

Discriminación y control

Por Graciela Touzé y Diana Rossi

Graciela Touzé. Trabajadora Social. Docente de la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA. Coordinadora General del Programa de Prevención del SIDA, del FAT (Fondo de Ayuda Toxicológica). Integrante del CEITS.

Diana Rossi. Trabajadora Social. Investigadora y Docente de la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA. Integrante del CEITS.

"Tras la detección de 43 casos de SIDA entre los jóvenes convocados para el servicio militar, el Ejército Argentino pretendía darles de baja mediante un sello rojo en el documento nacional de identidad que dijera: SIDA" -1-

La noticia da cuenta -en su descarnada síntesis- de un hecho de la realidad.

El problema del SIDA está sobre el tapete, pero ¿cuál problema? ¿El VIH/SIDA que infecta a 43 jóvenes o el SIDA/estigma que los rotula?

Impacta el dato epidemiológico; inquieta la respuesta institucional.

Bien hace la Organización Mundial de la Salud al referirse a las "tres epidemias": la infección por el VIH, el SIDA y la reacción económica, social, política y cultural.

Esta tercera epidemia es la que amenaza tener los efectos más devastadores; para ello cuenta con un instrumento riesgoso y efectivo: la discriminación.

Desde ahí nos situamos para pensar la intervención profesional. Este enlace entre SIDA y discriminación constituye uno de los núcleos centrales de interés para el Trabajo Social.

"Aunque la peste, por la imparcialidad eficiente que usaba en su ministerio hubiera debido afirmar el sentido de igualdad en nuestros conciudadanos, el juego natural de los egoísmos hacía que, por el contrario, agravase más en el corazón de los hombres el sentimiento de la injusticia".

"La peste", Albert Camus

Los miserables

Los estudios que analizan las condiciones sociales en que se desarrollaron otras epidemias registran algunas coincidencias en lo que a mecanismos sociales se refiere que se reiteran aún en formaciones económico-sociales muy diferentes. Entre esos rasgos comunes, R. Swenson **-2-** enumera como actitudes y comportamientos que también pueden observarse con la aparición del SIDA a los siguientes:

Un primer aspecto lo constituye la dificultad para reconocer el avance de la enfermedad cuando ésta recién aparece. Esa actitud renuente provoca obstáculos a la definición de políticas públicas que incluyan difusión de información.

Se articula con un segundo aspecto: la necesidad de buscar culpables de su aparición y diseminación. En los primeros años se la asoció con las prácticas homosexuales. Empezó a ser masivamente conocida como la "peste rosa". Este nombre, aunque daba cuenta del carácter epidémico, lo circunscribía a ese núcleo de los homosexuales. En la Europa medieval judíos, musulmanes, leprosos y brujas cargaban con diferentes estigmas que los hacían sospechosos de diseminar la peste "negra", la terrible peste bubónica. Los modernos "herejes" señalados para portar la marca de la transgresión fueron los africanos, haitianos, drogadictos, homosexuales y prostitutas. La justificación de esta verdadera partida de caza de los culpables -fuera fundada en desviación social, corrupción moral, liberalización de las costumbres, traición a los mandatos divinos o en los diversos argumentos de la custodia de las normas dominantes- es el fundamento en el que aún hoy se esconden esas viejas normas de control social. Señalar la diferencia, castigar la transgresión, son fórmulas indispensables para dar lugar al acto de discriminar.

Así como durante la epidemia de gripe de principios de siglo los franceses la llamaban la Peste de la Dama Española y los ingleses le pusieron el mote de la Enfermedad Francesa, en nuestros tiempos se sigue discutiendo acerca del origen del SIDA pensando en rasgos étnicos, continentales o raciales. Los elegidos en esta oportunidad fueron los africanos y los haitianos (negros, naturalmente).

Una de las consignas que cundió en los primeros años y se popularizó rápidamente aún plasmándose en legislación en algunos países fue: "¡Cuidado con el extranjero!" A modo de ejemplo, en la década del '80 en Corea del Sur se comenzó a exigir el examen de detección del VIH a los que provenían de otros países.

Sodoma y Gomorra

"La lucha sistemática está claramente indicada por las estadísticas: si uno desea impedir la difusión del SIDA, es necesario combatir la sodomía y la droga. Sin sodomía y sin drogas el número disminuirá entre un 98 y un 99 por ciento" -3-

El contenido de este mensaje dirigido a los estudiantes de la Facultad de Comunicación Social de la Universidad del Salvador por disposición de su decana, Mercedes Terrén, da cuenta de la argumentación tendiente a reducir la solución del problema a la extinción de esas prácticas. Un nuevo círculo estigmatizante se cierra sobre homosexuales y consumidores de drogas con la pretensión de barnizar de científicismo a posturas maniqueas. Por cierto, esta necesidad de fundar científicamente el prejuicio suge con más fuerza en tanto corrientes como el Iluminismo se enfrentan con la "ley natural" allá por el siglo XVIII. Esta confrontación no ha cesado, así como tampoco se ha desacti-

vado la usina de prejuicios encontrando nuevos "chivos expiatorios".

La derecha encontró en el SIDA el fundamento de sus ataques a la homosexualidad. Igualmente está intentando mirar al SIDA como una metáfora indicativa del horror de tanta vida social y política en los '80. Como Susan Sontag señaló en su aguda crítica a esa forma de pensar: *"La enfermedad siempre fue usada como metáfora para presentar cargos a una sociedad como corrupta o injusta"* -4-.

Así como la leyenda de los "untadores" que propagaba la idea de que existían enfermos de peste bubónica que se esforzaban por contagiar su mal contaminando paredes y puertas, ayudaba a atribuir responsabilidades durante la epidemia en el siglo XIV, con el SIDA aparece el "peligro" del ataque de los enfermos munidos de jeringas con su sangre. Este temor fue expresado por la policía de San Francisco -Estados Unidos- en ocasión de la VI Conferencia Internacional sobre SIDA en la que se organizaron manifestaciones de protesta por la política inmigratoria de ese país que prohíbe ingresar a quienes están infectados con el VIH.

La discriminación entonces no sólo abreva en el prejuicio, sino también en el temor al contagio y en la construcción social de mitos y leyendas que logren afirmar la peligrosidad de quien padece el estigma, para justificar la segregación, el aislamiento. La identificación de los "grupos de riesgo" se sustenta en una concepción biologista que da lugar a esa paradójica articulación entre la caracterización de delito y de patología para una misma conducta. *"Cuando se habla de 'grupos de riesgo' se piensa en el riesgo para el resto, para los que no comparten esas conductas"* -5-.

La criminalización de ciertos comportamientos requiere de un discurso tutelar, proteccionista, que paralelamente señala como responsable de esa conducta a quien la ejerce para así justificar la intervención correctiva. Aparecen entonces en un mismo rango la condición de víctima y de victimario en las prácticas homosexuales, el consumo de drogas o el ejercicio de la prostitución. La noción de riesgo se vincula así con la de "peligro potencial", esto es la incriminación no de un hecho consumado sino de la posibilidad más o menos incierta de que se produzca. Así un consumidor de drogas o un homosexual integran categorías de riesgo, más allá del hecho de que el primero comparta o no jeringas y de que el segundo mantenga relaciones sexuales con o sin condón.

Actualmente en los ámbitos científicos tiende a reemplazarse la denominación de "grupos" por la de "conductas de riesgo". Esta variación se corresponde con la decidida campana que las organizaciones de los grupos estigmatizados hicieron para esclarecer el contenido ideológico que posee. No obstante, esa íntima asociación entre "culpabilización" y "riesgo" en los procesos de estigmatización social no se ha abandonado. Sigue sin ser lo mismo, a los efectos del tipo de estigma que porta, quien se contagió pro vía de una transfusión sanguínea de quien se infectó por medio del contacto sexual.

Neoliberalismo y SIDA

Las continuidades que muestran un cierto carácter universal en cuanto a comportamientos ante las diversas epidemias nos permitieron encontrar ejemplos a la hora de discriminar, tanto en diversas formaciones económico-sociales como en tradiciones culturales distintas.

Si el acto de discriminar se reitera a lo largo de los años, las formas concretas en que el mismo se expresa van variando. Hoy no se postula para los enfermos de SIDA el aislamiento extremo que condenaba a los leprosos fuera de las ciudades medievales. La segregación opera con mecanismos más sutiles pero igualmente inhabilitantes.

Bajo una supuesta intención humanitaria se postulan exámenes masivos de la población con fines "preventivos". Exámenes pre-ocupacionales que cierran las puertas del de por sí exiguo mercado laboral a los infectados por el VIH; obligatoriedad del estudio para los migrantes, que restringe el derecho a circular por los territorios.

"Se calcula que aproximadamente el 90% de los 5 a 10 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo está en el grupo de edad económicamente productiva" -6-. Esta cifra connota la incidencia que tiene el SIDA en el mercado de trabajo. Las discusiones que derivan implican definición de políticas tanto en las empresas como en el plano de los gobiernos.

En el primer caso, la discusión gira en torno a la pertinencia de promover exámenes masivos a los trabajadores. Si bien empresas multinacionales como IBM o Ciba-Geigy se han pronunciado contrarias a su realización por el carácter discriminatorio y estigmatizante, no hay acuerdo general en ese punto y se han verificado diversos casos de expulsión del trabajo o impedimentos para ingresar a una determinada empresa en quienes se prueba la condición de portador del VIH.

En el plano de la definición de políticas públicas se pone en evidencia la discusión acerca de quién asumirá los costos de la atención de los afectados por el SIDA. En momentos en que el Estado se desentiende cada vez más de funciones que hasta no hace mucho se le reconocían como indelegables y privatiza amplios aspectos de la vida social, los gastos que demanda la atención del SIDA se inscriben en una suerte de "tierra de nadie". Cabal ejemplo lo constituyen los sistemas de medicina prepaga que no cubren tales servicios y el desborde de la cada vez más comprimida estructura sanitaria pública.

"Creo que tendremos una solución para el SIDA antes del año 2000, pero sólo beneficiará a los países desarrollados" -7-.

Estas declaraciones de Luc Montaigner a su paso por la Argentina durante la presentación del "Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus Humanos-SIDA" del Ministerio de Salud y Acción Social iluminan las dispares condiciones que, también en el caso del SIDA, enfrentan los países del capitalismo tardío frente a las posibilidades del capitalismo avanzado. Se expresan tanto en los recursos disponibles para la atención sanitaria de portadores y enfermos, como en los que se destinan a promover la investigación y la prevención en este campo. Muy difícilmente se diseñen políticas públicas tendientes a morigerar los efectos de la discriminación en países como el nuestro.

El Trabajo Social o cómo controlar las pestes

El SIDA irrumpe en este final de siglo como una afirmación del mito apocalíptico. Discursos que parecían haber perdido vigencia retornan a escena con todo su vigor. Como hacía tiempo no era tan explícito, vuelven a entremezclarse la ciencia y la moral, virus y pecado, enfermedad y culpa.

¿Qué se nos demanda a los trabajadores sociales para contribuir al control de la pandemia? Los portadores y enfermos de SIDA están signados socialmente para engrosar las filas de los que pueden quedar por fuera de la producción, de los espacios institucionales y también de los familiares. Llegan sin respaldo de políticas sociales que consideren esas circunstancias específicas. Queda el siempre ávido ámbito de lo tutelar y correccional para acogerlos. Es este ámbito uno de los que pone más crudamente en evidencia las contradicciones entre la normativa dominante y una práctica profesional que la interpele.

No es azaroso pensar que la intervención profesional demandada combine la tutela y el correctivo. Función asignada por la mayoría de las instituciones, en el caso del SIDA, los trabajadores sociales encontraremos quizás con mayor facilidad justificaciones varias para intervenir en la vida privada de nuestros "asistidos". Es en este espacio de lo cotidiano en que nuestra práctica nos enfrenta con disyuntivas que no se nos presentan con tanta agudeza en otras situaciones.

¿Podremos resguardar la confidencialidad de la información respecto de la asistencia de un alumno seropositivo a la escuela?

¿Sostendremos una tarea preventiva sin que se filtre el discurso moralizador heredero del viejo tronco higienista?

En síntesis, ¿estaremos en condiciones de defender una estrategia no discriminatoria a pesar de las normativas institucionales y las presiones sociales?

Notas

-1- Diario Página 12, 7 de junio de 1991, Buenos Aires, Argentina.

-2- Swenson, Robert "Las epidemias, la historia y el SIDA" The American Scholar, Vol. 57. No. 2, primavera 1988. p. 16-22

-3- Diario Página 12, 22 de agosto de 1991, Buenos Aires, Argentina.

-4- Altman, Dennis "Aids and the new puritanism", Pluto Press, Londres 1988, p. 192/3.

-5- Rossi, Diana. Informe de avance "Farmacodependencia y SIDA. Análisis de los procesos de rotulación a pacientes internados en institutos para menores". Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales, Mimeo, 1990.

-6- Global Programme on AIDS "Repport of the consultation on AIDS and the workplace", Ginebra. 27-29 de junio de 1988, O.M.S.

-7- Diario Clarín, 4 de abril de 1992, Buenos Aires, Argentina.