

La profilaxis del sida. Análisis de una estrategia (*)

LUIS MONTIEL (**)

SUMARIO

Introducción. El sida y la historia de la medicina. 1.—Un marco complejo para la profilaxis de una nueva enfermedad. 2.—Las estrategias de la profilaxis. 3.—La puesta en práctica de la estrategia.

RESUMEN

El presente estudio pretende poner de relieve ciertos problemas surgidos en el planteamiento de las estrategias de profilaxis adoptadas frente al sida. Algunos de ellos han sido ya objeto de reflexión, e incluso de corrección —al menos de forma parcial— aunque persisten otros que pueden ser importantes, como son los derivados de la definición más reciente de la enfermedad, que la concibe como de transmisión sexual, y los ligados a la actitud de los diversos receptores del mensaje profiláctico. El trabajo intenta poner de relieve las consecuencias prácticas de determinados asertos de tipo teórico relativos a la enfermedad y su profilaxis.

BIBLID [0211-9536(1995) 15; 251-266]

Fecha de aceptación: 31 de enero de 1994

INTRODUCCIÓN. EL SIDA Y LA HISTORIA DE LA MEDICINA

No ha hecho falta dejar pasar mucho tiempo para que la Historia de

(*) Este trabajo forma parte del Proyecto 93/0167 del F.I.S.S.S.

(**) Doctor en Medicina, es Profesor Titular de Historia de la Ciencia y en la Universidad Complutense de Madrid.

Unidad de Historia de la Medicina, Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia, Facultad de Medicina. Ciudad Universitaria. E-28040 Madrid.

la medicina pudiera ocuparse del sida (1). Las especiales características de la enfermedad desatada sobre el planeta en los años ochenta —o mejor: de cuya existencia se toma conciencia en dicha década— hacen que historiadores y científicos sociales puedan hacer de ella objeto de análisis sin que ello constituya piedra de escándalo para los científicos procedentes del área de la biomedicina; incluso se considera recomendable que así sea, lo cual es uno de los escasos efectos colaterales nada indeseables —otro podría ser la reciente locuacidad en torno a esferas habitualmente silenciadas, como la de las prácticas sexuales— que esta enfermedad ha tenido sobre nuestra cultura. El caso de la historia, y en particular el de la historia de la medicina, presenta, empero, algunas particularidades que deben ser tenidas en cuenta. Fundamentalmente hay que tomar en consideración, a mi entender, el problema de la perspectiva. Salvando las distancias, el historiador actual se encuentra frente a esta «nueva enfermedad» como el historiador de comienzos del siglo dieciséis ante la sífilis, sobre todo porque, como aquél, depende de lo que al respecto le digan los médicos, pero también porque, como su predecesor, está personalmente implicado en la experiencia histórica que intenta analizar. La mayor o menor empatía con que un historiador de la medicina de finales del siglo veinte se acerque al *morbus gallicus* nada tiene que ver con la emoción que embarga a ese mismo individuo cuando se pregunta por una enfermedad no del todo conocida, y mucho menos dominada, que está diezmando a sus contemporáneos, y en torno a cuyo tratamiento ideológico se dirimen cuestiones cargadas de graves consecuencias para seres humanos vivos, sanos o enfermos. Por otra parte, no deja de ser cierto que bastantes cosas de las que se pensaron, dijeron e hicieron hasta fechas muy recientes son ya, en un sentido bastante estricto, historia.

En un libro de reciente publicación, V. Berridge reflexiona acerca del

(1) En adelante mencionaré esta enfermedad como acabo de hacerlo, es decir, escribiendo su nombre con minúsculas, como se hace con cualquier otra. Nadie ignora que el término comenzó siendo un acrónimo, pero, en la actualidad, descartado el carácter sindrómico en que se basaba esa denominación, hoy de uso común, y conocida la etiología única de los diversos cuadros sintomáticos de la infección por VIH, parece razonable utilizar de ese modo el término por el que la sociedad en su conjunto identifica la enfermedad. Para más información acerca de este asunto, véase GRMEK, M. (1990). *Histoire du sida*, 2.^a ed., Paris, Ed. Payot, 418 pp. (pp. 68-71).

cambiante papel otorgado a la historia, o reivindicado por ella, a lo largo de los que podríamos llamar «los años del sida»; según parece, incluso en el mejor de los casos, siempre que la historia ha intentado algo más que analizar datos concretos ha adoptado un papel que yo, personalmente, me resisto a asumir. A juicio de la citada autora, la historia ha podido actuar como «maestra de la vida» —el tópico es mío, pero la idea es suya—, intentando algo en sí laudable: construir «un consenso liberal», no represivo, a partir de la puesta en relieve de los errores cometidos en el pasado en el trato con la enfermedad epidémica (2); en otras ocasiones, ha sido interpretada —y utilizada— como un modo especial de «la ciencia de la policía» (3). En ambos casos, a mi entender, está latente una concepción «romántica», y más precisamente schilleriana, de la historia —«*die Weltgeschichte ist das Weltgericht*» (4)—, tal vez fomentada por el consciente o inconsciente afán de presentarla como una disciplina inmediatamente útil. Mucho más aceptable me parece lo que, más modestamente, señala la autora del citado trabajo: «el sida ha subrayado la falta de estudio histórico en muchas áreas de la salud y la policía social en épocas recientes» (5). La ausencia del abordaje histórico a determinados problemas se echa en falta; más que afirmar con arrogancia el valor del análisis histórico, se reconoce una carencia que puede producir efectos negativos en la reflexión sobre el sida y que, razonablemente, puede subsanarse: desde esta perspectiva asumo mi propia aportación al asunto, que consistirá, más que en un estudio histórico en sentido estricto, en la aplicación de un método de análisis y de una perspectiva adquiridos en el curso de otros trabajos más estrictamente historicomédicos.

(2) BERRIDGE, V. (1993). Introduction. AIDS and contemporary history. In: V. Berridge; Ph. Strong, (eds.). *AIDS and contemporary history*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 1-14 (p. 3).

(3) *Ibidem*, p. 4.

(4) SCHILLER, F. (1991). Resignation, en *Poesía filosófica*. Ed. bilingüe a cargo de D. Innerarity. Madrid, Hiperión, p. 158.

(5) BERRIDGE (1993), *op. cit.* en nota 2, p. 5.

1. UN MARCO COMPLEJO PARA LA PROFILAXIS DE UNA NUEVA ENFERMEDAD

El mero planteamiento del tema —la profilaxis del sida— obliga a señalar, previamente a cualquier tipo de análisis, algo que no por obvio resulta menos sorprendente: la prevención de la citada enfermedad, entendida, como lo hace la OMS como una prioridad sanitaria mundial (6), parece retrotraernos a etapas pretéritas de la historia de la sanidad; a etapas que se tenían por superadas. Sin caer en el optimismo de las «balas mágicas» soñadas por Ehrlich —idea ésta que un autor actual ha recuperado, para dejar constancia de su utópica inanidad (7)—, o en el aún más injustificado de ciertos profetas, más modernos que el ilustre farmacólogo, que auguraban la pronta superación de la enfermedad infecciosa (8), la medicina occidental se había ido acostumbrando a conceder el mayor protagonismo en la retórica de la profilaxis a enfermedades no contagiosas, en particular a las llamadas «enfermedades de la civilización», responsables no sólo de una alta morbilidad, sino también de un creciente incremento del gasto sanitario: las enfermedades cardiovasculares y neoplásicas se convertían, así, en tema privilegiado de información y educación sanitaria (9). Nadie ignoraba la elevada morbilidad ligada a la transmisión sexual de gérmenes, pero las campañas de profilaxis de las llamadas ETS estaban dirigidas de manera casi exclusiva a los profesionales sanitarios, quedando encomendada la tarea de informar y educar a la población a los especialistas y a los médicos de asistencia primaria en consulta. El control de otras enfermedades de etiología microbiana quedaba, así mismo, bajo la jurisdicción de la sanidad pública, esto es, no era asunto de todos, sino

(6) GRMEK (1990), *op. cit.* en nota 1, p. 298.

(7) BRANDT, A. (1987). *No magic bullet. A social history of venereal diseases in the United States since 1880*, New York & Oxford, Oxford University Press, 266 pp.

(8) Esta y otras profecías no menos patéticas están recogidas en mi trabajo: Medicina y salud en el año 2000. Los trabajos de la conferencia de Stuttgart, 1965-1990. In: L. Montiel, (coord.). (1993). *La salud en el Estado de Bienestar. Análisis histórico*, Madrid, Universidad Complutense, pp. 351-364 (pp. 355-356). Los datos proceden de SCHIPPERGES, H. (1968). *Entwicklung moderner Medizin. Probleme, Prognose, Tendenzen*, Stuttgart, Gentner Verlag, 186 pp. (pp. 80-82).

(9) HAYES, M. (1992). On the epistemology of risk: language, logic and social science. *Soc. Sci. Med.*, 35/4, 401-407 (p. 404).

campo de trabajo de profesionales. Esta situación —insisto en disculparme por la obviedad de lo que sigue— ha cambiado de manera espectacular por obra de la recién conocida enfermedad producida por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Una vez más, Occidente debe hacer frente a una epidemia; y subrayo el término «Occidente», pues otras epidemias siguen vigentes en territorios donde no se lidera el orden mundial (10). Esto ha obligado a las instituciones sanitarias de los distintos países, así como a los organismos supranacionales, a poner en marcha estrategias de profilaxis enderezadas, de nuevo, a la evitación del contagio microbiano, aunque la nueva epidemia, dadas sus características, permite, y aún exige, asociar a las viejas experiencias las más recientes, obtenidas del trato con las enfermedades de la civilización. Sin embargo, la extensión planetaria del problema y de los esfuerzos encaminados a solucionarlo no equivale a la uniformidad en los procedimientos. Sobre todo durante los primeros años —pero no exclusivamente en dicha etapa—, las estrategias adoptadas por diferentes países, e incluso por diferentes territorios con elevado grado de autonomía dentro del mismo país, han sido, en ocasiones, fuertemente divergentes: tal es el caso, por ejemplo, del católico y conservador *Land* de Baviera respecto del resto de los *Länder* que componen el actual estado alemán (11). En España, se han adoptado, en lo fundamental, las líneas de conducta propuestas por los organismos internacionales, aunque en su aplicación se dan algunos rasgos característicos.

En una comunicación presentada al *International Workshop on the Prevention of Sexual Transmission of AIDS and other STDs* celebrado en Holanda en mayo

(10) Se ha llegado a señalar que «los países occidentales probablemente no resistirán su tendencia natural a usar a sus clases más pobres y a los países más pobres como campo de experimentación (...) y les impondrán sus propias aproximaciones y modelos, sin tener en cuenta sus especificidades culturales y sociales». PAICHELER, G. (1992). *Society facing AIDS*. In: M. Pollak; G. Paicheler; J. Pierret, *AIDS. A Problem for Sociological Research*, London, Newbury Park & New Delhi, SAGE Publications, pp. 11-23 (p. 15). Hay que decir que sus temores no son infundados. Cfr. WILSON, D. et al. (1990). A pilot study for HIV prevention programme among commercial sex workers in Bulawayo, Zimbabwe. *Soc. Sci. Med.*, 31/5, 609-618.

(11) POLLAK, M. (1992). Organizing the Fight against AIDS. In: Pollak; Paicheler; Pierret, *op. cit.* en nota 10, pp. 36-65 (p. 56).

de 1989, bajo el patrocinio de la Fundación Holandesa para Enfermedades de Transmisión Sexual y la OMS, P. Aggleton y H. Moerkkerk trazaban un panorama de las respuestas oficiales dadas por los países europeos al problema del sida estructurado en torno a cuatro diferentes modalidades, que denominaban «pragmática», «política», «biomédica» y «emergente» (12). España formaba parte, a su entender, de los países que habían adoptado preferentemente la variante biomédica, caracterizada por un interés más «cosmético» que realmente comprometido en la prevención de la enfermedad, así como por encomendar la respuesta al nuevo desafío sanitario de manera casi exclusiva a las instancias médicas oficiales, dejando a las organizaciones no gubernamentales solamente una limitada y marginal capacidad de maniobra (13). Para valorar esta opinión hay que tener en consideración los riesgos que cualquier clasificación de esta índole implica —y más si se advierte que, de los países incluidos por los autores en el bloque de estrategias «biomédicas» no es España el que se toma como ejemplo extremo—. Por otra parte, el dato mencionado —la escasa atención concedida, al menos durante los primeros años, a las iniciativas extraoficiales—, es desde luego real; pero no parece imposible que, en ocasiones, se haya querido resaltar la capacidad de reacción de estos movimientos de base sin analizar con detenimiento los hechos: para Pollak, la desatención a dichos grupos resultaría especialmente significativa en el caso español por cuanto habrían sido algunos movimientos no gubernamentales los primeros en reaccionar ante el nuevo desafío, adelantándose en dos años a la Administración. Siempre según este autor, la primera respuesta no gubernamental es de 1983, y la primera medida específica procedente de la Administración se produjo en 1985 (14). Sin embargo este dato no parece correcto, pues ya en 1983 se crea la Comisión Nacional de Trabajo sobre el Sida (15). Esto hace pensar que, o bien la información

(12) AGGLETON, P.; MOERKERK, H. (1990). AIDS Prevention Strategies in Europe: A Comparison and Critical Analysis. In: P. Aggleton; P. Davies; G. Hart (eds.), *AIDS. Individual, Cultural and Policy Dimensions*. London, New York & Philadelphia, The Falmer Press, pp. 181-190 (p. 183).

(13) *Ibidem*, p. 184.

(14) POLLAK (1992), *op. cit.* en nota 11, pp. 39 y 43.

(15) CLAVERO, G. (1990). Algunos aspectos del programa de lucha contra el SIDA en España. In: R. Nájera (ed.), *SIDA. De la biomedicina a la sociedad*, Madrid, Eudema, pp. 277-307 (p. 278).

sobre sida no circula con la suficiente fluidez entre los distintos países, o bien —lo que parece más creíble— que la urgencia con que se aborda este tema de estudio puede estar conduciendo a publicaciones en alguna medida precipitadas. De hecho, la masa de libros y artículos sobre los diversos aspectos de este problema sanitario es ya prácticamente incalculable. Por estas razones, resulta recomendable proceder con cautela, aunque lo cierto es que el mencionado error en la cronología no invalida totalmente lo sostenido por los autores citados. De hecho, el trabajo —de autor español— del que procede el dato sobre la Comisión Nacional toma solamente en consideración las medidas oficiales, si bien el libro en el que está inserto incluye también un capítulo sobre el «Movimiento Ciudadano Anti-SIDA».

Creo, pues, que podemos admitir, aunque con matices, la catalogación de Aggleton y Moerkerk y la adecuación de su aplicación al caso español. En nuestro país, la respuesta al sida es, preferentemente —al menos desde el punto de vista oficial— asunto de expertos, y más concretamente, de profesionales sanitarios. No debe engañarnos la presencia en las comisiones creadas al efecto de otro tipo de profesionales, ni la bibliografía, bastante abundante, procedente de las ciencias sociales: más o menos conscientemente, la pretensión de detentar un suficiente nivel de *expertise* resulta patente también en esos que quieren ponerse en pie de igualdad con biólogos y médicos. Especialmente significativa al respecto ha sido, para mí, la lectura del capítulo sobre «consejo» del volumen coordinado por R. Nájera, director del Centro Colaborador de la OMS para el SIDA y presidente de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA. La autora de dicho capítulo, igualmente vinculada a la OMS a través de dos cargos, relacionado uno de ellos con el sida y el otro con el *counselling*, realiza un esfuerzo tal vez laudable y seguramente bienintencionado, pero cuando menos paradójico, por diseñar —y enseñar, se supone, al personal sanitario— un método para aconsejar —en el sentido técnico-sanitario del término— a los portadores del virus y, en general, a los individuos que realizan prácticas de las llamadas, también ya tópicamente, «de riesgo». La paradoja, o paradojas, a las que me refiero son las que se dan, por ejemplo, cuando se propone al agente sanitario —citando, en todo caso, a un autor anglosajón—, «mostrar empatía, ser sincero y aceptar a la persona [a la que se aconseja] tal como es», es decir, tres cosas que pueden ser incompatibles, pues más de uno, siendo sincero, podría no mostrar empatía, sino antipatía, y no aceptar a la otra persona como es; y, más lejos, «mostrar que

lo que la persona está diciendo es importante (...) y reflejar sentimientos» (16). Resulta difícil creer que sea factible reflejar verdaderos sentimientos cuando esta actitud es consecuencia de una preparación técnica. En el modo de tratar estos aspectos se echa de ver, a mi entender, una actitud de «experto», de «técnico», bastante acorde con lo detectado por los autores a los que más arriba me refería, aunque de nuevo hay que matizar que esta «querencia» por el experto no es sólo patrimonio español, y que de forma más o menos encubierta se da en todas partes (17).

No obstante, lo hasta ahora dicho no debe hacer pensar que la actitud de las autoridades españolas se cuente entre las más negativas. Sorprendentemente, estados que se consideran modélicos desde el punto de vista sanitario, como Suecia entre los desarrollados y Cuba entre los países en desarrollo, han adoptado estrategias de profilaxis intensamente represivas. En el caso de Suecia, las personas identificadas como portadoras deben firmar un documento en el que se comprometen a sufrir exámenes médicos periódicos, a no tener contactos sexuales con personas sanas sin informar de su condición y a notificar tal condición al personal sanitario con el que se relacionen. Cuba, por su parte, ha realizado campañas masivas de aplicación de las pruebas de detección de sida y recluido en centros especiales a los enfermos y portadores (18).

2. LAS ESTRATEGIAS DE LA PROFILAXIS

El análisis de la bibliografía seleccionada y revisada hasta este momento me permite señalar una serie de estrategias que tal vez resulte incompleta, pero que, en todo caso, permite hacerse una idea del modo en que se intenta salir al paso del reciente desafío sanitario. En primer lugar, y en lo que concierne a las peculiaridades epidemiológicas de la enfermedad, considero del máximo interés el reduccionismo, sólo comprensible desde una perspectiva precisamente estratégica, a que se han encomendado

(16) SANCHÍS PIÑOL, C. (1990). Consejo. In: Nájera (ed.), *op. cit.* en nota 15, pp. 309-319 (p. 312).

(17) PAICHELER (1992), *op. cit.* en nota 10, pp. 16-18.

(18) EARICKSON, R. (1990). International behavioral responses to a health hazard: AIDS. *Soc. Sci. Med.*, 31/9, 951-962 (p. 958).

primero ciertos estados (19), y luego la propia Organización Mundial de la Salud. En mayo de este mismo año (1993), Michael H. Merson, director del Programa Global sobre Sida de la OMS, publicaba un artículo en *Science* en el que afirmaba: «El sida es esencialmente una enfermedad de transmisión sexual, que, como algunas de las ETS convencionales (...) puede transmitirse a través de la sangre y de manera perinatal» (20). Esta declaración responde, probablemente, a una orientación realista, o por mejor decir, posibilista, de la postura oficial frente al sida en el apartado profiláctico, orientación que pretende reforzarse con un discurso en el que, paulatinamente, la enfermedad ha pasado de ser vista como epidémica —y más propiamente como pandémica— a conceptualizarse como patología crónica, restando así dramatismo a la concepción originaria de la misma (21). Pero estas estrategias no pueden ocultar algunos hechos dolorosamente reales, de los que, en buena medida, depende el éxito de cualquier campaña de profilaxis. En una dimensión planetaria —a la que no hemos de renunciar, pues la enfermedad la tiene— la interpretación del sida como una patología crónica resulta un tanto forzada para los millares de enfermos y portadores de los países subdesarrollados, y en especial del Africa negra, que sólo en medida muy limitada tienen y tendrán acceso a la medicación en nombre de la cual —y no sólo mediante ella— la enfermedad es susceptible de ser llamada crónica. Y en una dimensión más reducida, la definición del sida como ETS excluye a una de las poblaciones más sometida al peligro del contagio: los usuarios de drogas por vía intravenosa, que, hasta donde yo sé, constituyen el grupo social que más casos de positivos suministra a la estadística en el caso español (22). No ignoro que tanto la OMS como sus estados miembros

(19) Pollak, que menciona algunos de estos estados, advierte que la consideración de ETS da pie a una mayor capacidad de control y coerción. POLLAK (1992), *op. cit.* en nota 11, pp. 52 y 56.

(20) MERSON, M. (1993). Slowing the Spread for HIV: Agenda for the 1990s. *Science*, 260, 1266-1268 (p. 1266).

(21) LEWIS, J. (1993). Public health doctors and AIDS as a public health issue. In: Berridge; Strong (eds.), *op. cit.* en nota 2, pp. 37-54 (p. 38). La autora remite a: FOX, D. (1990). Chronic disease and disadvantage: the new politics of HIV infection. *Journal of Health Politics, Policy and the Law*, 15, 341-355.

(22) «En Europa, el 69 por ciento de los casos en IDUs [usuarios de drogas por vía intravenosa] ha sido diagnosticado en Italia y España, donde los IDUs constituyen

trabajan en el control del consumo de drogas; pero me parece importante señalar las posibles connotaciones de definiciones como la de Merson.

Es decir: el punto de partida de la más reciente estrategia encaminada a prevenir el sida es su definición como enfermedad crónica y de transmisión sexual, lo cual sólo parcialmente se corresponde con la realidad, pero, según parece, se considera pragmático. A partir de aquí se plantean unas actitudes concretas, de las que se espera un control sobre la enfermedad que, de momento, no puede encomendarse a la terapéutica farmacológica ni inmunológica. Y estas actitudes tienen más que ver con las ensayadas en la patología no infecciosa que con las clásicamente aplicadas a las situaciones de epidemia.

En las pautas profilácticas suministradas a la población para frenar la expansión del sida desempeñan un papel prominente las que se refieren al estilo de vida. El concepto de «estilo de vida» —*lifestyle*— y el, aún más concreto, de «estilo —o estilos— de vida saludable» —*healthy lifestyles*— entran en el discurso de la salud pública a través de la profilaxis de las enfermedades cardiovasculares, ligados al conocimiento del papel que la dieta alimentaria, el sedentarismo y el tabaquismo desempeñan en la génesis y evolución de esta patología. Junto a estos conceptos desembarcan en la jerga profesional los de «riesgo» y asociados —*risk, risk behaviour, risk group*—; un término más clásico, el de «promoción de la salud» —*health promotion*— recibe, así, nuevos contenidos que no siempre se corresponden con los que originariamente se le atribuían. Merece la pena detenerse un momento en el análisis de estos conceptos, pues constituyen el marco referencial más concreto de las medidas propuestas para detener el sida.

Comencemos por el más clásico y estimado de ellos, el de «promoción de la salud». Ligado en sus orígenes a una idea positiva de las tareas sanitarias, este concepto es objeto, en la actualidad, de al menos dos interpretaciones diferentes. Para la OMS «la promoción de la salud es el proceso que capacita a las personas para aumentar el control sobre su salud y para mejorarla (...) [y] conduce a la salud más allá de los estilos de

más del 60 por ciento del total de casos de SIDA». SLUTSKER, L. (1992). Trends in the United States and Europe. In: J. Mann; D. Tarantola; T. Netter (eds.), *AIDS in the World. A Global Report*, Cambridge, Mass. & London, Harvard University Press, pp. 605-616, (pp. 610-611).

vida saludables». Esta concepción implica aspectos sociales, no sólo individuales: «Defiende una aproximación socioecológica a la salud, así como la capacitación del individuo y de la comunidad para dirigir ambos tipos de determinantes». A cambio, la definición propuesta por el *American Journal of Health Promotion* es la siguiente: «la promoción de la salud es la ciencia y el arte de ayudar a las personas a modificar su estilo de vida en orden a conseguir un estado óptimo de salud» (23). La segunda de estas interpretaciones revela una concepción fuertemente individualista de la existencia, nada extraño por otra parte si se considera su procedencia, y, dado el liderazgo que la medicina estadounidense ejerce sobre la occidental en su conjunto, no cabe dudar que puede encontrar acogida favorable en países que, aun sosteniendo valores en parte diferentes, se hallan inmersos en lo que se ha dado en llamar «la ofensiva neoliberal» (24). En cuanto a la de la OMS, siendo teóricamente más ambiciosa, en lo concreto se reduce a la pretensión de evitar las desigualdades en el acceso a las prestaciones sanitarias, con lo que se cae, más o menos conscientemente, en una cierta medicalización de los problemas de salud que no hace sino mantener el *statu quo*, pues implica una renuncia —de nuevo en nombre del posibilismo— a la intervención real sobre las condiciones generales de vida de los individuos y las sociedades (25).

Esta medicalización de la promoción de la salud es, por otra parte, coherente con la experimentada por la salud pública a lo largo de la segunda mitad de este siglo, previa renuncia al análisis y manejo de los factores socioeconómicos en nombre de una mayor credibilidad científica (26), y, apenas hace falta advertirlo, reconduce el discurso de la prevención hacia el dominio individual. Es en este marco en el que pueden surgir con pujanza los conceptos de «conductas de riesgo» y de «estilos de vida saludables» —o peligrosos—. También el concepto de «riesgo» ha sufrido una mutación: de describir algo sobre lo que el individuo no podía ejercer un control directo —accidentes, contaminación y, en general, peligros

(23) HAYES (1992), *op. cit.* en nota 9, p. 403.

(24) En relación con el tema que nos ocupa puede consultarse: HUERTAS, R.; MAESTRO, A. (coords.), (1991). *La ofensiva neoliberal y la sanidad pública*, Madrid, FIM, 183 pp.

(25) HAYES (1992), *op. cit.* en nota 9, p. 404.

(26) LEWIS (1993), *op. cit.* en nota 21, pp. 46-47.

inherentes a la presencia en nuestras vidas de ciertas consecuencias indeseables de la tecnología—, ha pasado a convertirse —bajo el tecnicismo «*risk behaviour*»— en «sinónimo de sida en [el lenguaje de la] salud pública y de la comunidad médica» (27); a esta nómina habría que añadir los medios de comunicación y, a la postre, la sociedad en su conjunto. Este valor sinónimo implica, además, la aceptación de una reducción del campo semántico en el sentido de lo individual y voluntario de la asunción de esa «conducta peligrosa» y, en consecuencia, la postulación de la correspondiente responsabilidad individual en la corrección de esa actitud de riesgo, esto es, en la asunción de un «estilo de vida» más saludable.

3. LA PUESTA EN PRÁCTICA DE LA ESTRATEGIA

Sobre este entramado conceptual se ha ido construyendo la práctica concreta de la profilaxis del sida, principalmente en los países desarrollados, y entre ellos en el nuestro. Es del dominio público —aunque confío en que lo hasta aquí expuesto permita comprenderlo un poco mejor— que, en el reparto de tareas, la administración se ha reservado fundamentalmente dos: la promoción de la investigación sobre recursos terapéuticos y preventivos —especialmente en lo referente a una hipotética vacuna— y la educación sanitaria de la población. Sobre esta última cae, en consecuencia, la responsabilidad de adoptar las medidas individuales de prevención que, a falta de una terapéutica etiológica, deben impedir la extensión de la enfermedad, validando la pretensión de convertirla de epidémica en infecciosa crónica. Es aquí precisamente donde se ponen de manifiesto, de forma más aguda, las limitaciones de una deseable comprensión planetaria de la patología y de su profilaxis, pues precisamente en los países en que el sida alcanza unas dimensiones más dramáticas, las pautas propuestas —que, quiérase o no, están fuertemente sesgadas por el etnocentrismo— resultan escasamente comprendidas y aceptadas por sus destinatarios (28). Cabe decir que la estrategia diseñada por expertos occidentales resulta

(27) CONNORS, M. (1992). Risk perception, risk taking and risk management among intravenous drug users. Implications for AIDS prevention. *Soc. Sci. Med.*, 34/6, 591-601 (p. 591).

(28) EARICKSON (1990), *op. cit.* en nota 18, p. 957.

muy difícil, si no imposible de aceptar por los individuos de culturas que sólo superficialmente empiezan a conocerse y valorarse (29). Pero también —como señalé al comienzo— en el mundo occidental la respuesta dista de ser unitaria. España, en todo caso, se ha alineado con los países menos represivos de su entorno. Sin alcanzar niveles de integración de organizaciones no gubernamentales —en especial grupos de gays y de portadores del virus— como los que, según parece, se dan en países como Suiza, Austria y la mayoría de *Länder* alemanes (30), y en menor medida en Noruega, Dinamarca, Holanda, y USA (31), al menos no ha adoptado medidas de control y de exclusión como, según se desprende de la bibliografía consultada, se dan —o al menos se han dado— en Suecia, Cuba o Bélgica (32), lo que no significa que la estrategia aplicada sea la mejor posible.

El primer nivel en que se pone en práctica dicha estrategia es el de la información y la educación sanitaria. Algo se ha avanzado al reconocer que el tratamiento que se dio a la epidemia de sida en los comienzos tuvo, incluso cuando se hizo gala de tolerancia, efectos negativos respecto del fin que se pretendía alcanzar. En aquellas etapas se decidió provocar un cierto grado de alarma en la población para que los mensajes sanitarios fuesen mejor escuchados. Los medios de comunicación, de fino olfato para reconocer las noticias que atraen el interés de los lectores, se prestaron a transmitir, amplificándolo incluso, el mensaje de los expertos; y el efecto

(29) En este sentido, el sida ha obligado a enmendar errores antiguos, aunque aún vigentes. El fracaso de las estrategias occidentales en el Tercer Mundo, y en particular en África, empieza a suscitar estudios acerca de la peculiar respuesta cultural de los destinatarios de los mensajes profilácticos, de los que el siguiente puede ser un ejemplo: TAYLOR, Ch. (1990). Condoms and cosmology: the 'fractal' person and sexual risk in Rwanda. *Soc. Sci. Med.*, 31/9, 1023-1028.

(30) POLLAK (1992), *op. cit.* en nota 11. p. 51.

(31) AGGLETON; MOERKERK (1990), *op. cit.* en nota 12, pp. 183-185. POLLAK (1992), *op. cit.* en nota 11. En Gran Bretaña se ha desarrollado con pujanza creciente desde 1983 el Terrence Higgins Trust, sobre el cual el gobierno ha descargado buena parte de sus fondos y responsabilidades. Cfr. SCHRAMM-EVANS, Z. (1990). Responses to AIDS, 1986-1987. In: Aggleton; Davies; Hart (eds.), *op. cit.* en nota 12, pp. 221-232.

(32) Además de lo citado sobre Cuba y Suecia, para el caso de Bélgica véase AGGLETON; MOERKERK (1990), *op. cit.* en nota 12, pp. 186-187.

de este modo de proceder fue, como hoy sabemos, altamente negativo (33). Sin duda fue el reconocimiento del peligro que constituía la nueva y mal conocida enfermedad lo que hizo que, frente a la consigna de silencio lanzada por los expertos en los años 60 en torno a la epidemia de hepatitis B, se decidiera ahora airear la existencia de la enfermedad y las «conductas de riesgo», que, dicho sea de paso, son las mismas para ambas viriasis (34). Sin pretender comparar el peligro que para el enfermo y para quienes le rodean representa cada una de estas dos patologías, el relativismo moral de que han hecho gala los expertos en ambos casos produce una dolorosa perplejidad. En la hepatitis B, la política de ocultación de información favoreció el contagio por vía sexual y a través de instrumental médico y odontológico, mientras que, en el sida, el tratamiento inicial de la información motivó conductas de estigmatización y marginación que son del dominio público. Por esta razón, la información procedente de las instancias oficiales asesoradas por expertos, cuando no formadas por ellos, ha debido orientarse según nuevas líneas, buscando restablecer la calma, evitar la crispación social: así, por ejemplo, el Ministerio de Educación y Ciencia se vio obligado, en febrero de 1988, a enviar una circular a todos los centros escolares en la que se vertía información tranquilizadora sobre las posibilidades de contagio del sida en dichos centros (35).

De hecho es en este nivel de la información y la educación donde se encuentran los principales problemas en la profilaxis del sida, pues no se trata solamente de evitar un tratamiento erróneo de la información por parte de quien la suministra, ni de soslayar en la medida de lo posible los efectos indeseables de una información correctamente administrada; abandonando el nivel de la gestión de la información desembocamos en el

-
- (33) PAICHELER (1992), *op. cit.* en nota 10, pp. 12-13. NÁJERA, P. (1990). Educación para la salud en la prevención del Sida. *In:* Nájera (ed.), *op. cit.* en nota 15, pp. 295-307 (especialmente pp. 297-298). En el mismo volumen puede consultarse: ARREDONDO, C.; CORONADO, A. Opinión y medios de comunicación, pp. 369-376. Véase también: ANABITARTE, H. (1992). SIDA y Medios de Comunicación: espejo, prejuicios y contradicciones. *In:* VV.AA. *Sida, sociedad y derechos humanos*, Madrid, Cruz Roja Española, pp. 75-100.
- (34) MURASKIN, W. (1993). Hepatitis B as a model (and anti-model) for AIDS. *In:* Berridge; Strong (eds.), *op. cit.* en nota 2, pp. 108-132, especialmente pp. 110-116.
- (35) VEGA, A. (dir.) (1993). *Educación y sida: problemática y respuestas*, San Sebastián, Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco, 206 pp. (pp. 203-206).

receptor de la misma, y aquí encontramos otros problemas que pueden comprometer el éxito de la campaña mejor intencionada y orquestada. Aunque de forma sumaria, ya he señalado que, en la base de la estrategia de la OMS, se encuentra el designio apenas encubierto de prescindir de algunos «grupos de riesgo» especialmente difíciles de manejar, como son los drogadictos por vía intravenosa, o al menos de cargar la mano en la educación de aquellos en los cuales el papel del contagio sexual y la supuesta capacidad de practicar el *safer sex* son mayores: el ejemplo de los grupos gays de autoayuda estimula sin duda la confianza de las autoridades en este campo de operaciones. Esta actitud ha sido denunciada por varios autores (36), uno de los cuales ha señalado, muy acertadamente a mi entender, que, de este modo, se canoniza la estigmatización de ciertos enfermos, reales o potenciales, no tanto en cuanto tales víctimas del sida, sino en cuanto individuos «irracionales» (37). Pero de este modo, además de una injusticia, se comete un error que puede costar caro, y que consiste en suponer una «racionalidad» ideal en seres humanos que, por el hecho de serlo, no la poseen sino entreverada con aspectos irracionales nada susceptibles de manejo técnico: así, por ejemplo, se han podido realizar estudios de campo que demuestran el enorme peso de apriorismos irracionales en población no marginal, por ejemplo la creencia, extendida entre los adolescentes, de que la práctica ocasional del «sexo inseguro» no implica un riesgo de contagio (38). Otros trabajos han mostrado cómo el nivel cultural y socioeconómico, las ideas políticas y el hecho de conocer o no algún portador, entre otras variables, condicionan el nivel de aprendizaje de información sobre el sida y el grado de falseamiento involuntario en la memoria de dicha información (39). Por otra parte, el comportamiento que se pretende modificar —el sexual— no es precisamente fácil de manipular: muchas personas se resisten, conscientemente o de forma inconsciente, a introducir en sus relaciones sexuales procedimientos que

(36) LEWIS (1993), *op. cit.* en nota 21, p. 42. NÁJERA (1990), *op. cit.* en nota 33, p. 296.

(37) POLLAK, M. (1992). Understanding Sexual Behaviour and its change. In: Pollak; Paicheler; Pierrret, *op. cit.* en nota 10, pp. 85-102 (pp. 88-89).

(38) ABRAMS, D. *et al.* (1990). AIDS Involuntability: Relationships, Sexual Behaviour and Attitudes among 16-19 Year-Olds. In: Aggleton; Davies; Hart (eds.), *op. cit.* en nota 12, pp. 35-51.

(39) PÁEZ, D. *et al.* (1991). *SIDA. Imagen y prevención*, Madrid, Ed. Fundamentos, 340 pp. (pp. 233-263).

implican una cierta racionalidad o cálculo, que chocan con la idea que se hacen del sexo y/o del amor (40). A esto hay que añadir que, en algún caso, la psicología del enfermo puede condicionar la voluntad resuelta de contagiar a otros aquello de lo que él mismo sufre —recuérdese al tristemente célebre «paciente cero» (41). Y más allá de estas actitudes, que podrían considerarse, quién sabe si con razón, extremas, debe tenerse en consideración el hecho —puesto de relieve por los psicólogos— de que, incluso entre personas «normales», «integradas» y «racionales», la decisión de adoptar un cambio de conducta está condicionada por la inmediatez en la recompensa obtenida. En el caso del sida, el riesgo de sufrir una enfermedad por no practicar el «sexo seguro» no se convierte en realidad hasta pasado un tiempo que puede ser largo: hasta ahora, entre la infección y el diagnóstico transcurren en promedio ocho años, y en consecuencia la posible recompensa queda, igualmente, demorada, en detrimento de compensaciones mucho más inmediatas (42).

Estos son sólo algunos aspectos de un problema sanitario que el historiador de la medicina no puede contemplar desde la distancia en que se encuentra cómodo; pero quizá sea también mayor la dificultad con que otros estudiosos los atisban desde su propia metodología. Con lo dicho hasta aquí apenas se señalan ciertos conflictos, reales o potenciales, en la profilaxis del sida; me agrada pensar que, al menos, esto podría redundar en una mayor toma de conciencia de los mismos.

(40) POLLAK (1992), *op. cit.* en nota 37, p. 97.

(41) Con esta denominación se conoce a un empleado de las líneas aéreas canadienses que, sirviéndose de éstas para desplazarse con rapidez a lugares distantes, dispuso de las condiciones óptimas para contagiar a cuarenta de los primeros 248 casos diagnosticados en USA. GRMEK (1990), *op. cit.* en nota 1, pp. 47-48.

(42) BAYES, R. (1990). Aspectos psicológicos relacionados con el problema de la prevención del SIDA. *In*: Nájera (ed.), *op. cit.* en nota 15, pp. 377-390 (p. 383).