozando la vida, y eso lo aprendí gracias a un montón de gente que está en la misma situación que yo” (Varela, 1997, p. 84).

Para terminar este apartado se puede concluir que los conceptos de riesgo, biopoder y medicalización de la vida social están relacionados, y en las sociedades actuales hay un nuevo significado del riesgo. Ciertas etapas que aparecen en el ciclo de la vida, son considerados “factores de riesgo”: nacimiento, embarazo, menopausia, vejez. También el riesgo está asociado a “ciertos comportamientos en el ámbito del consumo”, de distintas sustancias, alcohol, tabaco, drogas. También se ha asociado a “atributos individuales para el desempeño de roles” como por ejemplo aptitudes para el trabajo y por último “características inherentes a la condición humana”. Todos estos elementos se convierten en objetos de estudio del conocimiento médico. Por tanto: “El tipo de racionalidad que organiza las estrategias y tecnologías biopolíticas en las sociedades contemporáneas estaría llevando los procesos de medicalización de la vida social a un nuevo nivel de funcionamiento” (Mitjavila, 2015, p. 121).

## Reflexiones finales

El presente trabajo intentó profundizar sobre el papel de la prensa en la difusión de ideas o nociones sobre la enfermedad VIH-sida, en Uruguay en el período que transcurre entre 1983-1997, y cómo se fueron construyendo los discursos en la sociedad uruguaya.

La enfermedad irrumpe de un modo inesperado y produce diferentes impactos tanto a nivel de la comunidad científica como en el resto de la sociedad. La falta de conocimiento, de tratamiento, el aumento de las muertes y el modo de contagio a través de la vía sexual y los fluidos sanguíneos llevó a cambios en las conductas y relaciones sociales. La sociedad se enfrenta a una nueva enfermedad, que en su comienzo fue percibida como ajena, pero en el transcurso del tiempo se transformó en una preocupación social de toda la sociedad uruguaya.

Para las ciencias sociales el abordaje se hace indispensable en la medida que afecta las relaciones sociales y lleva a procesos de discriminación y estigmatización de la población catalogada como “población de riesgo”.

Los testimonios y opiniones de algunas de las entrevistas, que se expusieron de los artículos analizados, expresan las percepciones de las personas y se deja en evidencia la estigmatización y discriminación que sufren aquellas personas que contrajeron la enfermedad.

Al inicio de la epidemia el miedo, el desconocimiento hacia lo nuevo, la falta de información, llevó a considerar a los grupos más afectados como grupos de riesgo, porque se consideraba que tenían conductas “incorrectas” propensas a contraer, con mayor facilidad la enfermedad. También se los consideró como peligrosos en la medida que podían expandir y contagiar al resto de la población.

Los grupos de riesgo apuntaban a determinada población específica: homosexuales, hemofílicos, consumidores de sustancias, prostitutas entre otros. Como ya fue mencionado estos grupos, ya tenían un estigma social por su condición sexual, sus prácticas sexuales, su consumo de sustancia entre otros. De este modo se les agrega un nuevo estigma: una enfermedad mortal sin cura.

Con la utilización de este concepto de “grupo de riesgo”, “no se logró contener la epidemia del SIDA, y si se marcaron nuevamente límites espaciales que aumentaron la marginación y el rechazo que ya existía hacia estos grupos sociales” y en cuanto a la “población en general se creía al margen y libre de la

amenaza” (Sevilla, 2010, p.11).

Este modo de concebir la enfermedad llevó al aislamiento preventivo y reforzó el modelo de exclusión social que ya se había implementado para otras enfermedades como la lepra, la tuberculosis, la sífilis entre otras.

La epidemia de VIH-sida tiene puntos en común con la enfermedades venéreas e infecciosas tratadas en el capítulo II. Estas epidemias trascienden lo biológico, el padecimiento físico, dado que con su irrupción ocurrieron transformaciones que afectaron las relaciones y conductas sociales.

Estas transformaciones tienen que ver con: el cambio de pautas de conductas, el relacionamiento entre las personas, el aislamiento en centros hospitalarios como modo preventivo, el cambio en la cotidianidad de las personas, en los modos y estilos de vida. Todo ello llevó al aislamiento de los enfermos y género conductas de discriminación hacia estas.

Como se vio en capítulos anteriores estos proceso de disciplinamiento y control de las poblaciones afectadas, si bien se argumenta que fueron necesarias para contener las epidemias y evitar la propagación al resto de la población, fueron también medidas que acompañaron los proceso de modernización y medicalización de la vida social. Es relevante puntualizar como el proceso de medicalización fue cambiando a lo largo de la historia y cómo influyó en la vida social. Por ejemplo con respecto a las enfermedades venéreas e infecciosas estas eran controladas en forma colectiva, se establecieron pautas de conducta en cuanto a la higiene, condiciones sociales, y la incorporación del inspector sanitario para controlar el cumplimiento de las mismas. En cambio con la epidemia de VIH-sida se asistió a un cambio de paradigma y en su lugar se introduce una individualización que tiende a culpabilizar al individuo por contraer la enfermedad, por sus actos individuales, dado que se considera que han tenido alguna conductas “inadecuadas” o “incorrectas”.

La prensa uruguaya jugó un papel muy importante a la hora de difundir e informar acerca del conocimiento que en el transcurso de tiempo se tenía sobre la enfermedad, pero también, transmitió los miedos, los prejuicios, de una enfermedad nueva, sin cura.

Como se analizó los discursos periodísticos de prensa operan como difusor o vehículo de contenidos que tienen una importancia fundamental, en su dimensión discursiva en la construcción de la realidad social. Por tanto la información que los artículos de prensa estudiados, transmitieron en el transcurso del periodo, influyeron en la consolidación y construcción de la enfermedad VIH-sida en Uruguay.

En los primeros artículos estudiados que coinciden con los años del inicio de la enfermedad, comprendidos entre 1983-1987 se encontraron palabras en común que evidencian estas representaciones

sociales, tales como: peste, plaga, flagelo, fantasma, muerte, SIDA, entre otras. Estos calificativos negativos contribuyeron a la estigmatización de las personas enfermas con VIH-sida.

Algunos conceptos también fueron en común como: población de riesgo, cambio de pautas culturales, cambios y deterioro del cuerpo, muerte inexorable, entre otras. Estos conceptos dan cuenta de los cambios no solo biológicos que conlleva la enfermedad de VIH-sida, sino también cómo afecta la vida social de las personas.

Los profesionales de Trabajo Social actúan como ejecutores de políticas y programas sociales para atender las demandas de los sujetos afectados, actuando como promotores de sus derechos, y contribuyendo a mejorar las condiciones y calidad de vida de las personas de mayor vulnerabilidad social. Siendo el nexo entre el Estado y los sujetos pudiendo reconocer las demandas y necesidades de los mismos.

Con respecto al tema estudiado y su vinculación con el Trabajo Social se cree pertinente que para cumplir con el rol profesional, puede ser enriquecedor tener en cuenta los distintos aspectos vinculados con la enfermedad del VIH-sida. Es decir, conocer cómo se construye la enfermedad y qué percepciones tienen los individuos de la misma, estos elementos pueden ser relevantes para una mejor comprensión de la realidad social y así mejorar la práctica profesional hacia esta población.

Si bien la realidad social es cambiante, existen creencias, opiniones, nociones que se mantienen en la actualidad, dado que los discursos se transmiten y de este modo se sigue reforzando los procesos de discriminación y estigmatización hacia las personas que conviven con VIH-sida.

Un desafío para un proyecto de investigación de estudio, a partir de esta monografía podría ser conocer las percepciones sobre el VIH-sida que tiene la sociedad uruguaya a partir de los discursos en periodos posteriores al estudiado.

## Bibliografía

Arce, N. (1989, febrero). INFORME ESPECIAL SIDA. LA MUERTE QUE NO OSA DECIR SU NOMBRE. *Magoya*. <https://anaforas.fic.edu.uy>

Barrán, J. (1994). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. La ortopedia de los pobres. Tomo II*. Montevideo. Ediciones de la Banda Oriental.

Barrán, J. (2005). *Historia de la sensibilidad en Uruguay. Tomo II : El disciplinamiento (1860-1920)*. Montevideo. Ediciones de la Banda Oriental.

Barp, L., Diz, D., Mitjavila, M. (2022). Gestión biopolítica del SIDA: la homosexualidad como peligro social. Revista: *La Salud en debate*, (46), 223-236. Centro Brasileño de Estudios de Salud <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E716>

Bascuñán, J. (2015). EL HIGIENISMO Y LA NOCIÓN DE CONTAGIO. EL CASO DE LA SÍFILIS EN LOS ANALES DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE. Revista: *Intus-Legere Historia* [En línea] (9) 1, 69-86. <https://intushistoria.uai.cl/index.php/intushistoria/article/view/185>

Bentura, C. (2009). La sutil y aparente "inseguridad" del concepto de riesgo en el campo de la salud. Revista: *Fronteras*, (5), 23-34. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Uruguay

Butler, J. (1997). Sujetos de sexo/género/deseo. Revista: *Feminaria* Año X N° 19. Buenos Aires

Cabrera, S. Arteta, Z. Meré, J.J. Cavalleri, F. (2018). Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados. *Revista Médica del Uruguay*, 34 (1), 7-19. <https://doi.org/10.29193/rmu.34.1.1>

Cáceres, A. (1989, septiembre 20). Una enfermera uruguaya relata su relación con los enfermos. Mano a mano con el SIDA. Jaque. Anaforas: <https://anaforas.fic.edu.uy>

Caetano, G. Rila, J. (2005). *Historia contemporánea del Uruguay. De la colonia al siglo XXI*. Fin de Siglo

Castro, A. Farner, P. (2003). El sida y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima. Revista: *Cuadernos de antropología social*, 17 (1), 1-9. Buenos Aires, Argentina. <https://www.redalyc.org/pdf/1809/180913909003.pdf>

Dalle, P., Boniolo, P., Sautu, R., Elbert, R. (2005). *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. CLACSO.

Diaz, A., Kern, E. (1985, noviembre 14). Los virus y la guerra comercial. El SIDA llega a los dólares. *Jaque*. <https://anaforas.fic.edu.uy>

Duffau, N. (2015). Urano, Onan y Venus: La sexualidad psicopatologizada en el Uruguay del Siglo XIX. *Revista: Passagens. Revista Internacional de Historia Política e Cultura Jurídica*, (8)1, 21-39  
<https://www.redalyc.org/journal/3373/337343589003/html/>

Fernández, J., Varela, J. (1996, mayo 10). Así Funcionan los “INHIBIDORES DE PROTEASA”. Buscan transformar el sida en una enfermedad crónica. La luz al final del túnel. *Posdata*.  
<https://anaforas.fic.edu.uy>

Fressia, A. (1985, septiembre 20). No debemos darle la espalda al SIDA. *Jaque*. <https://anaforas.fic.edu.uy>

Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión*. Argentina. Siglo XXI

Ginés, J., Lasszlo, G. (1988, septiembre 7). SIDA: los que van a morir cuentan su agonía. *Jaque*.  
<https://anaforas.fic.edu.uy>

Gallegos, G. (2022). Análisis del discurso periodístico sobre población indígena: el caso de Nuevo Leon, Mexico. *Revista: Perspectiva de la comunicación*, 15 (2), 31-57. Universidad de la Frontera. Chile.  
<http://dx.doi.org/10.56754/0718-4867.1502.031>

Gutiérrez, S. (2010). Discurso periodístico: una propuesta analítica. *Revista: Comunicación y sociedad*, (14), 169-198. Departamento de Estudios de la Comunicación Social Universidad de Guadalajara.  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-252X2010000200007&script=sci\\_abstract](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-252X2010000200007&script=sci_abstract)

Grmek, M. (1992). *Historia del SIDA*. México. Siglo XXI

Hoyos, P., Sanavia, J., Orcasita, L., Valenzuela, A., Gonzalez, M., Osorio, T. (2019). Representaciones sociales asociadas al VIH/Sida en universitarios colombianos. *Revista: Saude e Sociedade*, (28)2, 1-17  
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PqZ6rPHLqTMJ3YTkJmQtpS/#>

Meré, J. (2012). Entreabriendo el armario de los datos. En F. Cavalleri, J.J. Meré, H. Modzelewski, P. Freitas, M. Puiggros, M. Leoni, S. Dominguez, M. Calvo *Montevideanos. Textos diversos en torno a los resultados de la investigación exploratoria "Derechos, jóvenes LGTB y VIH/Sida"*, 2011. 33-47. Espacio Interdisciplinario. Universidad de la Republica, Uruguay

[https://udelar.edu.uy/pmb/index.php?lvl=notice\\_display&id=2552](https://udelar.edu.uy/pmb/index.php?lvl=notice_display&id=2552)

Mitjavila, M. (1999). El riesgo y las dimensiones institucionales de la modernidad

[https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/6792/1/RCS\\_Mitjavila\\_1999n15.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/6792/1/RCS_Mitjavila_1999n15.pdf)

Mitjavila, M. (2002). El riesgo como recurso para el arbitraje social. Revista: *Tempo social* (14) 2, 129-145. San Pablo. <https://doi.org/10.1590/S0103-20702002000200007>

Mitjavila, M. (2015). Medicalización, riesgo y control social. *Tiempo Social*, (27), 117-137. Departamento de Sociología de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias Humanas de la Universidad de São Paulo.

Moreno, L. (2006). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. Revista: *Salud Pública de México*, (29) 1, 63-70. Instituto Nacional de Salud Publica, Mexico [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007000100009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000100009)

Labat, M. (1987, febrero 27). La campaña para prevenir el SIDA desencadena una ola de suicidios en Italia. *La Democracia*. <https://anaforas.fic.edu.uy>

Lamas, M. (2000). Diferencia de sexo, genero y diferencia sexual. Revista: *Cuicuilco*, (7) 18, 1-24 Escuela Nacional de Antropología e Historia. México. <https://www.redalyc.org/pdf/351/35101807.pdf>

Lipovetsky, G. (1988, enero 20). El sexo en su lugar o...El desencanto del amor. *Jaque*. <https://anaforas.fic.edu.uy>

Obando, A., Vasquez, O. (2020). La construcción del cuerpo del Sida y sus estigmas. Revista: *Polis Revista Latinoamericana*, (55), 86-99. Santiago, Chile <https://polis.ulagos.cl/index.php/polis/article/view/429/333>

Olarte, M. (2018). Salud y Enfermedad, dos construcciones culturales. Revista: *Biosalud* (17) 1, 67-79. Colombia <http://www.scielo.org.co/pdf/biosa/v17n1/1657-9550-biosa-17-01-00067.pdf>

Ortega, E., Vecinday, L. (2009). De las estrategias preventivas a la gestión del riesgo: notas sobre los procesos de individualización social. Revista: *La Referencia* 12-20 [https://www.lareferencia.info/vufind/Record/UY\\_9e1c8401a7915bf908ae60d13cc48bb0/Details](https://www.lareferencia.info/vufind/Record/UY_9e1c8401a7915bf908ae60d13cc48bb0/Details)

Petit, J. (1983, agosto 11). El enigma del SIDA. Peste y sexo: el síndrome ataca. *Opinar*. <https://anaforas.fic.edu.uy>

Porzecanski, T. (1995, agosto 18). La sexualidad en los tiempos del SIDA. *Posdata*.  
<https://anaforas.fic.edu.uy>

Portillo, J. (1995). Historia de la medicina estatal en Uruguay (1724-1930). *Revista: Médica del Uruguay*, (11) 1, 5-18 <https://revista.rmu.org.uy/>

Quintans, E. Ramon, S., Vierce, P. (1987, octubre 21). El SIDA en nuestras cabezas. *Jaque*.  
<https://anaforas.fic.edu.uy>

Quiñones, M. (2014). Problematización . En Quiñones, M. Acosta, M.J y Supervielle, M. *Introducción a la sociología cualitativa. Fundamentos epistemológicos y elementos de diseño y análisis*, 79-96, Ediciones Universitarias.

Quiñones, M. Acosta, M. J (2014). Elementos de diseño cualitativo . En Quiñones, M., Acosta, M.J y Supervielle, M. *Introducción a la sociología cualitativa. Fundamentos epistemológicos y elementos de diseño y análisis*, 79-96. Ediciones Universitarias.

Ramón, S. (1997, abril 29). El SIDA y las mujeres. *Jaque*.  
<https://anaforas.fic.edu.uy>

Rodríguez, J. (1991, agosto 1). EL SIDA Y LA SEXUALIDAD. *Cuadernos de Marcha*.  
<https://anaforas.fic.edu.uy>

Scrivano, A. (2007). El proceso metodológico de la investigación cualitativa. *En el proceso de investigación social cualitativa*, 23-44. Buenos Aires. Prometeo Libros  
[https://perio.unlp.edu.ar/tif/wp-content/uploads/2021/04/Scribano\\_El-proceso-de-investigacion-social-cualitativo\\_cap-3\\_4\\_compressed.pdf](https://perio.unlp.edu.ar/tif/wp-content/uploads/2021/04/Scribano_El-proceso-de-investigacion-social-cualitativo_cap-3_4_compressed.pdf)

Salazar, X. Cáceres, C. Maiorana, A. Rosasco, A. Kegeles, S. Coates, T. (2006) . Influencia del contexto sociocultural en la percepción del riesgo y la negociación de protección en hombres homosexuales pobres de la costa peruana. *Revista Saúde Pública* ,(22) 10. Rio de Janeiro  
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000015>

Sempol, D. (2013). *De los baños a la calle. Historia del movimiento lésbico, gay, trans uruguayo (1984-2013)*. Sudamericana Uruguay S.A.

Sempol, D. (2021). De censuras y desacatos: Las disputas sobre los límites de la democracia, la crítica y lo obscuro durante la transición uruguaya ( 1980- 1989 ). *Revista CESLA* (28), 245-260. <https://www.redalyc.org/journal/2433/243369802015/243369802015.pdf>

Sevilla, M, Álvarez, N (2002). La enfermedad del SIDA: un estudio antropológico desde la perspectiva del discurso. Revista: *Cuicuilco* (9) 24, 191-216. México. <https://www.redalyc.org/pdf/351/35102410.pdf>

Sevilla, M (2010). Discriminación, discurso y sida. Revista *Cuicuilco*, (17) 49, 1-11. Mexico [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-16592010000200004](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592010000200004)

Sontag, S (2003). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Argentina. Sudamericana.

Turnes, A (2007). *La sífilis en la medicina. Una aproximación a su historia*. Uruguay. Granada

Varela, J. (1997, enero 17). LA NUEVA TERAPIA TRIPARTITA ESTÁ DISPONIBLE EN URUGUAY Sida: una luz al final del túnel. <https://anaforas.fic.edu.uy>

Vaggione, A (2009). Enfermedad, cuerpo, discurso: tres relatos sobre la experiencia. En *Cuerpo(s), subjetividad(es) y conflicto(s): hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica*. En CLACSO. 119-130  
<https://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/coedicion/scribano/Scribano.%20Figari.pdf>

Vaggione, A (2013). *Literatura/enfermedad. Escritura sobre el sida en América Latina* [ Tesis de doctorado]. Centro de Estudios Avanzados. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.  
[https://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/cea-unc/20161121103614/pdf\\_1217.pdf](https://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/cea-unc/20161121103614/pdf_1217.pdf)

Vergara, M (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud – enfermedad. Revista: *Hacia La Promoción de la Salud*, (12), 41-50. Universidad de Caldas. Colombia  
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf>

Veròn, E. (1993). *La semiosis social: fragmento de una teoría de la discursividad*. Barcelona, España. Gedisa

Vecinday, L. (2005). El papel de la evaluación del riesgo para las políticas de inserción social focalizadas. Revista: *Servicio Social y Sociedad*, (81), 135-155, Brazil.

## Fuentes documentales

Código de Ética Profesional del Servicio Social o Trabajo Social en el Uruguay.

<https://www.adasu.org/prod/1/46/Codigo.de.Etica..pdf>

Ministerio de Salud Pública (2013). Plan Estratégico Nacional de ITS-VIH /Sida 2014-2015. Montevideo, Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (2022). Guía de recomendaciones de tratamiento antirretroviral, Montevideo, Uruguay. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/>

Ministerio de Salud Pública (2023a). Guía Nacional de Profilaxis post exposición ocupacional y no ocupacional para la prevención de infecciones transmitidas por sangre y fluidos biológicos. Montevideo, Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (2023b). Situación epidemiológica del VIH/SIDA en Uruguay.

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/>

Organización Mundial de la Salud (2023). VIH y sida. OMS: <https://www.who.int/es>

Organización Panamericana de la Salud (2022). VIH/sida: 40 años de respuesta a una epidemia que marcó a la humanidad.

<https://www.paho.org/es/historias/vihsida-40-anos-respuesta-epidemia-que-marco-humanidad>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA( 2024). Hoja informativa. Última estadística sobre el estado de la epidemia de sida. Onusida: <https://www.unaids.org/es>