

# **VIVIR CON VIH. Tensiones entre la política pública y las condiciones de acceso a la salud en contextos de precarización de la vida cotidiana.**

Maile Sosa y María Soledad Carreño.

Cita:

Maile Sosa y María Soledad Carreño (2017). *VIVIR CON VIH. Tensiones entre la política pública y las condiciones de acceso a la salud en contextos de precarización de la vida cotidiana. XII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-022/405>

**VIVIR CON VIH. Tensiones entre la política pública y las condiciones de acceso a la salud en contextos de precarización de la vida cotidiana.**

**Nombre y Apellido Autor/es:**

María Soledad Carreño

Eliana Romina Maza

Brenda Romina Paulevic

Maile Sosa

**Eje Temático:** Sociología de la Salud

**Nombre de la Mesa:** Mesa 70- Desigualdades sociales en salud

**Institución de pertenencia:** Hospital Zonal General de Agudos Dr. Mario Larrain de Berisso.  
Residencia de Trabajo Social.

**E-mail:** solcitocarreno@hotmail.com

Resumen (máximo 200 palabras)

El presente trabajo pretende dar a conocer un dispositivo de intervención integrado por residentes de medicina general, trabajo social y psicología, del Hospital Dr. Mario V. Larraín de Berisso: Consejería en VIH. El equipo de trabajo brinda un espacio de escucha y acompañamiento a personas que conviven con VIH, usuarias de la Unidad de Infectología. Por medio de entrevistas interdisciplinarias se trata de posibilitar el despliegue de las dimensiones subjetivas, socio-históricas y culturales, y no sólo los aspectos biológicos, que atraviesan la singularidad del sujeto.

A su vez, se busca promover el desarrollo de estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud, a nivel institucional y comunitario.

A lo largo de este escrito iremos situando los debates entre disciplinas que fueron surgiendo al interior del equipo, las conceptualizaciones teóricas, las propuestas metodológicas, las condiciones de acceso a la salud de la población y las políticas públicas en relación al tema.

Palabras clave: VIH, salud, vida cotidiana, políticas públicas

## La Consejería de VIH: el desafío de pensar un abordaje integral en el sistema de salud

*“A esa muerte resistimos las personas viviendo con VIH, a la muerte desde el prejuicio sostenido por el diagnóstico, a la otra, a la biológica, sabemos muy bien que no tiene ningún sentido resistírsele.”*

Carlos Mendes, 2003

La consejería de VIH del Hospital Mario V. Larrain de Berisso surge como un proyecto del PRIM<sup>1</sup> a mediados del 2014, a partir de diferentes discusiones vinculadas a la temática y de pensar estrategias para brindar una atención de calidad a la comunidad que transita la institución.

A principios del 2015 comenzó a funcionar como tal, brindando atención conjunta con la Unidad de Infectología a personas viviendo con VIH. Los principales problemas planteados por esta Unidad al equipo interdisciplinario, giraban en base a la dificultades de lxs usuarixs para sostener el tratamiento, los llamados “problemas de adherencia”; y a las dificultades de lxs médicxs infectólogxs al momento de informar a una persona su reciente diagnóstico de VIH, en la medida en que se piensa la salud desde una concepción integral, lo cual implica brindar una intervención interdisciplinaria para abordar las problemáticas de salud que atraviesa la población de referencia.

En este sentido se piensa en conformar un espacio de acompañamiento con escucha activa, teniendo en cuenta las modificaciones en la vida cotidiana de las personas que conviven con VIH. Espacio que garantice un abordaje donde se ponga en discusión y tensión qué se entiende como equipo por “adherencia a un tratamiento”, “vida cotidiana”, “salud”, “interdisciplina”. Trabajar sobre los preconceptos presentes a la hora de hablar sobre VIH, conlleva la tarea de multiplicar información que permita romper con mitos y prejuicios a nivel de la comunidad.

*“La ecuación sida=muerte ha sido minuciosamente aprendida por toda la población, no se discrimina entre un infectado y un enfermo de sida, y todo enfermo de sida es, tácitamente, un moribundo. Esa es la idea que nuestra cultura ha sabido imponer a través de sus autoridades sanitarias, sus médicos, y la totalidad de sus medios de comunicación. Ese es el mandato impuesto, lo*

---

<sup>1</sup> Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias, integrado por Residencias de Trabajo Social, Medicina General y Psicología. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

*execrable de la infección no es el virus, ni la transmisión sexual, sino el contagio homosexual que subvierte la estructura del poder patriarcal”*<sup>2</sup>. En esta línea, el equipo interdisciplinario de la Consejería tiene como uno de sus objetivos centrales trabajar con la población y lxs profesionales de la salud los prejuicios construidos en torno al VIH.

Es entonces que el proyecto de Consejería se aboca a la construcción de un espacio con abordajes que singularicen la situación de VIH y no se agoten sólo en los aspectos médicos. Se trabaja desde una perspectiva de salud integral, entendida como un proceso social, una construcción histórica, dinámica, atravesada por múltiples aspectos sociales, culturales, étnicos, económicos, religiosos, políticos, de género, de clase, y también biológicos.

A partir de entender al VIH como una problemática enlazada a distintos constructos sociales que varían según el momento histórico y el contexto social, el equipo se propuso situar los modos particulares de transitar la enfermedad y el sufrimiento actual, teniendo en cuenta cómo eso repercute en la vida cotidiana de la población que vive con VIH.

Abordar interdisciplinariamente la temática de VIH, desde intervenciones individuales y comunitarias, en la localidad de Berisso, supuso para el equipo de profesionales llevar adelante también diferentes acciones de promoción y prevención en salud. En este sentido las actividades desarrolladas estuvieron vinculadas por un lado a la atención de las personas viviendo con VIH, personas con diagnósticos recientes y aquellas con “problemas de adherencia”, y por otro a actividades que garanticen el diagnóstico precoz de VIH a través de jornadas de testeos rápidos en la comunidad.

### **La experiencia de conVIHvir: un antes y un después del diagnóstico**

Desde la experiencia de la atención en la Consejería, como profesionales hemos debatido intensamente sobre la idea del “impacto que produce un diagnóstico de VIH en la vida de una persona”. La pregunta y repregunta por el cómo transmitir un resultado, cómo garantizar la contención y brindar la información oportuna, se vuelve fundamental cuando trabajamos con una enfermedad que se encuentra cargada de valoraciones negativas y que excluye y estigmatiza a las personas que con ella conviven.

---

<sup>2</sup> Mendes, Carlos. *“El poder del diagnóstico”*. En: Mastellanes, M. *Del maltrato social, conceptos son afectos*, Ediciones Cooperativas, Buenos Aires, 2003.

*“(...) la experiencia de convivir con una enfermedad de carácter crónico pero a la vez estigmatizante, enfrenta a las personas afectadas con una serie de transformaciones en su cotidiano. Cambios que demandan el despliegue de un conjunto de procesos de reinterpretación y reorganización del día a día, pero también de la propia biografía en función (por lo menos en parte) de lidiar con las designaciones estigmatizadas impuestas por el VIH/Sida y con las necesidades de enfrentar los cuidados y tratamientos que la enfermedad impone (...).”<sup>3</sup>*

En este sentido, tener en cuenta el contexto en el cual se inscribe la vida cotidiana de las personas que conviven con VIH y cuáles son aquellas particularidades que conllevan a la no continuidad de un tratamiento, nos permite no caer en la culpabilización o abordar esta cuestión sólo desde el aspecto psicológico, como si se tratase de un problema singular e individual de lxs usuarixs. *“Es fundamentalmente en el mundo de la vida cotidiana que se elaboran y desarrollan las acciones conjuntas para lidiar con la enfermedad (...)En este mundo cotidiano, la enfermedad irrumpe como una situación problemática que cuestiona la "actitud natural", plantea nuevos problemas y exige de las personas medidas que permitan restaurar ese orden perdido(...).”<sup>4</sup>*

Recibir el diagnóstico de infección por VIH genera un impacto a nivel subjetivo que resulta potencialmente traumático, la noticia puede irrumpir como algo del orden de lo inasimilable. Frente a esta situación, las respuestas que da el sujeto pueden ser múltiples y variadas, de ahí que se vuelve importante dar lugar a la escucha de lo más propio y singular de cada quien. En este sentido, desde el equipo se apunta a capturar en el discurso de la persona las posibilidades que tiene de construir una demanda, armarse una pregunta en relación a esta coyuntura, y consentir a alojar sus inquietudes y malestares en un espacio interdisciplinario de escucha y acompañamiento.

*“La experiencia de vivir con VIH/Sida transforma los modos de comprensión del tiempo instalando un antes y un después del diagnóstico (...) El VIH/sida, instala un punto de quiebre en las trayectorias de las personas infectadas, a partir del cual les será necesario reorganizar su vida cotidiana y para muchos también su propia biografía (...).”<sup>5</sup>*

---

<sup>3</sup> Recoder María Laura “Experiencia de enfermedad y narrativa. notas etnográficas sobre vivir con vih/sida en una ciudad del nordeste brasileiro.” Papeles de Trabajo N° 21 -Junio 2011 - ISSN 1852-4508. P. 81.

<sup>4</sup> Recoder María Laura “Experiencia de enfermedad y narrativa. notas etnográficas sobre vivir con vih/sida en una ciudad del nordeste brasileiro.” Papeles de Trabajo N° 21 -Junio 2011 - ISSN 1852-4508. P. 84.

<sup>5</sup> Recoder María Laura “Experiencia de enfermedad y narrativa. notas etnográficas sobre vivir con vih/sida en una ciudad del nordeste brasileiro.” Papeles de Trabajo N° 21 -Junio 2011 - ISSN 1852-4508. P. 94

La apuesta desde el espacio de la Consejería es habilitar un lugar donde se generen condiciones para poner a trabajar estos emergentes, propiciando la contención desde el interjuego de las tres disciplinas. Apuntando, en primer lugar, a desarticular los signos a los que el sujeto se amarra al intentar simbolizar y poner en palabras lo que vive, en la trama de una cadena significativa difícil de soportar: “Tengo HIV – No voy a poder formar una familia – Mi pareja me va a dejar – Voy a morir – Me voy a quedar sin trabajo”, etc. En este sentido, el equipo se propone acompañar a lxs usuarixs en lo que implica ordenar esas ideas y hallar un modo de hacer algo con lo que lo afecta. Esto conlleva empezar a procesar los cambios que ello implica en la cotidianidad, los cuales repercuten no sólo en los aspectos biológicos (como tolerancia o no la medicación, disminución de las defensas) sino también en los psicológicos (como angustia) y sociales (como discriminación o estigmatización), entre otros.

### **Adherencia al tratamiento: ¿sólo una cuestión de actitud?**

El VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) es un virus que afecta al sistema de defensas del organismo. La función del mismo es proteger al ser humano de las enfermedades. A diferencia de otros virus, el VIH tiene la particularidad de invadir las células de defensa del organismo (llamadas linfocitos T CD4) destruyéndolas progresivamente.

Actualmente, el VIH es considerado una enfermedad crónica, es decir, de larga duración y progresión lenta. Sin embargo, esto sólo se logra si la persona cumple con la toma de la medicación conforme a la prescripción médica. En otras palabras si logra adherencia al tratamiento, este es uno de los principales problemas identificado por lxs profesionales médicxs. A partir de un diagnóstico positivo para la infección, se prescribe un tratamiento médico que implica la toma de medicación diariamente. El objetivo del tratamiento antirretroviral es volver la carga viral (cantidad de virus en sangre) indetectable, es decir que hay tan poco virus en la sangre que no se lo puede detectar.

En el cotidiano de la atención en consultorio podemos sostener que *“La adherencia es construida sobre un modelo del “deber ser” caracterizado por una fuerte impronta de responsabilidad individual de las personas frente a la enfermedad y su resolución (...) Desde aquí surge toda una tipología discursiva que clasifica a los “pacientes en buenos y malos”, es decir en “pacientes adherentes o potencialmente adherentes” y en “pacientes no adherentes”*.<sup>6</sup> En este sentido, uno de los primeros

---

<sup>6</sup> Gianni, Cecilia *Tiempo y narrativa desde la experiencia del tratamiento en VIH-SIDA*, Buenos Aires, Colección Tesis del Centro de Estudios de Estado y Sociedad y FLACSO de Argentina, Reysa Ediciones. 2006. p. 16

debates del equipo de salud de la Consejería, estuvo vinculado a la problematización de esta categoría y en comenzar a identificar aquellos factores que determinaban que una persona pueda o no adherir al tratamiento. Factores que van desde lo singular y personal de lxs usuarixs, hasta barreras y obstáculos institucionales, y no menos importante las condiciones materiales de existencia de lxs mismxs.<sup>7</sup>

El equipo interdisciplinario trabaja desde la perspectiva de entender al *“Tratamiento en VIH/SIDA como un proceso activo y contradictorio en construcción, que se inscribe en las trayectorias de vida, en la experiencia de la enfermedad desde un horizonte temporal, y en la interacción con los otros; y que entiende que la no adherencia a los cuidados médicos no es una forma de comportamiento irracional (...) Bajo esta perspectiva la adherencia deja de ser considerada una actitud, para ser pensada como un proceso de gestión de la enfermedad que refiere al impacto del diagnóstico en la constitución del self y el cuerpo en la vida diaria, al manejo del secreto, a la incertidumbre como dimensión temporal del vivir con VIH/SIDA, entre otros componentes; proceso que sobrepasa al mundo biomédico, extendiéndose a todas las esferas del mundo cotidiano por un período indeterminado.”*<sup>8</sup>

En este sentido, el trabajo desde la Consejería se vuelve fundamental en la medida que apunta a identificar aquellos determinantes del proceso salud-enfermedad-atención de las personas que conviven con VIH, y los modos de transitar este proceso que se vuelven particulares de acuerdo a las características generales que presenta la población y que se singularizan en cada situación. Así, *“la adherencia no sigue ningún patrón previsible, no hay un perfil de “paciente potencialmente adherente. Hay, en cambio, diferentes modalidades de llevar a cabo el tratamiento y a medida que transcurre el tiempo, como en otras enfermedades crónicas, se torna por un lado más fácil sostenerlo dado que se rutinizan y normalizan mientras que por el otro se produce, un desgaste emocional que amenaza la continuidad del mismo, y genera la adopción de una modalidad intermitente de seguimiento del tratamiento.”*<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> Este análisis será desarrollado en el apartado siguiente.

<sup>8</sup> Gianni, Cecilia *Tiempo y narrativa desde la experiencia del tratamiento en VIH-SIDA*, Buenos Aires, Colección Tesis del Centro de Estudios de Estado y Sociedad y FLACSO de Argentina, Reysa Ediciones. 2006. p. 19

<sup>9</sup> Gianni, Cecilia *Tiempo y narrativa desde la experiencia del tratamiento en VIH-SIDA*, Buenos Aires, Colección Tesis del Centro de Estudios de Estado y Sociedad y FLACSO de Argentina, Reysa Ediciones. 2006. p. 154-155

## **¿Quiénes viven con VIH?: tiempos de espera y precariedad**

En este apartado se vuelve necesario traer al debate algunos datos estadísticos sobre la población que vive con VIH, que dan cuenta de la magnitud de la problemática con la que nos encontramos trabajando.

*“En el país viven alrededor de 120 mil personas con VIH, el 30% de las cuales desconoce su situación. Cada año se siguen reportando alrededor de 6.500 nuevos casos, pero se redujeron ligeramente los diagnósticos reportados en el AMBA y aumentaron en todas las restantes regiones del país.*

*En el periodo comprendido entre 2013- 2014 por cada 100.000 habitantes se notifican 13,5 personas con diagnóstico de VIH en todo el país. En provincia de Buenos Aires la tasa de diagnóstico de VIH por 100.000 habitantes es de 10.*

*En cuanto a las características de las personas diagnosticadas entre 2013 y 2015 a nivel nacional, más del 90% adquirieron la infección durante prácticas sexuales desprotegidas. Por cada nuevo diagnóstico de mujeres se producen dos de varones. La mediana de edad de diagnóstico es de 32 años para las primeras y 33 para los últimos, lo que implica una reducción de la brecha entre ambos sexos. El 20% de los diagnósticos se producen en personas menores de 25 años y el 21% en personas de 45 años o más.”<sup>10</sup>*

En el ámbito local, durante el año 2014 se solicitaron 2380 determinaciones de VIH en el laboratorio del Hospital Mario V. Larrain de Berisso. Resultaron reactivas para VIH 45 muestras, de las cuales 19 corresponden al sexo femenino (42.2%), 12 al sexo masculino (26.6%) y en 14 de ellas no está especificado (31.1%). De los resultados reactivos la edad media fue 32 años; y el rango con mayor frecuencia de 21 a 30 años, seguido de 41 a 50 años. Contar con esta información fue un puntapié inicial para dar curso a los debates en torno a conformar un espacio de abordaje integral de la temática, pensando en garantizar que la mayoría de la población pueda acceder tempranamente a un diagnóstico y conocer su situación de salud con respecto al VIH.

La Unidad de Infectología del Hospital Mario Larrain, atiende alrededor de 250 usuarios, la gran mayoría de ellos no posee obra social y se atiende solamente en el Sistema Público de Salud. Esta

---

<sup>10</sup> MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION, Dirección de SIDA y ETS. (2016) Boletín N°33 sobre el VIH/Sida e ITS en la Argentina.



población no se encuentra inserta en un ámbito formal de trabajo, por lo cual su situación laboral podría caracterizarse como precaria en la medida que no pueden acceder al conjunto de servicios básicos, dado que sus ingresos los ubican por debajo de la línea de indigencia. *La irregularidad y la inestabilidad en el acceso al trabajo obliga a las familias a recurrir a la asistencia estatal para reproducir sus vidas (...) En este sentido la política social acompaña el proceso de precarización laboral.*<sup>11</sup> Esta precariedad se profundiza por el hecho de vivir con VIH, ya que el miedo ante despidos o no contrataciones por discriminación se encuentra presente en las personas que transitan por la Consejería.

En este sentido Susana Margulies y otras (2006) sostienen que “(...) *la crítica cuestión del acceso igualitario a la atención médica y los tratamientos*”, *la deserción del Estado de las tareas de prevención (Cahn, 2000: 1) y la persistencia de modalidades diversas de estigmatización y discriminación sociales (Grimberg, 2002) señalan que el VIH-sida continúa siendo una grave cuestión de salud pública en la Argentina (...) en este problema –como en otros- se despliegan los efectos de los procesos de concentración económica y política ocurridos en el país desde fines de la década de 1970, a saber, la profundización global de la desigualdad social, el deterioro de las condiciones de vida y de salud de una parte significativa de la población y el desmantelamiento de la intervención y de la capacidad reguladora del Estado en áreas clave de la vida social como la salud.*”<sup>12</sup>

La atención exclusiva en el sistema público, sin posibilidad de elección, implica atenerse a sus lógicas imperantes, vinculadas a la imposibilidad de elección del horario de atención, a la falta de profesionales, al aumento de los tiempos de espera, entre otras situaciones que impactan negativamente en forma directa en el sostenimiento del trabajo por parte de lxs usuarixs. Estas características también pueden ubicarse como barreras burocráticas que obstaculizan una atención de calidad para las personas que viven con VIH, en la medida que las ubican en una encrucijada donde muchas veces tienen que elegir entre concurrir al médico o sostener el trabajo.

Es importante destacar, que gran parte de lxs usuarixs perciben una pensión por VIH<sup>13</sup>, y a su vez se encuentran inscriptos en el Programa Alimentario para Inmunodeprimidos (PAID)<sup>14</sup>. Este programa

---

<sup>11</sup> Matusevicius Jorgelina, “*Intervención profesional en tiempos de precarización laboral. Contrapoder instituyente y articulación con movimientos sociales*”. En: Mallardí, Manuel *Procesos de Intervención en Trabajo Social: contribuciones al ejercicio profesional crítico*. 1ª ed. La Plata: Colegio de asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, 2014. P 181-182.

<sup>12</sup> Margulies, Susana; Barber, Nélica; Recoder, María Laura “*VIH-SIDA y adherencia al tratamiento. Enfoques y perspectivas*”. Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología, N° 3, 2006, Universidad de Los Andes Bogotá, Colombia. P 286.

<sup>13</sup> La pensión no contributiva es un derecho que otorga el Estado, a través del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, a aquellas personas que no han realizado aportes al sistema de previsión social y acrediten tener necesidades básicas insatisfechas, conforme a la

consiste en la tramitación de una tarjeta alimentaria que actualmente ronda los \$500 mensuales, no sólo insuficiente en cuanto a las necesidades alimentarias de cualquier persona sino que además es un trámite que llega a tardar varios meses para cobrarse. Al no contar con ingresos fijos, dada la situación de precariedad laboral como así también de desocupación; y no existiendo otras políticas públicas, lxs usuarixs recurren a tramitar una pensión no contributiva. En este sentido, la espera y la incertidumbre, es parte del cotidiano de las personas que transitan el Sistema Público de Salud.

El nivel de naturalización por parte de los sujetos “beneficiarios” y lxs profesionales o funcionarios públicos es tal, que se supone unx debe esperar y ser paciente para que el “beneficio” llegue. Eso sí esperar sin “chistar” porque aparentemente no es culpa de nadie que los trámites se demoren, o sí como bien dice Auyero (2013) parece ser que hay un ente externo que es quien puede causar la demora: el sistema. “No estás en el sistema, ¿cuándo iniciaste el trámite?” “la tarjeta esta activa, pero el sistema me marca que aún no ingresó dinero” “ya estás en sistema, pero recién están pagando junio, así que vas a tener que esperar”. Esperar, esperar, esperar, palabra que nos acostumbramos y se acostumbran a escuchar y en algún punto a acatar la orden porque parece que nadie puede hacer nada contra el sistema. (...) *Todos conciben la espera de los pobres como algo obvio e inevitable (...)*<sup>15</sup>.

En este contexto, nos interesa enfatizar en la noción de que *la precariedad no caracterizaría únicamente situaciones laborales, sino que lo que aparece como precario, hoy, es la vida misma, que se subsume al mundo del trabajo. Siguiendo lo anterior, la vida cotidiana es la que resulta precarizada, y no únicamente el momento del empleo propiamente dicho. Según esta visión, son nuestros cuerpos, los que corporizan la precariedad, y no únicamente nuestras modalidades de contratación*<sup>16</sup>.

Como se ha desarrollado anteriormente, las condiciones de vida de la población con la que trabajamos se caracterizan por las dificultades de acceso a servicios básicos y derechos sociales, siendo el vivir con VIH un aspecto que viene a profundizar tal contexto de exclusión y precariedad. En este

---

Ley Nº 18.910. Consiste en una asignación mensual que emite la ANSES por cuenta y orden de la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales y corresponde al 70% de una jubilación mínima. Ministerio de Salud de la Nación.

<sup>14</sup> Programa implementado en conjunto por la Dirección de VIH-ITS y hepatitis virales del Ministerio de Salud de Provincia de Buenos Aires y la Dirección Provincial de Seguridad Alimentaria del Ministerio de Desarrollo Social.

<sup>15</sup> Auyero Javier *Pacientes del Estado*. Editorial EUDEBA, Buenos Aires. 2013. P 154.

<sup>16</sup> Castrogiovanni, Natalia; Simonotto, Evelina; Viedma, Gloria. “*La precariedad en nuestras vidas. Pensando el Trabajo Social desde sus condiciones de trabajo*”. III Foro Latinoamericano “Igualdad y desigualdad social en América Latina: generando debates en Trabajo Social en relación con otras ciencias del campo social”. Facultad de Trabajo Social, UNLP. 2016. P 2.

sentido, es fundamental pensar a “(...) *la precariedad desde la misma noción de existencia, en donde condiciones materiales y simbólicas determinan una incertidumbre vital con respecto al acceso sostenido a los recursos esenciales para el pleno desarrollo de la vida del sujeto (...).*”<sup>17</sup>

Hasta aquí hemos reflexionado en torno al desafío de pensar un abordaje de salud integral en una temática particular, la situación de las personas que viven con VIH. El ejercicio profesional no puede desconocer las condiciones materiales de existencia de la población con la que trabaja, sino que en ellas debe poder identificar aquellos determinantes del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado que se ponen a jugar con lxs usuarixs en cada consulta en el marco de la Consejería.

## **Bibliografía**

- ✂ Auyero, Javier *Pacientes del Estado*. Editorial EUDEBA, Buenos Aires. 2013. P 154.
- ✂ Barattini, Mariana (2009); “El trabajo precario en la era de la globalización ¿Es posible la organización?”; Polis Revista Latinoamericana N° 24; Publicado el 28 abril 2012
- ✂ Castrogiovanni, Natalia; Simonotto, Evelina; Viedma, Gloria. “*La precariedad en nuestras vidas. Pensando el Trabajo Social desde sus condiciones de trabajo*”. III Foro Latinoamericano "Igualdad y desigualdad social en América Latina: generando debates en Trabajo Social en relación con otras ciencias del campo social". Facultad de Trabajo Social, UNLP. 2016. P 2.
- ✂ Gianni, Cecilia *Tiempo y narrativa desde la experiencia del tratamiento en VIH-SIDA*, Buenos Aires, Colección Tesis del Centro de Estudios de Estado y Sociedad y FLACSO de Argentina, Reysa Ediciones. 2006. p. 16
- ✂ Margulies, Susana; Barber, Nélica; Recoder, María Laura “*VIH-SIDA y adherencia al tratamiento. Enfoques y perspectivas*”. Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología, N° 3, 2006, Universidad de Los Andes Bogotá, Colombia.
- ✂ Mendes, Carlos. “*El poder del diagnóstico*”. En: Mastellanes, M. *Del maltrato social, conceptos son afectos*, Ediciones Cooperativas, Buenos Aires, 2003.
- ✂ MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION, Dirección de SIDA y ETS. (2016) Boletín N°33 sobre el VIH/Sida e ITS en la Argentina.

---

<sup>17</sup> Barattini, Mariana “El trabajo precario en la era de la globalización ¿Es posible la organización?”; Polis Revista Latinoamericana N° 24. 2009. P 28

⌘ Recoder, María Laura “Experiencia de enfermedad y narrativa. notas etnográficas sobre vivir con vih/sida en una ciudad del nordeste brasileiro.” Papeles de Trabajo N° 21 -Junio 2011 - ISSN 1852-4508. P. 81.