

ENTRE EL CONTROL Y LA INCERTIDUMBRE: LA PRODUCCIÓN COTIDIANA DE LA INDETECTABILIDAD

*BETWEEN CONTROL AND UNCERTAINTY: THE
DAILY PRODUCTION OF UNDETECTABILITY*

Agostina Aixa Gagliolo¹

Susana Margulies¹

¹Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

RESUMO

A partir de 2018, a fórmula “Indetectável = Intransmissível” (I=I, indicando uma pessoa com carga viral indetectável tinha zero chances de transmitir sexualmente o vírus HIV) foi levantada pelo UNAIDS e outras organizações internacionais como o “caminho para acabar com a epidemia”. Acompanhados pelo desenvolvimento de tratamentos antirretrovirais altamente eficazes, que implicam a redução de comprimidos e das doses diárias, os discursos “Pós-AIDS” de crescente otimismo têm levantado a “indetectabilidade-intransmissibilidade” como uma resposta abrangente, simples e eficaz tanto para o controle individual do vírus bem como para o seu governo ao nível comunitário. Este artigo pretende observar a “indetectabilidade viral” a partir das diferentes formas como ela se configura e se produz nos diferentes espaços, relações e tempos vitais em que se põe em jogo. A partir de um estudo etnográfico realizado em um Programa Municipal de HIV da Província de Buenos Aires, resgatamos as narrativas de duas pessoas em tratamento de longa duração para mergulhar na produção cotidiana de “ser”, “ficar” e “manter” indetectável. Consideramos, nesse quadro, que o dever-indetectável implica uma coexistência entre controle e descontrole que se desenvolve em um processo com-outros, no qual os sujeitos realizam buscas para encontrar respostas para seus sofrimentos. Esses processos implicam a formação tanto de vínculos frágeis, momentâneos e incertos quanto de relações com outros que constituem um resseguro para a manutenção dos tratamentos.

Palavras chaves: HIV; Carga Viral; Fim da Epidemia; Indetectabilidade.

ABSTRACT

As of 2018, the “Undetectable = Intransmissible” (U=U) formula, indicating that a person whose viral load is undetectable has zero chances of transmitting HIV sexually, was raised by UNAIDS and other international organizations as the “path towards ending the epidemic”. Together with the development of highly effective antiretroviral treatments, which imply the reduction of the number of pills and daily intakes, increasingly optimistic “Post-AIDS” discourses have raised “undetectability-untransmissibility” as a comprehensive, simple and effective response for controlling the virus at both the individual and community level. This article intends to observe “viral undetectability” taking into account the myriad of ways in which it is configured and produced in different spaces, relationships and vital times in which it’s put into play. Based on an ethnographic study carried out in a Municipal HIV Program in the Province of Buenos Aires,



Esta obra está licenciada sob uma licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.

we recover the narratives of two people undergoing long-term treatment to delve into the daily production of “being”, “staying” and “maintaining” undetectable. We consider, within this framework, that becoming-undetectable implies a co-existence between control and lack of control that develops itself within an intersubjective process, in which the subjects carry out searches to find answers to their suffering. These processes imply the formation of both fragile, momentary and uncertain ties as well as relationships with-others that constitute a reinsurance for treatment continuity.

Keywords: HIV; Viral Load; End of the Epidemic; Undetectability.

INTRODUCCIÓN. “!AHORA ESTANDO INDETECTABLE NO HAY TRANSMISIÓN!”¹

Iniciando en 2011, las políticas internacionales de gobierno de la epidemia del VIH-Sida² se volcaron progresivamente hacia la estrategia de “Tratamiento como prevención” (TcP) orientada a controlar la trasmisión viral. La misma se basó en el diagnóstico y el tratamiento antirretroviral temprano y el logro y sostenimiento de la supresión viral³ por parte de los afectados. Cabe destacar, en este marco, que junto a la implementación del TcP se produjo una re-conceptualización del tratamiento antirretroviral en tanto tecnología biomédica: de ser considerada una herramienta clínico-terapéutica fundamentalmente utilizada para evitar la replicación viral contribuyendo a la supervivencia individual, pasó a ser concebida como la tecnología clave para la protección colectiva frente al VIH (LLOYD, 2018).

En 2018, ONUSIDA anunció la fórmula “Indetectable = Intransmisible” (I=I) indicando que una persona cuya carga viral fuera indetectable tenía *ceros* posibilidades de transmitir VIH por vía sexual (UNAIDS, 2018a). Desde entonces, esta fórmula se difundió como el “camino para poner fin a la epidemia” (UNAIDS, 2018b, p. 1). Esta correlación entre transmisión (por relaciones sexuales no protegidas o perinatal) del virus de inmunodeficiencia humana y los niveles de carga viral plasmática no era una evidencia nueva (DSETSHYT, 2019). Los primeros estudios epidemiológicos que establecieron dicha correlación datan de 1997 y concluyeron que la presencia de altos valores de carga viral en una mujer embarazada se asociaba a mayores probabilidades de transmisión del VIH por vía perinatal, sugiriendo que el uso de terapias antirretrovirales de alta eficacia durante el embarazo podía reducir las tasas de transmisión (GARCÍA, 2014). Sin embargo, esta correlación se resignificó cuando fue colocada en diálogo con la posibilidad de “poner fin a la epidemia”.

Agregada a la distribución y acceso a la medicación antirretroviral, la condición de posibilidad de un “fin” de la epidemia pasó a enfocarse en el control individual de la carga viral, que debe ser sostenida a niveles indetectables por medio del uso continuado del tratamiento antirretroviral. De este modo, las personas afectadas, al controlar su situación viral individual también impactan en la circulación del virus a nivel comunitario,

esto es, en la denominada “carga viral comunitaria” cuya reducción es la condición para la paulatina eliminación de la epidemia.

Esta re-conceptualización del tratamiento antirretroviral se produce en la articulación entre políticas globales y locales de investigación e innovación tecno-científica, de producción farmacéutica y biotecnológica, del establecimiento de nuevos marcadores biológicos, dispositivos y procedimientos médicos, y los propios activismos de afectados y profesionales. En este contexto político y tecno-científico de avance de los procesos de biomedicalización del VIH-Sida (CLARKE *et al.*, 2003) se anuncia un futuro sin Sida y los medicamentos antirretrovirales se tornan las nuevas “balas de plata” – o, en términos de Biehl (2008) “las balas mágicas” – extendiendo y retraduciendo a las respuestas contemporáneas al VIH/Sida los discursos medicalizadores de erradicación de las infecciosas propios del siglo XX (VARGHA, 2016).

En 2016, un precursor del TcP, J. González Montaner visitó la ciudad de Buenos Aires y dio una conferencia en la Universidad del Salvador en la que estudió su carrera de grado y en donde su padre, reconocido neumólogo, fue decano de la Facultad de Ciencias Médicas. En la ocasión expuso su experiencia en su centro de investigación y tratamiento en la Columbia Británica (Canadá). Allí sostuvo: “nosotros tratamos más y diagnosticamos menos porque paramos la trasmisión: esto es biología”. Con esta contundencia sintetizaba la lógica que atraviesa las políticas globales del VIH-Sida en los últimos diez años, una específica bio-lógica en la que la causalidad o determinación se focaliza en el plano natural con la agencia privilegiada puesta en el nivel biológico-molecular, no en los sujetos y sus relaciones (ROHDEN, 2012, p. 55). Una racionalidad que se orienta a reponer la centralidad de lo orgánico ante lo elusivo de las relaciones sociales, pasando de la medicalización de las prácticas y comportamientos y la vida de grupos e individuos a una biomedicalización, esto es, una intervención medicalizadora directa de lo viviente (FASSIN, 2004).

Se desplaza de esta manera la prioridad principal de prevención y respuesta a la epidemia hacia la universalización del testeo y la ingesta temprana de fármacos a favor de un modelo de inducción de una protección asociada a la ingesta indefinida de medicamentos. En esta concepción de renovada confianza en la solución biomédica, la fuente de dificultades y problemas se ubica en el acceso a los testeos, la provisión sostenida del recurso y el requerimiento financiero y político (aun para los estados que disponen históricamente de provisión universal y gratuita, como la Argentina). También en los sujetos y sus comportamientos, centrales en el control de la cadena de la trasmisión viral. Ello se hace evidente en las guías del Centers for Disease Control and Prevention de los EEUU, en las que se señala a las “creencias y comportamientos de los pacientes” como barrera en el cumplimiento de las prescripciones y el mantenimiento de la meta simultáneamente individual y colectiva de la indetectabilidad (CDC,

2020). De allí se deriva la consideración de los sujetos que mantienen un estatus indetectable como *agentes de prevención*.

El conocimiento de que ya no transmiten el VIH sexualmente puede proveer a las personas viviendo con VIH del fuerte sentido de ser agentes de prevención en la búsqueda de relaciones nuevas o existentes (UNAIDS, 2018a, p. 2 traducción propia).

Adicionalmente, en los últimos años, la correlación I=I ha sido presentada en publicaciones de organismos internacionales y también nacionales como una herramienta “poderosa y efectiva” para responder al estigma de las personas con VIH (DSETSHYT, 2019; UNAIDS, 2018a). Así puede leerse en una editorial de la revista *The Lancet HIV* de 2017.

Para muchas personas viviendo con VIH, la noticia de que ya no transmiten el VIH sexualmente transforma sus vidas. Además de poder elegir mantener relaciones sexuales sin preservativo, muchas personas viviendo con VIH viralmente suprimidas se sienten liberadas del estigma asociado a vivir con el virus (UNAIDS, 2018a, p. 2, traducción propia).

En la Argentina, en el año 2012, la entonces llamada Dirección de Sida, Enfermedades de Transmisión Sexual, Hepatitis y Tuberculosis Argentina (hoy Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis y Tuberculosis) manifestó su adhesión a la estrategia del Tratamiento como Prevención, incorporando sus lineamientos entre las metas locales. Para el período actual, define el Plan Acción Acelerada desarrollado por ONUSIDA, cuyas metas se sintetizan en el esquema “95-95-95”. Esto es, que para el año 2025 el 95% de las personas con VIH conozcan su diagnóstico, que el 95% de quienes saben que tienen VIH inicien tratamiento y que el 95% de las personas en tratamiento antirretroviral logre la supresión virológica (DRVIHVYT, 2021).

Sin embargo, los continuos recortes y subejecuciones presupuestarias vienen generando dificultades. Un estudio realizado en 2019 a nivel nacional mostró las dificultades y obstáculos en la oferta de Profilaxis Pos-exposición (PEP) destacando el desconocimiento de los protocolos y actividades de formación, la carencia de flujogramas, la desarticulación de los servicios y las demoras para la derivación e inicio de tratamiento y el seguimiento de las personas. Durante el 2021 comenzó la implementación de la Profilaxis Pre-exposición (PREP) en la política pública en el país, hasta el momento restringida a lo que se denominan como “poblaciones clave”, descritas operativamente por la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis y Tuberculosis (DRVIHVYT) como: “varones cis que tienen relaciones sexuales con otros varones cis (HSH), personas trans y trabajadores y trabajadoras sexuales” (DRVIHVYT, 2021, p. 116).

Sobre la situación epidemiológica, el Boletín sobre VIH, sida e ITS en la Argentina de diciembre del 2021 informó que se habían registrado 4500 nuevos casos en el año, que hay alrededor de 140000 personas con

VIH en el territorio nacional y que el 83% de las personas con VIH del país conocen su diagnóstico. Además, aclaró que el 29,9% de los diagnósticos a nivel país se habían realizado tardíamente, que la tasa de mortalidad por Sida es de 2,81%, que persistía la altísima prevalencia (34%) entre mujeres trans, que ésta era de entre un 12 y un 15% entre varones que tienen sexo con otros varones, y que se habían disparado las cifras de enfermedades de transmisión sexual en particular sífilis, incluyendo una tasa de sífilis congénita de 1,14 por mil habitantes a nivel nacional. Las vías de transmisión informadas en el caso de los varones cis fueron las relaciones sexuales sin uso de preservativo, el 63% con otros varones cis y el 36% con mujeres cis. Se especifica además que el uso compartido de material para el consumo de drogas ha prácticamente desaparecido como vía de transmisión del VIH.

La Dirección nacional incorporó asimismo en su accionar la fórmula indetectable-intransmisible. La misma se presenta como una “poderosa herramienta para la prevención” y al mismo tiempo como “mensaje” tendiente al logro de una “sociedad libre de estigmas” (campaña en *Twitter*, Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis y Tuberculosis, 1º de marzo de 2020⁴) haciendo equivaler “cero transmisión” a “cero discriminación”. A nivel local, la DRVIHVyT afirmaba en su boletín de 2019:

I=I [...] un mensaje que intenta desterrar la idea de la persona con VIH como ‘fuente de contagio’, ‘responsable de la epidemia’ y ‘riesgo para el entorno’ [...] responder al estigma institucional que ocurre en centros asistenciales de salud, lugares de trabajo y la sociedad en general, al estigma interpersonal y al estigma internalizado, que incluye las creencias negativas sobre el VIH que tienen las personas que viven con el virus. (DSETSHYT, 2019, p. 4)

Este argumento que postula a la indetectabilidad no solamente como una condición para evitar las afecciones asociadas a la infección por VIH, sino también para prevenir la estigmatización en los distintos ámbitos puede sin embargo asociarse a novedosas cargas y fragilidades para los sujetos afectados.

ANTECEDENTES Y ESTUDIOS PREVIOS

Diversos autores han trabajado alrededor de los denominados procesos de expertización que atraviesan los sujetos viviendo con enfermedades crónicas con énfasis particular en el caso del VIH y el activismo organizado que caracterizó a las respuestas a la epidemia desde sus comienzos (PECHENY; JONES; MANZELLI, 2002; TAYLOR; BURY, 2007; VALLE, 2017). Fleischer destaca un elemento central en este proceso:

Una cosa es conocer cómo las autoridades sanitarias oficiales perciben esos números y, más importante, cómo los moralizan; otra cosa, igualmente importante, es que

la persona enferma sea capaz de insertarse en ese cuadro numérico y evaluar lo que le sucede en relación con los números que aparecen en los visores de los aparatos de medición o en los informes de laboratorio. (FLEISCHER, 2013, p. 462, traducción propia)

En esta línea, se ha estudiado cómo las definiciones, prescripciones y los recursos y artefactos biomédicos se incorporan a la vida y cuerpos de las personas y cómo ellas se presentan y describen a sí en cuanto objeto de esas pautas y recursos (ROHDEN, 2018).

Recuperamos, asimismo, el planteo de Annemarie Mol, quien propone un abordaje de las enfermedades en tanto realizaciones múltiples, actuadas a través de las prácticas que entrelazan sujetos humanos y no-humanos situados en un contexto espacio-temporal (MOL, 2002). Siguiendo las prácticas cotidianas de pacientes y profesionales en un hospital holandés, Mol analiza los sitios en los que se realizan las múltiples versiones del aterosclerosis: en las vidas cotidianas de las personas que las experimentan, en los ensayos clínicos que determinan los valores de lo normal y lo anormal a nivel bioquímico, en las prácticas clínicas y sus indicadores diagnósticos entre los espacios y situaciones donde éstas circulan (MOL, 2002; MOL; LAW, 2004). No se trata, según la autora, de múltiples significados o interpretaciones sobre una realidad o enfermedad previa sino de una realidad que se multiplica a través de los diferentes modos en que ésta es actuada/producida. Siguiendo este argumento, nuestro análisis propone observar “la indetectabilidad viral” a partir de los modos diversos en que ésta se configura y produce en los distintos espacios, relaciones y tiempos vitales en las que se pone en juego. Es a esas “indetectabilidades”, a las prácticas, materialidades y relaciones implicadas, que dirigimos nuestra indagación.

El enfoque centrado en el control viral que caracteriza las políticas de gobierno de la epidemia de VIH/Sida se ha acompañado por investigaciones de corte cuantitativo, en general resultantes de ensayos clínicos aleatorizados, que proveen la evidencia para caracterizar su causalidad y evolución (BRIVES; LE MARCIS; SANABRIA, 2016). En este marco, se presupone la universalidad de la enfermedad y su experiencia, expresada en variables que, agregadas, permiten estandarizar colecciones de datos producidos en contextos y poblaciones sumamente diversas. Segata y sus colegas han convocado recientemente a “llenar” estos “datos” – aun fundamentales - con “trayectorias, biografías y experiencias individuales y colectivas que nos permitan dar cuenta de las memorias y los múltiples sentidos” de estos fenómenos (SEGATA *et al.*, 2021, p. 3, traducción propia). Afines a esta propuesta, en dos artículos anteriores hemos abordado distintas aristas asociadas a la indetectabilidad entendiendo a ésta como *producida*, o en términos de Mol y Law (2004) *actuada*, en los procesos de atención, en las relaciones entre afectados y no afectados y en la vida

cotidiana de las personas con VIH (GAGLIOLO; MARGULIES, 2020). Particularmente, en el caso del VIH, la meta de la indetectabilidad implica la toma cotidiana, regular y sostenida en el tiempo de la medicación antirretroviral – lo que es médicamente denominado como *adherencia* al tratamiento antirretroviral de gran actividad (en adelante, TARGA) – y el control de los niveles de virus en sangre a través del monitoreo de indicadores de laboratorio (la Carga Viral y el CD4).

Como ya hemos señalado, en el contexto del TcP, la ecuación I=I se presenta como clave para “poner fin a la epidemia” y para alcanzar una sociedad sin estigma. Se atribuye así un renovado sentido de responsabilidad de los afectados (UNAIDS, 2018b) que opera en sus intercambios sociales y también en las interacciones clínicas. En este marco, los sujetos son colocados bajo el deber de *adherir* al tratamiento antirretroviral no sólo para cuidar de sí (disminuir la progresión viral), sino al mismo tiempo para cuidar de otros (evitar transmitir el virus) y así poner fin a la epidemia (eliminar la transmisión viral) y eliminar el estigma. En nuestra consideración de esas historias, relevamos cómo tal responsabilización y la presión por la racionalización (o control racional de la vida y los comportamientos), tendía a desconocer o descontar las dudas, las indefiniciones y los cambios de las elecciones en el curso de la experiencia (ALVES, 2014) de vivir y tratarse con el virus, colocando a los sujetos en situaciones de frecuente incertidumbre y fragilidad, y bajo la amenaza de nuevas estigmatizaciones.

En las historias relatadas, se expresó lo que denominamos un *redireccionamiento del sentido del riesgo*, allí donde ya no se trataba solamente de control del daño potencial que cada sujeto con VIH podía generar a otros – sino también del alerta y control del daño al que otras personas (con o sin VIH) podían exponer a las personas con VIH *controladas*, mostrando así otra faceta de las dificultades a la vez somáticas y de los ajustes cotidianos que estos sujetos deben afrontar. Con particular énfasis en las prácticas sexuales (sin uso de preservativo) como *locus* del riesgo, la incertidumbre y la fragilización emergían allí bajo nuevas/viejas fórmulas de responsabilización de los sujetos, en las que los antes *amenazadores* devenían *amenazados*. Así lo expresaba Rafael⁵, un varón gay de 47 años, cuya pareja es “serodiscordante”: *Ahora que estás en esta situación vos sos el que más se tiene que cuidar del entorno, no el entorno de vos*.⁶

Así, frente al discurso técnico-científico y político que anuncia el fin de la epidemia, propusimos en ese escrito una mirada sobre cómo las personas con VIH, aun *indetectables*, navegan estas configuraciones tecnológicas contemporáneas del Sida y los procesos de protección – pero también de fragilización – que éstas introducen en sus vidas.

En otro artículo (GAGLIOLO, 2021), recuperamos la historia de una persona con VIH cuyo diagnóstico data de 1991, cuando tenía 19 años

de edad. Analizamos los modos en que la vida con VIH (indetectable) y en tratamiento antirretroviral, es intra-activamente producida por *entrelazamientos* de biotecnologías, enfermedades y cuerpos (BARAD, 2007). Siguiendo la experiencia de Carlos, que quedó ciego a causa de un herpes zoster en 1997, se describe cómo en su presente con VIH se despliega una historia corporificada de los primeros tiempos de la epidemia. Ese artículo recorre, así, aquello que Carlos llama “las otras cosas”: *La enfermedad se cronificó, está la medicación, te quedás indetectable, listo, vivís, pero también tenés que lidiar con las otras cosas* (Entrevista Carlos 27/10/2017).

Con “las otras cosas”, Carlos se refiere a los muchos asuntos y preocupaciones que componen su vida con-VIH; las secuelas de los tratamientos antirretrovirales (lipodistrofia, piedras en los riñones, daño en el hígado), su ceguera, su precariedad económica y la imposibilidad de proveer al mantenimiento de su familia, sus alergias y sus repetidas infecciones pulmonares. La narrativa de Carlos introduce los efectos impredecibles que los antirretrovirales han tenido y los daños que le han producido a lo largo de los años. Al presentar las complejidades de una vida “a oscuras”, también nos introduce en el sinuoso camino que él mismo recorre para “quedar” y mantenerse indetectable, mostrando cómo la indetectabilidad no es algo que se consigue de una vez, sino que se produce día a día. A través de este análisis se muestran algunas de las formas que asume la *normalización*, o la *cronicidad* del VIH, en vidas tan profundamente transformadas por entrelazamientos de virus, enfermedades, y tratamientos, colocando de este modo algunos reparos frente a los optimistas discursos “Post-Sida” que pasan por alto estas complejidades, estableciendo asociaciones mecánicas entre “indetectabilidad-intransmisibilidad” y “normalidad”.

En este marco, se señalan los modos en que las enfermedades – y sus tratamientos – son actuadas a través de una multiplicidad de prácticas y espacios cotidianos que involucran actores humanos y no-humanos (MOL, 2002). Desde este punto de vista, las entidades no-humanas presentes en las actividades diarias de Carlos, como los antirretrovirales y los virus, son consideradas *agenciales*, atendiendo a que sus acciones transforman los cuerpos/*selves* y que ellas son simultáneamente transformadas en ese proceso. Este punto de vista implica una comprensión relacional de la existencia, y sugiere que los cuerpos/*selves* con-VIH (ALVES; RABELO; ALMEIDA SOUZA, 1999) están viniendo-a-ser por medio de estas actuaciones/acciones cotidianas (MOL; LAW, 2004).

En este artículo recuperamos los aportes aquí mencionados para adentrarnos en la producción cotidiana del “estar”, “quedar” y “mantenerse” indetectable.

LA INVESTIGACIÓN, ESTRATEGIAS Y UNIVERSO

El material empírico aquí analizado forma parte de una investigación etnográfica de Agostina Gagliolo en un centro de atención y Programa Municipal de Prevención y Atención del VIH/Sida del Conurbano Bonaerense, y con personas con tratamientos de larga duración. El corpus empírico consiste en entrevistas a 13 personas y registros de observación de las interacciones: seis eran varones autodenominados como *gays*, cuatro eran varones heterosexuales o con parejas heterosexuales, tres eran mujeres heterosexuales o con parejas heterosexuales. Sus edades oscilan entre 27 y 66 años, con predominancia de las personas entre 39 y 54 años. Todas estas personas se encontraban realizando tratamiento antirretroviral. La investigación se desarrolló entre 2016 y 2021.

El denominado “Programa municipal de prevención y asistencia del Sida y la DROGA”⁷ funciona en un Centro de Atención Primaria de Salud (CAP) de dependencia municipal. Fue creado muy tempranamente en la respuesta político-sanitaria nacional a la epidemia, en 1992, incluso antes del Programa Nacional de Argentina. Está integrado por una médica infectóloga, Merlina; una psicóloga, Matilde; un psicólogo, Omar, y una trabajadora social, Camila. Una de las particularidades que reviste este Programa, es que en su desarrollo inicial estuvo vinculado con pacientes organizados, primero en Narcóticos Anónimos y luego en redes de personas viviendo con VIH. Así, sus primeros pacientes fueron usuarios problemáticos de sustancias que se acercaron al Programa para la atención infectológica por padecimientos derivados del consumo inyectable de sustancias (por ejemplo, flebitis endovenosas, o infecciones asociadas al uso de jeringas no estériles).

Entre las personas que participaron de su estudio, Agostina relevó diferencias en cuanto a las historias de tratamiento y sus efectos encarnados en secuelas y resistencias diversas: algunos habían atravesado momentos de tomas diarias de muchos comprimidos incluyendo esquemas de monoterapia o biterapia (antes de que existiera amplia disponibilidad del TARGA en Argentina), otros habían comenzado cuando la provisión de TARGA no se encontraba regularizada a nivel nacional y un tercer grupo había iniciado sus terapias cuando comenzó a ampliarse la disponibilidad de tratamientos co-formulados o *simplificados*. Es relevante señalar que Argentina cuenta con provisión universal y gratuita de tratamiento antirretroviral y de estudios de laboratorio, ya estipulada en la normativa nacional de 1990 (PODER LEGISLATIVO DE LA NACIÓN ARGENTINA, 1990) y ratificada por la nueva Ley nacional de respuesta integral al VIH, hepatitis virales, otras infecciones de transmisión sexual –ITS– y tuberculosis –TBC– sancionada en 2022 (PODER LEGISLATIVO DE LA NACIÓN ARGENTINA, 2022). Aunque, cabe señalar, la provisión de recursos, en especial reactivos para estudios de laboratorio, viene registrando faltantes e implica para profesionales y pacientes una intrincada

ingeniería para evitar la interrupción de tratamientos. Ingeniería vastamente complicada a partir de la pandemia por SARS COV 2.

ESTAR, QUEDAR, VOLVERSE INDETECTABLE

En este artículo procuramos mostrar que la indetectabilidad es un proceso en desarrollo que está permanentemente siendo realizado/actuado en la vida de los sujetos afectados por el VIH y que “estar”/“quedar”/“volverse” indetectable involucra un trabajo cotidiano, compuesto de muchas acciones que incluyen – pero no se limitan a – la toma diaria de comprimidos y sus múltiples implicancias. Desde el recordatorio cotidiano de tener VIH o la posibilidad de que otros lo descubran o revelen, manejar los efectos a corto y largo plazo de los medicamentos, las adaptaciones de la dieta alimentaria, entre otras (GAGLIOLO, 2019; MARGULIES; GAGLIOLO, 2020). Este trabajo cotidiano es al mismo tiempo, un trabajo “compartido” (MOL; MOSER; POLS, 2010): el volverse indetectable, al igual que las afecciones por el VIH, se realizan siempre con otros en el flujo de la vida misma.

Partimos de la consideración de los cuerpos como constituidos por límites semi-permeables y atravesados por múltiples entidades. En este sentido, consideramos que cuerpos, sujetos y enfermedades vienen-a-ser por medio de entrelazamientos entre humanos y no-humanos, cuerpos, moléculas y virus, desplegados en el devenir conjunto de la vida (BRIVES, 2018; INGOLD; PALSSON, 2013).

Para este escrito, presentamos y analizamos los procesos a partir de los cuales se hacen cognoscibles y las formas de interpretación de los resultados de los estudios de carga viral y “la indetectabilidad” de Clemente y Juan, personas con VIH y en tratamientos de larga duración que participaron en la etnografía. Analizamos sus narrativas en el conjunto de sus interacciones y actividades orientadas a actuar sobre las vicisitudes de la vida cotidiana y en el marco de las trayectorias de respuesta a sus padecimientos (ALVES, 2014). Cabe recuperar en esta propuesta los aportes y significativas discusiones de distintos autores sobre aquello que se ha definido como itinerarios terapéuticos, itinerarios de cuidado o itinerarios de atención (ALVES, 2014, 2016; BONET, 2014; CANESQUI, 2013; GARCÍA, 2017; GERHARDT *et al.*, 2016; MARGULIES; GARCÍA, 2019).

CLEMENTE – “QUEDAR NO DETECTADO [...] POR LA GRACIA DE DIOS”

“Nosotros estamos los dos indetectables” dijo Clemente el día que lo conocí en la sala de espera, esbozando una sonrisa orgullosa junto a Mabel, su compañera de muchos años. En ese momento él tenía 52 años. Ambos recibieron su diagnóstico en el 2003, durante una prolongada internación de Clemente en la que fue diagnosticado por tuberculosis,

VIH y hepatitis C. La recordaba diciendo “moría de tuberculosis, todo junto, todos los virus habidos” y sumando a los “problemas” de consumo de sustancias y de alcohol.

[...] tuve muchas cosas, muchas cosas complicadas, [...] tenía problemas con adicción, consumía mucho. Con el alcohol, con todo lo que haya sido en el tema de droga, todo. Hasta me inyectaba [...] cuando me quise dar cuenta estuve internado [...] llegué a pesar 38 kilos, no llegaba a 40. Era tísico, hueso (entrevista Clemente 28/08/2018).

Clemente relató este momento como un quiebre, un límite a partir del cual se propuso para sí un “quedar no detectado”:

Cuando yo salí del hospital [...] tenía la carga viral alta, me puse un objetivo de quedar no detectado, el límite era 50. Me puse al límite. [...] yo lo tomo como que, cuando el virus llega al límite, es como que el virus duerme, así... (entrevista Clemente 28/08/2018).

Inició, luego de la internación, un tratamiento antirretroviral con numerosas pastillas, cuyos efectos reconstruyó junto con la secuencia de sus niveles de carga viral:

[...] llegué a tomar 25 pastillas, 25 pastillas [...] estaba tomando, Ritonavir®, Lamivudina® y no recuerdo otra más, ese era mi tratamiento. [...] Cuando empecé ahí en el hospital, te digo la verdad que, si [mal] no recuerdo, tenía 25 millones [de copias virales], y así fue bajando. A estar en 10 mil, 17 mil, te lo hago cortito ¿no?, 17 mil, y un día había bajado a 9 mil y de 9 mil me había ido a 15 mil de vuelta y vos no sabés, me había agarrado... dije ¿cómo puede ser? [...] Pasa que tomaba Ritonavir®, ese Ritonavir® me hizo bien pero no me dejaba dormir, lo tomaba, me había puesto en la cabeza, situaciones mías o por ahí, capaz también lo relacionaba con el consumo, como consumía, mezclaba, podía haberme dado vuelta tranquilamente (entrevista Clemente 28/08/2018).

Clemente reconstruía su recorrido a través del detalle de los valores de su carga viral como evidencia de la marcha de su tratamiento. Como ya hemos mencionado, Fleischer (2013) ha analizado el peso que las mediciones de valores bioquímicos cobran en la vida cotidiana de las personas que vivían con diabetes e hipertensión en Brasilia, atendiendo a que esta “gramática de los números” se desarrolla como una *expertise de sí* a lo largo de la vida con enfermedades crónicas (FLEISCHER, 2013). Esto implica, según la autora, una identificación de sí, una interpretación de la propia experiencia corporal a partir del “número” indicado en el

estudio de laboratorio (FLEISCHER, 2013). En el relato de Clemente, esta “gramática de [sus] números” se expresa y asocia al “poner(se) límites” para alcanzar la “meta” de “quedar” indetectable. Por un lado, controlar al virus para que éste no “camine en [su] cuerpo” o se mantenga “dormido” sosteniendo la medicación y sosteniendo, e incluso extremando, cuidados cotidianos (consumo de fármacos, alimentos, demanda a profesionales y servicios de atención):

[Quedar indetectable] sería no dejar que el virus estuviera caminando en mi cuerpo. Cuidarme, cuidarme, tener así un límite para decir bueno. [...] seguí, seguí con la medicación, todo bien, tomaba, a veces tomaba Supradyn®, Berocca®8, que eso eh, recuperaba la defensa [...] tomaba leche en todo momento [...] Iba al hospital por una manchita [...] me iba a las 4 de la mañana, hasta allá. [...] preguntaba [a la médica] por qué esto, por qué esto [...] Sí, hasta que llegué a esa meta (entrevista Clemente 28/08/2018).

Al mismo tiempo, se trata de poner límite a los consumos problemáticos, una meta cuya posibilidad se le abre a partir de un proyecto pastoral en una iglesia evangélica local. En este sentido, la “indetectabilidad” se vuelve parte o componente del vínculo y su compromiso con el Señor, que es, al mismo tiempo, un “límite” imaginado a su consumo problemático

[...] no tenía límite para consumir, no tenía límite. Tomaba mis remedios todo, pero no, consumía, consumía cocaína, consumía pastilla, eh fumaba marihuana, todo junto, y bueno, llegó un límite [...] ya no, no, no me interesaba nada de la vida. Pero, bueno [...] me dejé guiar, eh, por Jesús [...] estoy, y le doy gracias a Dios, le doy gracias a Dios. Así que, es algo lindo Dios, por eso esto de que todo lo que me pasó yo digo que a veces el señor me hizo interiorizarme de todo eso para relacionarme con gente que, que consume, que anda en un lugar oscuro [...] Y es el propósito que, que creo que el Señor tiene conmigo. Es el que me gusta a mí (entrevista Clemente 28/08/2018).

Al momento de nuestra entrevista, luego de muchos años de tratamientos antirretrovirales cambiantes, de haber llegado a requerir hasta 25 comprimidos diarios y de haber consumido fármacos de alta toxicidad, Clemente tomaba un tratamiento antirretroviral de un solo comprimido diario. En el marco del TcP, la reducción en la cantidad de comprimidos y tomas diarias, así como de los efectos adversos y las restricciones dietarias, es frecuentemente indicado como una solución al problema médico de la adherencia y una respuesta totalizante, sencilla y efectiva para “alcanzar” la indetectabilidad. Recuperamos a continuación un extracto en el que Clemente señala las dificultades y las vicisitudes y trastornos asociados a sus precarias condiciones de vida.

Tomo una a la noche, una a la noche tomo, a la noche, listo. No tomo, te digo la verdad, que hace rato que no estoy tomando ningún Clonazepam®, para poder dormir, no, así como me acuesto duermo, igual, ando, ando en ahí porque, donde en el barrio donde estoy yo hay mucho ruido, mucho, bueno yo le digo; no sé si puedo decirlo ¿puedo decirlo? hay mucho rocanrol [sic] yo le digo así, mucho rocanrol, mucha cumbia ¿me entendés? y hay a veces que no paran. [...] Ahí estoy, en el barrio [...] acá donde estamos nosotros estamos expuestos a la humedad, a la basura, tiran atrás basura, todo, pero bueno, pero bueno, dentro de todo; gracias a Dios, no tengo nada (entrevista Clemente 28/08/2018).

Clemente y Mabel viven en un barrio muy pobre, cercano al CAP donde funciona el Programa Municipal. Sus condiciones de vivienda fueron tema frecuente de conversación, porque representaban un problema para la salud de ambos. El frío y la humedad de la casa, decía Clemente, hacía que Mabel se engripara muy seguido, y las condiciones del barrio – “el rocanrol” – hacían para él difícil no volver a consumir drogas, porque, señalaba: “está todo disponible” (entrevista Clemente 28/08/2018). Es en este escenario que Clemente lidiaba con sus límites. El estar afectado, atenderse y mantenerse “no detectado” se entrelazaba a las aflicciones, las relaciones y circunstancias y la precariedad de su vida cotidiana entre la basura, la falta de recursos y, sobre todo “el rocanrol” local. En este marco, su conversión religiosa y “el trabajo de la fe” (MARGULIES; GARCÍA, 2019) se presentan como la fuerza que impulsa y da sentido al sostenimiento de un tratamiento, aunque también posibilita, como se expresa en el siguiente extracto: “dejar de tomar los remedios”.

Allí, Clemente relata los “diferentes cursos de acción, las vacilaciones, las dudas, las entradas y salidas en diversas modalidades de tratamiento y los arreglos de la vida cotidiana” (ALVES, 2016, p. 41, traducción propia). Entre incertezas y certezas, Clemente ofrece una interpretación en la que articula su expectativa de cura, “el milagro” y la versión pragmática de la médica, quien, estableciendo un puente con Dios, le permite retomar la medicación:

Hubo tiempo que, por el tema de adicción, estaba solo, y bueno, consumía, seguí consumiendo [...] tomando los remedios consumía igual. No era, no era así, pero era lo que a mí me pasaba. Y cuando empecé a reaccionar, [...] ya empezaba a bajar de vuelta, con la carga viral de vuelta, ponerme bien ¿me entendés? y había tenido un trato como diciendo que ya estaba curado, no tomé los remedios, como un año y medio dejé de tomar los remedios [...] hasta que después hablé con la doctora, me vine a atender y le digo, doctora ¿usted no cree en Dios? Me dice “sí”, dice, “pero hay que ayudarlo” y ahí empecé a tomar

los remedios [...] tengo que tomar los remedios. sí. Sé que hay un Dios grande, tengo mi fe, la fe no la pierdo, eh, solo Dios es el que obra y él me va a decir si, si yo lo tengo que dejar o no, es un milagro. Ya el solo hecho de estar acá es una gracia grande (entrevista Clemente 28/08/2018).

En su mantenerse o quedar in/detectable, Clemente reconstruye versiones y percepciones producidas y actualizadas entre el “rocanrol” del barrio, el apoyo y compañía de Mabel, la orientación terapéutica de su médica y la “gracia de Dios”. Al mismo tiempo, en la vida de Clemente, la indetectabilidad, o más bien, la no-detectabilidad, se configura como el frágil límite a la intrusión viral en el cuerpo, el rescate del consumo problemático de sustancias y la salvación en el camino del Señor.

JUAN – “ESTAR INDETECTABLE ME LA RE-SUBE”⁹

Juan decía, desde el primer día en que conversamos en el hall del Programa, que él ya tenía 40 años y ya no era como los pibes jóvenes “que están en cualquiera”.

Hacía algunos años que estaba trabajando como repartidor en una pizzería del barrio en el que vivía, un barrio residencial “pero [en el que] roban mucho”, solía decir. De su pasado, recordaba el consumo de cocaína, aclarando que “nunca se picó” y el momento en que un médico en un hospital público de la provincia de Buenos Aires le informó que “tenía VIH” e inició su primer tratamiento antirretroviral.

J: El médico [...] vino, se sentó al lado mío, yo en la cama, blanco [...] y me dijo [...] “¿Vos querés seguir viviendo? [...] Bueno entonces vas a tener que hacer lo que yo te diga [...] te lo digo de una, vos tenés VIH, flaco [...] ahora vas a iniciar el tratamiento de VIH positivo” [...] y ahí me empezaron a medicar. En un mes me recontra curé de todo, se me había ido la neumonía, tenía anemia, pesaba 50 kg, ahora peso 80, parecía pinocho [risa]. Y bueno, y después de un mes me empezaron a salir bien los análisis [...] yo me quería ir, ya no aguantaba más, un hospital, pero me la re aguanté. Todo me aguanté. Me pinchaban todos los días, me sacaban sangre. Ya te digo, la pasé mal. Pero bueno, por suerte mi corazón aguantó ¿viste? Y pude salir adelante, re bien (entrevista Juan 25/10/2017).

Rememora así ese primer momento, el sufrimiento y el “aguantar” lo que – como dirá en el curso de la conversación – permanece como “un sueño de mierda” que viene del pasado pero que amenaza siempre con retornar. Su recorrido posterior está cifrado en la “fuerza de voluntad” para alcanzar la calma y seguir el tratamiento.

Ahora me cuido, sigo todos los pasos que nos dicen, todos. Esto va en uno ¿viste? Es tener fuerza de voluntad y ganas de decir [...] voy a salir adelante. [...] Y... por suerte la llevo bastante bien, estoy bien de salud, sigo todos los pasos. Lo importante es no cortar la medicación, seguir con el tratamiento, que no te afecte nada, ni la depresión, ni la soledad ni todo lo que te pasa. Y mantener la calma, estar tranquilo [...] tener esa fuerza, porque yo también estuve como otros chicos, mal, es más, hasta he pensado en quitarme la vida, pero bueno, después de una ayuda profesional [...] salí adelante (entrevista Juan 25/10/2017).

En su narrativa, sin embargo, la soledad y la depresión aparecen una y otra vez, y una y otra vez se remite a la “fuerza de voluntad” como condición para seguir adelante y no abandonar el tratamiento. “Sigo todos los pasos” dice y alude tanto a la indicación de tratamiento médico como a la propia organización de la vida. Juan fue paciente de Matilde, la psicóloga del Programa. Acudió a ella en un momento de crisis emocional. No quería tomar medicación psiquiátrica y presenta la atención “como una autoayuda” (entrevista Juan 25/10/2017), como en un hacer propias las orientaciones terapéuticas de Matilde.

Para Juan, “estar indetectable” se presenta como “logro”, un triunfo, mostrando cómo los números pueden ser una vía para imaginar y comunicar un modo de ser/vivir con VIH (SANGARAMOORTHY, 2012). Es en diálogo con su médica, Merlina, (“me hicimos la carga viral”), que Juan lee sus estudios de laboratorio y los vive como un premio que hasta le permite “olvidar” que vive con VIH.

[Estar indetectable] me la re sube. Me sube porque sé que no hay riesgo de que yo vuelva a enfermarme ¿entendés? Y es más, hasta cuando vos estás indetectable es como que un poco te olvidás [...] de todos los quilombos, de las pastillas, de venir a hacerte todos los análisis, tenés que venir, eso es obvio, pero ya estás como más tranquilo [...] cuando te dicen que estás indetectable te abre tu mente a pensar otras cosas [...] es como que te digan te ganaste, no sé, un viaje a Mar del Plata¹⁰, todo pago ¿entendés? Cuando vine, que bien la otra vez, me dijo la doctora, Juan estás indetectable, estás re bien loco, mirá, empezó, mirá ta, ta, como 4, 5 hojas que estaba re bien ¡no sabés! [...] Vos fijate, hoy por hoy, hace tres, cuatro meses que me hicimos la carga me salió re bien ¿entendés? Re bien me salió. (entrevista Juan 25/10/2017).

La felicidad que Juan asocia a estar indetectable (“me la re-sube”) se acompaña en su reconstrucción con el miedo a que “baje la defensa” y la amenaza de “volver al hospital” nunca desaparece del todo en su

horizonte de vida. Así, permanecer indetectable es contingente a no “hacer cualquier cosa”:

Ahora si yo agarro para cualquier lado o hago cualquier cosa o corto la medicación o dejo el tratamiento y bueno flaco, de acá a seis meses sabés qué, terminás otra vez en el hospital [...] bueno yo, te vuelvo a repetir, tuve mucha fuerza y ganas de salir de esto (entrevista Juan 25/10/2017).

Tener “la carga re bien” en su interpretación compromete esfuerzos sostenidos para no “cortar la medicación”, “no dejar el tratamiento” y “cumplir los pasos”. Sobre su cotidianeidad con el tratamiento, Juan describe los complejos ajustes en sus rutinas con los antirretrovirales y el proceso de adaptación a partir de la evaluación del efecto de los medicamentos en virtud de signos y sensaciones corporales además del manejo de los valores bioquímicos y la “gramática de los números” (FLEISCHER, 2013):

[...] yo tomo tres pastillas por día: una cuando me levanto, una al mediodía y otra a la noche, son tres [...] Y bueno son pasos que tenés que seguir ¿entendés? [...] Siempre es aconsejable desayunar ¿Viste? Como para tener algo en tu estómago y estar un poquito fuerte, porque son medicaciones fuertes ¿Entendés? El que es muy fuerte es el Efavirenz[®] 600, eso a lo primero es como que me mareaba ¿viste? es el efecto que te va causando, después se acostumbra tu organismo. Pero en mi caso yo me levanto, desayuno, tomo un remedio; una pastilla. Después de comer al mediodía tomo la otra, que es la más fuerte, la que te estoy contando. Porque dicen que si la tomás a la noche, es como que te hace mal en tu sueño ¿Viste? [...] al principio te cuesta un poco, pero después ya te vas acostumbrando, es normal después ya pasa a ser normal [...] es algo que ya vive en vos, que está en vos, es parte de tu vida, como todas las cosas que hacés diarias (entrevista Juan 25/10/2017).

Así se ponen de manifiesto las rutinas adquiridas y una *normalización* que va dando forma a su estar indetectable, aunque no sin dudas y preocupaciones y desviaciones respecto del régimen de obligación y voluntad que impone el TARGA, la incertidumbre sobre la efectividad y continuidad de los tratamientos y la posibilidad de una recaída en la tristeza:

Porque yo me levanto y digo ¡uh otra vez tomar esto! [...] porque muchas veces he pensado decir no tomo más esto, no lo tomo más, pero no. después [...] es como que decís, sí, me despierto y tomo la medicación.

[...]

Tengo miedo [...] cuando estoy en la cama a la noche a punto de dormirme ¿viste? Eh... pienso que si algún día no me empiezan

a hacer efecto los remedios, que me empieza a ir mal ¿viste? [...] empezás a otra vez a vivir ese sueño de mierda que tuve en el 2008 ¿entendés? (entrevista Juan 25/10/2017).

De este modo sintetiza Juan su vida con VIH y sus idas y vueltas entre la “molestia”, el dolor y la “normalidad”.

Esto es vivir con algo que te jode, que te molesta en tu mente. [...] es como un dolor que llevás pero, que aparece, después se va, vuelve, después se va ¿viste? Es una enfermedad de mierda, por decírtelo de alguna manera.

[...]

[...] yo después de 10 años ya estoy como un poco más, procesé muchas cosas. [...] ¿y sabés lo que hago yo? Hago de cuenta que no tengo nada ¿viste? No tengo nada, soy una persona normal, no estoy enfermo. Pero, te vuelvo a repetir, cuando se te viene a la cabeza, es ahí, ese momento. Por eso trato de tener mi mente ocupada ¿viste? En el laburo, con mis amigos, con los pibes que jugamos a la pelota o voy al taller de un amigo ¿viste? Tenés que ir buscando cosas, otro camino, que tu mente no esté clavada ahí ¿entendés? (entrevista Juan 25/10/2017).

Jugar a la pelota, trabajar, visitar amigos se integran como cuidados cotidianos para descentrar de los problemas, olvidar la enfermedad y de ese modo lidiar con el dolor que lleva dentro, enfrentarlo cada vez que hay que tomar la pastilla y continuar adelante día a día en pos de “la salud” ya que – afirma – “con la salud hacés todo”. Así cobra sentido su visión de la “indetectabilidad” como triunfo o recompensa a la voluntad y como “premio” de una lucha que, con el sostén de los profesionales de la salud que lo atienden, Juan cifra básicamente en la fuerza de su mente, en disputa con la tristeza, que se configura como un enemigo interno, para sostener el tratamiento, ahuyentar el dolor y poner límite a la amenaza de la recaída.

REFLEXIONES FINALES

Hasta aquí hemos recuperado las acciones cotidianas y los modos de interpretación de Clemente y Juan, que producen su estar/quedar indetectables, señalando los modos en que esto dialoga con horizontes de expectativas, tramas de relaciones y campos de posibilidades (ALVES, 2016). En este marco, lejos de ser algo que puede “alcanzarse” simplemente por medio de la ingesta sostenida de fármacos, volverse indetectable requiere de un trabajo cotidiano de cuidado (MOL; MOSER; POLS, 2010) que incluye la toma diaria de medicación y un conjunto de acciones asociadas a ella, como no consumir otras drogas, sostener una dieta adecuada, acudir al control médico y monitorear el estado de salud a través

de estudios de laboratorio. Tales acciones implican un horizonte intencional que involucra la posibilidad de imaginar un accionar futuro, de establecer un proyecto (ALVES, 2014). Estar, quedar, volverse indetectable involucra, así, “un horizonte normativo que se enraiza en la vida efectivamente vivida por las personas, aquello que ellas desean y consideran que debe ser la salud y el cuidado de la salud” (AYRES, 2004, p. 3, traducción propia).

Al mismo tiempo, Juan y Clemente destacan el papel central que ocupan allí las redes de sostén (la iglesia, la pareja, los profesionales de la salud). Ello muestra que, además de ser una producción dinámica, la indetectabilidad es un proceso con-otros, en el que los sujetos realizan búsquedas para encontrar respuestas a sus padecimientos, que implican la conformación de lazos muchas veces frágiles, momentáneos e inciertos. En otras ocasiones, algunas relaciones con-otros aparecen como reaseguro para el sostenimiento de los tratamientos. Cabe destacar, aquí, el rol de los profesionales de la salud. Es Merlina, la médica infectóloga, quien recuerda a Clemente que a Dios “hay que ayudarlo” y acompaña a Juan en la realización y la lectura de sus resultados de laboratorio. Es la intervención de Matilde, la psicóloga del Programa, la que Juan caracteriza como una “autoayuda” para alejarse de la tristeza.

El seguimiento exhaustivo de los valores bioquímicos que determinan el descenso del virus en sangre ocupa, como hemos visto, un rol central. En las historias de Clemente y Juan, esta identificación de sí (FLEISCHER, 2013) se presenta asociada al mandato de *controlar los propios números*. Al mismo tiempo, ese control no se desenvuelve de manera lineal, está atravesado por idas y vueltas, por dudas y miedos, por momentos de “estar bien” y momentos de “estar mal”. En este sentido se trata, entonces, de un devenir-indetectable, una co-existencia entre el control y el descontrol, entre la expectativa de mantener la propia enfermedad controlada y la amenaza permanente de tirar todo por la borda, entre la felicidad asociada al obtener exámenes de laboratorio favorables y la necesidad de lidiar con la tristeza y la preocupación por la (im)posibilidad un futuro “normal” y una “vida tranquila”.

REFERENCIAS

ALVES, Paulo Cesar. Narrativas de itinerários terapêuticos e doenças crônicas. *In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA*, 29, 2014, Natal. **Anais...** [...]. Natal, RN: UFRN, 2014.

ALVES, Paulo Cesar. Itinerário Terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. *In: GERHARDT, Tatiana Engel; PINHEIRO, Roseni; RUIZ, Eliziane Nocolodi Francescato, SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. (org.). Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016. p. 125-146.

- ALVES, P. C.; RABELO, M. C.; ALMEIDA SOUZA, I. M. de. **Experiência da doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- AYRES, J. R. DE C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- BIEHL, J. G. Pharmaceuticalization: AIDS treatment and Global Health Politics. **Anthropology Quarterly**, [s.l.], v. 80, n. 4, p. 1083-1126, 2008.
- BONET, O. Itinerâncias e malhas para pensar os itinerários de cuidado. A propósito de Tim Ingold. **Sociologia & Antropologia**, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 327-350, 2014.
- BRIVES, Charlotte. From fighting against to becoming with: viruses as companion species. In: STÉPANOFF, Charles; VIGNE, Jean-Denis. (ed.). **Hybrid Communities: Biosocial Approaches to Domestication and Other Trans-species Relationships**. London: Routledge, 2018. p. 115-126.
- BRIVES, C.; LE MARCIS, F.; SANABRIA, E. What's in a Context? Tenses and Tensions in Evidence-Based Medicine. **Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness**, [s.l.], v. 35, n. 5, p. 369-376, 2016.
- CANESQUI, A. M. Estudo de caso sobre a experiência com a “pressão alta”. **Physis**, [s.l.], v. 23, n. 3, p. 903-924, 2013.
- CDC. **Treatment, care and prevention for people with HIV**. 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/treatment/treatment-clinicians.html>. Acesso em: 15 jun. 2020.
- CLARKE, A. *et al.* Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. **American Sociological Review**, [s.l.], v. 68, n. 2, p. 161-194, 2003.
- DRVIHVYT. **Boletín 37 de Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina**. Dez. 2020. Disponível em: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-sobre-el-vih-sida-e-its-en-la-argentina-ndeg-37>. Acesso em: 27 dez. 2022.
- DSETSHYT. “**I=I Indetectable = Intransmissible**: Ausencia de transmisión sexual del VIH en personas bajo tratamiento antirretroviral y con carga viral indetectable”. Buenos Aires: Argentina: Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, 2019.
- FASSIN, D. Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. **Revista Colombiana de Antropología**, [s.l.], v. 40, p. 283-318, jan.-dez., 2004.
- FLEISCHER, S. O “grupo da pressão”: Notas sobre as lógicas de “controle” de doenças crônicas na guariroba, Ceilândia/DF. **Amazônica, Revista de Antropología**, [s.l.], v. 5, n. 2, p. 452-477, 2013.

GAGLILOLO, A. A. Cuando está indetectable no existe, no está...: acerca del ser/estar indetectable en la era del “tratamiento como prevención”, experiencia de personas en un Programa Municipal de VIH en Buenos Aires. *In: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL*, 13, 2019, Porto Alegre. **Anais...** [...] Porto Alegre: UFRGS, 2019.

GAGLILOLO, A. A. All the Other Stuff: Treatment as Prevention and the Embodiment of Undetectability. **Medical Anthropology**, [s.l.], v. 40, n. 8, p. 759-771, 2021.

GAGLILOLO, A. A.; MARGULIES, S. Amenazador y amenazado: indetectabilidad, riesgo y sexualidad en la era del “tratamiento como prevención” del VIH-sida. **Anthropologica del Departamento de Ciencias Sociales**, [s.l.], v. 38, n. 44, p. 209-234, 2020.

GARCÍA, María Guadalupe. **Maternidad y VIH-Sida**. Un estudio antropológico del proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres que viven con el virus. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 2014.

GARCÍA, María Guadalupe. De políticas globales e itinerarios de atención: etnografía de la prevención de la transmisión perinatal del VIH en un hospital público de Buenos Aires. **Revista Colombiana de Antropología**, [s.l.], v. 53, p. 63-84, 2017.

GERHARDT, T. E. *et al.* (org.). **Itinerários Terapêuticos**: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016.

INGOLD, T.; PALSSON, G. **Biosocial Becomings**: integration social and biological anthropology. Cambridge: Cambridge University Press, 2013.

LLOYD, K. C. Centering “being undetectable” as the new face of HIV: Transforming subjectivities via the discursive practices of HIV treatment as prevention. **BioSocieties**, [s.l.], v. 13, n. 2, p. 470-493, 2018.

MARGULIES, S.; GAGLILOLO, A. A. “Te quedás indetectable”: devenir-es en el horizonte tecnocientífico del Tratamiento como Prevención. *In: CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ANTROPOLOGÍA*, 6, 2020, Montevideo. **Anais...** [...] Montevideo: Asociación Latinoamericana de Antropología, 2020.

MARGULIES, S.; GARCÍA, M. G. **Problemas de salud, recursos de atención e itinerarios terapéuticos de personas con diabetes e hipertensión arterial**. Un estudio cuali-cuantitativo en la Municipalidad de General San Martín. Los Itinerarios terapéuticos. Programa de Antropología y Salud FFyL UBA y Secretaría de Salud de la Municipalidad de San Martín, provincia de Buenos Aires, 2019.

MOL, A. **The Body Multiple**: Ontology in Medical Practice. Durham, London: Duke University Press, 2002.

MOL, A.; LAW, J. Embodied Action, Enacted Bodies Hypoglycaemia. **Body & Society**, [s.l.], v. 10, n. 3, p. 43-62, 2004.

MOL, A.; MOSER, I.; POLS, J. Care: putting practice into theory. In: MOL, A.; MOSER, I.; POLS, J. (ed.). **Care in Practice: On Tinkering in Clinics, Homes and Farms**. Amsterdam: University of Amsterdam, 2010. p. 7-19.

PECHENY, M.; JONES, D.; MANZELLI, H. Vida cotidiana con VIH-Sida y/o hepatitis C: diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización. SEMINARIO, 5, 2002, Buenos Aires, AR. **Anais... [...]** Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 2002.

PODER LEGISLATIVO DE LA NACIÓN ARGENTINA. **Ley Nacional de SIDA 23.798 y su decreto reglamentario 1244**. 1990.

PODER LEGISLATIVO DE LA NACIÓN ARGENTINA. **Ley Nacional de Respuesta Integral Al Vih, Hepatitis Virales, Otras Infecciones de Transmisión Sexual – ITS – y Tuberculosis –TBC – Ley 27.675**. 2022.

ROHDEN, F. Notas para uma antropologia a partir da produção do conhecimento, os usos das ciências, intervenções e articulações heterogêneas. In: FONSECA, C. *et al.* (org.). **Ciências na vida: Antropologia da ciência em perspectiva**. São Paulo: Terceiro Nome, 2012. p. 49-57.

ROHDEN, F. “Os hormônios te salvam de tudo”: produção de subjetividades e transformações corporais com o uso de recursos biomédicos. **Mana**, [s.l.], v. 24, n. 1, p. 199-229, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1678-49442018v24n1p199>

SANGARAMOORTHY, T. Treating the Numbers: HIV/AIDS Surveillance, Subjectivity, and Risk. **Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness**, [s.l.], v. 31, n. 4, p. 292-309, 2012.

SEGATA, J. *et al.* A Covid-19 e suas múltiplas pandemias. **Horizontes Antropológicos**, [s.l.], v. 27, n. 59, p. 7-25, 2021.

TAYLOR, D.; BURY, M. Chronic illness, expert patients and care transition. **Sociology of Health & Illness**, [s.l.], v. 29, n. 1, p. 27–45, 1 jan. 2007.

UNAIDS. **Undetectable = Untransmittable: Public Health and HIV Viral Load Suppression** Unaid. 2018. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/undetectable-untransmittable_en.pdf. Acesso em: 27 dez. 2022.

UNAIDS. **Who we are: poner fin a la epidemia de sida para el 2030**. Disponível em: <http://www.unaids.org/es/whoweare/about>. Acesso em: 27 dez. 2022.

VALLE, C. G. do. Mediadores e experts biossociais: saúde, ativismo e a criminalização da infecção do HIV. *In*: TEIXEIRA, Carla C.; VALLE, Carlos G; NEVES, Rita (org.). **Saúde, mediação e mediadores**. Brasília: ABA; Natal: EdUFRN, 2017.

VARGHA, D. After the End of Disease: Rethinking the Epidemic Narrative. **Somatosphere**, [s.l.], v. 2016, p. 1-4, 2016.

Submetido em: 29/08/2022

Aprovado em: 08/12/2022

Agostina Aixa Gagliolo

agostinagagliolo@conicet.gov.ar

Bolsista de doutorado do CONICET. Programa de Antropología y Salud, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires (Argentina)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0985-8671>

Susana Margulies

marguie@filo.uba.ar

Professora Titular, Universidad de Buenos Aires. Diretora do Programa de Antropología y Salud, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires (Argentina).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5754-9529>

NOTAS

* Así se expresó Ernesto, presentado como “activista” en el curso de una larga conversación sobre los efectos de los antirretrovirales en el Grupo de Pares reunido en el Programa Municipal en el que se desarrolló el trabajo etnográfico que se analiza en estas páginas (registro de campo 05/09/2017).

¹ Nota do organizador: VIH ou HIV (em português) é uma sigla para designar o vírus da imunodeficiência humana. Como se trata de uma categoria médica a definir uma realidade patogênica e biológica universal, portanto seguimos o uso convencional da literatura especializada. VIH ou HIV é o vírus que provoca a síndroma da imunodeficiência adquirida.

² La prueba de carga viral es un estudio de laboratorio que permite cuantificar la presencia de ARN viral por ml de sangre. La supresión viral, o carga viral indetectable, indica que la presencia de virus en sangre es tan baja que no puede ser medida por las pruebas de laboratorio disponibles. En el caso de Argentina este límite se ubica usualmente entre 30-50 copias/ml.

³ DRVIHVYT. @direcciondevih.

Es un buen momento para recordar que "Indetectable es Intransmisible" y avanzar hacia una sociedad sin discriminación a fin de mejorar la calidad de vida de las personas con VIH.

• I=I es una campaña internacional en referencia a que las personas que tienen VIH en tratamiento antirretroviral y con carga viral indetectable no transmiten el virus por vía sexual a otras personas.

• I=I significa que las personas con VIH que realizan sus controles médicos, toman su tratamiento y mantienen su carga viral indetectable no transmiten el virus en las relaciones sexuales.

• La concientización nos permite integrar, incluir y construir una sociedad libre de estigmas. [Tweet].

Disponível em: <https://twitter.com/direcciondevih/status/1234175951996624902>. Acceso en: 1º mar. 2020.

⁵ Todos los nombres, tanto de profesionales de la salud como de personas con VIH han sido cambiados para respetar el anonimato.

⁶ *[...] es mucho el trabajo que tenés que hacer para tener sexo [...] entonces la gente se empieza a descuidar, se piensan que llegar al indetectable es no tener más virus, y no es, te tenés que cuidar igual porque sos propenso a cualquier cosa [...] ahora que estás en esta situación vos sos el que más se tiene que cuidar del entorno, no el entorno de vos [...] un hetero, ponele, o una persona gay que no se cuida, le puede hacer más mal a una persona que vive con VIH controlada [...] entonces me tengo que cuidar diez veces más yo que vos [...]* (Entrevista Rafael 15/03/2017)

⁷ Nombre original del programa, tal cual dicta la ordenanza municipal de creación del mismo.

⁸ Suplementos vitamínicos.

⁹ Expresión/modismo que indica un evento o situación que levanta el ánimo, provoca alegría o entusiasmo.

¹⁰ Ciudad balnearia de la Provincia de Buenos Aires.