

DEPARTAMENT DE TEORIA DELS LLENGUATGES I
CIÈNCIES DE LA COMUNICACIÓ

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA GLOBALIZACIÓN,
LA PREVENCIÓN Y LA CRONIFICACIÓN DEL SIDA EN LA
PRENSA ESCRITA DURANTE EL AÑO 2006 EN LOS
PERIÓDICOS EL PAÍS, EL MUNDO Y EL ABC Y EN LA
PRENSA CIENTÍFICA

VICENTE SANCHÍS-BAYARRI VAILLANT

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
Servei de Publicacions
2008

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 7 de juliol de 2008 davant un tribunal format per:

- D. Ángel López García
- D. José María Bernardo Paniagua
- D. Arturo Brugger Auban
- D. Javier Hernández Haba
- D. José Antonio Díaz Rojo

Va ser dirigida per:

D. Ricardo Morant Marco

D. Víctor Smith Agreda

©Copyright: Servei de Publicacions
Vicente Sanchos-Bayarri Vaillant

Depòsit legal:

I.S.B.N.: 978-84-370-7246-3

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Artes Gráficas, 13 bajo
46010 València
Spain
Telèfon: 963864115

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA GLOBALIZACIÓN, LA
PREVENCIÓN Y LA CRONIFICACIÓN DEL SIDA EN LA
PRENSA ESCRITA DURANTE EL AÑO 2006 EN LOS
PERIÓDICOS EL PAÍS, EL MUNDO Y EL ABC Y EN LA
PRENSA CIENTÍFICA



VICENTE SANCHÍS-BAYARRI VAILLANT

“Contribución al estudio de la globalización, la prevención y la cronificación del sida en la prensa escrita durante el año 2006 en los periódicos *El País*, *El Mundo* y el *ABC* y en la prensa científica”

Trabajo de investigación presentado por el alumno Vicente Sanchis-Bayarri Vaillant para la obtención del grado de Doctor en Ciencias de la Comunicación.

PREÁMBULO

«En esta epidemia global de sida, ninguna nación se puede considerar aislada. Por el momento el sida ya ha hecho que resurja la tuberculosis y, con el debilitamiento que provoca en el sistema inmune, está ofreciendo al resto de microbios una oportunidad de oro para adaptarse a la especie humana.»

Mari Schoofs
Premio Pulitzer 2000

«Hoy en día no existen realmente fronteras entre las naciones, pero sí entre el poder y falta de poder, entre libertades y encadenamiento, entre privilegio y humillación.»

Kofi Annan, 2001. Discurso de aceptación de Secretario General de Naciones Unidas y Premio Nobel de la Paz.

«La globalización lo está nivelando todo.»

García de la Concha. Presidente de la Real Academia de la Lengua Española, 2007.

Índice

1. Introducción /4
2. Estado de la cuestión /8
 - 2.1.1. En recuerdo de Jonathan Mann /13
 - 2.1.2. En recuerdo de Kapuscinski /14
 - 2.2. Virología del sida /20
 - 2.3. Globalización cultural /31
 - 2.4. Globalización desde el punto de vista médico /34
 - 2.5. Globalización, sida y desarrollo /39
 - 2.6. Globalización del sida y sangre contaminada /41
 - 2.7. El comienzo de los grupos de riesgo/50
 - 2.8. La información de la prensa /53
 - 2.9. Periodismo responsable /57
3. Aportaciones /63
 - 3.1. Objetivos y metodología /63
 - 3.2. Presentación de resultados/67
 - 3.3. Autores básicos de referencia /70
 - 3.4. La estrategia ABC /71
 - 3.4.1. Abstinencia /73
 - 3.4.2. La fidelidad conyugal /74
 - 3.4.3. Condones /81
 - 3.5. Las medidas de prevención del sida recomendadas por Fauci en el XVI Congreso Intencional de Toronto 2006 /85
 - 3.5.1. Educación sanitaria y cambio de conducta /88
 - 3.5.2. Interrupción de la transmisión Madre-hijo /93
 - 3.5.3. La lucha contra la drogadicción /96
 - 3.5.4. Jeringuillas limpias /99
 - 3.5.5. Circuncisión /100
 - 3.5.6. Anticonceptivos de barrera /105
 - 3.5.7. Microbicidas /105
 - 3.5.8. Enfermedades de transmisión sexual /113
 - 3.5.9. Antirretrovirales /114
 - 3.5.10. Vacuna / 124
 - 3.6. La cronificación del Sida/ 125
 - 3.7. La violencia de género y el sida /135
 - 3.8. En la prensa científica encontramos los siguientes datos contrastados en relación con la violencia y sida proveniente de la

- OPS (Organización Panamericana de Salud) que es la Oficina regional de Organización Mundial de la Salud /139
- 3.9. Consideraciones sobre el periodismo divulgativo/142
- 3.10. Consideraciones sobre aspectos lingüísticos en las piezas analizadas/142
4. Discusión /162
- 4.1. Comentarios a los resultados/162
- 4.1.1. Paradigmas en la comunicación sobre sida /174
- 4.1.2. Las campañas publicitarias /175
- 4.1.3. La historia de la comunicación y la prevención del sida /178
- 4.1.4. La calidad de la información sanitaria sobre el sida /180
- 4.1.5. La prevención del sida en la prensa /185
- 4.1.6. Educación y entretenimiento en los programas antisida /188
- 4.1.7. Análisis explicativo de la información en prensa sobre el sida /191
- 4.1.8. La agenda informativa y el sida /194
- 4.2. ¿Por qué ataca más ahora a las mujeres?/ 207
- 4.2.1. Feminización del sida/208
- 4.2.2. Objetivos del Milenio/215
- 4.2.3. Expertos alertan sobre el incremento del sida en mujeres/221
- 4.2.4. Problemas actuales del sida en España/222
- 4.2.5. El sida en los países islámicos/224
- 4.2.6. La emigración y el sida/231
- 4.2.7. La vulnerabilidad de las mujeres y el sida /233
- 4.2.8. El sida, los activistas y las metáforas bélicas /235
- 4.2.9. Promiscuidad /244
5. Conclusiones /248
6. Bibliografía/ 253

Anexos

1. Corpus /266
2. Glosario/277
3. Relación de siglas/285
4. Documento: «Ha llegado el momento de ponernos de acuerdo sobre la prevención de la transmisión sexual del VIH»/287

1.- INTRODUCCIÓN

Empezaré diciendo el porqué me interesé por el tema de la globalización del sida. Puedo decir que fue por varios motivos.

El sida es una enfermedad producida por un virus. En mi trayectoria profesional siempre me he sentido un médico virólogo. Amplié mi formación en 1958 en la Universidad de Rochester (USA) trabajando en virus y familiarizándome con las técnicas experimentales de inoculación a animales (cobayas, ratones, ratoncitos recién nacidos), embriones de pollo y cultivos de tejidos (células HeLa, KB, etc.), es decir, técnicas de laboratorio. En 1959 publiqué un libro titulado *Virus filtrables*. Luego, cuando en 1989 ingresé en la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valencia, mi discurso de ingreso versó sobre *Métodos de Laboratorio para el diagnóstico de Virus*. En 1960 obtuve el grado de Oficial Sanitario por la Escuela de Sanidad de Madrid. Allí nos enseñaron que la misión del sanitario es romper la cadena epidemiológica, conociendo los mecanismos de transmisión. También fue allí donde nos dijeron, basándose en su experiencia, que era más importante la educación sanitaria que la legislación sanitaria y que el sanitario debía ser un educador y divulgador para promover la salud. ¿De qué sirve estar bien informado si luego no se adopta una actitud positiva y responsable con respecto a su propia salud?

Más tarde, ya como Profesor Titular de Microbiología y Parasitología y Medicina Preventiva y Salud Pública, impartí clases en la Facultad de Medicina, trabajo que compatibilicé al mismo tiempo con la dirección del Servicio de Análisis Clínicos y Microbiología del Hospital General Universitario de Valencia por espacio de 40 años. Este hospital era rico en enfermos infecciosos y además se ocupaba también de los análisis clínicos y Microbiológicos de la Cárcel de Picassent.

Teníamos montadas las técnicas de ELISA (enzimoinmunoabsorción), Westerblot y Polimerasa C. Estas técnicas permiten detectar los anticuerpos del VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) y su carga viral, esencial para los tratamientos con antirretrovirales.

Hasta la actualidad, el sida ha ido evolucionando a medida que se iban haciendo descubrimientos científicos, como las técnicas para la detección de los anticuerpos virales y medicamentos para disminuir su multiplicación, aunque no se ha conseguido la erradicación del virus de la persona infectada. Por otro lado, avances técnicos como las jeringuillas desechables, las transfusiones y la estandarización de productos plasmáticos, han contribuido a la diáspora del virus, de la misma manera como nos desplazamos fácilmente en avión a los sitios más distantes del globo terráqueo.

En estos momentos nadie se ha curado (Fauci, 2006) y cada vez hay más reservorios latentes del virus. No se erradica (hacer desaparecer el virus) ni se controla (limitarlo y que no vaya a más) y, si bien ha disminuido la mortalidad, continúa aumentando la morbilidad.

El virus del sida no cumple los postulados de Koch. No se cultiva *in vitro* como los virus clásicos. La pandemia del sida dura más de 25 años y va a más (Peter Piot, 2006). En tiempos pasados hubo pandemias de viruela, de peste, de cólera, poliomielitis, tifus exantémico y otras enfermedades que se consiguieron erradicar o controlar rompiendo su cadena epidemiológica, pero en el caso del sida no se ha conseguido (Sontag, 1988).

En los años 80, cuando empezó la epidemia de sida, el 80% de los casos eran varones. En el 2006, el 60% son mujeres. ¿Por qué se ha producido este cambio? En los años 80 los americanos hablaban de varios colectivos afectados, las cuatro H: homosexuales, haitianos, heroinómanos y hemofílicos. Mirando retrospectivamente el colectivo de homosexuales, por lo menos los de San Francisco han

comprendido cómo se transmite y han tomado las medidas sanitarias recomendadas practicando un sexo seguro con la utilización del preservativo. No obstante, recientemente se ha bajado la guardia, lo que está produciendo un recrudecimiento de la epidemia que se puede detectar también en ciudades como Barcelona.

Por lo que se refiere a los haitianos, al principio fueron sospechosos, achacándolo al turismo sexual y a tropas haitianas que estuvieron luchando en África.

Los heroinómanos al pasarse jeringuillas contaminadas se infectan unos a otros. Este colectivo es dado a reunirse en las llamadas *shooting galleries*. Son casos análogos a los ocurridos con la transmisión de la hepatitis C por el anestesista Maeso en Valencia. Gracias a la distribución de jeringuillas limpias gratis se han obtenido eficaces resultados que han contribuido a disminuir el número de infecciones. No obstante, en países en vía de desarrollo todavía persiste el uso de jeringuillas contaminadas, especialmente si no se regalan.

Los hemofílicos, por su parte, fueron víctimas de los avances técnicos. Estos enfermos tenían una esperanza de vida breve, pero gracias a la posibilidad de disponer de globulina antihemofílica su vida se alargó y mejoró su calidad de vida. La hemofilia es una enfermedad que transmiten las mujeres y que padecen los hombres. En el apartado dedicado a la sangre contaminada queda bien contrastado que las mezclas de plasmas para obtener globulinas antihemofílicas causaron la dispersión global del virus, fenómeno nuevo en la historia de la epidemiología

En la presente tesis, estudiamos como la prensa escrita ha ido informando de la globalización, prevención y cronificación del sida a lo largo del año 2006.

Señalamos que actualmente la transmisión heterosexual es la principal causa de la extensión de la enfermedad. Las mujeres son las más vulnerables, debido a su escaso poder para negociar el sexo

seguro con su pareja masculina. Se trata de un problema de falta de derechos humanos, de igualdad de género y que está relacionado también con la violencia de género.

Recientemente, el 28 de septiembre de 2007, el Tribunal Supremo ha dado vía libre al Ministerio de Sanidad para hacer un registro de infectados de VIH. El fichero contendrá solo las iniciales de los afectados para garantizar la protección de datos. La salud pública ha ganado el pulso al derecho de intimidad: el Gobierno podrá registrar a los nuevos afectados por el Sida. La sentencia dicta que «proteger la salud» puede colisionar con el derecho a la intimidad. Esta sentencia desbloquea un proceso que llevaba siete años bloqueado. Con ello se vuelve a reconocer lo que decían los romanos: «La salud del pueblo es la ley máxima.»

2.- ESTADO DE LA CUESTIÓN

El sida se transmite principalmente por vía sexual. Otras enfermedades de transmisión sexual son sífilis, gonococia, clamidiasis, tricomoniasis, chancro blando, linfogranuloma venéreo, herpes genital, hepatitis C y otras. La sífilis sólo se pudo combatir eficazmente en el momento que apareció la penicilina y otros treponimicinas que mataban el microbio. La abstinencia y los preservativos de barrera, aunque se utilizaron, no tuvieron éxito. Lo mismo ocurrió con la gonococia.

Por eso, el hecho que la Iglesia Católica, a la que hay que reconocer que asiste actualmente a más del 25% de los enfermos de sida, se empeñe en predicar que la abstinencia es lo recomendable frente al uso del preservativo es una actitud que desde el punto de vista epidemiológico es inaceptable, según ha reconocido la OMS (Organización Mundial de la Salud).

Marcelino Olaechea, Obispo de Valencia, en un discurso de final curso de ATS en el Hospital General Universitario en los años sesenta dijo: «No basta con querer ser bueno, hay que saber ser bueno.» La ignorancia no es santa, es mala, y puede ocasionar mucho sufrimiento al ser humano que podría haberse evitado.

También han influido en la escritura de este trabajo las ideas expuestas por el profesor Bernardo Paniagua en el curso «La construcción mediática de la cotidianidad» en año 2006, en el sentido que la información de una noticia depende de factores sociales, políticos, económicos y culturales que llevan bien a promocionar y defender la misma o a fragmentarla y excluirla. Ello me llevó a enfocar el tema de la globalización, prevención y cronificación del sida siguiendo las ideas del profesor Bernardo Paniagua aplicadas a la información en los medios de comunicación divulgativos y científicos.

Adelantemos que, según Fauci (2006), se han escrito 210.000 trabajos sobre el sida con rigor científico desde 1981. Lo publicado en

prensa divulgativa en Internet, periódicos digitales, webs, televisión y campañas mediáticas supera las decenas de millones. Son lo que se llama nuevas tecnologías o herramientas del nuevo periodismo (Congreso Internacional del Nuevo Periodismo, Valencia 19-21/10/06).

Por todo ello, basándome en mi experiencia epidemiológica, he seleccionado las noticias buscando romper la cadena epidemiológica. Los medios divulgativos han hablado de grupos de riesgo, de conductas de riesgo y ahora hablan de grupos vulnerables.

Los grupos de riesgo eran homosexuales, haitianos, hemofílicos, heroinómanos y prostitutas. Eran grupos estigmatizados.

Las conductas de riesgo eran personas no responsables con su propia salud y no se protegían correctamente. Se consideraba que la culpa era del enfermo.

Los grupos vulnerables son personas con derechos jurídicos débiles que no pueden ejercer sus derechos humanos para protegerse. Son, por ejemplo, mujeres sometidas al matrimonio saheliano (Ziegler, 1988), que no tienen capacidad de negociación con su pareja para exigir que se pongan el preservativo, ni para poder practicar la abstinencia.

Los mecanismos de transmisión son la sangre, la vía sexual y la transmisión vertical de madre a hijo.

La rotura de la cadena epidemiológica más efectiva es el recomendado plan ABC, iniciales de las palabras inglesas *Abstinence*, *Be faithfull* y *Condon* (Halperin, 2004).

Por otro lado, la evolución de la historia del sida a lo largo de los últimos 25 años ha ido cambiando las formas de lucha. En un principio, la enfermedad causaba miedo porque era una sentencia de muerte inmediata, pero desde que aparecieron los medicamentos antirretrovirales, la enfermedad se considera crónica y se le ha perdido el miedo. Ello ha hecho que se baje la guardia y que focos

que parecían apagados, ahora hayan vuelto a reactivarse, como es el caso de los homosexuales.

El objetivo de la presente tesis es analizar la forma como los hechos científicos que se han ido descubriendo han sido tratados en la prensa escrita española en relación con la lucha contra el sida.

Para ello hemos efectuado búsquedas bibliográficas en los periódicos *El País*, *El Mundo* y *ABC*. También nos ha servido de guía la información procedente del XVI Congreso de Sida celebrado en Toronto en agosto de 2006 y, respecto a las nuevas herramientas tecnológicas (periódicos digitales, televisión, Internet, blogs, etc.), del Congreso Internacional de Nuevo Periodismo celebrado en Valencia en octubre de 2006. En este último se sostuvo que la información *Top Down*, es decir, de arriba abajo, está desapareciendo a favor de la información horizontal interactiva. Ello tendría relación con la llamada sociedad en red (Castells, 1996) y con la nivelación de conocimiento de la que habla Thomas Friedman en su libro *La tierra es plana*.

Por todo ello vamos a estudiar en una serie de apartados la manera en que ha ido evolucionando la extensión de la enfermedad y la efectividad de las medidas preventivas.

A pesar del miedo al contagio casual con el virus VIH, el riesgo de infección se elimina casi completamente siguiendo precauciones simples y completamente evitando la transfusión de sangre y el compartir jeringuillas.

La única causa de la transmisión es el intercambio de fluidos corporales, en particular la sangre y las secreciones genitales. El VIH no se puede transmitir por la respiración, la saliva, el contacto casual por el tacto, dar la mano, abrazar, besar en la mejilla, masturbarse mutuamente con otra persona o compartir utensilios como vasos, tazas o cucharas. En cambio, es posible que el virus se transmita entre personas a través del beso en boca a boca si ambas personas tienen llagas sangrantes o encías llagadas, pero este caso no ha sido

documentado y además es considerado muy improbable, ya que la saliva contiene concentraciones mucho más bajas de VIH que por ejemplo el semen.

El contagio de VIH por relaciones sexuales (Martínez Navarro, 1988) ha sido comprobado de hombre a mujer, de mujer a hombre, de mujer a mujer y de hombre a hombre. El uso de condones látex se recomienda para todo tipo de actividad sexual que incluya penetración. Los condones tienen una tasa estimada del 90-95% de efectividad para evitar el embarazo o el contagio de enfermedades. Se ha demostrado repetidamente que el VIH no puede pasar a través de los condones de látex.

El sexo anal, a causa de la delicadeza de los tejidos del ano y la facilidad con la que se llagan, se considera la actividad sexual de más riesgo. Por eso los condones se recomiendan también en esta práctica sexual. El condón se debe usar una sola vez, hay que tirarlo a la basura y ponerse otro nuevo cada vez. Debido al riesgo de rasgar (tanto el condón como la piel y la mucosa de las paredes vaginales y anales) se recomienda el uso de lubricantes con base acuosa. La vaselina y los lubricantes basados en aceite o petróleo no deben usarse con los condones porque debilitan el látex y lo vuelven propenso a rasgarse (y no por el mito de que el virus puede pasar a través del látex).

En términos de transmisión del VIH se considera que el sexo oral tiene muchos menos riesgos que el vaginal y el anal. Sin embargo, la relativa falta de investigación definitiva sobre el tema, sumada a la información pública de dudosa veracidad e influencias culturales, han llevado a que muchos crean, de forma incorrecta, que el sexo oral es seguro. Aunque el factor real de transmisión oral del VIH no se conoce aún, hay casos documentados de transmisión a través del sexo oral por inserción y por recepción (en hombres). Un estudio concluyó que el 7,8% de hombres recientemente infectados en San Francisco probablemente obtuvieron el virus a través de sexo oral.

Sin embargo, un estudio de hombres españoles que tuvieron sexo oral con compañeros VIH-positivos a sabiendas de ello, no identificó ningún caso de transmisión oral. Parte de la razón por la cual esa evidencia es conflictiva es porque identificar los casos de transmisión oral es problemático. La mayoría de las personas VIH-positivos tuvieron otros tipos de actividad sexual antes de la infección, por lo que se hace difícil o imposible contrastar la transmisión oral. Factores como las úlceras bucales, etc., también son difíciles de aislar en la transmisión entre personas sanas. Se recomienda usualmente no permitir ingreso de semen o fluido preseminal en la boca. El uso de condones para el sexo oral (o protector dental para el cunnilingus) reduce aún más el riesgo potencial. El condón que haya sido utilizado ya para la práctica del sexo oral, debe desecharse. En caso de que exista coito posterior, se utilizará un nuevo profiláctico, ya que las microlesiones que se producen en el látex por el roce de las piezas dentarias, permiten el paso del virus.

Se sabe que el VIH se transmite cuando se comparten agujas en los usuarios de drogas intravenosas, y éste es uno de los métodos más comunes de transmisión. Todas las organizaciones de prevención del sida advierten a los usuarios de drogas que no compartan agujas y que usen una aguja nueva o debidamente esterilizada para cada inyección. Los centros y profesionales del cuidado de la salud y de las adicciones disponen de información sobre la limpieza de agujas con lejía. En los Estados Unidos y en otros países occidentales están disponibles agujas gratis.

Los trabajadores médicos pueden prevenir la extensión del VIH desde pacientes a trabajadores y de paciente a paciente, siguiendo precauciones universales o aislamiento contra sustancias corporales, tales como el uso de guantes de látex cuando se ponen inyecciones o se manejan desechos o fluidos corporales y lavándose las manos frecuentemente.

El riesgo de infectarse con el virus VIH a causa de un pinchazo con una aguja que ha sido usada en una persona infectada es menor de 1 entre 200. Una apropiada profilaxis pos-exposición (con medicamentos anti-VIH) logra contrarrestar probablemente ese riesgo.

Varios estudios han mostrado que los hombres circuncidados podrían tener probabilidades menores de contraer VIH. La teoría al respecto dice que las células del prepucio que se remueven durante la circuncisión, actúan como receptores de VIH.

2.1.1.- En recuerdo de Jonathan Mann

Jonathan Mann fue un renombrado periodista, líder de la salud pública y de los derechos humanos. Sus trabajos han marcado un punto de inflexión en relación con la prevención de sida. Antiguo director del programa contra el sida de la OMS (Organización Mundial de la Salud), dimitió de su puesto en protesta por la respuesta de la ONU y otras organizaciones internacionales en relación con el sida. Mann fue la persona clave para enfatizar la necesidad de una respuesta global para la crisis. Murió en 1998 en un accidente aéreo junto a su esposa en el vuelo 111 de Swissair.

James Curran, del Center for Diseases Control de Atlanta, dijo de él: «Mantuvo siempre que el sida estaba producido por un virus, que era una enfermedad transmisible, pero el Dr. Mann la consideró un tema de derechos humanos y un tema global. Él fue tanto un líder espiritual como un líder científico.»

Jonathan Mann fue capaz de combinar sinérgicamente las fuerzas de la salud pública con los derechos humanos. Teorizó y promovió activamente la idea de que la salud humana y los derechos humanos están íntimamente conectados, argumentando que ambos campos se entrecruzan en sus respectivas filosofías y objetivos de mejorar la salud, el bienestar y prevenir muertes prematuras.

Mann propuso tres acercamientos:

Primero.- La salud es un tema de derechos humanos.

Segundo.- Los derechos humanos son un tema de salud. La violación de los derechos humanos ocasiona unos efectos adversos en la salud.

Tercero.- Existe una conexión entre salud y derechos humanos (hipótesis que ha sido rigurosamente contrastada).

La literatura confirma los dos primeros puntos, pero Mann buscó el compromiso global para llevar a la práctica este reto e intentó interconectar ambas disciplinas, salud pública y derechos humanos. Tendió puentes buscando descubrir los fallos filosóficos, interrelaciones y vocabularios, la educación y la práctica sanitaria, los recursos humanos, las vocaciones por la medicina, así como los métodos entre las disciplinas de la bioética, la jurisprudencia, las leyes de salud pública y la epidemiología. Mann conocía la historia de relaciones conflictivas entre los sanitarios de salud pública y los defensores de los derechos civiles, buscando una poderosa confluencia para conseguir un acercamiento positivo. Él buscó la no-discriminación, un ideal que va más allá de las fronteras que tratan de establecer la raza, la etnicidad, la orientación sexual, el género, el estatus socioeconómico y la equidad del acceso a los servicios sanitarios. Mann nació precisamente en 1947, el año de la Declaración Universal de Derechos Humanos, y murió junto con su esposa cuando volaba de Nueva York a Ginebra para asistir a una conferencia sobre vacunas contra el sida. En 1986 fundó el Programa global de lucha contra el sida de la OMS, consiguiendo 100 millones de dólares los dos primeros años.

2.1.2- En recuerdo de Ryszard Kapuscinski

Ryszard Kapuscinsky fue un aclamado periodista polaco nacido en 1932 y fallecido en enero de 2007. De mi asistencia a varias

reuniones recientes de periodistas en las que salió a relucir cual era la misión del periodismo, pude observar el gran respeto y admiración por Kapuscinski.

En su libro *Los cínicos no sirven para este oficio. Sobre el buen periodismo*, publicado en el año 2002, dice cosas que me han impactado grandemente. En nuestro oficio un primer elemento es una cierta disposición a aceptar el sacrificio de una parte de nosotros. Es una profesión exigente con la que convivimos las veinticuatro horas del día. En el periodismo no podemos cerrar nuestra oficina a las cuatro de la tarde; es un trabajo que ocupa toda nuestra vida.

Un segundo elemento que he podido extraer de este libro es la necesidad constante de profundizar conocimientos. Es una condición *sine qua non*.

La tercera cualidad importante de un periodista es la de no considerar esta profesión como un medio para hacerse rico. Nuestros lectores son personas justas que reconocen enseguida la calidad de nuestro trabajo y, con la misma rapidez, empiezan a asociarla con nuestro nombre. No será nuestro director quien lo decida sino nuestros lectores.

Actualmente, el mundo ha comprendido que la información es un gran negocio. Antaño, a principios del siglo XX, la información tenía dos caras. Por un lado, podía centrarse en la búsqueda de la verdad y en informar a la gente de ello, intentando orientar la opinión pública. Para la información la verdad era la cualidad principal.

Otro modo de concebir la información era tratarla, como un instrumento de lucha política. Los periódicos eran instrumentos de diversos partidos y fuerzas políticas. Así, en el siglo XIX, en Francia, Alemania o Italia, cada partido tenía su propia prensa. La información para esa prensa no era la búsqueda de la verdad, sino ganar espacio y vencer a un enemigo particular.

En la segunda mitad del siglo XX, tras el fin de la Guerra Fría y al inicio de la revolución de la electrónica y de la comunicación, el

mundo de los negocios descubre de repente que la verdad no es importante y que ni siquiera la lucha política es importante: lo que cuenta, en la información, es el espectáculo. Una vez que hemos creado la información-espectáculo podemos vender esta información en cualquier parte. Cuanto más espectacular es la información, más dinero podemos ganar. De esta manera, la información se ha separado de la cultura y ha comenzado a fluctuar en el aire; quien tenga dinero puede cogerla, difundirla y ganar más dinero todavía.

Nos encontramos en una era de la información totalmente distinta. De pronto, al frente de los grandes grupos mediáticos, encontramos a gente que no tiene nada que ver que con el periodismo, grandes hombres de negocio vinculados a grandes bancos, compañías de seguros o cualquier otro ente provisto de mucho dinero. La información ha empezado a «rendir», y a rendir a gran velocidad.

El magnate de la comunicación Ted Turner, que en su vida ha ejercido el periodismo, no tiene por misión mejorar nuestra profesión, sino únicamente ganar más dinero.

El periodista y escritor Ignacio Ramonet, director de *Le Monde diplomatique*, en un conferencia pronunciada en el Paraninfo de la Universidad de Valencia en 2006 afirmó que la prensa ya no es el cuarto poder. Según Ramonet, la prensa se ha pasado al enemigo y traicionado a sus lectores. En opinión del periodista, los periodistas forman las conciencias, enseñando lo que está bien y mal, lo que es bonito y feo, etc. El lingüista Noam Chomsky, en el libro *El beneficio es lo que importa*, se expresa en términos semejantes.

Pero volvamos a Kapuscinski. Para los periodistas que trabajamos con personas, que intentamos comprender sus historias, que tenemos que explorar e investigar, la experiencia personal es, naturalmente, fundamental. La fuente principal de nuestro conocimiento periodístico son «los otros». Es una actuación similar al médico que realiza una historia clínica buscando la verdad. Buscando la causa de su enfermedad.

Los otros son los que nos dirigen, nos dan sus opiniones, interpretan para nosotros el mundo que intentamos comprender y describir. Las tres preguntas clásicas que hace el médico son: ¿Qué le duele? ¿Desde cuando le duele? ¿A que atribuye su dolencia?

No hay periodismo posible al margen de la relación con los otros seres humanos. Lo mismo que la medicina.

Más adelante, Kapuscinski añade «creo que para ejercer el periodismo, ante todo hay que ser un buen hombre, o una buena mujer. Las malas personas no pueden ser buenos periodistas. Si se es una buena persona se puede intentar comprender a los demás, sus intenciones, su fe, sus intereses, sus dificultades, sus tragedias. Es lo que en psiquiatría se denomina "empatía". Ponerse en el lugar del otro. Existimos como individuos que existen para los demás, que comparten con ellos sus problemas e intentan resolverlos o al menos describirlos.»

El verdadero periodismo es intencional, a saber: aquel que se fija un objetivo y que intenta provocar algún tipo de cambio. Si se lee los escritos de los mejores periodistas, las obras de Mark Twain, Ernest Hemingway o García Márquez, se comprueba que siempre se trata de periodismo intencional. Están luchando por algo.

Mi paso por el doctorado me ha convertido en activista, polemista y crítico responsable. Por eso estimo que la prensa debe realizar una labor educativa y divulgativa en relación con la prevención del sida. Y no como me dijo un periodista de cuyo nombre no quiero acordarme, que afirmó que la prevención del sida no era misión del periodista y que si que si Sanidad quería prevenir el sida debía pagar campañas. En este sentido, un apartado de la presente tesis hablamos de periodismo responsable y del mal ocasionado en Sudáfrica por la errónea información en relación con la prevención del sida.

En el Congreso Internacional de Nuevo Periodismo quedó claro que actualmente los periódicos viven de la publicidad. Muchos periódicos dedican páginas enteras, incluso con fotografías y favoreciendo la

promiscuidad, anunciando toda clase de contactos sexuales. De esta forma se obtienen beneficios rentables, pero luego los casos de sida provocados que los pague la Sanidad Pública con el dinero de todos los españoles.

Ser éticamente correctos, por ejemplo, es una de las principales responsabilidades que tenemos. Kapucinski escribe: «Los pobres suelen ser silenciosos. La pobreza no tiene voz, sufre en silencio. La pobreza no se rebela. La rebeldía se produce sólo cuando la gente pobre alberga alguna esperanza. Entonces se rebela, porque espera mejorar algo.»

La relación del periodista con el poder debería ser lo más independiente posible, pero la vida está lejos de ser ideal. El periodista se ve sometido a muchas y distintas presiones para que escriba lo que su jefe quiere que escriba. Afortunadamente mi situación de médico jubilado me permite escribir y criticar con independencia.

Kapucinski estima que todo periodista debe ser un historiador. Lo que hace es investigar, explorar, describir la historia en su desarrollo. La historia responde simplemente a la pregunta: ¿Por qué? ¿Cómo es posible que ciertos hechos nunca hayan formado parte de la agenda de la prensa internacional?

Responde Kapuscinki, porque la prensa internacional está manipulada. Los medios de comunicación son los más manipulados porque son instrumentos para determinar la opinión pública. En los periódicos se puede llevar a cabo una manipulación según se escoja colocar en la primera página, según el título y el espacio que dedicamos a un acontecimiento. Se puede manipular sin decir mentiras. No es necesario mentir: podemos limitarnos a no decir la verdad. El sistema es muy sencillo: omitir el tema.

La mayoría de los lectores reciben la información de forma pasiva. Esto ocurre especialmente en la televisión. Los patronos de los grandes grupos televisivos deciden por ellos lo que deben pensar.

Determinan la lista de las cosas en que pensar y qué pensar sobre ellas. El ciudadano medio, que trabaja, que vuelve a su casa cansado y quiere estar un rato con su familia, recibe únicamente los cinco minutos de telediario.

Los temas principales que dan vida a las noticias del día deciden que pensamos del mundo y cómo pensamos. Se trata de un arma fundamental para la construcción de la opinión pública. Si no hablamos de un acontecimiento, éste, simplemente, no existe.

Los medios de comunicación son tan grandes, influyentes e importantes que han empezado a construir un mundo propio. Un mundo que tiene poco que ver con la realidad. Estos medios no están interesados en reflejar la realidad del mundo, sino en competir entre ellos. Los medios de comunicación se mueven como manadas, como rebaños de ovejas; no pueden desplazarse de forma aislada. El objetivo de todos los grandes grupos de comunicación no es ofrecer una imagen del mundo sino no ser desbancados por otros grupos.

En ocasiones los medios están dispuestos a hablar de un acontecimiento sólo cuando están en condiciones de explicar las causas del mismo y proporcionar todas las respuestas necesarias

Lorenzo Milá, en el suplemento semanal de *Las Provincias* del 15 de julio de 2007, decía que Luís del Olmo era generoso, sólido, solvente e independiente. Es referencia de miles de profesionales y ha sabido mantener los valores de la profesión frente a los que creen que el fin justifica los medios.

En la presente tesis sostengo que la defensa de los derechos humanos es fundamental combatir la extensión del sida.

2.2.- Virología del sida

Desde que en 1981 se comunicaron los primeros casos de sida, el estudio de esta enfermedad representa el paradigma de la capacidad de la ciencia moderna para abordar un problema nuevo cuando se ponen los medios necesarios para su investigación.

1981- La eficacia de los modernos sistemas de vigilancia epidemiológicos que, con un reducido número de casos detectados, permiten que el Centro para el Control de Enfermedades (CDC en sus siglas en inglés) de Atlanta dé, en 1981, la alarma sobre la aparición de una nueva enfermedad.

1983- Aislamiento del HIV en el Instituto Pasteur de París.

1984- La secuenciación completa del virus posibilita la caracterización de sus genes y el conocimiento del ciclo biológico viral entre los años 1984 y 1986.

1986- El descubrimiento del primer fármaco antirretroviral inhibidor de la transcriptasa inversa, la azidotimidina.

1996- La aplicación de las técnicas de biología molecular a la detección de los niveles del HIV en sangre permiten medir la carga viral del paciente, un parámetro esencial para definir el pronóstico y evaluar la respuesta del tratamiento de un paciente determinado.

1998- La introducción de nuevas familias de fármacos, como los inhibidores de proteasa, en 1996, y análogos no nucleosidos de la transcriptasa inversa en 1998.

2000- La caracterización de los correceptores virales y los mecanismos de transmisión del HIV a nivel sistémico y celular, en el período comprendido entre los años 1996 y

2000, definen el cuadro completo del ciclo biológico del *HIV in vivo*.

Sin embargo, frente a estos hitos científicos que han permitido un progreso sin precedentes en la biología moderna, recaen una serie de sombras o desafíos que persisten y que requieren una respuesta por parte de la comunidad científica:

- La imposibilidad de erradicar el virus con los fármacos actualmente disponibles.
- Una caracterización más precisa de los mecanismos de transmisión y propagación viral.
- Los mecanismos moleculares responsables de la latencia y reactivación del HIV.
- Un mejor conocimiento de los mecanismos de destrucción de los linfocitos CD4 por el HIV.
- La comprensión de los mecanismos de toxicidad de la medicación antirretroviral y su tratamiento.
- La necesidad de obtener nuevos tratamientos más potentes, menos tóxicos y capaces de contener indefinidamente la replicación viral.
- La obtención de una vacuna preventiva eficaz frente al HIV.

Los distintos pasos del ciclo biológico viral son: entrada en la célula, retrotranscripción, integración, latencia y reactivación, expresión de RNA y proteínas virales, así como generación de una progenie infecciosa. En este «microcosmos», la clave estriba en comprender en detalle los mecanismos mediante los cuales el HIV se adapta a infectar la célula diana, el linfocito CD4. La investigación sobre las distintas etapas del ciclo del virus y su adaptación a la célula generan un conocimiento esencial para definir nuevas dianas y diseñar nuevos fármacos frente al HIV.

En el nivel en el que el enfrentamiento se produce entre las poblaciones virales, compuestas por billones de virus, y un

sistema altamente especializado en la protección frente a los distintos tipos de infección, el sistema inmune, es importante entender, por una parte, los mecanismos mediante los cuales el virus destruye los linfocitos y, por otra, las distintas barreras defensivas que el sistema inmune opone frente al HIV. En este apartado la clave estriba en detener los mecanismos de escape viral y por qué el sistema inmune no es capaz de controlar la replicación viral. Sólo comprendiendo estos mecanismos podemos intentar modificar los «defectos» del sistema inmune y potenciar su función mediante vacunas o tratamientos inmunoestimuladores para que sea capaz de controlar el HIV.

Por tanto, a la complejidad de la interacción entre virus y hospedador se suma la modificación del curso de la enfermedad por las distintas intervenciones terapéuticas. El conocimiento de los factores de patogenicidad del virus, el estudio de los mecanismos de defensa del hospedador y el diseño de nuevas estrategias de tratamiento, incluyendo el desarrollo de una vacuna, constituyen los tres ejes sobre los que se centra la investigación actual sobre el sida.

Para aislar el VIH se suele utilizar sangre periférica de individuos infectados en los cuales se encuentra generalmente el virus. El virus ha sido aislado también con frecuencia de semen y de ciertos órganos como ganglios linfáticos y cerebro, y mucho más raramente, de otros líquidos orgánicos como saliva, sudor y exudado bronquial.

A partir de sangre, extraída en anticoagulante, se separan los mononucleares por centrifugación en un gradiente de Ficoll. Se estimulan con fitohumaglutimina durante dos o tres días y se cultivan en medio con interleukina 2. El virus se detecta mediante determinación de la presencia de transcriptasa inversa en el sobrenadante del cultivo o por la demostración de la existencia de antígenos virales por inmunofluorescencia o partículas virales por

microscopía electrónica. El virus aislado puede transmitirse a otras células, generalmente linfocitos procedentes de sangre del cordón umbilical o células T de línea continua.

El aislamiento del virus se suele obtener en aproximadamente un 20% de los individuos sanos seropositivos, en un 50% de los casos de sida y en un 80% de los casos con complejo relacionados con el sida. Esta tasa de aislamiento menor en los casos de sida que en los de una fase anterior en la evolución de la enfermedad, como el complejo relacionado con el sida, se explicaría por la afectación del linfocito no exclusivamente por la acción directa del virus, sino por un fenómeno tóxico asociado.

La afectación del linfocito por el VIH se caracteriza por la formación de células gigantes multinucleadas o sincicios que posteriormente mueren. Esta formación de sincicios parece estar producida por la acción de los antígenos codificados por el gen «en V», esto es, las proteínas gp 160 y gp 120, precursor y antígeno de superficie.

Este antígeno se expresa en la superficie de las células infectadas que tendrían por esto una gran avidéz para unirse a células que expresan el fenotipo T4, esto es, células susceptibles, y fusionarlas produciendo la célula multinucleada. Esto explicará la importante disminución de linfocitos T4 que se produce en los enfermos con sida a pesar del pequeño porcentaje de linfocitos que producen virus en cada momento. El efecto citopático, especialmente por lo visible al microscopio óptico en fresco, sirve también como indicador del desarrollo del virus.

La patogenia, esto es, los mecanismos de producción de la enfermedad, podemos tratar de entenderla a través del daño celular. Existe un período de unas pocas semanas en que el individuo no presenta ningún síntoma, puede aislarse virus de su sangre, no habiendo desarrollado todavía anticuerpos. Es el denominado período «ventana». Posteriormente, comienzan a desarrollarse los

anticuerpos, primero frente a los antígenos codificados por el gen «gag» y algo más tarde frente a los codificados por los genes «pol» y «env». Aun cuando el individuo desarrolla anticuerpos y, por tanto, sea seropositivo, no desarrollará síntomas hasta meses o años después.

En los pocos casos en que se tienen datos fiables del momento de la infección, especialmente en casos de infección postransfusional o en algunos casos de transmisión en homosexuales, se ha podido observar, como media, que a los 14 meses post-infección en los casos postransfusionales en niños, a los 28 meses en casos postransfusionales en adultos y a los 43 meses en homosexuales se produce el comienzo de la sintomatología del sida coincidente con una caída de los anticuerpos «gag», manteniéndose sin alteración los ligados a «pol» y «env» (representado en la figura 1 por las líneas descendentes que enlazan con las horizontales, que representarían la producción de la enfermedad). Así, un 5-10% de los individuos infectados va a desarrollar sida en un plazo de 2-3 años y un 10-20% el complejo relacionado con el sida.

El efecto ventana, durante el que no se detectan anticuerpos, se prolonga varias semanas desde el inicio de la infección en el individuo y, durante el mismo aparece un cuadro pseudogripal y pseudosmononucleósico.

Los primeros anticuerpos que se detectan están dirigidos contra productos de codificación del gen «gag». Más tarde se detectan los dirigidos contra productos codificados por los genes «pol» y «env».

El comienzo de la sintomatología coincide con la caída de los niveles de anticuerpos frente a productos derivados del gen «gag», manteniéndose sin alteración los derivados de los genes «pol» y «env». En el estadio final de la enfermedad, los niveles de anticuerpos son prácticamente indetectables, con lo que el individuo enfermo se torna seronegativo.

La presencia de anticuerpos anti-VIH constituye el marcador más importante de infección por este virus. Consecuentemente, es una herramienta importante en la prevención de la transmisión del mismo a individuos susceptibles y, por ello, en el control del sida. La técnica inmunoenzimática es la que se utiliza generalmente en el escalón de detección primaria, ya que ofrece una alta sensibilidad y los distintos métodos existentes de la misma permiten procesar a un tiempo un número grande de muestras mediante su fácil automatización.

Los métodos de ELISA aplicados a la determinación de anticuerpos anti-VIH se basan siempre en la utilización de soportes recubiertos con antígeno, bien por adsorción pasiva de proteínas del VIH purificadas o por captura mediante anticuerpos específicos a partir de extractos purificados de células infectadas por este virus.

En general, la especificidad de los distintos métodos comerciales disponibles es alta (90 %) y, así mismo, la sensibilidad (97 %), por lo que la posibilidad de obtener resultados negativos falsos debidos a causas puramente tecnológicas se considera muy baja.

La necesidad de técnicas de confirmación surge inseparablemente ligada a la estrategia de la detección serológica de escalón primario en una enfermedad como el sida, que conjuga una tasa de mortalidad alta una vez diagnosticada e inexistencia de vacuna y/o tratamiento, con una implicación social importante. La posibilidad de resultados falsos hace necesario confirmar todos los positivos determinados por ELISA mediante otras técnicas o métodos.

Las técnicas serológicas de confirmación actualmente aceptadas son la inmunoelectrotransferencia / Western Blot, la Inmunofluorescencia indirecta, la radioinmunoprecipitación y un ELISA que usa proteínas de VIH producidas por ingeniería genética, de aparición reciente.

Hasta lo que hoy en día conocemos, la presencia de anticuerpos en un individuo perdura durante toda la vida, e indica que este ha sido infectado por el VIH, que por ser un retrovirus ha integrado su información genética con la de las células que infecta. Ante estos hechos la consideración es que los individuos seropositivos pueden ser transmisores de la infección.

Ante los resultados negativos confirmados, hay que recordar siempre que pueden deberse a que la muestra se hubiese tomado durante el intervalo de ventana al comienzo de la infección, durante el cual el individuo infectado tiene capacidad de transmitir la infección y no existe aún presencia de anticuerpos. En los casos con sospecha razonable de posible contagio, cuyos resultados sean negativos, debe tomarse una nueva muestra a los tres meses y realizar en la misma de nuevo la determinación de anticuerpos.

Tal como citábamos, en el estadio final de la enfermedad desaparecen prácticamente los anticuerpos, pero en estos casos la sintomatología es evidente y caracteriza suficientemente la enfermedad.

Los mismos sistemas de vigilancia epidemiológica que permitieron dar la alarma sobre la aparición de una nueva epidemia llamada sida identificaron a determinados grupos de la población con un mayor riesgo de enfermar. En términos epidemiológicos, dichos grupos se definen como poblaciones a riesgo elevado, entendidos como «el conjunto de personas que tienen –en relación con el resto de la población- una probabilidad mayor de desarrollar la enfermedad, debido a la exposición repetida o prolongada a los factores de riesgo, por razones de orden genético o características endógenas del individuo, o razones no conocidas todavía».

Los siguientes pasos, dados gracias a los estudios epidemiológicos, han revelado la caracterización de las circunstancias ligadas a la enfermedad, o factores de riesgo dentro de estos grupos,

y han contribuido a la comprensión de los mecanismos de transmisión del sida. Parafraseando al profesor San Martín, la noción de riesgo epidemiológico es «función de la existencia del ser humano viviendo en un ambiente social en variación permanente».

Los riesgos que afectan a nuestra salud dependen, pues, de la vida en sociedad, y, aun cuando no son necesariamente las causas del evento, están asociados a su causalidad y constituyen una probabilidad medible, por lo que tienen un valor de predicción y pueden utilizarse para la prevención individual o colectiva de la enfermedad.

Es indudable que la clasificación de los afectados en determinados grupos ha favorecido el rápido conocimiento de los factores de riesgo y de los mecanismos de transmisión del sida. Pero no es menos cierto que ello ha influido en la marginación social y en la angustia de algunas personas que presentaban características vitales y de comportamiento propias de los denominados grupos de riesgo, sin padecer el sida, estar infectados por el virus o ni tan siquiera tener prácticas que supusieran un riesgo de infección (como, por ejemplo, sucede entre las parejas estables de homosexuales o los homosexuales célibes; los drogadictos que se inoculan drogas intravenosas sin compartir jeringuillas ni agujas, o los individuos con hemofilia leve que no requieren tratamiento con factores de coagulación).

La confusión coloquial del significado de «grupo de riesgo», entendido injustificadamente como «grupo de peligro social», en vez del sentido epidemiológico amplio de «colectivo con mayor posibilidad de enfermar» (en el cual existirán sin lugar a dudas excepciones, por no estar todos sus miembros expuestos necesariamente a los factores de riesgo), sumada al matiz de transmisibilidad que tiene la distribución de los casos de sida siguiendo los criterios clásicos de grupos de riesgo, hacen pensar que quizás haya llegado el momento de hablar más de «poblaciones específicas de interés epidemiológico»

que de grupos de riesgo, o bien de agrupar a los afectados mediante «vías probables de infección» (transmisión homosexual, heterosexual, postransfusional, a través de hemoderivados, materno-filial y aún no conocidas).

Como los colectivos reconocidos inicialmente como los de mayor riesgo para contraer el sida han sido varones homo-bisexuales, drogadictos IV, hemofílicos, receptores de transfusiones sanguíneas, hijos de padres incluidos en grupos de riesgo, parejas sexuales de los casos de sida o personas en riesgo, se van a revisar los factores asociados a estas poblaciones.

Ya en octubre de 1981, los CDC llevaron a cabo un estudio nacional caso-control para identificar los factores de riesgo que podían dar lugar a las enfermedades oportunistas en personas previamente sanas. Se compararon las variables de 50 homosexuales con sida con las de 120 varones homosexuales controles, ajustados en cuanto a edad, raza y lugar de residencia. Los resultados del estudio han reflejado riesgos atribuibles al estilo de vida, que se caracterizaba por una gran promiscuidad, el uso frecuente de drogas estimulantes y relajantes musculares (como los nitritos), y los antecedentes de ETS en ambos grupos.

Para investigar los factores de riesgo entre los hemofílicos, los estudios se centraron en los dos tipos de productos usados en el tratamiento de la hemofilia: los factores de coagulación procedentes de concentrados liofilizados o de crioprecipitados. Ambos productos se obtienen a partir del plasma humano, con la única diferencia de que cada lote de concentrado puede derivar del plasma de 2.000 a 22.000 donantes diferentes, en tanto que cada dosis de crioprecipitado se obtiene de un solo donante o a lo sumo de 20.

En contrapartida, los concentrados no necesitan conservarse congelados y presentan mayor concentración del factor VIII, necesario en las hemofilias severas del tipo A. Esto último explica

su posible distribución en grandes áreas, incluyendo países extranjeros.

El factor de riesgo que más ha diferenciado a los hemofílicos con sida de los asintomáticos ha sido el uso de concentrados frente al uso de crioprecipitados; y entre los tratados con concentrados, el riesgo está relacionado además con la cantidad de factor empleado por cada individuo.

En algunos estudios seroepidemiológicos recientes, realizados entre hemofílicos que emplean concentrados tratados con calor, como método de inactivación viral, se ha percibido que el riesgo de infección disminuye notablemente. Hay que reseñar igualmente que el uso de crioprecipitados no significa ausencia total de riesgo.

Entre los casos de sida asociados a transfusiones sanguíneas, los factores de riesgo se han buscado en los donantes. Los diferentes factores de riesgo de sida post-transfusional han sido mencionados por Curran (1983).

De una forma especial en África, pero también en otros países europeos y americanos, se han descrito casos de sida entre varones y mujeres, cuyo único factor de riesgo era el gran número de compañeros heterosexuales. Situaciones similares, en las que no se recordaban transfusiones anteriores ni hábitos de drogadicción, ni promiscuidad sexual se han presentado en otras mujeres con sida: en la mayoría de ellas, los factores de riesgo implicados han sido los contactos sexuales con enfermos de sida o seropositivos.

Entre las mujeres, se encuentran varias esposas de hemofílicos infectados por HIV o enfermos de sida, sin que medien necesariamente relaciones sexuales anales entre las parejas.

En cuanto a los varones heterosexuales con sida, se han identificado también como factores únicos de riesgo, el contacto sexual con mujeres integradas en los llamados grupos de riesgo y prostitutas. Respecto a la prostitución, se puede citar el estudio del *Walter Reed Army Medical Centre* (Washington), en el cual el 37%

de los pacientes con enfermedades asociadas al sida adquirieron aparentemente la infección de personas del sexo opuesto, habiendo tenido muchos de ellos parejas sexuales múltiples o relaciones sexuales con prostitutas.

El virus HIV se ha detectado en muestras de sangre (incluido el plasma libre de células), semen, secreciones vaginales y cervicales, orina, saliva, lagrimas, leche materna, líquido cefalorraquídeo, cerebro de personas con síntomas neurológicos, muestras ganglionares y de medula ósea, e incluso en los órganos de un feto de 20 semanas.

A la vista de estos resultados, se puede presuponer que cualquier fluido corporal, derivado en realidad de la sangre, es un vehículo potencial de transmisión de la infección. Sin embargo, no se conocen casos de infección en los que únicamente hayan mediado las lágrimas o la saliva.

Se ha publicado un caso de sida asociado a un transplante renal, y es muy posible que otras donaciones de órganos o tejidos de personas seropositivas constituyan también un riesgo de infección.

Los contactos no sexuales con personas seropositivas, incluyendo la convivencia diaria con los familiares enfermos, no parecen transmitir la infección. Tampoco hay evidencia de que los alimentos, el agua o los artrópodos (mosquitos o piojos) sean vehículos de la infección en los cuatro años de observación detallada de este nuevo fenómeno en diversos países. La transmisión por mosquitos, sugerida en algunos trabajos, no se sustenta, ya que difícilmente podría explicarse la preferencia de estos insectos por picar a los adultos, de gran actividad sexual y residentes habituales de zonas urbanas.

2.3.- Globalización cultural y sida

Arju Appadurai, antropólogo indio, en la formulación de su «teoría de ruptura», explora la relación entre globalización y modernidad. En este ejercicio enfatiza dos asuntos característicos de la ruptura o transformación continua que se da en la sociedad: la migración en masa y la mediación electrónica. Él ve que estos dos fenómenos están interrelacionados y que afectan al «trabajo de la imaginación» como un rasgo constitutivo de la subjetividad moderna (Appadurai, 1996).

Appadurai argumenta que los medios electrónicos ofrecen nuevos recursos y nuevas disciplinas para la construcción de la imaginación de uno mismo y de la invención de mundos imaginarios. Yuxtapuesto con la migración de masas, ya sea voluntaria o forzada, el resultado es un nuevo orden de inestabilidad en las subjetividades modernas.

Este nuevo orden de inestabilidad, articulado por estas fuerzas de mediación y movilidad, es el que está estrechamente vinculado al sida. En primer lugar, el sida y la mediación electrónica junto a la movilidad física se impactan recíprocamente. Con la migración el sida viaja. Con los medios electrónicos, representaciones de sexualidad, amor y relaciones personales americanas, nacionales e internacionales recorren el mundo, alcanzando incluso países de alta prevalencia en el sur y este de África.

Mohamed Yunus, premio Nobel 2006, afirma: «La globalización debería suponer que ambos, ricos y pobres, ganamos y compartimos beneficios, no que tú tomas todo lo que puedes y me dejas lo que sobra. Las camisas que llevo están fabricadas en Bangladesh. Los campesinos recogen el algodón, otros trabajadores dan forma al producto, otros le dan el tinte, lo cargan en contenedores, etc. Y toda la gente que ha intervenido en el proceso debe repartirse 4'5 dólares mientras que la etiqueta de la tienda de Nueva York dice que vale 35

dólares. Si no aceptas las condiciones, te dicen que se marchan a otro lugar a fabricarla. Esto es la globalización: una autopista de 100 kilómetros tomada por los grandes y en la que los pequeños son expulsado de la carretera. Necesitamos una policía de tráfico que ponga las reglas.»

La epidemia de sida es la enfermedad de la globalización, según el director del Programa de Naciones Unidas para el sida, Peter Piot. «Nunca hubo una epidemia tan extendida y prolongada con efectos en todos los países», declaró Piot tras la presentación de un informe en el que advirtió que hacia 2020 podrían morir otros 68 millones de personas. Piot señaló que el sida tiene tres diferencias con otras enfermedades, que hacían particularmente difícil contener la expansión de la epidemia. «Tiene un largo y saludable período de incubación –explicó en primer lugar. Uno puede contar con una buena salud durante 10 ó 20 años pero estar en condiciones de infectar a otros.» El funcionario contrastó el sida con la epidemia de la llamada «gripe española», que causó unas 20 millones de muertes tras la Segunda Guerra Mundial. Quienes contrajeron la enfermedad contagiaron a otras personas en pocos días, antes de morir.

En segundo lugar, «el sida está afectando a jóvenes adultos, gente que normalmente no se enferma, pero que están contrayendo la enfermedad porque son sexualmente activos», afirmó. «El vasto número de muertes de jóvenes adultos tiene un efecto expansivo en la sociedad sin paralelismo con otras enfermedades epidémicas», agregó. Según Piot, el sida «arruinó familias, dejó una gran cantidad de huérfanos y acabó con las vidas económicamente más activas.»

El tercer factor exclusivo del sida es el estigma y la vergüenza que bloquean a la dirigencia política. «Ronald Reagan nunca mencionó la palabra sida en público», aseguró Piot, en referencia al presidente de Estados Unidos de 1980 a 1988, durante el amanecer de la epidemia. «Cuando hablo con líderes empresariales, no quieren saber nada con el sida –admitió Piot. Temen que pueda afectar su imagen.» La

escasa transparencia en algunos países también implica que no se dispone de datos confiables sobre tasas de infección con el sida. El último informe internacional no contiene información sobre unos 20 países, la mitad de ellos naciones árabes: Siria, Arabia Saudita, los seis emiratos del Golfo Pérsico, Túnez y Djibuti.

«No hay suficiente apertura –dijo el funcionario–, aunque sospechamos que los números son en realidad bajos y proceden en su mayor parte de usuarios de drogas por vía intravenosa.» Piot dijo confiar en la calidad de los informes provenientes de la mayoría de los países africanos, pero al mismo tiempo señaló que existen dificultades de metodología con respecto a China e India. «El tamaño de la muestra no es suficientemente grande», sostuvo, señalando que un aumento de un uno por ciento de infecciones en cualquiera de los dos gigantes de Asia correspondería a unos 10 millones de personas. No somos tan sofisticados como para estar en condiciones de hacer cálculos con una precisión de uno por ciento.

Consultado sobre los avances en el conocimiento científico del sida, Piot relató que existían progresos a nivel molecular. «Ahora tenemos un conocimiento extremadamente sofisticado de cómo actúa el virus, pero eso todavía no tiene ningún resultado práctico», subrayó.

Peter Piot decía en Toronto (2006): «Ahora formamos un compacto de diferentes ligas: liga de cambio global, del cambio climático, de la pobreza masiva y de los conflictos armados crónicos.» La historia del sida es también la historia de la globalización, pero no la globalización de mercados y beneficios, sino la globalización de una epidemia que cuenta la historia de la globalización de la conducta humana y sus redes de conexiones porque cada persona que vive con HIV está conectada con todas las otras personas que tienen HIV.

Y es que existe un movimiento de gente viviendo con HIV que observa como el virus se va extendiendo de forma globalizada. En 1985, el 5% de la población del centro de África tenía sida. En los años siguientes se extiende a Sudáfrica y después a todo el mundo.

En 1985, en Sudáfrica no había apenas casos; diez años más tarde era uno de los países más afectados del mundo.

En el siglo XXI se amplía la globalización de forma explosiva, especialmente en los países de la antigua Unión Soviética, y más y más en Asia. Jonathan Mann consiguió establecer un programa global contra el sida de significación histórica porque la respuesta al sida se basa en los derechos humanos y no en establecer cuarentenas. A partir de 1990, empezó a detectar el creciente número de niños huérfanos como consecuencia de la enfermedad. Ello se ha documentado en Uganda y Tailandia, países en los que la epidemia ha empezado a decrecer como resultado de la acción del gobierno y la comunidad. En África, los líderes han empezado a reconocer que el sida está afectando a la economía y a la sociedad.

2.4.- Globalización desde el punto de vista médico

En una conversación con el profesor de Ciencias Morfológicas, el doctor Smith-Agreda, en 2006, me decía que la globalización es un proceso que comienza a manifestarse en la última década del siglo XX. Su aparición surge de una manera «atropellada» –como casi todas las decisiones poco maduras– como consecuencia de querer dar una falsa estructura ética a un proceso ambicioso de pretender unificar los fenómenos económicos y, como consecuencia de ellos, intentar también la absorción de los fenómenos políticos, sociales y culturales como aseguradores de la consecución de la principal globalización, la económica.

Los argumentos que se utilizan y dónde se apoyan para realizar el proyecto se basan en:

1. La aparición de nuevas tecnologías de las comunicaciones
2. El extraordinario avance de los medios de transporte
3. La libertad en el movimiento del capital económico

4. La creación de las grandes multinacionales para comenzar a ejercer la unificación

Argumentos, aparentemente, todos muy positivos, ya que, según se expone, se van a proteger los unos con los otros, para asegurar la globalización o interdependencia económica y con ello dotar a la Humanidad de la felicidad.

Presentado de esta forma, cabría considerar que era una solución, pues parecía integrar en el desarrollo justo de la realización del trabajo a todos los países al crear una interdependencia hacia la consecución de una igualdad entre los distintos pueblos.

Pero, al igual que viene ocurriendo con la utopía, desde 1794, aquí existe un grave problema dado el momento en que se halla la evolución del proceso psicológico de la especie humana en que éste todavía está planificado y supeditado en su desarrollo al impulso de la inteligencia instintiva –sobre todo, obtención y dirección de sus conclusiones, que se mueven apresuradamente. Aunque la sociedad haya conseguido alcanzar la inteligencia racional, ésta no se halla con la necesaria independencia que la libere, controle e independice de la esfera del instinto, como lo demuestra la tendencia reiterativa hacia el hedonismo en todos sus actos.

Instintiva porque sigue los brutales impulsos de los procesos instintivos, que ya desde el mismo plano biológico resultan apasionados, emocionales e imprevisivos, y que posteriormente hay que ir corrigiendo, aplicando procedimientos racionales que subsanen los errores ocasionados por la precipitación en el planteamiento.

El más claro ejemplo biológico de apresuramiento en la globalización, con producción de errores, nos lo da la Naturaleza desde el mismo momento de la anidación del nuevo ser vivo placentario –dentro del claustro materno–, ya que la agresividad instintiva de las blastómeras del nuevo ser obligan a que la madre utilice su potencia teleológica, que la lleva a desarrollar la membrana

de Nitabu y Rohr para evitar ser devorada por este nuevo ser –su hijo, ya en fase de blástula.

Potencia teleológica que ejercita la defensa o corrección del error de la potencia instintiva de la blástula, de tal manera que, si no la realiza, acaba produciéndole una mola hidatídica que no solamente acaba matando a la madre, sino que, como consecuencia de su misma globalización instintiva, el hijo acabaría pagando su estupidez con el consecuente suicidio biológico que él mismo desencadenó al matar a la madre.

Estos hechos que indicamos son fácilmente observables en el falso proceso de igualdad que se pregona en la presentación de los protocolos de la globalización, ya que por la maduración más primitiva de la inteligencia instintiva no es justa, sino egoísta –como le corresponde por su origen instintivo–, y, en cuanto tiene oportunidad, controla y supedita a las naciones con menor renta per cápita, haciéndolas depender de los países ricos.

No se trata de igualar globalmente el salario de todos los seres humanos, sino de especular –con una mente económicamente instintiva– con el trabajo de los diferentes salarios de los distintos pueblos, olvidándose de las bondades de la obtención de los logros político-sociales que con tanto apasionamiento se habían predicado y defendido, como *lev motiv* en los comienzos de la presentación del programa de la globalización.

Naturalmente, este hecho trae como consecuencia la actuación sobre otros de los valores –de los que tanto se había blasonado en la exposición de la igualdad en la autonomía de todos los países–, cuando en realidad ocurre que esta autonomía –base de la dignidad de los pueblos–, se ve supeditada a los intereses de las grandes potencias mundiales, rayando en los límites de la esclavitud.

Por otra parte, el «maravilloso producto» de la globalización, al final –si llega a cristalizar y continuarse– está completamente desnaturalizado. Ha perdido el matiz y carácter propio y particular

que prometieron imprimir en sus productos y en la personalidad de la fabricación de los mismos, habiendo perdido la particularidad que debieron de establecerle las diferentes personalidades de los distintos pueblos que los fueron elaborando, tanto por procesos fabriles, como por procesos artesanales.

Estas personalidades suelen ser las más perseguidas, ya que una de las razones más importantes es la desnaturalización del producto para que resulten verdaderamente insospechables sus verdaderos orígenes, dados los diferentes vericuetos que le llevaron a su consecución, y poder calificarlos, posteriormente y para sus mayores ingresos económicos, con las etiquetas de las marcas de moda.

Ya desde un principio, y para absorber este problema, se presenta una verdadera *alma mater* falsamente benefactora, la Multinacional. Ésta carece de un lugar propio de ubicación, ya que ésta varía en relación a las necesidades económicas de su desarrollo, que las obligan a irse situando en varios países. La multinacional es, la que rige cada uno de estos momentos o procesos de globalización –pues la globalización única no existe–, dado que su maniqueísmo le exige, según se esté en la fase de actuación positiva o negativa, alojarse en un lugar u otro en relación a la necesidad del desarrollo de la planificación instintiva para la que se diseñó.

Si sucintamente consideramos los efectos obtenidos en estas dos últimas décadas, podremos observar el total fracaso, por el momento, que para la tan cacareada igualdad económica mundial del desarrollo ha constituido.

Lo único que se ha podido realizar –claro que hay que tener presente el poco tiempo que supone su existencia hasta el momento presente– ha sido marcar todavía más profundamente la diferencia entre el desarrollo de los pueblos, tanto en los niveles de pobreza, como en el PIB (Producto Interior Bruto) o en el IDH (Índice de Desarrollo Humano), así como en el descenso del consumo de calorías, ya que más de 750 millones de personas injieren –cada una

de ellas– menos de las 2.500 calorías diarias que necesita un ser humano para tener una alimentación normal y una buena defensa natural ante las enfermedades.

Aparte de estos efectos generales, sobre el plano económico –al estar desarrollado sin la meditación reposada y el análisis necesario para irlo aplicando paulatina y progresivamente– se han realizado impactos difícilmente recuperables que han llegado a repercutir tanto sobre la economía de los pueblos como sobre la salud corporal del individuo, al carecer éste de las mínimas defensas y, en consecuencia, vulnerando profundamente todos los parámetros humanos, entre los que consideramos el psicológico, por desgracia, uno de los más olvidados.

Ese dinamismo de traslado de la organización de la dinámica de las multinacionales, para poder actuar en los diversos lugares donde el maniqueísmo económico nos obliga a estar, nos ha hecho –siguiendo nuestros instintos– no adoptar las oportunas medidas de prevención para proteger nuestra salud y la de nuestros semejantes.

No atendemos a protegernos debidamente del contagio de las enfermedades que podemos haber adquirido en el ejercicio de esta dinámica de profesión. Apoyados en esta dinámica del desarrollo –con sus desplazamientos, comidas de trabajo, compromisos sociales, alternes, etc. –, actuamos inconscientemente de portadores y transmisores de los gérmenes de enfermedades que hemos adquirido en los más insospechados puntos del universo, en el fragor del ejercicio de esta globalización.

Esta inconsciencia y precipitación no sólo nos ha llevado a crear un falso cenit en el concepto de la globalización, sino a la actuación hipócrita y torticera de los métodos utilizados, llegando a abstraernos de nuestra responsabilidad con respecto a nuestros semejantes.

2.5.- Globalización, sida y desarrollo

En 1986 la esperanza de vida en Burkina Faso es, como media nacional para ambos sexos, de 41 años. Sin embargo, para las mujeres de este país que viven en el campo es de 33 años. Y casi el 80% de los habitantes viven en medio campesino. La existencia de una mujer o de una muchacha es muy dura. Las sucesivas sequías han acentuado el proceso de desertización a consecuencia de las numerosas intervenciones del hombre y de los efectos climáticos, rompiendo así el equilibrio de un ecosistema ya frágil. La deforestación de las zonas rurales y urbanas se ha convertido en un fenómeno general y alarmante.

Burkina Faso es el noveno país más pobre del mundo, si se considera la renta por habitante. Según la lista publicada por el Banco Mundial en 1986, Burkina Faso figura en la posición número 161.

En todas las sociedades humanas y especialmente en África subsahariana, las mujeres tienen un poder formidable: son las depositarias de los valores fundamentales de la sociedad, las guardianas del saber íntimo de los hombres. Generación tras generación transportan la identidad de un pueblo. Son las mujeres las que conservan la memoria colectiva no ritualizada y, por lo tanto, la más profunda. Ellas transmiten la vida, aseguran su permanencia, su florecimiento en la tierra. Son el depósito, el conservatorio de los bienes simbólicos. Los tuareg dicen: «En el instante de la muerte todo hombre pronuncia el nombre de su madre.» La liberación cultural de un pueblo, el cambio profundo y definitivo de las mentalidades pasa pues por las mujeres.

En Burkina, como en cualquier lugar del tercer mundo, la mujer es la proletaria del proletario, la oprimida del oprimido, la esclava del esclavo. En casi todos los grandes pueblos del

país, la mujer se encarga sola de la educación, la alimentación y la subsistencia del niño hasta los siete años de edad. Con sus propios hijos menores y los que el linaje les confía, las mujeres forman una comunidad cerrada. Gozan de una única protección, muy relativa: los embarazos se ven espaciados por el hecho de que cualquier relación sexual les está prohibida durante dos años, es decir mientras el bebé mama.

Mantener una familia en Burkina es a menudo una aventura dramática: la situación sanitaria, especialmente la de los hijos pequeños que están por completo a cargo de la mujer, es precaria. Las enfermedades transmisibles fueron responsables de más del 60% de las muertes en 1986.

Frecuentemente, las prácticas sexuales han sido vistas e interpretadas meramente como prácticas culturales que obstaculizaban el sexo seguro y que, por lo tanto, tenían que cambiar. Los sistemas tribales de organización social, las estructuras patriarcales y la poligamia han sido problemáticas para la consecución del sexo seguro y la prevención del contagio del VIH. La cultura y las prácticas culturales se ven cada vez más sujetas por las condiciones de un mundo que cambia rápidamente, donde mucha gente se ve atrapada en los conflictos resultantes del choque entre tradición y modernidad y entre el patriarcado o la igualdad de género. La cultura se ve cada vez menos como un obstáculo y se entiende cada vez más como un contexto de acción necesario.

A pesar del fuerte enfoque que se le está dando hoy en día al problema del sida, hay un reconocimiento creciente del mismo como un problema del desarrollo. Lo que ha ocurrido con el sida se puede comparar con lo que sucedió en Latinoamérica con el desarrollo del cólera a principios de los noventa. Generalmente se puede apreciar que los procesos de desarrollo insostenibles favorecen la aparición de epidemias. En Latinoamérica, a principios de los ochenta, se constató lo siguiente: «el aumento de la deuda nacional, la rápida

urbanización del suelo, la degradación medioambiental, el difícil acceso a los servicios de salud y los reducidos presupuestos públicos para infraestructuras sanitarias».

2.6.- Globalización del sida y la sangre contaminada

En 2006, la OMS alertó que 56 de los 124 países que tienen controlados no someten la sangre donada a pruebas para detectar si está infectada con el virus del sida, la hepatitis B y C o la sífilis. La falta de infraestructuras y de personal capacitado, así como el elevado coste que supone realizar estos análisis impiden garantizar la seguridad de la donación.

La OMS propone contar con donantes que no perciban ninguna compensación económica por su sangre. «Los donantes regulares no remunerados son el verdadero pilar a la hora de lograr provisiones duraderas de sangre limpia porque son menos propensos a mentir sobre su estado de salud y suelen llevar una vida más sana», señala la agencia sanitaria de Naciones Unidas en un comunicado con motivo del Día Mundial del Donante de Sangre.

En África del Sur, por ejemplo, el índice de prevalencia del virus del sida entre la población adulta es del 23,3%, mientras que entre los donantes regulares de ese país es del 0,03%. Las donaciones por habitante en los países de ingresos elevados son hasta quince veces superiores a los de las rentas más bajas, a pesar de que es en esos últimos donde son más necesarias.

Las transfusiones de sangre son vitales en los países más desfavorecidos para tratar patologías como la anemia asociada al paludismo grave en los niños o las complicaciones del embarazo. Estos dos problemas sanitarios causan un millón de muertes en el mundo cada año.

Transfusiones no remuneradas

En 1997, la OMS se propuso que el 100% de las donaciones de sangre llegaran a ser voluntarias y no remuneradas en todo el mundo, una meta «hacia la que se avanza muy lentamente». De hecho, la mayoría de los países en desarrollo aún dependen de las donaciones pagadas y de las de los familiares de los enfermos, aunque en países como China, Malasia o la India se han logrado grandes progresos durante los dos últimos años.

En España las donaciones son altruistas, aunque no son suficientes. El presidente de la Federación Española de Donantes de Sangre, Martín Manceñido, denunció que las donaciones «están estancadas o incluso han disminuido ante la indiferencia del Ministerio de Sanidad». Martín Manceñido aseguró que Sanidad «mira hacia otro lado en una cuestión tan importante».

Durante el año pasado se registraron 1.645.000 donaciones; este año no superan 1.634.000. El índice de donación también ha caído en España de 39 a 37 donaciones por cada 100.000 habitantes, según los datos de la federación de donantes.

Las donaciones no aumentan y las necesidades de sangre se incrementan con el aumento de la población. El presidente de la federación española, que agrupa a setenta asociaciones de donantes, considera que el gran crecimiento poblacional de los últimos años, fruto de la apertura de las fronteras, ha contribuido a esta disminución. En breve, se lanzará una campaña de concienciación sobre la importancia de la donación de sangre destinada a los inmigrantes, que cuenta con el apoyo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Desde que se estableció que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida afecta no sólo a los homosexuales sino también a heterosexuales toxicómanos que usan drogas intravenosas, hubo que pensar en la potencial responsabilidad etiológica de la sangre y sus

productos. Se imponía la analogía con la hepatitis postransfusional, que tenía un perfil epidemiológico similar.

En julio de 1982 los CDC hicieron públicos tres casos de sida en hemofílicos heterosexuales que habían recibido perfusiones masivas del concentrado del factor VIII de la sangre. En el curso de 1982 el número de hemofílicos infectados ascendió a 8, para llegar en 1983 a un total de 21 casos en Estados Unidos y 8 en Europa. Entre los 21 hemofílicos sidosos registrados en Estados Unidos a finales de 1983, 19 sufrían de hemofilia A y 2 de hemofilia B. De entre los 8 enfermos que había en la misma fecha en Europa, 7 de ellos tenían hemofilia A (uno en Francia). Todos habían recibido concentrados comerciales de los factores VIII y IX de la sangre. Para preparar estos derivados sanguíneos se mezclan los plasmas de muchos miles de donantes, lo que aumenta considerablemente el riesgo de infección.

En septiembre de 1982 ninguna publicación hablaba todavía de la transmisión del sida por la transfusión de sangre o de sus productos en personas no hemofílicas. Ciertamente se pensó de inmediato en la posibilidad de esa vía, aunque con mucha reticencia: las consecuencias sociales, económicas y psicológicas de la hipótesis eran terribles.

Harry Haverkos, uno de los especialistas más prestigiosos en ese campo, todavía sostenía que no había pruebas de la transmisión del sida por la sangre en condiciones habituales. Los hemofílicos serían una excepción porque reciben cantidades masivas de sustancias orgánicas extrañas, sin comparación con la transfusión ordinaria.

En noviembre de 1980, en ocasión de una intervención en el corazón por cirujanos de la famosa clínica Mayo en Rochester (Minnesota), se transfundieron seis unidades de sangre total, un concentrado de glóbulos rojos, seis concentrados de plaquetas y cuatro unidades de plasma congelado a un hombre de 53 años que padecía una angina de pecho. Veintinueve meses más tarde, ese

paciente tenía el sida. No era ni homosexual ni toxicómano ni haitiano.

La publicación del caso de Rochester en noviembre de 1983 cayó como una bomba: un acto salvador, triunfo de la medicina moderna, se convertía en una amenaza mortal. Se observaron casos similares en París (transfusión hecha en Haití), en Stamford, en Tel-Aviv o en Dallas. En el curso del año 1983, los CDC de Atlanta registraron la declaración de 39 casos de adultos en quienes una transfusión de sangre hecha en los cinco años precedentes era el único factor susceptible de explicar la aparición del sida. Hasta 1986 esa cifra no había dejado de aumentar en forma exponencial, duplicándose aproximadamente cada ocho meses.

Fue relativamente tarde, apenas en 1983, cuando se demostró la posibilidad de la transmisión del sida por relaciones heterosexuales. Las primeras observaciones seguras se referían a la aparición de la enfermedad de las compañeras de sedosos bisexuales o toxicómanos: el sida se manifestaba a veces en los dos miembros de una pareja heterosexual en la cual sólo el hombre tenía un factor de riesgo conocido. En junio de 1983 fue diagnosticado en la esposa de un hemofílico. Pese a su edad (74 años el hombre y 71 la mujer), la pareja no había renunciado a las relaciones sexuales.

Pero si estaba establecido que el sida podía pasar del hombre a la mujer por el coito vaginal, la contaminación en sentido inverso seguía siendo un problema no resuelto y ardientemente debatido. Había una paradoja curiosa: en las relaciones heterosexuales las mujeres se infectaban más fácilmente que los hombres y, sin embargo, el número de mujeres enfermas era relativamente reducido. Esa situación venía del papel preponderante de la homosexualidad masculina en el comienzo de la epidemia actual en Estados Unidos y Europa occidental. El ejemplo actual africano demuestra que las mujeres no están protegidas por su sexo, sino esencialmente por ciertas condiciones sociales de la transmisión del germen.

Desde 1984 se reconoció la importancia del papel de la prostitución femenina en la propagación explosiva del sida en África ecuatorial. En Norteamérica y Europa algunas prostitutas cayeron enfermas rápidamente pero, en definitiva, no tuvieron sino una incidencia menor en la expansión inicial de la epidemia.

Entre 1981 y 1984, la proporción de mujeres enfermas de sida pasó en Estados Unidos del 3 al 6'5%. En su mayoría eran toxicómanas por vía intravenosa. Pero la categoría de las mujeres infectadas por una relación heterosexual aumentaba constantemente. Las mujeres infectadas desempeñan un papel epidemiológico capital al transmitir el sida a fetos y a bebés. En 1982 se comprueba la aparición del sida en cuatro niños de entre dos meses y cuatro años de edad. Tres nacieron de madres enfermas, el cuarto de una madre aparentemente sana pero de origen haitiano. Pronto, el número de esos niños aumenta de forma inquietante. Al principio se piensa que la vía de infección más probable es el pasaje transplacentario del virus durante la vida intrauterina. No hay duda de que la contaminación es vertical, de la madre al hijo, pero aún no se sabe si se produce durante el embarazo, en el parto o después, por la leche, o incluso por las relaciones físicas estrechas con la madre en un momento de particular vulnerabilidad.

En 1977, el germen del sida contaminó los bancos de sangre estadounidenses. Las sospechas a ese respecto surgieron a partir del verano de 1982 y su realidad se demostró en otoño de 1983. En el Hospital de Bellevue de Nueva York se diagnosticó el sida en agosto de 1982 en un paciente que había recibido una transfusión y no presentaba en su anamnesis otro factor de riesgo. Varias publicaciones médicas, entre ellas *The New England Journal of Medicine*, rechazaron el original que relataba el caso. Los redactores tenían miedo de dar un paso en falso y atraer las iras de las instituciones poderosas.

Hasta el fin de 1984 los responsables de los bancos de sangre insistieron en interpretar las observaciones sobre el sida postransfusional como accidentes menores, negándose a extraer consecuencias (Bove, 1984). En 1984 se reprochó a *Annals of Internal Medicine* el haber publicado «informaciones anecdóticas» que atacaban el buen nombre de los bancos de sangre (Greenwalt, 1984). «No se debe gritar "fuego" en un teatro lleno de gente, aun cuando realmente lo haya, porque el pánico puede hacer más daño que el peligro», dijo después para justificar esa actitud el jefe del centro de transfusiones sanguíneas de Nueva York. El centro de control de Atlanta procedió con mucha cautela. No se emprendió un programa de identificación hasta 1985. Por lo tanto, una vía de infección considerable quedó abierta al sida durante 8 años. Una oportunidad como esa no se había presentado nunca en el pasado (Habibi, 1985). Es una demostración de que las nuevas tecnologías pueden producir catástrofes inesperadas.

En la mayor parte de los países europeos, la sangre no puede ser objeto de transacciones comerciales sino que es ofrecida por donantes benévolos. Durante 1985 Francia, la República Federal Alemana y algunos otros países europeos introdujeron los tests de identificación obligatorios. La seguridad que ofrece es grande, pero no absoluta (Masters, Jonson y Kolondi, 1988) ya que hay portadores de virus de inmunodeficiencia humana que son seronegativos (alrededor del 1%). Es poco, pero suficiente para incitar a reducir al mínimo las incidencias de la transfusión y, llegado el caso, preferir en las intervenciones programadas la reinyección al paciente de su propia sangre extraída de antemano y conservada en la nevera.

Curiosamente, existe también un riesgo de infección que se detectó en Valencia (Lago y Piot, 1988) para los donantes de sangre, no en la ocasión de una extracción simple sino en los casos de plasmaferesis, es decir, en la extracción seguida por la reintroducción de elementos figurados en la circulación. Como se ha señalado, este riesgo se

detectó en un centro de Valencia que adquiría plasma para fines comerciales, sin duda debido a un reciclaje indebido de una parte desechable del aparato de plasmaferesis, con lo que ahorraban un gasto. Este centro, frecuentado por viajeros cortos de dinero, contribuyó a la difusión del sida no sólo en España, sino en varios países europeos e incluso en Australia.

Hasta mediados del siglo XX, los hemofílicos morían jóvenes, la mayoría antes de los veinte años. El tratamiento transfusional transformó su destino. La transfusión de plasma fresco daba buenos resultados pero exigía estancias frecuentes en centros hospitalarios y acarreaba complicaciones inmunológicas. La mejoría decisiva llegó a mediados de los años sesenta por el uso de fracciones plasmáticas ricas en factor antihemofílico; con ello, la esperanza de vida de los hemofílicos se duplicó.

Sin embargo, más adelante se demostró que este avance biotecnológico podía encerrar grandes riesgos. El crioprecipitado simple del plasma proviene de un único donante, pero los crioprecipitados liofilizados y, sobre todo, los concentrados de los factores VIII y IX, se preparan utilizando una mezcla de los plasmas de muchos donantes. Los concentrados comerciales se fabrican de forma industrial y se distribuyen globalmente en circuitos internacionales. Cada lote de estos concentrados contiene la quintaesencia coagulante de la sangre de 2.500 a 20.000 donantes. Con la introducción de este método de producción, el riesgo de infección viral pasó a ser enorme. Especialmente si los plasmas recogidos procedían de países pobres, con lo que los beneficios eran mayores.

El VIH no dejó de aprovechar esa posibilidad de expansión. El análisis inmunológico de lotes de plasma congelado demuestran que los primeros casos de seroconversión sidosos en hemofílicos se remonta por lo menos a 1979 en Estados Unidos y a 1980 Inglaterra y Dinamarca (Madhol, 1985; Evatt, 1985). El sida empezó a

manifestarse en hemofílicos norteamericanos en 1979, pero no fue reconocido hasta febrero de 1982 (Ragny, 1983). En julio de 1982, el Centro de Control de Atlanta registró tres casos y lanzó una advertencia llena de pronósticos sombríos (Curran, 1983). Los indicios de contaminación de los concentrados sanguíneos eran tan graves que se hacía necesario reaccionar a la mayor brevedad y tomar medidas de seguridad, como reemplazar el recurso de los concentrados por la utilización de crioprecipitados simples de un solo donante. En este sentido se manifestó Desformes en un resonante artículo en el *New Journal Medicine* en enero de 1983.

El trabajo no tuvo efectos inmediatos. En un editorial de *The Lancet* publicada en abril del mismo año se daba cuenta de la reticencia del cuerpo médico. «Las vinculaciones entre la contaminación de los productos sanguíneos y el sida sugeridas por los norteamericanos deben considerarse como no demostradas» (*The Lancet*, 1983, p. 745). Esto tranquilizaba a los bancos de sangre, que continuaron imperturbables vendiendo sus productos. Las investigaciones experimentales sobre esterilización de los derivados sanguíneos por medio de calor y las radiaciones chocaban con el hecho de que en aquel momento no se disponía de un modelo animal conveniente y todavía no se conocía el virus responsable. Con todo ello, el tiempo de globalización del virus aumentaba, para facilitar la diseminación por el mundo, cosa que no había ocurrido antes con ninguna epidemia.

El plasma de origen norteamericano era más peligroso que el plasma recogido en Europa. Sin embargo, la mayoría de fabricantes europeos de concentrados sanguíneos utilizaban, al menos parcialmente, plasma de sangre adquirido en bancos de sangre norteamericanos. De todo ello se deduce que el comercio internacional de plasma utilizado para la preparación de derivados sanguíneos es el responsable de la globalización del sida en el mundo entero (Elliot, 1983; Poon, 1983).

El sida penetró en Ohio, Colorado, Alabama, en Japón. El sida llegó por derivados sanguíneos a España, Grecia e Italia (Papaevangelou, 1984; Melbye, 1984; Giodizzi, 1986; HaverKos, 1987).

Aun cuando el peligro de los derivados sanguíneos fue señalado a comienzos de 1983 y plenamente reconocido en 1984, hubo que esperar hasta 1985 para empezar a delimitar el daño realmente. Desde 1983 se sabía que los concentrados antihemofílicos calentados a 60° C durante varios días perdían el poder de transmitir el sida. En 1984, el Centro de Control de Atlanta recomendó los productos calentados, pero los expertos diferían en sus opiniones. Los fabricantes se enfrentaban a problemas económicos planteados por la existencia de *stocks* antiguos y el coste de las técnicas nuevas.

En Estados Unidos esa producción estaba en manos de capitales privados y, en consecuencia, sometido a las leyes del mercado y de la competencia. Frente al desafío creado por el sida, se reaccionó con retrasos burocráticos que fueron trágicos para los hemofílicos. La mayoría de los *stocks* antiguos de derivados sanguíneos no fueron retirados de la venta y continuaron distribuyéndose hasta 1985. Hay que tener en cuenta que los hemofílicos seropositivos pueden transmitir el virus a sus compañeros sexuales. El 10% de sus cónyuges sufren seroconversión, un número trágicamente elevado que contribuye a difundir el virus.

El Instituto Pasteur no da ninguna respuesta precisa. Sí que se insinúa un deseo de algunos periódicos de entorpecer la investigación francesa.

Poco a poco el debate se alarga y diversifica. Las relaciones entre los investigadores y los periodistas se van transformando. Estos últimos, abandonan el campo de la sola difusión del saber para pasar a adoptar un papel más activo y averiguar la verdad. Se produce un rompimiento entre los actores, que dejan de ser la fuente de información, y los otros en su papel de mediadores.

La puesta en marcha de métodos de control de la sangre y la recomendación de usar factores de coagulación tratados con calor están poniendo un freno a la infección en los receptores de sangre y hemoderivados de numerosos países. Los estudios realizados sobre la resistencia del HIV a procesos físicos y químicos han indicado su gran sensibilidad al calor. Algunos experimentos con retrovirus C de ratón y retrovirus humanos asociados al sida han mostrado la eliminación del virus infeccioso al calentar el factor VIII liofilizado durante 72 horas a 68°C o al calentar el producto líquido durante 10 horas a 60°C.

2.7.- El comienzo de los grupos de riesgo

El doctor Liebowich, invitado a un Congreso de la Asociación de Médicos Gay en 1982, señala que las prácticas homosexuales son un serio factor de riesgo de esta enfermedad moderna multifactorial. A partir de entonces, el término factor de riesgo se aplicará al sida.

El discurso se va volviendo cada vez más cultural y moral. Aparece como motor de cambio lo referente al modo de vida y los valores de finales del siglo XX y, en particular, lo concerniente a la libertad sexual. Se usan en la prensa escrita las nociones de riesgo, factores de riesgo y población de riesgo, proporcionando cifras sobre las que se va a basar la anticipación de futuro crecimiento del sida. Pero el discurso que se elabora con esta base es complejo. El término epidemiología viene, por proximidad lingüística, a evocar epidemias anteriores que han azotado la Humanidad. Simultáneamente, la aplicación del apelativo de riesgo a diversos grupos, personas o poblaciones implica que no todos los individuos son iguales frente a la enfermedad.

La palabra epidemia se define como el estudio de las enfermedades transmisibles causadas por un agente específico directamente

observable y dentro de un determinado entorno y afectando a ciertos huéspedes. La palabra huésped se usa en el sentido de persona capaz de albergar el agente causal, que puede ser el enfermo o también el portador. Seguidamente se empiezan a aplicar los términos matemáticos de probabilidad. Incluso afecciones crónicas de causalidad compleja. De esta forma, la noción de causa es sustituida por la de riesgo y factor de riesgo, que implica la relación estadística entre dos fenómenos. Bien usando el término causa o riesgo de manera imprecisa, el caso es que se impone la imagen a grupos particulares, llegando al término globalizante de «comunidad homosexual» o «modo de vida homosexual», considerándolas realidades homogéneas. Comunidad y modo de vida aparecen intrínsecamente conectados en el sida como una relación de tipo causal.

En esta manipulación ambigua de la causalidad se superponen las antedichas nociones. La transmisión de la enfermedad pasa por mecanismos específicos (entre ellos el coito anal) que se limita al grupo de homosexuales, lo que lleva a la idea de la maldición. Este mecanismo de la transmisión convierte la enfermedad en una epidemia cuya contagiosidad puede extenderse indefinidamente. El sida es pues un tipo de proceso que podría afectar a poblaciones cada vez más numerosas.

En esta perspectiva se plantea si los homosexuales son las víctimas o los responsables. El origen de la maldición y, sobre todo, la responsabilidad de una catástrofe futura que pueda afectar a otros llevan a un discurso moral. Las nociones y los hechos sobre los que se apoya son ambiguos. La noción de grupo de riesgo funciona en dos planos: riesgo de contraer la enfermedad pero, sobre todo, riesgo de poder transmitirla. Sería un grupo de alto grado de transmisibilidad.

Pero el discurso moral no se limita a los riesgos biológicos de esta minoría, los homosexuales. Éstos, su comunidad y su modo de vida concretizan la noción de grupo de riesgo por medio de la descripción

de la realidad social con su censura correspondiente. La información de la enfermedad se diversifica. Constituye un género distinto de los anteriores artículos de vulgarización. El sida ya no se trata bajo la rúbrica médica y se convierte en un hecho de la sociedad. Los noticieros se acompañan de entrevistas y puntos de vista de las más variadas personalidades.

Estos artículos están contruidos en el mismo modelo. En primer lugar describen paralelamente el mal estado de psicosis, de paranoia y las diferentes formas de pánico que han invadido principalmente el ambiente de gay americano y que progresivamente se ha ido extendiendo a la población en general. En segundo lugar, se sigue en dos direcciones, el de estigmatización de las víctimas por la sociedad normal y el de la movilización de los homosexuales para la lucha. La imagen que se da es la un combate contra la enfermedad pero también el combate entre grupos de diversas situaciones morales. Se anuncia que los homosexuales americanos están cambiando su estilo de vida y sus prácticas sexuales pero también se informa de la indignación de los gays frente a los mensajes moralizadores. Asimismo, se politiza el tema y se habla de la realidad anglosajona, de la cultura puritana y del legalismo. La preocupación por la salud pública se acompaña en general del respeto por la vida privada de los individuos afectados. Se predice que ahora con el sida todo va a cambiar: la sexualidad y el modo de vida de todos.

Se asiste a un discurso no ya sobre la enfermedad, sino sobre las reacciones que suscita. En 1984 se informa de la posibilidad de detectar anticuerpos antivirus del sida y de portadores sanos. Se expresa también la noción de seropositivos. A partir de esta fecha se asiste a un debate público que trasciende de los individuos o de los grupos particulares para ahora centrarse en el interés colectivo.

El mal se difunde a través de sangre contaminada, lo que plantea problemas para el estudio sistemático de los donantes de sangre. Se legisla la detección obligatoria de los anticuerpos en todos los

donantes de sangre. La enfermedad está en el espacio público, ligada a los políticos y la opinión pública, y día a día se va formando con la evolución de los acontecimientos.

En julio de 1985 se anuncia la enfermedad del actor americano Rock Hudson. Este actor se convierte la primera imagen viviente del sida. El sida antes y después de Rock Hudson. Se sabe que va a morir y se piensa que es homosexual. A parte del concepto de castigo y de angustia, se habla de lucidez, coraje y solidaridad.

Por otra parte, la noción de portador sano produce pánico. La explicación que se da sobre la presencia del virus y sobre todo la aparición de anticuerpos antiviral es confusa. Aunque no presentan la enfermedad de forma aparente, sí que pueden contagiarla y transmitirla. El número de portadores sanos, es decir, de personas contaminadas por el virus pero todavía no enfermas, es considerablemente importante. Tanto en el plano individual como colectivo, se plantea la cuestión de « ¿cómo podemos vivir con el sida? »

2.8.- La información de la prensa

Sournia (1987) dice que en nuestra sociedad, los autores y los consumidores de información tratan de complacerse los unos a los otros en lo que se refiere a sus gustos, preocupaciones, pasiones y fantasmas para satisfacer las necesidades de información. La complicidad es total entre clientes y abastecedores. Por ejemplo, a propósito del acontecimiento patológico contemporáneo que es el sida, Sournia hace unas reflexiones acerca del lugar obtenido por esta enfermedad en nuestra vida social para la presentación de la misma en los medios destinados al gran público.

Desde comienzo en 1979 la correlación de diversos estados patológicos aparecido en Estados Unidos han contribuido a la noción

del sida. Posteriormente en Europa se constataron hechos de la misma naturaleza, lo que llevó a una explosión periodística con lo que se han ido sucediendo una serie de superlativos. No se dudó en hablar de «peste de los tiempos modernos». Es un hecho sabido que los periodistas aman la exageración porque el público ama la sangre en la primera página. Afortunadamente, la medicina y la historia reconducen el fenómeno a su verdadera dimensión.

Con respecto a las conductas de riesgo se descubrió que los muertos se reclutaban sobre todo entre los homosexuales masculinos. Estos hombres homosexuales o heroinómanos estaban contagiados porque no practicaban las mismas costumbres que el resto de la sociedad denominada «normal» y que ésta parecía indemne. Su vida escandalosa era sancionada por un castigo de naturaleza divina. El mismo juicio moral se aplicaba, seguido por la misma actitud mental y social, a las prostitutas. Cuando se descubrió que la enfermedad podía transmitirse por otras vías, por ejemplo mediante la sangre, y que entonces los hemofílicos podían infectarse, los enfermos de sida se convirtieron en sujetos peligrosos para la sociedad. De escandalosos pasaron a convertirse en criminales debido a estar enfermos de sida. Además, se cargaba la peste y el cólera a los extranjeros, a los judíos y a los inmigrantes. El culpable de la enfermedad es aquel que tiene costumbres y origen diferente del nuestro, por tanto la culpa es de los otros. Los medios crean el terror e interpretan lo que el público desea.

La retrovirosis ha hecho penetrar a los informadores en el complejo mundo de la biología molecular y de la inmunología. No podían comprender las incertidumbres nacidas de todas las innovaciones científicas, acostumbrados a la hipótesis de que un sabio o un investigador no pueden convertirse en un hecho noticiable para un periódico, debido a la competitividad del mercado obliga a que sólo es útil si se convierte en un hecho seguro o cierto. Las dudas de laboratorio deben ser ignoradas por el público. La prolongada

experimentación traducida a una nota sucinta periodística se convierte en una mentira. Un sabio descubre que tal sustancia química o que tal interpretación sobre el modo de actuación del virus podría ser fecunda, enseguida el nuevo modo de investigación se presenta como un éxito contra la enfermedad. Y de esta manera, una mejora que se ha observado en esperanzas es rápidamente una desilusión. El triunfalismo injustificado afecta cruelmente a los enfermos, especialmente si además intervienen los hombres políticos, tan infantiles y ávidos de publicidad como ciertos periodistas.

El investigador debe ser prudente y discreto; el informador, en cambio, debe ser rápido y ruidoso. Cada uno de ellos no está familiarizado con las técnicas del otro. El sabio es una presa fácil pues no está habituado a las cámaras, al debate, a las preguntas ambiguas, a las preguntas en terrenos científicos inciertos a los que hay que responder sí o no. La falta de habilidad de los hombres de ciencia son rápidamente aprovechadas por los periodistas, y dado que la prensa ama los duelos, ella aviva las disputas de las distintas escuelas. Sería deseable que en el futuro los científicos se familiarizaran con las prácticas de los medios y que los periodistas respetaran escrupulosamente la ciencia.

Varias medidas han sido propuestas en Estados Unidos que resultan inquietantes e irrazonables. El presidente Reagan desearía que las pruebas del HIV fueran practicadas sistemáticamente a ciertas categorías de personas; ha obtenido la aprobación del Senado Federal y un apoyo masivo de la opinión pública, a pesar de la oposición formal del Centro de Control de Salud de Atlanta y de los médicos del país. Esta discordancia entre el público y el mundo científico ilustra la desafortunada acción de los medios y sus graves consecuencias.

Los relatos de los medios sobre la medicina deben ser aún más prudentes. Las relaciones mentales e intelectuales entre los médicos y los informadores deben tener comprensión recíproca para evitar

que las noticias se conviertan en desinformación, verdades parciales o en mentiras, y que puedan ser luego utilizadas por los fanáticos o los malintencionados creando crispación.

Algunos atribuyen un efecto benefactor a mantener el pánico y el miedo en los medios. Según las estadísticas de Estados Unidos, los clubes de hombres y mujeres que practican la promiscuidad han disminuido y los homosexuales se han hecho más fieles con su pareja y evitan la sodomía. El uso de los preservativos en las relaciones homosexuales y heterosexuales, de los que los medios hacen publicidad, quizá tenga resultados más fiables pero, sin embargo, limitados.

Si los médicos se esfuerzan en ser racionales evitando el moralismo, no pueden evitar que la patología de una sociedad esté en parte unida a sus costumbres. No resulta posible contar con los medios para extender la contención sexual y la estabilidad de las parejas, del mismo modo que el temor a la sífilis no ha disminuido el número de prostitutas ni la frecuentación de las casas de tolerancia. El periodista tiene su moral pero no hay que confiar demasiado en ellos para encauzar la moral de nuestra sociedad y la conducta de sus individuos.

Por otro lado, se comprende mal que los medios se apasionen selectivamente en razón de sus connotaciones morales por el sida, que se transmite sobre todo por vía sexual y por las jeringuillas, en tanto que otras plagas de naturaleza social y sociológica que tienen para la humanidad consecuencias más amplias –como por ejemplo el problema de las bebidas alcohólicas– no les presten atención. Por experiencia, está demostrado que la prensa rechaza artículos sobre el alcoholismo, que ocasiona en el mundo más víctimas que el sida. Existen más adictos al alcohol y al tabaco que homosexuales, heroinómanos y hemofílicos, pero el sida está de moda y los médicos no podemos compartir esta actitud discriminatoria, dado que la

muerte de un enfermo afecto de retrovirolosis HIV resulta tan dolorosa como la de un cirrótico o de un canceroso de pulmón.

En resumen, se pide a los medios que, dentro de su difícil oficio sometido a reales exigencias técnicas y urgencias artificiales, contemplen la incertidumbre de la ciencia con respecto al sida, todavía con muchos aspectos desconocidos. Los medios deben contribuir a la información y educación del público. Son, por tanto, agentes de servicio público. Pero en medio de los peligros que amenazan a nuestra pobre humanidad, sus reflexiones deben evitar extender la ansiedad, la angustia y el pánico.

2.9.- Periodismo responsable

En el XVI Congreso Internacional de Toronto 2006 hubo una sesión en la que se habló sobre todo de los llamados denialistas, un grupo de disidentes que niegan que el sida esté producido por el VIH. Afirman que la enfermedad el sida no es contagiosa y que los antirretrovirales son altamente tóxicos. Varios artículos han sido publicados en este sentido en el *Harper Magazine*. Los denialistas argumentan que el sexo seguro no es necesario, ni tampoco las agujas limpias. Ofrecen soluciones alternativas como por ejemplo tomar vitaminas, limón y ajo. Lo peor es que el Ministerio de Sanidad de Sudáfrica sigue sus indicaciones.

Esa forma de actuar ha ocasionado numerosas muertes innecesarias, con lo que se plantea el tema de la responsabilidad de los medios de comunicación en las mismas, capítulo oscuro que por el momento no se ha desarrollado. Este grupo ha conseguido persuadir a las personas que no son necesarios los análisis. Refieren que los tests de laboratorio no son específicos. Es cierto que, al comienzo, algunas pruebas tenían interferencias con el paludismo, la lepra y la tuberculosis, pero los tests actuales son mucho mejores y estas circunstancias ya no se producen. Pero el razonamiento es que, dado

que ocurrió una vez, desde entonces continúan sin reconocer que ahora esa deficiencia se solucionó: «*Well, you were wrong, therefore you must always be wrong.*»¹

Para el grupo de Perth, el VIH no existe. Por el contrario, Duesberg acepta que el VIH exista, pero afirma que este virus no produce daño y encuentra en las propias medicinas mal dosificadas la causa del mal. Su trabajo mereció un premio en metálico. Nancy Padian (1992) concluye que la infectividad del VIH es debida al excipiente nitrito amílico usado en las cápsulas. Esta escritora dispone de una página web en la que expande sus teorías no demostradas científicamente. David Crowe insiste que AZT es tóxico para la mujer embarazada, a pesar de que su uso ha sido autorizado por la Drug and Food Administration de USA. Crowe ha comparado la AZT con la dioxina y el plutonio.

Matias Raft vende vitaminas y se anuncia en los periódicos diciendo que éstas curan el sida. Incluso consigue dinero de fundaciones para difundir sus mensajes. Daniel Steel tiene un blog en Internet para repensar y reflexionar sobre sus ideas denialistas. Roberto Giraldo tiene otra página, <aidstruth.org>, cuya traducción – aids como sida– es «la verdad acerca del sida», y cuenta con el apoyo de la Fundación Matias Rath, una fundación que difunde mensajes que conducen al error. Rian Malan publica en *Noseweek* – obsérvese que no es *Newsweek*– artículos defendiendo las ideas de los disidentes. *The New York Times* indicaba que se estaba produciendo un conflicto de intereses y que los periodistas debían denunciar las noticias que anunciaban falsedades. AIDSTRUTH ha llegado a desaconsejar las vacunas, asegurando que son tan tóxicas como administrar mercurio. En la comentada sesión del congreso de Toronto se citaron otros periodistas como Bob Myers, Marilyn Chase, William Huméle, que hacían valoraciones inexactas acerca de la enfermedad.

¹ «Bien, estabas equivocado, así que debes estar siempre equivocado.»

Otro tema que salió a relucir fue la noticia de Gaetan Dugas, gay de Air Canada Flight, por algunos considerado como el enfermo número 0 de sida y el que lo difundió por el mundo. Dugas falleció en 1984, habiéndosele atribuido 48 contagios sin que la noticia se hubiera contrastado debidamente. Chris Moonie recuerda que todos somos vulnerables de ser manipulados y que en los periódicos deben diferenciar con claridad lo que es publicidad pagada de lo que son noticias verdaderas. Matias Rath ha llegado a anunciarse con publicidad pagada en *The New York Times*.

Muchos periódicos no distinguen entre ciencia y tecnología. Así, en el congreso se comentó que la investigación del sida está amarrada a la biotecnología y a la retrovirología, y que algunas industrias farmacéuticas estaban más interesadas en desarrollar medicamentos que tuvieran que utilizarse crónicamente que en el desarrollo de una vacuna. Los periodistas en la reunión criticaron la difícil accesibilidad que ofrecían los científicos y señalaron la necesidad de formar periodistas especializados en temas de salud, así como la de que algunos científicos se hicieran periodistas. Se señaló que los periodistas no eran simples estenógrafos.

Se recordó el caso de KwaZulu Natal en Sudáfrica, donde el 60% de las personas entre 25 y 29 % estaban infectadas de sida y donde uno de los líderes políticos fue acusado de violación. Este político se excusó diciendo que ella lo deseaba y que sabía que estaba infectada de sida, pero que no le pasaría nada porque poco después se había duchado. Así pues, concluyeron diciendo que era necesario subir el listón de la calidad informativa y denunciar a los charlatanes.

Existe un grupo minoritario de científicos y activistas surgidos en la década de los 80 que cuestiona la conexión entre el VIH y el sida, e incluso la misma existencia del virus. También ponen en tela de juicio la validez de los métodos de prueba actuales. Estos disidentes alegan que no son invitados a las conferencias sobre la enfermedad y que no reciben apoyo monetario para sus investigaciones. Han sido muy

criticados en el XVI Congreso de sida en Toronto 2006 y, en parte, se les achaca la mala situación en el sur de África, donde la creencia en sus teorías está muy extendida.

Miembros significativos de este movimiento son el profesor de biología molecular y celular Peter Duesberg, el matemático Serge Lang, la física médica Elena Papadopulos, el biólogo molecular Harvey Bialy, el químico experto en inhibidores de la proteasa David Rasnick y los Premios Nobel Kary Mullis (Química, 1993) y Walter Gilbert (Química, 1980). Parte de estos científicos disidentes acusan a los científicos del sida ortodoxos de incompetencia científica y fraude deliberado. Según los disidentes, los tratamientos aceptados oficialmente «provocan sida». Según ellos, esta afirmación se ve respaldada por la farmacocinética de los medicamentos y puede ser comprobada con una lectura cuidadosa de los prospectos.

Dentro de la comunidad científica existe un gran consenso sobre VIH/sida. Y aunque todavía existan varios aspectos de la enfermedad que se desconocen, se considera que la información que establece la relación causal entre el VIH y el sida es contundente. Gran parte de la comunidad científica cree que la posición de aquellos que niegan la existencia del VIH o su relación con la enfermedad va en detrimento de la adopción de medidas preventivas y terapéuticas adecuadas. El gobierno actual de Sudáfrica otorga credibilidad a estos científicos disidentes y por eso el sida en ese país está creciendo considerablemente. En respuesta a las hipótesis de los disidentes del sida, en julio del 2000 más de 5.000 científicos formularon una declaración conocida como la declaración de Durban que tuvo como objetivo difundir en lenguaje comprensible los datos más probados sobre la enfermedad.

A comienzos del siglo XXI, el sida se ha convertido en una epidemia mundial que afecta a personas de todos los continentes, y en la mayoría de los países no muestra signos de disminución. En los países occidentales, el índice de infección con VIH ha disminuido

ligeramente debido a la adopción de prácticas de sexo seguro por los varones homosexuales y, en menor grado, a la existencia de distribución gratuita de jeringas y campañas para educar a los usuarios de drogas intravenosas acerca del peligro de compartirlas. La difusión de la infección en los heterosexuales ha sido un poco más lenta de lo que originariamente se temía, posiblemente porque el VIH es ligeramente menos transmisible por las relaciones sexuales vaginales –cuando no hay otras enfermedades de transmisión sexual presentes– que lo que se creía antes.

Sin embargo, desde finales de los años noventa, en algunos grupos humanos del Primer Mundo los índices de infección han empezado a mostrar signos de incremento otra vez. En el Reino Unido, el número de personas diagnosticadas con VIH se incrementó un 26% de 2000 a 2001. Las mismas tendencias se notan en Estados Unidos y Australia. Esto se atribuye a que las generaciones más jóvenes no recuerdan la peor fase de la epidemia en los ochenta y se han cansado del uso del condón. El sida continúa siendo un problema entre las trabajadoras sexuales ilegales y los usuarios de drogas intravenosas. Por otro lado, el índice de muertes debidas a enfermedades relacionadas con el sida ha disminuido en los países occidentales debido a la aparición de nuevas terapias efectivas, aunque más costosas.

En países subdesarrollados, en particular en la zona central y sur de África, las malas condiciones económicas (que llevan por ejemplo a que en los centros de salud se utilicen jeringas ya usadas) y la falta de educación sexual debido a causas principalmente religiosas dan como resultado un altísimo índice de infección. En algunos países, más de un cuarto de la población adulta es VIH positiva. Solamente en Botswana, el índice llega al 35'8%. La situación en Sudáfrica, con un 66% de cristianos y con el presidente Thabo Mbeki que comparte la opinión de los desmentidores del sida, se está deteriorando rápidamente. Sólo en 2002 hubo casi 4'7 millones de infecciones. Otros países donde el sida está causando estragos son Nigeria y

Etiopía, con 3'7 y 2'4 millones de infectados en 2003 respectivamente. Por otro lado, en países como Uganda, Zambia y Senegal, se han iniciado programas de prevención para reducir sus índices de infección con VIH, con distintos grados de éxito.

Sin embargo, hay quien pone en duda las altas tasas estimadas de incidencias de sida en África, como el médico austriaco Christian Fiale, dado que la enfermedad se diagnostica casi siempre sin pruebas virales, debido a su coste, y basándose en síntomas no específicos que pueden ser causados por desnutrición, diarreas o por otras enfermedades como tuberculosis. También se denuncia que las tasas están basadas más en estimaciones y presunciones que en casos diagnosticados. Estos escépticos comentan que las muertes reales en Sudáfrica por sida son muy inferiores a los casos estimados oficialmente. Señalan, además, que existen países con incidencias muy altas de sida que tienen altas tasas de crecimiento demográfico, como Botswana, mientras que otros países como Uganda, con altísimas tasas hace unos años, ahora las tienen bastante bajas, tal que es imposible que haya bajado tan drásticamente.

3.- APORTACIONES

3.1.- Objetivo y Metodología

El objetivo primordial de esta investigación es averiguar si en el tratamiento que hacen del VIH-sida en los medios impresos españoles se da de manera explícita o implícita la prevención, entendiendo que ésta puede ser el resultado de un uso particular del lenguaje verbal, pero no perdiendo de vista que la prevención también puede derivar de la selección de las informaciones o del tratamiento que se haga de ella (opiniones, puntos de vista, empleo de fuentes, uso correcto del lenguaje biomédico, etc.).

En definitiva, tenemos que prestar atención al uso de la subjetividad lingüística pero no hemos de olvidar que la prevención puede encontrarse en otro sitio y que un uso correcto del lenguaje no presupone que la misma no exista.

En este punto nos diferenciamos de algunos de los análisis que se han hecho hasta la fecha, que ponían énfasis en el análisis del texto verbal, adjetivos, metáforas, titulares, etc. Consideramos que estos análisis han sido y son pertinentes, pero que no deben enmascarar lo que consideramos más importante, que es romper la cadena epidemiológica. La cadena epidemiológica posee tres eslabones que son en primer lugar el agente causal o virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH). Seguidamente, los mecanismos de transmisión por vía sexual, la vía sanguínea y la transmisión vertical madre embarazada al hijo. Y finalmente, el huésped ó receptor.

Respecto a este último punto, se puede observar una clara evolución de su tratamiento en la prensa, de manera que al principio eran los homosexuales y luego los haitianos, los heroinómanos y los hemofílicos, lo que constituía las cuatro haches. Seguidamente la prensa comenzó a hablar de grupos de riesgo en los que se añadía a

los anteriores las prostitutas. Posteriormente se pasó a hablar de conductas de riesgo y actualmente se habla de grupos vulnerables.

Por consiguiente:

1. Como hemos apuntado, intentamos demostrar con esta investigación que la prevención está incorporada a las rutinas periodísticas.
2. Mantener que las piezas informativas deben ser analizadas en su totalidad como unidades susceptibles de aportar información.
3. Que aunque los periodistas están haciendo un uso más pertinente del lenguaje que años atrás, la prevención sigue manteniéndose alerta.
4. Intentar aportar algo nuevo a la hora de analizar el tema de la prevención.
5. Insistir en el aspecto científico, buscando un rigor en la selección de las fuentes. Para ello nos ha servido de guía el último Congreso Internacional del sida de Toronto de 2006.

De aquí se desprende que hayamos usado técnicas cualitativas a la par que cuantitativas en la realización de esta investigación. Para llevar a cabo la misma, hemos tenido en cuenta las piezas periodísticas que han aparecido en tres diarios nacionales (véase difusión de los diarios en el Corpus pag.80).

- *El País*
- *El Mundo*
- *ABC*

Se trata de tres periódicos con líneas editoriales diferenciadas y por lo tanto con públicos objetivos distintos, de gran difusión, muy asentados en el mercado, con gran capacidad de crear agenda e influir sobre los otros medios y con unas maneras de hacer (en

contenido y forma) que les confieren personalidades marcadas y distintivas.

Entendemos por pieza periodística todos aquellos textos que, de una manera relevante, sea cual sea su género, recojan informaciones, interpretaciones o comentarios referentes al objeto del estudio.

La muestra se extrajo entre las informaciones que se editaron entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2006. En total doce meses. Tiempo que consideramos suficiente para recoger una cantidad que pudiera resultar significativa para la investigación.

Por otra parte, el análisis de doce meses consecutivos nos permite ver cómo se producen los flujos informativos, si estos caminan en paralelo en los tres diarios, y la importancia o no de los eventos a la hora de configurar la agenda periodística (de ahí que nos interesara especialmente que el día 1 de diciembre apareciera como fecha incluida en el período de la muestra, así como los días del 13 al 18 de agosto de 2006 que corresponden al XVI Congreso Internacional del sida de Toronto).

Para seleccionar las piezas periodísticas utilizamos los buscadores de los respectivos diarios. Esta afirmación hace que tengamos que hacer las siguientes consideraciones:

- Con el uso de los buscadores pretendíamos asegurarnos que tendríamos en cuenta todas las informaciones relevantes sobre el objeto del estudio.
- Además, nos permitirían tomar en consideración piezas de las distintas ediciones de periódicos, lo cual fue un acierto ya que nos encontramos con textos de gran interés para esta investigación que fueron publicados pero que no se incluían en todas las ediciones.
- Junto a las ventajas reseñadas hemos de mencionar un inconveniente que consideramos de gran relevancia y sobre el cual seguiremos hablando en este análisis: los criterios

- Después de varias pruebas decidimos que lo conveniente era buscar con las palabras claves VIH y sida. VIH se refiere al agente causal, que es el virus de la inmunodeficiencia adquirida. En cambio, sida es un síndrome con manifestaciones que presenta el enfermo.
- La mayoría de las piezas responden a la búsqueda por sida, sobre este punto hablaremos detenidamente a lo largo de la investigación. El número de piezas que se encontraron mediante el término VIH es sensiblemente inferior.
- Debemos tener en cuenta que fueron miles de referencias, ya que en ellas se incluían piezas informativas y divulgativas, por lo que tuvimos que hacer un detenido proceso de selección.
- De nuevo nos encontramos con criterios documentales distintos según los diarios. Hay buscadores que indican relevancias y otros que no, y entre los que indican relevancias no hay un criterio estándar.
- Todo ello nos obligó a no fiarnos en exceso de las herramientas documentales y tener que ir afinando la búsqueda de maneras distintas según el diario.
- No hemos pretendido en ningún momento establecer clasificaciones de buenas prácticas periodísticas (en cuanto a diarios o autores), aunque sí hemos buscado el rigor científico. Hemos insertado una serie de resultados de los que se infieren unas conclusiones, simplemente.
- Algunas conclusiones a las que podemos llegar no deben ser leídas sin tener en cuenta los procesos productivos periodísticos en general y de cada medio en particular.
- Debemos tener en cuenta que los recursos que los diarios dedican al tema salud son muy dispares. Y esta disparidad se materializa en qué entienden por salud. En nuestro trabajo

seguimos la definición de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Por lo tanto es algo subjetivo, ya que hay personas que con facilidad se encuentran bien y otras mal, en parte, debido a entorno desfavorable. También depende del espacio que cada periódico le dedica, como lo conciben (secciones, separatas, etc.) y si cuentan o no con periodistas especializados. Ahora bien, también debemos decir que detrás del número y calidad de los recursos hay una voluntad editorial, dado que se trata de tres periódicos de solvencia económica y profesional.

3.2.- Presentación de los resultados

El informe Quiral (2006) registra en total 303 noticias sobre sida en los periódicos *ABC*, *El Mundo*, *El País*, *El Periódico* y *La Vanguardia*, distribuidas a lo largo del año de la siguiente forma:

Enero 12, febrero 7, marzo 25, abril, 23, mayo 0, junio 0, julio 26, agosto 67, septiembre 15, octubre 25, noviembre 39 y diciembre 42.

Llama la atención desde el punto de vista estadístico que en mayo y en julio no se registrara ni una sola noticia sobre el sida, como si hubiera dejado de existir, o que es posible que hubiera bajado en la escala de prioridades selectivas de la búsqueda automatizada.

Las búsquedas efectuadas con Internet de los periódicos *El País*, *El Mundo* y el *ABC* han sido revisadas de acuerdo con lo expresado por A. Fauci y P. Piot en el último Congreso Internacional del sida celebrado en Toronto de la forma siguiente:

Como decía el profesor José María López Piñero, Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad de Valencia, cada tema tiene su Papa y su colegio apostólico. Para mí, el Papa de la prevención del sida es Peter Piot, presidente de ONUSIDA, y su colegio apostólico lo constituyen, entre otros, Antonio Fauci, Halperin y Luc Montagnier.

Peter Piot es el director del programa de lucha contra el sida de la ONU. En Internet tiene 533.000 referencias en Internet. Por su parte, Luc Montagnier es el descubridor del virus de la inmunodeficiencia humana causante del sida (379.000 referencias). Antonio Fauci es director del Instituto Nacional de la Salud de USA (930.000 referencias) y D.T. Halperin investigador de Harvard (374.000 referencias).

Todos ellos están de acuerdo en la tríada formada por la abstinencia, la fidelidad conyugal y los condones, llamada estrategia ABC de las siglas anglosajonas *Abstinence, Be faithful y Condon*.

Esta tríada propuesta por Halperin en el artículo publicado en *The Lancet* en 2004, bajo el título «Es hora de ponernos de acuerdo», ha sido respaldado por 250 universidades y organismos de reconocido prestigio científico. También Bush y la administración americana son partidarios de la citada tríada. La Iglesia sólo admite A y B, es decir, abstinencia y fidelidad conyugal. Bush ha dado 15 millones de dólares para cinco años de lucha contra el sida, pero señala que el 30% debe gastarse para promocionar la abstinencia y la fidelidad conyugal. La búsqueda de enunciados con la palabra fidelidad conyugal ha dado en los tres periódicos consultados un resultado totalmente nulo, cero hallazgos. En cambio, la palabra infidelidad aparece en *El País* 75 veces, en *El Mundo* 272 y en *ABC* 44. Y la exitosa serie titulada "Sexo en Nueva York" especialmente orientada a la promiscuidad

El XVI Congreso Internacional del sida de Toronto nos ha servido de guía para categorizar los resultados. Fauci decía en este congreso que los avances en la prevención se estaban produciendo en los siguientes campos:

1. Educación encaminada al cambio de conductas. Sexo responsable.
2. Interrumpir la transmisión vertical del VIH de la madre al niño. Sólo el 5% de los niños enfermos está en tratamiento. Está demostrado que si las gestantes seropositivas se tratan a

tiempo durante el embarazo, un 70% de los niños nacen sin sida.

3. Prevención de la drogadicción.
4. Programa de jeringuillas limpias gratuitas.
5. Circuncisión.
6. Condones.
7. Microbicidas.
8. Prevención de infecciones de transmisión sexual. Según la OMS se producen anualmente 340 millones de infecciones de transmisión sexual (sífilis, gonococia, clamidiasis, hepatitis B, chancro blando, trichomonas etc.).
9. Profilaxis, terapia antirretroviral. Algunos trabajos señalan que cuanto más precoz es el tratamiento, mejores resultados se obtienen.
10. Vacuna. Según Montagnier, Descubridor del virus del sida, investigar en una vacuna para el sida es tirar el dinero a la basura. El virus del sida permanece latente dentro de la célula. Existen algunas enfermedades víricas en las que no ha sido posible encontrar una vacuna eficaz, como por ejemplo con el herpes, que también permanece latente intracelularmente. Se han ensayado 60 vacunas y sólo una ha llegado a la fase 3, teniendo en cuenta que la evaluación consta de 5 fases.

Fauci dijo en Toronto (2006) que su investigación se orientaba al estudio de la persistencia en reservorios de VIH. Hay que recordar que nadie se ha curado de sida. El virus actualmente no se puede erradicar en los sujetos tratados, en los que permanece latente y que, en el momento en que dejan de tomar medicación, se produce una reactivación del virus, si bien hay que reconocer que con el tratamiento se consigue reducir la dosis infectante de los enfermos masculinos. El Dr. Julio Muntaner, presidente del próximo Congreso Internacional de Sida, ha desarrollado una hipótesis matemática para calcular la reducción de la dosis infectante con el empleo de los

fármacos actuales y vislumbra la posibilidad de llegar a suspender la medicación, lo cual está todavía por demostrar.

3.3.- Autores básicos de referencia

Nos ha parecido interesante verificar si los autores que hemos señalado como referentes (Fauci, Piot, Montagnier y Halperin) eran citados en los tres diarios consultados durante el año 2006, dado que estos autores son importantes en las revistas científicas serias como *The Lancet* y *New England Journal of Medicine*. Estos han sido los resultados:

- a) *El País*: Piot, 14 veces; Montagnier, 5; Halperin, 4; Fauci, 0.
- b) *El Mundo*: Piot, 59 veces; Montagnier, 15; Halperin, 4; Fauci, 15.
- c) *ABC*: Piot, 44; Montagnier, 17; Halperin, 0; Fauci, 22.

Si comparamos estos resultados con las ocasiones en que se citan en revistas científicas importantes obtenemos:

- a) *The Lancet*: Piot, 61; Montagnier, 10; Halperin, 6; Fauci, 42.
- b) *New England J.of Medicine*: Piot, 3; Montagnier, 4; Halperin, 57; Fauci, 55.

Llama la atención que Fauci no aparezca ni una sola vez en *El País*, en tanto que *El Mundo*, *ABC*, *The Lancet* y *New England* lo citan repetidas veces.

Afortunadamente, se ha publicado recientemente en la prestigiosa revista *The Lancet* un consenso internacional firmado por una multitud de científicos que apelamos al cese de discusiones partidistas mientras mueren millones de seres humanos. Este consenso, auténtico punto de inflexión en la prevención del sida/VIH, ha sido firmado por 140 personas de 36 países de los diferentes

continentes. Cincuenta son del ámbito universitario, veinte tienen afiliación religiosa y cinco son de agencias de Naciones Unidas. Lo firman también el director de los programas HIV de la Organización Mundial de la Salud y los dirigentes de los programas de sida-VIH de varios

3.4- La estrategia ABC

En relación con la estrategia ABC (abstinencia, fidelidad conyugal y condón), hemos realizado también una búsqueda correspondiente al año 2006. La palabra abstinencia sexual aparece, en las piezas analizadas, 3 veces en *El País*, en 38 ocasiones en el diario *El Mundo* y 7 en *ABC*.

Las palabras fidelidad conyugal no aparecen ni una sola vez en los tres periódicos consultados, por eso hemos buscado monogamia, dado que lo que se trata es de evitar la promiscuidad. La palabra monogamia aparecía las siguientes ocasiones en el año 2006: 3 veces en *El País*, 15 en *El Mundo* y 15 en *ABC*.

Por último, la palabra condón aparecía en 41 ocasiones en *El País*, 17 en *El Mundo* y 12 en *ABC*.

Al éxito de Uganda se refería un manifiesto internacional en apoyo de la estrategia ABC, publicado en la revista médica *The Lancet* (27-11-04). El texto advierte que es obligado «ofrecer a la gente la información más exacta de que se disponga sobre cómo evitar el VIH, así como estimular cambios en las costumbres para reducir la difusión del virus». Pero, añade, las fuertes discrepancias en torno al modo de prevenir la transmisión sexual del sida perjudican los esfuerzos para combatirla. Por eso insta a la comunidad internacional a «unirse en torno a una perspectiva completa, basada en datos comprobados», entre ellos la eficacia del sistema ABC. Según el

manifiesto, los tres elementos del ABC pueden contribuir a reducir la epidemia.

Ahora bien, no todo programa tiene que promover todos los puntos. Cada organización de lucha contra el sida puede centrarse en el elemento o elementos que considere más apropiados. Además, hay que dosificarlos de distintas maneras, según los casos. Con los jóvenes, «si no han iniciado la actividad sexual, la primera prioridad ha de ser alentar la continencia» (A); en caso contrario, «la manera más eficaz de evitar la infección es volver a la continencia o mantener la fidelidad mutua entre personas no infectadas» (B). Si esto no basta, se puede promover el preservativo (C), informando a los jóvenes de que reduce el riesgo de infección en un 80-90% de los casos, a condición de que se use bien y siempre, y previniéndoles contra las consecuencias del uso incorrecto o esporádico.

Por otra parte, «con los adultos sexualmente activos, la primera prioridad ha de ser promover la fidelidad mutua entre personas no infectadas», el preservativo en este caso es un último recurso. Con personas en peligro grave (por prostitución, relaciones homosexuales...), «la primera prioridad ha de ser promover el uso correcto y constante del preservativo, junto con otros enfoques como evitar conductas o parejas de alto riesgo».

El consenso que propone el manifiesto incluye otros tres principios. El primero es que los programas de prevención cuenten con las organizaciones locales y respeten los derechos humanos. El otro es buscar la cooperación de instituciones religiosas y civiles, que pueden promover eficazmente cambios en la conducta sexual. Se afirma además que los padres deben ser apoyados en la comunicación de sus valores y expectativas sobre conducta sexual.

Pasamos ahora a comentar las piezas analizadas que figuran en el corpus anexo que acompaña al presente trabajo. Para facilitar la lectura, los enunciados los agruparemos en categorías, a sabiendas de la artificialidad de las mismas. En algunos casos haremos un

pequeño comentario. Adjuntamos la fecha de publicación, pero no consideramos oportuno nombrar ni la publicación, ni mucho menos, en caso de que lo hubiera, la firma de su autor como han hecho García Sodo y colaboradores en su trabajo titulado *El tratamiento del VIH sida en los medios de comunicación escritos españoles*, publicado en 2006, publicado por el Observatorio de Derechos Humanos y VIH/SIDA en Bellaterra (Cerdanyola del Valles).

3.4.1.- Abstinencia

Antes de empezar a tratar las piezas analizadas en relación con la abstinencia quisiera repetir una frase dicha por una de las asistentes al Congreso de Toronto 2006:

«Muchas mujeres africanas quisiéramos practicar la abstinencia, pero las leyes y las costumbres locales nos lo impiden, por lo que quedamos en situación de gran vulnerabilidad. Carecemos del derecho humano de poder protegernos si queremos.» Destaco esto, porque cuando se habla de abstinencia se piensa sobretodo en el varón. Está bien documentado que el retraso del inicio de la actividad sexual en los jóvenes disminuye el número de infecciones de sida.

«Britney Spears promete seis meses de abstinencia sexual»
(20/11/2006)

«Ética y recuerdos». Destaca las funestas consecuencias del pontificado que defiende la abstinencia como mejor solución para el sida sin haber oído a los que la padecen (5/11/2006).

«Crítica a EEUU por la presión sobre el aborto». En este trabajo se dedica a negar el éxito obtenido en Uganda fomentado la abstinencia y la castidad frente al uso de condones (11/11/2006).

«Ayuno, oración y solidaridad». En el Ramadán, durante el día debe tenerse una absoluta abstinencia tota con respecto la alimentación y al apetito sexual (18/02/2006).

En ocho de once países subsaharianos estudiados ha disminuido el porcentaje de jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años y ha aumentado el uso del preservativo (ONUSIDA, 2006).

Seis de once países africanos fuertemente afectados por el VIH comunicaron un descenso del 25% o superior en la prevalencia del VIH entre individuos de 15-24 años en poblaciones urbanas (ONUSIDA, 2006).

Cuando pasé el examen referente al trabajo de investigación uno de los jueces comentó: «Cuando a uno le pica la oreja, lo natural es rascarse».

3.4.2.- La fidelidad conyugal

«Scarlett ha sido elegida la mujer más sexy del mundo por la revista *Esquire*». La actriz dice que a pesar de que la monogamia puede ir contra el instinto, está feliz con su novio y ella no es promiscua (11/10/2006).

El mayor estudio sobre sexo identifica a los occidentales con más promiscuos, en cambio en los países pobres las relaciones sexuales comienzan antes (01/08/2006).

«Si hay honestidad, todas las parejas nacen con vocación de futuro» (20/01/2006).

«La estrategia ABC habría evitado seis millones de infecciones de VIH y supondría también 4 millones menos de huérfanos» (19/10/2006).

«EE.UU. aconseja antirretrovirales tras relaciones sin protección» (23/04/2006).

La fidelidad conyugal no es noticia, en cambio la infidelidad sí que lo es y permite vender periódicos, incluso existe un prensa de corazón dedicada casi principalmente a ese tema. Recuérdese la famosa entrevista a Diana de Gales sobre la infidelidad de su marido en la BBC, reconocida como la más memorable de todos los tiempos.

Unos 340 millones de personas contraen alguna infección de transmisión sexual curable. ONUSIDA estima que la mitad de las nuevas infecciones corresponden a menores de 25 años. De todas las nuevas infecciones con el VIH, unas tres cuartas partes son resultado de la transmisión sexual entre hombres y mujeres. Las actitudes y los comportamientos de los hombres tienen una importancia crítica para las acciones de prevención. Los hombres tienen un abrumador poder en las decisiones sobre cuestiones sexuales, inclusive sobre la utilización de condones.

En muchas sociedades, se espera que las mujeres sepan muy poco sobre esas cuestiones y las que plantean la cuestión del uso de condones corren el riesgo de ser acusadas de infidelidad o promiscuidad. La violencia contra las mujeres y las adolescentes, y el terror a esa violencia, menoscaban más aún la posición de negociación de la mujer. El sida surgió en la década de los ochenta como una enfermedad masculina, pero ha ido en aumento la proporción de mujeres infectadas en comparación con los hombres: del 35% en 1990 y 41% en 1997, las cifras de sida femenino han aumentado hasta 48% en 2004 y el 55% en 2006. De las mujeres que tienen reacción serológica positiva al VIH, muchas están casadas y sólo han tenido un compañero sexual: sus esposos.

En algunas zonas de África y del Caribe, las dos regiones donde es más alta la prevalencia del VIH, las probabilidades de que las jóvenes de 15 a 24 años de edad estén infectadas son hasta seis veces superiores a las de los varones de la misma edad.

Las jóvenes son el grupo más afectado en todo el mundo: constituyen un 67% de todos los nuevos casos de VIH en el grupo de

15 a 24 años de edad en los países en desarrollo. En África, al sur del Sahara, las jóvenes constituyen un 76% de los jóvenes que viven con el VIH. En algunos países de esta zona africana, donde está proliferando el sida, hasta un 38% de las adolescentes solteras de 15 a 19 años de edad han entablado relaciones sexuales a cambio de dinero o de mercancías.

Peter Piot sostiene que en África, más que una protección, el matrimonio es un riesgo de infección por VIH. Algún epidemiólogo ha dicho: «No hay que ser mujer africana, joven y casadas.» En general, la gente piensa que el matrimonio es un ámbito seguro, pero en muchos lugares acarrea para las mujeres apreciables riesgos.

- Más de cuatro quintas partes de las nuevas infecciones de mujeres con el VIH ocurren dentro del matrimonio o en relaciones de pareja de larga duración.
- Se estima que en África al sur del Sahara, entre 60% y 80% de las mujeres que tienen reacción serológica positiva al VIH han sido infectadas por sus esposos, sus únicos compañeros sexuales.
- Al menos un 50% de todas las mujeres senegalesas que viven con el VIH indicaron sólo un factor de riesgo: vivir en una unión «monógama».
- En México, más del 30% de las mujeres diagnosticadas con el VIH descubren su situación después del diagnóstico de sus esposos.
- En la India, un 90% de las mujeres que viven con el VIH dijeron que al contraer matrimonio eran vírgenes y que se mantuvieron fieles a sus esposos durante el matrimonio.
- En Camboya, un 42% de todas las nuevas infecciones con el VIH se deben a la transmisión de los esposos a sus esposas. De

las nuevas infecciones, una tercera parte corresponde a los hijos de esas mujeres.

- En Tailandia, un 75% de las mujeres que viven con el VIH probablemente han sido infectadas por sus esposos.
- En Marruecos, hasta un 55% de las mujeres con reacción serológica positiva al VIH fueron infectadas por sus esposos.
- Los estudios indican que las mujeres casadas prefieren correr un riesgo de infección con el VIH antes que pedir a sus esposos que utilicen un condón (preservativo), pues eso las obligaría a encarar el hecho de que ellos podrían ser infieles. En dos distritos de Uganda, solo un 26% de las mujeres dijeron que es aceptable que la esposa pida a su esposo que use un condón.

«Yo, no comprendía cómo yo, una mujer obediente, podía haber sido infectada, puesto que siempre fui fiel al único hombre en mi vida». (Mujer de Burkina Faso que vive con el VIH).

El enfoque ABC de la prevención del VIH corresponde a las iniciales en inglés de tres preceptos: abstenerse de las relaciones sexuales, ser fiel a la pareja o usar condones. En verdad, los programas ABC han creado mayor conciencia acerca de la prevención del VIH. No obstante, a menos que tanto las mujeres como los hombres estén en condiciones de adoptar decisiones libres y bien fundamentadas, los mensajes ABC pueden dejar de lado factores de importancia crítica, que deben enfrentar millones de mujeres:

- ¿Puede una adolescente insistir en que su esposo, de más edad, use un condón o que sea fiel?

- ¿Puede una mujer maltratada que depende de su compañero o esposo para que la mantenga, a ella y a sus hijos, plantear la cuestión de la fidelidad o del uso de condones?
- ¿Puede una joven esposa insistir en el uso de condones cuando está bajo presión de tener un hijo cuanto antes para ser aceptada por sus parientes políticos?
- ¿Puede una trabajadora del sexo, que se debate tratando de alimentar a sus hijos, negarse a prestar servicios a un cliente que no quiere utilizar un condón, en especial si paga el doble de la tarifa usual o más?
- ¿Puede una adolescente víctima de coacción sexual o violación protegerse a sí misma?
- ¿Puede una esposa mantenida decidir cuando debe pagar el débito?
- El consejo de mantener la abstinencia hasta el matrimonio, ¿preserva la seguridad de los jóvenes, cuando éstos, en su mayoría, ya iniciaron su actividad sexual antes de cumplir 20 años?

Las mujeres y las adolescentes corren grandes riesgos de infección con el VIH. También son fuente de cuidados para otros que han adquirido la enfermedad o están afectados por ella, incluidos esposos y niños huérfanos. Las mujeres y las niñas proporcionan un 75% de los cuidados a las personas que viven con el sida. Al atender a los enfermos disminuye la capacidad de las mujeres para generar ingresos y, por ende, su oportunidad de participación económica.

Los efectos son especialmente graves en países donde las mujeres constituyen la mayoría de los agricultores y producen la mayor parte de los alimentos. En la República Unida de Tanzania, las mujeres que

deben atender a esposos enfermos dedican a la agricultura la mitad del tiempo que solían dedicar antes. La pérdida del ingreso del esposo, el costo de la atención de la salud de los parientes enfermos y las responsabilidades adicionales pueden sumir más profundamente en la pobreza a las mujeres y a sus hijos.

En la región de Lumombo (Swazilandia), asolada por la sequía, el activo papel de las mujeres en la distribución de alimentos ha beneficiado a toda la comunidad. Varias ONG, con el apoyo del UMFPA y del Programa Mundial de Alimentos (PMA), capacitaron a las mujeres, quienes realizaron proyectos de distribución de alimentos que permitieron abordar al mismo tiempo cuestiones como: el abuso sexual, la explotación, el sida y la planificación familiar. Los Comités Comunitarios de Socorro, integrados en un 80% por mujeres, llegaron a los hombres mediante conversaciones en reuniones de la comunidad, o los días en que se distribuían alimentos, en la iglesia y durante visitas a domicilio y a los enfermos.

A consecuencia del proyecto, aumentaron las denuncias a la policía sobre abusos sexuales cometidos contra mujeres y niños, hubo un pronunciado aumento en el número de personas que solicitaron detección del VIH y se decuplicó en el lapso de un año el número de quienes reciben tratamiento con medicamentos contra los retrovirus.

Un importante éxito es que actualmente los líderes rurales permiten que las mujeres hablen durante las reuniones de la comunidad, hecho sin precedentes, porque se considera a las mujeres no sólo como distribuidoras de alimentos sino también como fuentes de conocimientos.

«Nunca me he sentido tan importante en mi comunidad. Antes de ser elegida como miembro del comité de distribución de alimentos yo no era nadie; en cambio, ahora la gente acude a mí solicitando consejo y ayuda», dijo una mujer que ahora es una reconocida líder de la comunidad. La administración oportuna de medicamentos a las

embarazadas con diagnóstico VIH y a sus hijos recién nacidos reduce de forma significativa el riesgo de transmisión materno infantil.

Programas de prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo proporcionan a muchas mujeres infectadas con el VIH el único acceso disponible a los medicamentos contra los retrovirus. En los países en desarrollo, los programas, en su mayoría, se centran en prevenir la transmisión al niño y no ofrecen beneficios a la madre. En 2003, de las embarazadas de todo el mundo con VIH, sólo un 2% recibieron medicamentos contra los retrovirus. En África, se ofrecen a un 5%. Algunos programas incipientes destacan la salud y el bienestar tanto del hijo como de la madre.

Para las personas acaudaladas que viven en países ricos, los medicamentos contra los retrovirus han transformado en gran medida la infección con el VIH en una enfermedad crónica bajo control. Pero a finales de 2004, en países de ingresos bajos y medianos, sólo un 12% de las personas tenían acceso al tratamiento. Debido a que, a consecuencia de la discriminación, se podría denegar a las mujeres, especialmente si no están embarazadas, un tratamiento que está disponible, muchos grupos de mujeres, así como la OMS y ONUSIDA, han exhortado a los gobiernos a adoptar objetivos nacionales para lograr el acceso en condiciones de igualdad.

El estigma es letal. La vergüenza asociada al sida es un obstáculo de gran magnitud para su prevención, y se agrava por la discriminación contra la mujer. Centenares de miles de mujeres infectadas con el VIH evitan los servicios de detección y tratamiento, pues temen ser abandonadas si se descubre su situación u otras repercusiones por parte de sus esposos, sus familias, sus comunidades o los encargados de servicios de salud.

Una preocupación muy profunda es la falta de confidencialidad en los servicios de detección: a veces, las mujeres son las últimas en enterarse de que están infectadas con el VIH, pero los primeros en saberlo son sus esposos o sus parientes políticos. De las personas

infectadas con el VIH, sólo un 5% tiene conocimiento de su situación y la detección durante el embarazo suele ser la única manera en que la familia se entera de que uno de sus miembros está infectado.

Aun cuando hayan recibido el VIH de sus esposos, a veces se culpa a las mujeres por «llevar el sida al hogar» y, como resultado, tal vez se las haga objeto de violencia o de ostracismo. En algunos casos, los encargados de servicios de salud deniegan a las mujeres infectadas con el VIH la atención correcta en el parto y el puerperio. Cuando las mujeres tienen interacciones negativas con el personal, es posible que se nieguen a recibir tratamiento o que lo interrumpan.

Muchos países en desarrollo están combatiendo este estigma y estableciendo diálogos acerca de la enfermedad, medida clave para alentar a las personas a ir en procura de la detección y el tratamiento. Uno de esos programas, realizado con el apoyo del UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas en sus siglas en inglés), es una iniciativa regional en siete Estados árabes para crear conciencia sobre el VIH.

En Uzbekistán, una popular telenovela que se difunde desde 2003 trata de cuestiones de la vida cotidiana, entre ellas toxicomanías, prevención del VIH y discriminación contra las personas que viven con el VIH/Sida. En otros países africanos y en seis países asiáticos, el UNFPA apoya alianzas entre redes radiofónicas y organizaciones comunitarias de salud para producir radionovelas sobre el VIH/Sida. Muchos aliados están apoyando numerosas iniciativas similares, en países tanto desarrollados como en desarrollo, utilizando los medios de difusión de masas y el diálogo de base comunitaria para superar el bochorno y la discriminación que perpetúan la epidemia.

3.4.3.- Condones

El UNFPA, el mayor comprador de preservativos masculinos del sector público, estima que el suministro mundial de preservativos por

parte del sector público cubre menos del 50% de las necesidades y que la financiación actual para la adquisición y distribución de preservativos debería triplicarse.

El cardenal Trujillo, portavoz del Vaticano, declaró que considera que los condones no protegen del sida porque están llenos de agujeritos por donde pasa el virus (04/11/2006).

La situación en la Europa del Este es una catástrofe anunciada. Algunos proponen sustituir la estrategia ABC por CBA para que no se diga que la abstinencia es más importante que los condones (09/08/2006).

Los condones son demasiado grandes para la mayoría de los hombres indios. (08/12/2006)

Bill Gates condena la oposición del Vaticano al uso del preservativo. Su mujer Melinda Gates dijo que el principio ético más elevado es salvar vidas.(14/08/2006)

El Consejo de la Juventud saca por primera vez a concurso público la compra de condones femeninos (30/08/2006).

La dirección de ICV retira la campaña «Fóllate la derecha» de su campaña para fomentar el uso del preservativo. (20/10/2006)

Elena Salgado arremete contra la Iglesia. Tras asistir a la reunión, la ministra de Sanidad está convencida que el mensaje de la jerarquía eclesiástica respecto al uso del preservativo es incorrecto (17/08/2006).

Recomendaciones para practicar el sexo seguro. El Consejo de la Juventud distribuye preservativos masculinos y femeninos entre los jóvenes para prevenir la transmisión del VIH (30/08/2006).

Kit: sábana, toallas y condón, 5 euros (15/01/2006).

El preservativo fue el símbolo de la jornada contra el sida en Europa y Asia (01/12/2006).

El hombre que salva un país con el condón. Preservativo en Tailandia se dice Mechai, que es el Ministro de Sanidad de Tailandia que impulsó su utilización (19/11/2006).

De la pizza a la utopía católica. Un millonario construye una ciudad donde no se venderán anticonceptivos ni condones (02/95/2006).

Los occidentales son más promiscuos que los nacidos en países en desarrollo (02/11/2006).

Quisiera añadir un comentario personal, se ha dicho que el preservativo es inseguro porque tiene entre un 10 y un 15% de fallos, lo cual es cierto. Sus detractores dicen que es como arrojarse con un paracaídas que no se abre una de diez veces. También podría decirse que nueve de cada diez de los que iban en el avión se salvarían al tirarse en paracaídas. Además, muchos de los fallos son debidos al uso incompetente del mismo. Un trabajo publicado en Singapur concluía que en los prostíbulos muchas veces los hombres se negaban a usar el preservativo, especialmente si estaban bajo los efectos del alcohol.

La exitosa campaña realizada en Tailandia sobre el uso del preservativo ha producido que la frecuentación de los prostíbulos haya descendido de un 60% al 20%. El miedo produce cambios de conducta.

«Il cavaliere promete castidad». Decidió jugar fuerte y se lo prometió al sacerdote, presumiblemente sorprendido, que mantendría «una absoluta abstinencia sexual» hasta el día de las elecciones el día 9 de abril (29/09/2006).

«Aclaraciones sobre el sida». La santa Sede afirma que las siglas ABC significan abstinencia, fidelidad y castidad. No obstante, la publicación *The Lancet* (Volumen 364, paginas 1.913-1.915) refiere ABC como las siglas en ingles de *Abstinence, Be faithful, y Condon*. En dicha publicación se afirmaba que los tres elementos eran esenciales para conseguir los resultados de Uganda y de otros países africanos (26/04/2006).

«EE.UU. limita el acceso a los fondos a los países que fomentan la castidad». El Congreso de EEUU impone la prioridad de fomentar la abstinencia y la fidelidad en la lucha contra el sida, según el informe de la Oficina de Presupuesto que analiza la ayuda de 15.000 millones de dólares (07/08/2006).

Elena Salgado en una entrevista dice «Yo me quedo con la A, entendida que en vez de Abstinencia significa retraso de la iniciación de la actividad sexual.» (09/10/2006).

La estrategia ABC es muy deficiente. «La abstinencia no es una opción para muchos, tampoco la fidelidad, si tu pareja no lo es» (05/02/2006).

«Dios, abstinencia y punk rock» (01/06/2006)

«Sida, pocas razones para la esperanza». En los países pobres la tuberculosis se ceba en las personas pobres. La prevención basada en la estrategia ABC no ha cerrado este problema (04/05/2006).

«Por ahora no hay nada sobre la aceptación del uso del preservativo» (27/05/2006).

«No recomiendo la abstinencia sexual» (20/01/2006).

«Usar condón podría dejar de ser pecado». Tras encargar un estudio sobre el uso del condón, el Papa podría levantar la prohibición eclesial sobre este anticonceptivo cuando uno de los miembros del matrimonio sea enfermo de sida y para evitar el contagio del cónyuge (23/11/2006).

«El director ejecutivo del Área de Naciones Unidas de Lucha contra el Sida, Peter Piot, señaló en Mérida que es "muy importante" que su institución continúe con el "diálogo intenso" que está manteniendo en la actualidad con la Iglesia sobre la utilidad del uso del preservativo para la prevención del VIH, y aseguró que para que la lucha contra esta enfermedad sea eficaz se requieren tres enfoques conjuntos: "fidelidad, abstinencia y uso del preservativo".

Tras mantener una reunión en Mérida con el presidente de la Junta de Extremadura, Juan Carlos Rodríguez Ibarra, en la que analizaron la situación del Sida en el mundo y posibles fórmulas de colaboración para su erradicación, Piot indicó que algunos miembros de la jerarquía eclesiástica comparten la posición de ONU-sida y otros no, por lo que apostó por que continúe el "diálogo" actual sobre la cuestión "porque al final lo que se trata es de salvar vidas humanas, el mayor imperativo moral es salvar vidas humanas". Además, declaró que "dentro de la propia Iglesia" existe un debate sobre la utilidad del condón para la prevención del VIH.

En cuanto a la reunión mantenida con Ibarra, apostó por la intensificación de la colaboración entre las instituciones en la lucha contra la enfermedad. Según dijo, Extremadura apoya la tarea que está desarrollando ONU-Sida, que es el organismo de Naciones Unidas que se encarga de luchar contra la enfermedad en todos los países en desarrollo y Europa Oriental, aunque insistió en que en esta tarea "se necesita la aportación de muchas disciplinas"».

3.5.- Las medidas de prevención del sida recomendadas por Fauci en el Congreso Internacional de Toronto 2006

En relación con los avances en la prevención de sida comunicados por Fauci en el reciente Congreso Internacional de Toronto hemos de hacer algunos comentarios y aclaraciones. Por lo que respecta a los

cambios de comportamientos y sexo responsable, la búsqueda específica en Internet aplicada a VIH Sida resulta ineficaz.

La palabra jeringuilla se encuentra específicamente en 82 ocasiones en *El País*, 83 en *El Mundo* y 79 en *ABC*. La palabra circuncisión aparece en *El País* 20 veces, en *El Mundo* 11 y en *ABC* ninguna. La palabra microbicidas aparece, durante 2006, 9 veces en *El País*, 12 en *El Mundo* y 10 en *ABC*. Antirretrovirales (sería la palabra clave para el tratamiento del sida) la encontramos en 25 ocasiones en *El País*, 22 en *El Mundo* y 29 en *ABC*. Sífilis (sería la palabra clave para las enfermedades de transmisión sexual) aparece en *El País* 31 veces, en *El Mundo* 21 y ninguna en *ABC*.

Sin embargo, aunque Fauci no lo incluye, ONUSIDA viene detectando que las transfusiones continúan siendo un problema como mecanismo de transmisión del sida en algunos países. En efecto, aparece un artículo de la OMS diciendo que en muchos países las transfusiones no son seguras porque no se realizan análisis de sangre, debido a los elevados costes que ello representa. Esto ocurre especialmente en África y también se han detectado casos en China.

Pasamos a continuación a comentar algunas de las piezas analizadas correspondientes al año 2006 encontradas con el buscador de los diarios *El País*, *El Mundo* y *ABC*. Estas piezas también sirvieron previamente para determinar la frecuencia en que aparecían los autores y las palabras seleccionadas en estos diarios.

Según Sournia, los diarios prefieren noticias novedosas y verosímiles, buscando facilitar una información motivadora. Respetando esta forma de actuar hemos tratado de centrarnos en la prevención.

Un tema interesante en epidemiología son los reservorios, los lugares donde sobrevive el agente causal en los períodos que no hay epidemia. En el caso del cólera, por ejemplo, los reservorios son los portadores de gérmenes sanos; en el caso de la peste son los roedores salvajes, etc. Sin embargo, en estos momentos no se sabe a

ciencia cierta donde se encuentra el virus de la gripe en períodos interepidémicos. Las epidemias son en invierno, pero no se sabe exactamente donde sobrevive en verano.

Las enfermedades que se transmiten por vía sexual, desde el punto de vista sanitario han sido históricamente un fracaso. Si la sífilis disminuyó fue por la aparición de la penicilina, no porque se consiguiera cortar la cadena epidemiológica.

Volviendo al sida, en el momento actual los huéspedes infectados y reservorios de VIH eran lo que los americanos llamaban las cuatro haches: homosexuales, haitianos, heroinómanos y hemofílicos, añadiendo además a las prostitutas.

Es sabido que el sujeto infectado, que lleva en su sangre y en sus fluidos corporales el virus de la inmunodeficiencia humana, contagia a un sujeto receptor que primero desarrolla una fase de latencia subclínica, sin síntomas, pero que durante este período puede contagiar. Más tarde empieza a manifestar síntomas y signos de sida con cambios histológicos patológicos y finalmente muere o se cronifica con los tratamientos actuales.

Conviene recalcar que hoy en día nadie se ha curado de sida y a lo más que se ha llegado ha sido a reducir la multiplicación del virus, pero no se ha conseguido erradicarlo como ha sido el caso de la viruela, enfermedad que en algunos momentos de la Edad Media llegó a matar el 25% de la población y ahora no hay ni uno sólo.

Estos sujetos infectados quedan como reservorios del virus que pueden reactivarse posteriormente si dejan de tomar la medicación. El problema científico en el que está trabajando Fauci, según señalaba en su conferencia en el Congreso Mundial de sida de Toronto 2006, es el de la persistencia latente en los reservorios e intentar la erradicación, así como determinar si es posible llegar a que dejen de tomar la medicación sin que se reactive el virus, cosa que por ahora sucede.

Algunos grupos activistas defienden la idea de proporcionar medicamentos gratis para todos, lo que es económicamente inviable y además no evitaría la difusión del virus por contagio, con lo que cada vez habría más reservorios. Las ONG que trabajan con personas con VIH temen que los hombres circuncidados abandonen la medida preventiva más eficaz –el uso de preservativo– y la epidemia se extienda aún más en una región donde el 60% de nuevas infectadas son mujeres.

3.5.1.- Educación sanitaria y cambios de conducta

La educación y los servicios de prevención del VIH deben enfocarse hacia los grupos más vulnerables como los profesionales del sexo, consumidores de drogas intravenosas, varones que tienen relaciones sexuales con varones y presos. Es necesario, asimismo, ampliar significativamente el acceso a los servicios sanitarios de prevención de la transmisión materno infantil del VIH con objeto de reducir una carga inaceptable y esencialmente evitable de neonatos infectados.

El acceso a información clara y objetiva sobre prevención y pruebas del VIH debería constituir un derecho. Los países tienen que promover la idea de que cada persona conozca su estado del VIH y ofrecer acceso a información, asesoramiento y servicios relacionados con el sida, en un entorno que asegure la confidencialidad de las pruebas y la revelación voluntaria del estado serológico.

Aun cuando las pruebas disponibles indican que la cobertura de los programas de prevención es mayor entre los profesionales del sexo en comparación con los varones que tienen relaciones homosexuales y los consumidores de drogas intravenosas, es esencial redoblar los esfuerzos para asegurar una cobertura adecuada en estos tres grupos.

Los análisis indican uniformemente que las intervenciones para cambiar el comportamiento reducen la frecuencia de las relaciones sexuales de riesgo. Los países en los que ha descendido la incidencia del VIH se han beneficiado de la aparición de nuevos patrones de comportamiento sexual: menos transacciones sexuales comerciales en Camboya y Tailandia, retraso en el inicio de la actividad sexual en Zimbabwe, énfasis creciente en la monogamia en Uganda y mayor uso del preservativo en general.

En diversos países, las tendencias favorables en la incidencia se relacionan con los programas de prevención y con cambios de comportamiento. Las variaciones en la incidencia, junto con la mortalidad creciente a causa del sida, han provocado una estabilización de la prevalencia mundial del VIH (la proporción de personas que viven con el virus).

Sin embargo, el número de personas que viven con el VIH ha seguido aumentando debido al crecimiento de la población y, en fechas más recientes, a los efectos de la terapia antirretrovírica sobre la esperanza de vida. En África subsahariana, la región que soporta la carga máxima de la epidemia de sida, los datos también indican que la tasa de incidencia del VIH ha alcanzado su valor máximo en la mayoría de los países. No obstante, las epidemias en esta región son muy diversas y especialmente graves en África meridional, donde algunas de ellas todavía continúan expandiéndose.

Entre las nuevas tendencias dignas de mención destacan los descensos recientes en la prevalencia nacional del VIH en dos países de África subsahariana: Kenya y Zimbabwe. También está descendiendo en zonas urbanas de Burkina Faso y en Haití, en el Caribe. Esta disminución en la prevalencia viene acompañada de indicios de un cambio significativo de comportamiento, como el mayor uso del preservativo, menor número de parejas y retraso del inicio de la actividad sexual.

En el resto de África subsahariana, la mayoría de las epidemias parece estar estabilizándose, pero a niveles excepcionalmente altos en la mayor parte de África meridional.

La prevalencia del VIH también está disminuyendo en cuatro estados de la India, incluido Tamil Nadu, donde los esfuerzos de prevención se intensificaron a finales de los años 1990. En Camboya y Tailandia persisten descensos continuos y progresivos en la prevalencia del VIH. Ésta, sin embargo, está aumentando en otros países, especialmente en China, Indonesia, Papua Nueva Guinea y Vietnam, y hay signos de brotes del VIH en Bangladesh y el Pakistán.

Gobierno e Iglesia se enfrentan en Brasil por el uso del preservativo. «Desde el punto de vista de moral católica, no es aceptable que se aliente el uso del preservativo cuando favorece una vida sexual desordenada, reduciendo la sexualidad a un mero bien de consumo y que se insinúe que el comportamiento sexual, cuando es seguro, es éticamente diferente. El uso del condón –agregó– no es el mejor método contra el sida, sino la educación de los jóvenes para una sexualidad vivida con responsabilidad y reservando su expresión más íntima en la unión conyugal».

Al respecto, el Ministerio manifestó que «entiende que la abstinencia sexual, la castidad y la fidelidad sean recomendaciones que forman parte de las atribuciones morales y espirituales de la Iglesia» pero apuntó que «no se puede confundir el dogma con la ciencia, rechazando o no el uso del preservativo». Añadimos nosotros que parece una temeridad recomendar de nuevo la castidad, cuando se ha fracasado anteriormente con el caso de la sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual.

En relación con la educación responsable se encuentra el tema de los seropositivos que es un grupo de personas infectadas, detectadas por pruebas de laboratorio, que todavía no presentan signos clínicos de enfermedad pero pueden contagiar el virus VIH. En un artículo de *El País*, unos enfermos de Angola decían: « ¿Para qué nos vamos a

hacer las pruebas de diagnóstico, si luego no vamos a tener acceso al tratamiento?»

«La gente persigue a los que tienen VIH y estos tienen miedo de decir abiertamente que son seropositivos» (25/11/2006).

«Viaja hasta Angola para conocer una experiencia inédita. Trabaja con chicos congoleños, hijos de seropositivos y con niños sin hogar vulnerables al virus» (01/12/2006).

«China abre un centro de diagnóstico gratuito de sida. El 45% de los seropositivos en China se ha contagiado por la vía de las drogas.» (28/11/2006).

«El 60% de los nuevos infectados por el VIH tiene más de 35 años.» Se está efectuando el lavado de semen de seropositivos. En Euskadi tres transplantes hepáticos a seropositivos (26/11/2006).

«En el mundo existen 5.5 millones de seropositivos» (01/04/2006).

«Los seropositivos piden la mejora de las prestaciones sanitarias.» Crear programas sociales para promocionar la salud de los que viven con la enfermedad e incluir las prestaciones de la Seguridad Social (28/06/2006).

«A pesar de las leyes españolas no discriminatorias todavía continúan produciéndose discriminaciones en el trabajo y en otros ámbitos con los seropositivos dice Peter Piot en una entrevista» (13/01/2006).

«Madona viaja a Malawi para visitar sus proyectos para huérfanos del sida.» En Malawi existen dos millones de niños posibles seropositivos, de ellos tres cuartas partes han perdido sus padres (25/02/2006).

«Un domingo solidario en la capital.» Exposición de fotografías con un enfoque personal de enfermos seropositivos en la Casa Encendida, Ronda de Valencia, 2 (11/10/2006).

«El ARN de interferencia: el poder del silencio. Trabaja con genes alterados en enfermedades virales en pacientes seropositivos» (05/06/2006).

«Un estudio de Sanidad revela cientos casos de discriminación a seropositivos.» Los seropositivos no tienen acceso a los seguros y por lo tanto a los préstamos hipotecarios (22/03/2006).

«La esperanza de vida ha bajado en África cuatro años desde 1990, donde existen 26 millones de seropositivos, el 60% del total mundial» (17/06/2006).

«5 millones de Surafricanos son seropositivos.» El Arzobispo Desmond Tutu ha mantenido rifirrafes con el Presidente de Sudáfrica (20/02/2006).

«Ajo y espinacas contra la epidemia.» Las organizaciones antisida creen que con 5 millones de seropositivos, el Gobierno surafricano ha actuado tarde para informar a la población de los antirretrovirales (05/06/2006).

«La última batalla de Castro.» Durante los años 80 se imponía la reclusión obligatoria a los seropositivos en unos asilos que los médicos llamaban coloquialmente sidatorios (26/11/2006).

«Batallador contra el sida en África.» El padre Angelo D´Agostino, jesuita y médico de origen estadounidense, ha creado un Centro Nyumbani en Kenia para atender niños huérfanos seropositivos a los que provee de apoyo y asistencia sanitaria (06/11/2006).

«Cada día son diagnosticadas de sida cinco personas en España» (05/10/2006).

«El sida infecta a una persona cada ocho segundos en el mundo.» La ONU alerta de que el número de casos está aumentando en todo el mundo. La epidemia se ceba en mujeres y niños (22/11/2006).

Tres años de cárcel por homicidio para un hombre que contagió de sida a su compañera sentimental. El acusado de 74 años declaró poco antes de morir que hicieran justicia (29/08/2006).

«La Industria farmacéutica está en su derecho de obtener beneficios, ya que no se ha desentendido del sida» (27/05/2006).

«El acceso a los fármacos antivirales se ha triplicado en dos años.» La OMS sin embargo señala que solo 1,5 de los seis millones de seropositivos reciben los medicamentos que necesitan (29/03/2006).

«Kenia echa el freno a la expansión del sida.» El mejor precio de los tratamientos, el uso del preservativo y los cambios de conducta sexual han reducido el número de afectados entre la población. Las mujeres son menos reacias a hacerse las pruebas del VIH (29/03/2006).

«Bancos, consulados y seguros discriminan a los portadores de VIH.» Ser seropositivo es un problema para la salud, pero sobre todo es una desventaja social. Obtener una hipoteca o suscribir un seguro son algunos de los derechos que no poseen los portadores de VIH en la práctica (22/03/2006).

3.5.2.- Interrupción de la transmisión Madre - Hijo

Los servicios para prevenir la infección por VIH entre lactantes no se han ampliado con la misma rapidez que los programas que proporcionan terapia antirretrovírica, con una cobertura de tan sólo el 9% de las mujeres embarazadas.

Los informes de la sociedad civil de más de 30 países indican que el estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH siguen siendo generalizados.

La respuesta al sida no está suficientemente fundamentada en la promoción, protección y respeto de los derechos humanos. La mitad

de los países que remitieron informes a ONUSIDA reconoció la existencia de políticas que interfieren en la accesibilidad y eficacia de las medidas de prevención y atención relacionadas con el VIH.

Los gobiernos nacionales, asociados internacionales y comunidades no están proporcionando una atención y apoyo adecuados a los 15 millones de huérfanos a causa del sida, ni tampoco a otros millones de niños vulnerables como consecuencia de la epidemia.

Muchos de los logros que UNICEF ha conseguido se están malogrando por culpa del sida. Existen 12 millones de niños huérfanos. No sólo pierden a sus padres sino también a sus profesores y se quedan solos. «La educación es el motor de la transformación del mundo» (12/12/2006).

África sigue siendo el epicentro mundial de la pandemia de sida. La epidemia de sida de Sudáfrica —una de las peores del mundo— no muestra indicios de retroceso.

De acuerdo con su extenso sistema de vigilancia en dispensarios prenatales, los estudios nacionales sobre pruebas del VIH y los datos de mortalidad del registro civil, se estima que 5,5 millones [4,9-6,1 millones] de personas vivían con el VIH en 2005, lo que significa que estaban infectados el 18,8% [16,8-20,7%] de los adultos de entre 15 y 49 años.

Casi una de cada tres mujeres embarazadas atendidas en dispensarios prenatales públicos estaba viviendo con el VIH en 2004, y las tendencias a lo largo del tiempo revelan un incremento gradual en la prevalencia del VIH, de la que no hay signos claros que esté disminuyendo en otras partes de África meridional, como Botswana, Namibia y Swazilandia, donde persisten niveles de infección excepcionalmente altos. En Swazilandia se estima que la prevalencia nacional del VIH en adultos es del 33,4% [21,2-45,3%].

La prevalencia del VIH en mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales aumentó del 4% en 1992 al 43% en 2004. La epidemia de Botswana es igualmente grave, con una prevalencia

nacional estimada del VIH en adultos del 24,1% [23,0-32,0%] en 2005. La epidemia de Lesotho parece mantenerse relativamente estable a niveles muy elevados, con estimaciones que cifran en el 23,2% [21,7-24,8%] la prevalencia nacional del VIH en adultos. En la franja costera oriental hay en curso una epidemia dinámica en Mozambique, donde, según las estimaciones, la prevalencia nacional del VIH en adultos es del 16,1% [12,5-20,0%]. El VIH se está propagando con mayor rapidez en las provincias por las que discurren las principales rutas de transporte hacia Malawi, Sudáfrica y Zimbabwe.

Casi la mitad de las africanas piden autorización para ir al médico. Las mujeres carecen del control de los recursos económicos y afrontan la discriminación de las leyes de herencia y la propiedad. Muchos musulmanes quieren que sean mujeres las que examinen a otras mujeres. Desgraciadamente en esos países existen escasas ginecólogas. «Debido al elevado índice de muertes por sida son las abuelas las que tienen que cuidar a sus nietos huérfanos» (12/11/2006).

«Existen 300.000 niños huérfanos por el sida que necesitarían tratamiento con retrovirales» (12/12/2006).

Actualmente millones de niños se quedan huérfanos por culpa del sida, de ellos la mayoría africanos. «Se dan casos en que son los niños los que cuidan de sus padres enfermos de sida» (29/04/2006).

«El príncipe Enrique de Inglaterra funda una ONG en Lesoto.» Una organización benéfica que continuará la labor de su madre la fallecida Diana de Gales (01/05/2006).

«La infancia, cara oculta del sida. Sólo el 10% de las embarazadas con sida tienen acceso al tratamiento con antirretrovirales. Se calcula que son millones los niños y niñas que han quedado huérfanos a causa del sida. Los países con mayor incidencia de casos de sida son los que cada vez tienen menos capacidad para prestar tratamientos.» (20/08/2006).

3.5.3.- La lucha contra la drogadicción

Otro aspecto de la relación sida/globalización se encuentra en el carácter transnacional de la epidemia. En esencia, ésta se mueve sin límites a través de las fronteras. Como virus, el VIH viaja con el ser humano en cualquier medio de transporte y a cualquier parte. Toda movilidad humana conlleva el riesgo de transportar el VIH.

Un aspecto de este carácter transnacional del sida se refleja en la creciente internacionalización del comercio sexual y de estupefacientes, llevando a cabo una rápida extensión del virus como, por ejemplo, en el sudeste asiático (Altman, 2001) y Europa (Amon, 2003). Con amplias tasas de prevalencia en la población general de muchos lugares, la epidemia se extiende a través de diversos tipos de movilidad o viajes, tal es el caso de migraciones, trabajadores estacionales, etc.

Las prácticas del colectivo relacionado con la drogadicción sí han podido detallarse, habiéndose asociado como factores de riesgo para la infección del sida los siguientes:

1. La costumbre de compartir y «alquilar» agujas presumiblemente contaminadas en las llamadas «*Shooting galleries*» (pasadizos usados como lugares colectivos para pincharse con una misma aguja, que se va pasando de un sujeto a otro).
2. El bombeo repetido de la sangre en la jeringa y los hábitos que suponen intercambio de agujas y jeringas manchadas con sangre.

Se ha observado una prevalencia del VIH del 4% entre consumidores de drogas intravenosas en Tijuana, por ejemplo

(Magis-Rodríguez *et al.*, 2005), y hay ciertos indicios de que los niveles de infección pueden estar aumentando en algunas ciudades a lo largo de la frontera con los Estados Unidos de América, donde el comercio sexual y el consumo de drogas intravenosas son prácticas generalizadas. En Tijuana y Veracruz, un estudio de 2003 demostró que el 6% de las profesionales femeninas del sexo estaban infectadas por el VIH (Magis *et al.*, 2006a), mientras que un estudio de 2004-2006 detectó este mismo nivel de prevalencia entre profesionales femeninas del sexo en Tijuana y Ciudad Juárez. La prevalencia llegaba al 16% entre las que se inyectaban drogas (Patterson *et al.*, 2006).

También se han registrado altos niveles de prevalencia entre los profesionales masculinos del sexo: 25% en Monterrey, por ejemplo, en un estudio de 2005 (Gayet *et al.*, 2006a) y 20% en Guadalajara y la ciudad de México (Magis *et al.*, 2006b).

Un estudio entre camioneros masculinos de largo recorrido en Monterrey comprobó que el 0,7% estaban infectados por el VIH (el doble que la prevalencia nacional del VIH estimada en adultos). Más de una cuarta parte de ellos habían pagado para tener relaciones sexuales durante el año anterior y uno de cada seis nunca había utilizado un preservativo (Gayet *et al.*, 2006b).

«La Unión Europea ofreció datos escalofriantes sobre los daños que ocasiona la droga. Calcula unas 8.000 muertes al año.» (27/06/2006).

«En la serie televisiva House un oficial, tras haber sido mal atendido, pretende arrestarle por varias infracciones entre ellas su drogadicción.» (28/12/2006).

«Resuena la oratoria de la descristianización de la vida personal, familiar y social, la promoción de los abusos sexuales, la drogadicción, el alcoholismo, la delincuencia en las escuelas.» Los

obispos señalan que deben vigilarse y rechazarse los males antedichos (21/11/2006).

«Detenido por homicidio tras una muerte por sobredosis» (02/03/2006).

«Detenidas 486 personas que vendían droga a adolescentes» (03/10/2006).

«Unos 100.000 menores sufren pérdida de memoria», destacó la ministra Ana Salgado, atribuible al consumo de cannabis. Otros sentían tristeza y depresión (23/03/2006).

«Los expertos consideran que la adicción a las drogas es una enfermedad crónica que debe ser tratada además con apoyo psicológico» (08/10/2006).

«La federación de ayuda a la drogadicción (FAD) dice que el 23% de los jóvenes son incívicos, asociales y antisistema.» Tipos de conducta vinculados a practicas como robar y emborracharse (18/12/2006).

En Asia, los niveles nacionales de infección por el VIH son más elevados en el sudeste, donde la combinación de relaciones sexuales remuneradas y entre varones sin protección, junto con el consumo peligroso de drogas intravenosas, son los factores de riesgo más importantes para la infección por el VIH.

Los brotes de VIH entre varones que tienen relaciones sexuales con varones empiezan a ser evidentes en Camboya, China, India, Nepal, Pakistán, Tailandia y Vietnam. En muy pocos de esos países los programas nacionales del sida abordan adecuadamente el papel de las relaciones sexuales entre varones en las epidemias. Se registran brotes de VIH en Afganistán y Pakistán, particularmente entre los consumidores de drogas intravenosas. Los altos niveles de uso de equipos de inyección no estériles y otros comportamientos de riesgo

ofrecen a la epidemia de VIH posibilidades importantes de propagación en ambos países.

3.5.4.- Jeringuillas limpias

«Carmen Moya ha afirmado que, salvo que los ensayos demuestren lo contrario, las medidas actuales (jeringuillas gratis y metadona) son suficientes para que los drogadictos mejoren» (21/11/2006).

«Es de alabar el programa de reducción de daños dirigidos a consumidores de drogas inyectadas para que dejen de compartir jeringuillas.» España, junto a Noruega e Italia, no tiene datos sobre personas infectadas. ONUSIDA critica el riesgo creciente entre los gays en España (07/12/2006).

«El objetivo es que los habitantes de países pobres puedan administrarse vacunas sin jeringuillas contagiosas de dolencias como el sida» (13/11/2006).

«China abre un centro de diagnóstico gratuito de sida donde entre otras cosas se pretende evitar la reutilización de jeringuillas infectadas» (09/12/2006).

«En algunas zonas de la Europa del Este la situación es una catástrofe anunciada.» Crece el número de infectados, no hay voluntad política, no se proporcionan jeringuillas limpias a los drogadictos (16/11/2006).

«Siguen habiendo miles de yonquis marginales que se inyectan heroína como el caso de Las Barranquillas de Madrid» (26/11/2006).

«Las agujas están implicadas en el 70% de los accidentes de los sanitarios valencianos, que sufren 2.500 accidentes al año con riesgo de contagio» (13/03/2006).

«Muchos campesinos contrajeron el virus al vender su sangre y reutilizar las jeringuillas, lo que extendió la enfermedad.» China arresta a 23 personas con VIH para que no puedan pedir una indemnización (06/0572006).

La importancia de los comportamientos de riesgo (como el consumo de drogas intravenosas, las relaciones sexuales remuneradas sin protección y las relaciones sexuales sin protección entre varones) resulta especialmente evidente en las epidemias de VIH de Asia, Europa oriental y América.

El comercio sexual y el consumo de drogas intravenosas representaron una proporción importante de infecciones por el VIH en Asia meridional y sudoriental. Salvo en la India, casi una de cada dos infecciones por el VIH en 2005 (49%) ocurrió en profesionales del sexo y sus clientes, y más de una de cada cinco (22%) en consumidores de drogas intravenosas. Una pequeña pero significativa proporción de infecciones (5%) tuvo lugar en varones que tienen relaciones sexuales con varones. En América Latina, en contraste, una de cada cuatro infecciones por el VIH en 2005 (26%) se registró en varones que tienen relaciones sexuales con varones, mientras el 19% en consumidores de drogas intravenosas. Mientras tanto, en muchos países de Asia, Europa oriental y América Latina, continúa aumentando la proporción de mujeres que viven con el VIH (ONUSIDA, 2006).

3.5.5.- Circuncisión

África del Sur promueve la circuncisión para frenar el sida. El método, que se aplica en 14 países de la zona, la más afectada por la epidemia, es barato, definitivo y reduce la transmisión del virus a los hombres en un 60%. Catorce países del sur de África, la zona más afectada por la epidemia, decidieron promover la circuncisión dentro

de sus estrategias contra el sida .La medida no está exenta de críticas. Algunas ONG que trabajan con personas con VIH temen que los hombres circuncidados, confiados, abandonen el preservativo, y la epidemia se extienda aún más en una región donde el 60% de nuevas infectadas son mujeres.

Con casi tres millones de nuevas infecciones por el VIH al año en el África subsahariana, cualquier medida puede ser buena si consigue frenar la epidemia. La circuncisión masculina, que es barata, definitiva y reduce la transmisión del virus a los hombres en un 60%, puede ser eficaz.

La decisión de promover la circuncisión ha sido tomada en la Comunidad para el Desarrollo del Sur de África (SADC), que agrupa a 14 países del sur de África, después de recibir los resultados de dos estudios efectuados en Uganda y Kenia según los cuales el riesgo de contraer el VIH se reduce hasta la mitad en hombres circuncidados.

Ello se debe a que el glande se endurece y evita el contagio por sangre durante la penetración; y a la mayor higiene que favorece esta operación.

El artículo detalla que cinco países de la región –Botswana, Lesoto, Suazilandia, Tanzania y Zambia–, con tasas de infección entre el 15% y el 20% de su población, ya abrieron conversaciones con el programa para el VIH/Sida de Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud para hacer accesible la intervención quirúrgica a la población masculina.

La circuncisión, alerta la comunidad científica y médica, no es una solución total y no debe desligarse del resto de sistemas de prevención, como el uso del condón o limitar el número de parejas sexuales. Por cierto, ¿en qué medida contribuye la comunidad médica y científica a la limitación del número de parejas sexuales?

Y ahí es donde se encuentra también el riesgo de la nueva práctica, que puede contribuir a la relajación de la prevención del hombre

circuncidado y que recaiga sobre la mujer la responsabilidad única de evitar la infección.

Los ensayos, realizados en 4.996 hombres de Rakai (Uganda) y en 2.784 en Kisumu (Kenia), revelaron una reducción de la infección del 48% y 53% respectivamente. Estos resultados coinciden con el estudio pionero realizado en la localidad surafricana de Orange Farm, en la que el descenso llegó al 60%.

Los investigadores también han recalcado los beneficios económicos del procedimiento: la operación cuesta menos de 12 euros, frente a los 365 euros al año que cuesta el tratamiento con antivirales a una persona con sida, un coste que debe mantenerse de por vida. Además, su duración se estima de unos 20 minutos y se puede hacer a cualquier edad.

Sólo en Sudáfrica se calcula que la circuncisión masculina podría prevenir 1,4 millones de nuevas infecciones y 800.000 muertes por la enfermedad en 20 años, de acuerdo con el Centro Surafricano para el Análisis Epidemiológico (SACEMA), que colaboró en el estudio de Orange Farm. Sudáfrica tiene más de cinco millones de infectados (de una población de 45).

La publicación de los estudios y la decisión de los países de adecuar una política de circuncisión han supuesto ya un incremento de peticiones de intervenciones quirúrgicas.

En Zambia, de acuerdo con la OMS, uno de sus hospitales universitarios ha pasado de practicar una a efectuar 15 operaciones al mes. En Suazilandia, uno de los países más pobres de la zona, existe una lista de espera de ocho meses.

La OMS, tras enfatizar que los hombres circuncidados todavía tienen riesgo de infectarse y de contagiar a sus parejas, aseguró que definirá las líneas a seguir para el desarrollo de políticas de circuncisión especialmente en el sur de África, donde existe una menor tradición (la circuncisión es ritual en algunas tribus y en

grupos religiosos, como los judíos y musulmanes) y donde los niveles de infección son más elevados.

«Los países que promuevan la circuncisión deben asegurar suficiente información sobre la necesidad de continuar con adicionales medidas de protección y prevenir que se desarrolle una sensación falsa de seguridad que lleve a prácticas de alto riesgo.»

Recientemente, el 24 de julio de 2007, en la reunión internacional que se celebra en Sydney (Australia), los expertos y los políticos han coincidido, al menos, en constatar que la carrera contra esta pandemia la seguimos perdiendo. Se contabilizan ya más de 28 millones de personas en todo el mundo en los últimos 20 años, desde que se reconoció la existencia de la enfermedad. Sigue sin existir vacuna y aunque los tratamientos antirretrovirales existen en el primer mundo y comienzan a llegar a África, el principal foco de la infección, siguen sin llegar más que a una cuarta parte de los infectados.

La ONU informaba que este año habrá tratamiento para 2,2 millones de africanos, pero ni siquiera el 15% de la población tiene acceso a condones o a jeringuillas desechables estériles. La Declaración de Sydney, propuesta a los más de 5.000 delegados de 130 países presentes, reconoce que la lucha sólo podrá avanzar con más medios.

Uno de los temas que se han movido en esa reunión es el asunto de la circuncisión que, según los estudios realizados, consigue reducir la tasa de infección hasta un 60% en los hombres. En los últimos años, estos estudios han sido criticados, aunque su repetición en diferentes lugares y con poblaciones más amplias ha permitido llegar a un consenso, y los expertos reconocen que podría ser una medida útil en algunos países.

Resulta, sin embargo, preocupante, que se haya comenzado a proponer la circuncisión en masa de la población como una medida que podría parar la transmisión de la enfermedad, avalada por

ejemplo, por las instituciones de países como Sudáfrica, donde su ministra de salud, Manto Tshabalala-Msimang, se ha convertido en una de las abanderadas de la iniciativa.

Parece olvidarse que no hace demasiado la misma ministra llegó a promover una gran campaña negando la existencia del mismo VIH, o que proponía medidas absurdas como comer limón, ajo y remolacha en vez de usar medicamentos antirretrovirales.

También algunas organizaciones islámicas han venido a decir que ellos ya estaban libres del VIH/Sida porque su cultura favorece la circuncisión, algo que se demuestra falso simplemente viendo las estadísticas de contagio en países musulmanes centroafricanos. Estas organizaciones, por otro lado, siguen siendo reacias a las campañas que favorecen un sexo seguro y responsable, la mejor estrategia para evitar el contagio en las relaciones sexuales. ¿No es absurdo?

Pero sobre todo, como explican en el CircInfo de Australia, incluso aunque se haya comprobado que por un lado los hombres circuncidados tienen conductas sexuales más precavidas en promedio, o que ciertamente la eliminación del prepucio permite evitar una zona donde la erosión durante la penetración puede crear vías de infección, este efecto de protección podría convertirse en su propio enemigo, dando a los hombres una falsa seguridad (como ya están circuncidados, en sus relaciones dejan de usar protecciones como el condón). Y eso sin contar con que se trata de una medida que sólo afecta a la mitad de la población: el efecto de la circuncisión masculina no existe en las mujeres.

No es con medidas parcialmente profilácticas como se conseguirá cambiar la triste ecuación: hoy por cada persona con sida que comienza una terapia, hay seis nuevas personas infectadas.

«Un estudio efectuado en África confirma la eficacia de la circuncisión masculina para frenar el sida, aunque tenga relaciones con mujeres infectadas.» Facilita la limpieza del pene con lo que se consigue una

reducción de la transmisión del 48%. Es una herramienta nueva y barata (30/11/2006).

El futuro de la prevención del VIH se basará en tres estrategias: una relacionada con los microbicidas y dispositivos intrauterinos, la posible circuncisión en los hombres adultos en los países de desarrollo y a más largo plazo la vacuna (24/08/2006).

«Un estudio de la OMS afirma que la circuncisión ayuda a combatir el Sida» (29/09/2006).

«La huelga de médicos retrasó la reducción de las listas de espera en el primer semestre.» Los que necesiten una amigdalotomía, una circuncisión o una operación de quistes deberán tener paciencia (18/06/2006).

«La circuncisión de los varones reduce el 50% el contagio de sida.» La OMS estudiará recomendar esta medida en África subsahariana (18/08/2006).

«La circuncisión podría evitar seis millones de infecciones de sida» (11/07/2006).

3.5.6.- Anticonceptivos de barrera (Véase el apartado anterior en estrategia ABC dedicado a condones).

3.5.7.- Microbicidas

Exponemos a continuación, como paradigma, un extracto de la conferencia de Stephen Lewis sobre microbicidas pronunciada en Londres en 2004. Es un ejemplo de periodismo realista que gustaría a Kapucinsky.

Stephen Lewis ha trabajado como enviado especial de ONUSIDA durante casi tres años. Una gran parte de este tiempo he estado ocupado en recorrer el continente africano.

«Si ha habido alguna constante durante ese tiempo es la hasta ahora irreversible vulnerabilidad de la mujer. Está de más decir que el virus ha atacado a las mujeres con una intensidad y una crueldad darwiniana feroz. Igualmente está de más decir que la desigualdad entre los géneros es la que sostiene y alimenta al virus, con la consecuencia de que finalmente son las mujeres las que se infecten en cantidades altamente desproporcionadas.

Y son las cifras las que relatan los acontecimientos. Fue el informe que emitió la ONUSIDA en la víspera de la Conferencia Internacional sobre el Sida en Barcelona (2002) que identificó el sorprendente porcentaje de mujeres infectadas. Y fue durante un panel, en la misma Conferencia, cuando Carol Bellamy de la UNICEF usó una frase, la que yo escuchaba por primera vez, que se convertiría luego en una frase de uso popular: “El sida tiene cara de mujer”.

Pero el problema es que el fenómeno de la severa vulnerabilidad de la mujer no sucedió de la noche a la mañana. Creció persistentemente durante los veinte años de la pandemia. Lo que debería alarmarnos a todos, lo que debería impedir nuestro avanzar, es el tiempo que se demoró en informar al mundo acerca de lo que estaba sucediendo. ¿Por qué no se pudo identificar esta tendencia con más antelación? ¿Por qué, cuando las cifras se publicaron en una estadística desprovista de sentimientos, no sonó la alarma de alerta en el texto narrativo que acompañaba estas cifras? ¿Por qué se demoraron más de veinte años transcurridos desde que se inició la epidemia, para fundar una Coalición Global sobre la Mujer y el Sida? ¿Por qué fue sólo en el 2003 que el Grupo de Acción de la ONU fue creado para realizar un trabajo sustancial referente al estado de las mujeres en África del Sur? ¿Por qué hemos permitido un patrón continuo de matanza sexual entre las

mujeres jóvenes tan grave como para perder una generación entera de mujeres y niñas? Botswana condujo un estudio centinela para establecer la predominancia del VIH tanto en los hombres como en las mujeres de todas las edades. En las áreas urbanas, para las mujeres jóvenes y las niñas de entre 15 a 19 años, la tasa de predominancia era de un 15,4%. Para los hombres y niños de las mismas edades, era de un 1,2%. Para las mujeres que tenían entre 20 y 24 años, la tasa de predominancia era de un 29,7%, mientras que para los hombres de la misma edad era de un 8,4%; para las mujeres de 25 a 29 años, la tasa de predominancia era de un 54,1% (cifra impactante) y para los hombres de la misma edad era de un 29,7%.

¿Aún no me he referido a la pregunta fundamental? La razón que hemos observado —y que todavía observamos sin tomar acciones significativas— es que este injustificado ataque contra las mujeres se debe a que son mujeres. Usted lo sabe, yo también. Los mismos países africanos, las grandes fuerzas externas, los influyentes donantes bilaterales, e incluso mis amadas Naciones Unidas: ninguno ha gritado desde las retóricas azoteas, nadie estuvo dispuesto a organizar una conferencia internacional para contar lo que estaba sucediendo, aunque en los años 90 teníamos la impresión de que sólo teníamos tiempo para celebrar conferencias internacionales. Esto equivale a la reivindicación fundamental del análisis feminista. Cuando se trata de los derechos de la mujer, el mundo va en reversa.

Por más de veinte años, las cifras de mujeres infectadas han aumentado exponencialmente, por lo que ahora virtualmente la mitad de las personas infectadas del mundo son mujeres, y en África la tasa bordea el 58%, alcanzando el 67% entre los 15 a 24 años. Esto es simple y llanamente un cataclismo. Estamos despoblando una parte del continente, lo estamos despoblando de mujeres.

Y cuando finalmente, después de que el reloj del juicio final haya pasado la media noche, estamos empezando a comprometernos y a discutir, nos damos cuenta de que muy poco ha cambiado. Por favor créeme: en la tierra, donde las mujeres viven y mueren, muy poco está

cambiando. Todo se demora, son esperas insoportablemente largas, cuando estamos respondiendo a las necesidades y derechos de las mujeres.

Hace unos tres o cuatro años atrás, visité una conocida clínica de salud prenatal en Kigali, Ruanda. Me encontré con tres mujeres que habían decidido empezar un tratamiento con nevirapina; ellas estaban entusiasmadas y esperanzadas, pero me formularon una pregunta profunda que todavía me ronda: ellas dijeron "haremos todo para salvar a nuestros bebés, pero ¿qué pasa con nosotras?" En aquel entonces, a más de cuatro años de que el uso de los antirretrovirales se había generalizado en el occidente, nosotros simplemente veíamos morir a las madres.

Todo lo que se hace (si es que se hace) por la mujer, sucede muy lentamente, frente a esta emergencia global de la salud.

Y este es el punto que quiero dejar por sentado. Condenamos los patrones de violencia sexual contra la mujer, violencia que transmite el virus, pero todo lo que tienen que hacer es leer las impresionantes monografías publicadas por Human Rights Watch para saber que, a pesar de todas esas charlas serias, continúan los mismos patrones malévolos. Lamentamos el uso de la violación como instrumento de guerra, propagando el virus, un horroroso asalto tras otro, pero en el Congo oriental y Sudán occidental, diariamente están ocurriendo posiblemente los peores episodios de crueldad y mutilación sexual en el mundo, y el mundo está haciendo muy poco en contra de eso. Tenemos a las mujeres víctimas de Ruanda, que ahora sufren de sida avanzado, para mostrar el final de la historia. Hablamos hasta el cansancio de enmendar los derechos de propiedad y de introducir leyes sobre derechos de herencia, pero todavía no veo un progreso marcado. Hablamos de darle poder a la mujer, y de remunerar a las mujeres por trabajo no reconocido y no pagado, y la introducción a actividades que generan muchas ganancias... y de hecho ocurre, aunque en pequeña escala, especialmente donde el liderazgo local de mujeres indígenas resulta lo suficientemente fuerte para hacerse cargo; pero, en la

mayoría de los casos, todo resulta según la célebre frase de Churchill: "Bla, Bla, Bla".

Durante la mayor parte de mi vida adulta he sentido que la lucha por la igualdad de género es la lucha más dura de todas, y nunca la he sentido más agudamente que en la batalla contra el VIH/Sida. Las mujeres africanas y más allá: ellas atienden la casa, cultivan las tierras, asumen casi por completo la pesada tarea de la crianza, cuidan a los huérfanos, ellas lo hacen todo con un casi inimaginable temple, y como recompensa de una vida de adversidad y devoción casi supernatural, agonizan hasta la muerte.

Sin lugar a dudas, y quiero reconocer esto, con el repentino crecimiento de la conciencia internacional de lo que el virus ha provocado, todos nosotros nos esforzaremos más por apoyar a la mujer. Es muy probable que experimentemos mayores progresos a lo largo de los siguientes cinco años que lo que hemos hecho durante los últimos veinte años. Pero me faltan palabras para enfatizar aún más que la inercia y el sexismo, que ponen en jaque nuestra respuesta, sean increíble y casi permanentemente parte de nuestra esencia, y que en esta desesperada carrera contra el tiempo continuaremos perdiendo una gran cantidad de mujeres. Esto no quiere decir que no deberíamos hacer todo lo humanamente posible por detenerlo; es sólo para dar a conocer la terrible realidad a la que nos estamos enfrentando.

La gente me dice: "Stephen, ¿qué pasa con los hombres? Tenemos que trabajar con los hombres." Por supuesto que debemos hacerlo. Pero reconozcan que pasarán generaciones antes de que los hombres cambien su comportamiento sexual rapaz, y las mujeres de África no cuentan con generaciones. Ellas están muriendo hoy, ahora, día y noche. Algo dramático tiene que pasar que convierta las conversaciones de generaciones en meros momentos en el camino de la vida.

Los microbicidas no son una bala mágica. Los microbicidas no son una vacuna. Ni tampoco quiero discutir el punto poderoso que presentó Geeta Rao Gupta al inicio de la Conferencia, en cuanto a que no

podemos olvidar ni reducir los cambios estructurales de la cultura tan urgentemente necesarios. Pero cuando tantas intervenciones han fallado, cuando el panorama para la mujer es tan desolador, la esperanza de contar con un microbicida en cinco a diez años es definitivamente seductora.

La idea de que la mujer tendrá una forma de reafirmar el control sobre su propia sexualidad, la idea de que ellas serán capaces de defender su salud corporal, la idea de que tendrán medios de prevención cuyo resultado implica la salvación de sus vidas, la idea de que tengan un microbicida que previene infecciones, pero permite la concepción, la idea de que puedan usar microbicidas sin ceder a lo que los hombres dictan, de hecho, la idea de que los hombres ni siquiera sabrán que se está usando el microbicida: éstas son ideas a las que les ha llegado la hora de existir.

Viajo y absorbo incidentes y momentos que se graban automáticamente en la mente. Ya he contado algunas de las siguientes anécdotas, pero no logro acostumbrarme a ellas. Conocí a una abuela de 73 años en Alexandra Township en Johannesburgo. Ella había perdido a sus cinco hijos entre los años 2001 y 2003. Ella está cuidando a cuatro huérfanos, todos VIH positivos. Su vida está en ruinas. Ella representa a la legión de abuelas del continente que entierra a sus hijos en un perverso revés del ritmo de vida, y después, heroicamente, cuida a sus nietos. ¿Cómo llegamos a esto?

Viajé junto con Graça Machel a la zona cero de la pandemia en Uganda, para visitar a una niña ama de casa de 14 años, que cuidaba a dos hermanas de 10 y 12 años, y dos hermanos de 8 y 11 años. Graça y yo nos sentamos en el suelo de la choza; yo tenía a los dos niños a mi izquierda y Graça tenía a las tres niñas a su derecha. Ella echó a todos fuera de la cabaña, exceptuando al traductor, y luego se volvió hacia las dos niñas más grandes y con una gentil voz les preguntó: "¿ya empezaron a menstruar?" Y muy tímidamente, sólo en susurros, las niñas dijeron que sí. Entonces, Graça empezó una serie de preguntas: ¿saben lo que eso significa?, ¿hablan con su profesor al respecto?,

¿hablan de eso con otros niños en la escuela?, ¿hablan de eso con los otros pobladores?, ¿alguien te ha dado alguna toalla higiénica? Y mientras yo estaba sentado escuchando, me di cuenta de que estas niñas estaban recibiendo el primer acto de maternidad sobre una experiencia que de seguro debe ser uno de los momentos más importantes en la vida de una niña. Y me dije: esto es lo que está pasando en todo el continente: los padres y las madres ya no están. En especial las madres. La transferencia del conocimiento, el amor y los cuidados de una generación a la siguiente se está extinguiendo. ¿Cómo hemos llegado a esto?

Estoy parado en las afueras de una clínica en Lusaka, Zambia, donde las madres han venido para hacerse la prueba, y para el posible uso de nevirapinas durante el parto. Las madres se me acercaron: "Sr. Lewis, usted tiene drogas en su país para mantener a su gente con vida, ¿por qué nosotros no podemos obtenerlas para mantenernos con vida?" No puedo decirle cuán a menudo las mujeres me preguntan eso. Se puede palpar esa sensación de consternación y vulnerabilidad colectiva, su miedo y pánico de que sus hijos se conviertan en huérfanos. No sé como responder a esta pregunta. ¿Cómo les explicas que estamos enfrentándonos con uno de los más crueles y feos abismos entre los mundos en vías de desarrollo y los ya desarrollados en el planeta? ¿Cómo llegamos a esto? ¿Cómo es que no logramos que el mundo entienda que si queremos reducir la abrumadora cantidad de huérfanos, con la que ningún país puede arreglárselas, debemos mantener a las madres con vida? El tratamiento es una manera para lograrlo. Los microbicidas son la mejor manera.

Hace sólo diez días atrás viajé, con mi colega Anurita Bains, a Swazilandia. Un jueves por la tarde, viajamos hacia la región interior para visitar una pequeña comunidad de mujeres que viven con sida y que cuidan a hordas de niños huérfanos. Ellas nos condujeron por un sendero angosto, por lo que parecía una eternidad, entre medio de arbustos, hasta que llegamos a la casa de una mujer que estaba muriendo. He pasado mucho tiempo en chozas de mujeres que están

muriendo; no sé por qué este episodio en particular me impactó tanto, pero no he podido sacar esa imagen de mi cabeza. Creo que nunca antes había visto tan enferma a una persona, en su cara se veía la máscara de la muerte; una joven mujer que tenía unos veinte años, siempre tienen unos veinte años, que valientemente levantaba la cabeza para ver a los visitantes. Le tocas la mano: pronuncias palabras de alivio; ella está como ausente. Algunas veces pienso que hago tales gestos más por mí que por la persona que está tan desesperadamente enferma. Alrededor de ella estaban los niños viéndola morir. Eso es lo que hacen los niños de África: ellos no se convierten en huérfanos después de que mueren sus padres, sino que se convierten en huérfanos mientras sus padres están muriendo y, luego, observan a la muerte y, luego, asisten al funeral.»

El sida tiene cara de mujer. Conferencia pronunciada por Stephen Lewis. Londres, 2004.

«Si los microbicidas tienen el efecto esperado incluso el dinero dejaría de ser un problema» (19/08/2006).

«Bill y Melinda Gates aportan 500 millones para investigar en programas como los microbicidas y la búsqueda de una vacuna» (19/08/2006).

«En 2008 habrán terminado varios ensayos avanzados sobre microbicidas» (19/08/2006).

«Existen 16 microbicidas probándose y parece que alguno de ellos puede convertirse en un método de prevención eficaz para las mujeres» (19/08/2006).

«Stephen Lewis sostiene que los microbicidas son la gran esperanza para frenar el sida en África» (19/08/2006).

«Peter Piot predice que en cinco años habrá microbicidas eficaces» (12/12/2006).

«A falta de una vacuna protectora un gel que actúe como un preservativo invisible para proteger a las mujeres del virus del sida podría cambiar el curso de la epidemia» (12/12/2006).

Gates: «La esperanza se expande más rápido que el sida.» Advierte que el tratamiento del sida no será sostenible si no se avanza en la prevención y los microbicidas son una de las esperanzas (15/08/2006).

Presentan en «la cumbre del sida» geles vaginales para prevenir el contagio (14/08/2006).

«Casi medio centenar de ONG piden al Gobierno más recursos contra el sida.» Las ONG dicen a la Ministra Salgado que España aporta escasos recursos contra la crisis del sida y ninguno en el desarrollo de microbicidas y vacuna (18/05/2006).

3.5.8.- Enfermedades de transmisión sexual

Durante años, «el mal francés» fue un eufemismo para referirse a la sífilis. El país surgido desde 1789 se había afianzado como República burguesa, come-curas y con mítines patrióticos en burdeles. Era época de lucha (02/11/2006).

«Transmisión del VIH que muchas mujeres no evitan ni dentro del matrimonio.» Pero también hay otras enfermedades de transmisión sexual (gonorrea, sífilis, clamidia, tricomonas) que van en aumento. Unos 340 millones de casos anuales (10/08/2006).

«Los parches anticonceptivos no evitan las enfermedades de transmisión sexual como el sida, gonorrea o la sífilis» (08/04/2006).

«En una pareja estable en caso de que uno de ellos tuviera sida debería ser consciente del riesgo que corre y avisarle de las medidas

que debe tomar.» La sífilis y la gonorrea son de declaración obligatoria (03/07/2006).

Las relaciones de riesgo son la segunda causa de enfermedad y mortalidad en países en desarrollo, según la Organización Mundial de la Salud. «El sexo seguro es una materia de vida ó muerte» (02/11/2006).

«Alertan de que la incidencia de enfermedades de transmisión sexual aumentará entre las españolas en unos años en todas las comunidades autónomas» (15/08/2006).

«La prostitución como la energía no se destruye se transforma. Presentan nuevos modelos de burdeles en Suecia» (27/11/2006).

«Las enfermedades de transmisión sexual resurgen, como la sífilis y gonococia, ignoran que la padecen y retrasan el tratamiento» (26/07/2006).

3.5.9.- Antirretrovirales

El número de centros que proporcionaban tratamiento antirretrovírico aumentó de unos 500 en 2004 a más de 5.000 a finales de 2005. Veintiún países cumplían el objetivo de la iniciativa «Tres millones para 2005» de proporcionar tratamiento como mínimo a la mitad de las personas que lo necesitan. Se estima que el acceso ampliado al tratamiento ha evitado entre 250.000 y 350.000 fallecimientos por sida entre 2003 y 2005.

A nivel mundial, sin embargo, los fármacos antirretrovíricos sólo llegan a una de cada cinco personas que los necesitan. Algunos obstáculos persistentes para ampliar el acceso al tratamiento son los gastos corrientes reembolsables para los pacientes, la concentración de centros de tratamiento en las zonas urbanas y los esfuerzos

insuficientes para abordar las necesidades de las poblaciones vulnerables, incluidos los profesionales del sexo, los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los consumidores de drogas intravenosas, los presos y los refugiados.

«Terapia más precoz para los portadores de VIH» (15/12/2006).

«La interrupción de la terapia contra el VIH multiplica los riesgos. Triplica el riesgo de fallecer» (30/11/2006).

«Los expertos alertan del aumento del sida entre las mujeres. La aparición de los tratamientos antirretrovirales ha hecho perder el miedo al sida» (25/03/2006).

«Tres hospitales empezarán en marzo a operar a enfermos de sida de daños faciales.» Los afectados por el tratamiento antirretroviral que presenten lipodistrofia (atrofia de la grasa de la cara) susceptible de cirugía facial serán operados, según anunció el consejero del País Vasco (06/04/2006).

«El 36% de los diagnosticados de sida en 2005 desconocía ser portador de VIH.» Con los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia han empezado a disminuir los casos de enfermedad en España (04/06/2006).

«El sida exige más. El sida se ha convertido en el exponente más ignominioso de la creciente brecha que separa a unos países ricos de los pobres.» Los tratamientos antirretrovirales han logrado convertir en crónica la enfermedad, con una expectativa de supervivencia indefinida (05/09/2006).

«Generalitat y hospitales crearán un centro de investigación sobre el sida.» Los tratamientos antirretrovirales han conseguido avances en el control de la infección (31/03/2006).

«Sanidad pagará la cirugía facial a los enfermos de sida que sufran cambios por los antirretrovirales.» De los 7.000 enfermos en

tratamiento con antirretrovirales 4.000 sufren algún tipo de lipodistrofia (14/03/2006).

«La terapia antiviral reduce los riesgos de la concepción natural en parejas con VIH.» La introducción de la llamada terapia de alta eficacia (TARGA) o combinaciones de tres ó más antirretrovirales es una nueva vía para las parejas en las que uno de los miembros está infectado por el virus del sida (28/06/2006).

«La esperanza de vida en África ha bajado cuatro años desde 1990. El sida también supone una condena presupuestaria para proveer de antirretrovirales a la población. Es una enfermedad crónica y los medicamentos pronto habrá que cambiarlos, porque el virus genera resistencias.» (17/09/2006).

«El ajo y el limón no curan el sida.» Una serie de pseudocientíficos niegan que el VIH produzca sida y mantienen que los antirretrovirales son altamente tóxicos. Postura defendida por la Ministra de Sudáfrica que ha convertido su país en el más infectado del mundo (11/06/2006). En el Congreso de Toronto se acordó solicitar la dimisión de la antedicha Ministra.

«Los antirretrovirales reducen las muertes por sida en África a niveles europeos» (17/08/2006).

«Uno de cada cuatro nuevas infecciones por VIH son homosexuales.» El éxito de las terapias antirretrovirales y el cansancio en el uso del preservativo están provocando un aumento de las prácticas sexuales no seguras (09/04/2006).

«La terapia intermitente contra el sida duplica el riesgo de los enfermos» (20/01/2006).

«El sida continúa devastando África, aunque crece el número de los tratados.» El número de personas en tratamiento con antirretrovirales se ha multiplicado por ocho en los últimos años (22/11/2006).

Interrumpir la medicación aumenta la mortalidad del sida (30/11/2006).

Peter Piot: «El futuro de la pandemia depende de los líderes políticos» (26/03/2006).

Naciones Unidas advierte que se está perdiendo la batalla contra el VIH. «Creo que asistiremos a una mayor globalización de la epidemia en cada esquina del planeta.» Así de pesimista se mostraba Peter Piot, director de ONUSIDA. El estigma asociado al VIH continúa presente en muchos países y provoca que los afectados en su mayoría nunca se hayan hecho las pruebas del sida y no saben que son portadores. La provisión de condones es insuficiente para las necesidades mundiales y los antirretrovirales pese a estar cada vez más disponibles, aún son demasiado caros para los habitantes de los países pobres. En ellos, sólo el 2% de los enfermos pueden beneficiarse del tratamiento antirretroviral (31/05/2006).

Se estima que 38,6 millones [33,4-46,0 millones] de personas en todo el mundo estaban viviendo con el VIH a final de 2005; que el pasado año se infectaron 4,1 millones [3,4-6,2 millones] de personas, y que 2,8 millones [2,4-3,3 millones] perdieron la vida como consecuencia del sida. Se cree que, en conjunto, la tasa de incidencia del VIH (la proporción de personas que se han infectado por el virus) alcanzó su cota máxima a finales de los años noventa y que se ha estabilizado desde entonces, a pesar de una incidencia creciente en varios países.

Las últimas estimaciones indican que unos 8,3 millones [5,7-12,5 millones] de personas estaban viviendo con el VIH en Asia a final de 2005. De ellas, 2,4 millones [1,5-3,8 millones] eran mujeres adultas, y más de las dos terceras partes de todos los casos correspondían a un solo país: la India. En Asia está recibiendo tratamiento antirretrovírico aproximadamente una de cada seis personas (16%)

que lo necesitan. Mientras que el avance es máximo en Tailandia, la cobertura sigue situándose muy por debajo del 10% en la India (que tiene más del 70% de las necesidades totales de tratamiento en la región). La vigilancia ampliada del VIH y los mejores métodos de estimación están ofreciendo una panorámica más clara de la epidemia de sida en China. En ese país, alrededor de 650.000 [390.000-1,1 millones] personas vivían con el VIH en 2005. El doctor Najera Morrondo señalaba que había que pensar en la posibilidad de convivir con el virus del sida.

Hace años se pensó que se podría erradicar el virus del sida, pero no es posible. Una vez integrado el genoma del virus en la célula infectada, sigue ahí y no es posible eliminarlo. Esto tiene como consecuencia que el virus siga evolucionando desde el punto de vista genético y, por otra parte, que posea reservorios en el propio organismo infectado y que, por tanto, la enfermedad no se pueda curar. Ésta es la situación a la que nos enfrentamos.

Una convivencia que, en el caso del hombre, se ha visto mejorada en algunos casos pero que es todavía difícil. Sin embargo, sí se ha visto en bastantes retrovirus animales, en donde sí se establece una convivencia con el huésped, es decir con el animal al que infectan. Así, estamos tratando de conseguir con los medicamentos transformar el sida en una enfermedad crónica o en una infección crónica. Esta sería una situación aceptable si pudiéramos suprimir el elemento patógeno de la enfermedad y reducirlo a una convivencia entre especies, del virus del sida con el hombre, como sucede con varios lentivirus en distintas especies animales.

En la Conferencia Internacional del sida de Barcelona presentamos un trabajo en el que poníamos en evidencia una nueva faz de la epidemia, en el sentido de que la variabilidad del virus es mucho mayor de lo que se suponía. Y hablamos no tanto de la variabilidad genética, consecuencia de la evolución por mutación y selección, sino del fenómeno de la recombinación, que se conoce desde hace

algunos años en los lentivirus, que son los virus que actúan muy lentamente, como el virus del sida, que puede tener un periodo de incubación de diez años

En la recombinación hay un intercambio de material genético entre los virus, de modo que varían sus características, se forman híbridos, formas nuevas, y, como consecuencia el medicamento puede disminuir su eficacia, como se ha visto en algunos casos.

La plasticidad del virus, es decir, la capacidad para transformarse por recombinación, es enorme. Por tanto, la dinámica de la pandemia está absolutamente viva, sigue extendiéndose, sigue variando, sigue aumentando, lo cual es una dimensión nueva en el sentido de que se pensaba que la enfermedad estaba más o menos controlada en los países que tenían una buena asistencia sanitaria. Pero además de toda esta variación también se han detectado lo que llamamos recombinantes únicos. Los recombinantes únicos son formas únicas que aparecen y afectan a una persona o a unas pocas. Este fenómeno no se explica más que admitiendo un concepto nuevo, el de reinfección.

Además de la enorme variabilidad innata del virus, lo que dificulta la acción de los medicamentos y de una posible vacuna, se empieza a admitir, aunque todavía no hay suficiente documentación sobre su trascendencia, el fenómeno de la reinfección.

En la Conferencia de Barcelona se describió el caso de una persona que poseía una carga viral baja, es decir, con pocos virus y controlados sus niveles, y que de improviso la cantidad de sus virus, esto es, la carga viral, se elevó. Esto se interpretaba, hasta ahora, como un fallo del tratamiento con los medicamentos, que tenía como consecuencia un aumento en el número de virus, un incremento en la carga viral. Los virus se hacían resistentes y los medicamentos dejaban de tener efecto. Pero ahora se cree que puede ser debido, como digo, a la reinfección, esto es, que una persona infectada por el virus puede volver a infectarse con otro virus posteriormente.

Lo que llamamos terapia antirretroviral de alta eficacia es con lo que estamos tratando a los pacientes en el mundo occidental. Con este tratamiento se ha avanzado enormemente, tanto en cantidad como en calidad de vida de estas personas. En la terapia antirretroviral se actúa en dos partes el proceso de infección: inhibiendo la acción de la enzima transcriptasa inversa, la que facilita la copia del ARN en ADN y la entrada del provirus en el cromosoma celular e inhibiendo la acción de la enzima proteasa, que corta los precursores de proteínas en los tamaños adecuados para la maduración del virus.

Pero incluso teniendo los medicamento adecuados, otro problema del enfermo es cumplir con el tratamiento. Ya hay varios medicamentos de dosis única y combinaciones de medicamentos que hacen que en una única administración se puedan dar varios medicamentos.

¿Es exagerado afirmar que el virus del sida es el más peligroso de todos los virus conocidos? Combinando unas cosas y otras podríamos asegurar que es de los más peligrosos, al menos. El virus del sida tiene la característica de no ser demasiado patógeno, en comparación con otros virus como por ejemplo el del ébola, que es el caso paradigmático por su alta mortalidad. Pero esta alta mortalidad de este virus se debe a que mata a la persona muy rápidamente, pero el virus se agota ahí, sin tiempo de extenderse entre la población, como lo hace, sin embargo, el virus del sida, que es un lentivirus, con un periodo de incubación de 8 a 10 años, que actúa en silencio, por lo que da tiempo suficiente para que se infecten muchísimas personas más.

El acceso al tratamiento se ha ampliado espectacularmente, como ya hemos señalado. En 2005, la Cumbre Mundial de las Naciones Unidas, los países industrializados del G-87 y la Unión Africana refrendaron el objetivo de acceso universal al tratamiento, mientras que el Grupo de los 77 se comprometió a priorizar una mayor

cooperación Sur-Sur por lo que respecta a prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH. Esta creciente colaboración regional queda patente en los esfuerzos de la Asociación Pancaribeña contra el VIH/Sida, el Foro de Liderazgo de Asia-Pacífico sobre VIH/Sida y Desarrollo, la atención de la Unión Europea y la Comunidad de Estados Independientes en una acción intensificada contra el sida en Europa oriental y los esfuerzos de colaboración de los países de América Latina para negociar reducciones de precios en los fármacos antirretrovíricos.

La Sociedad Internacional del Sida (IAS), que reúne a 11.000 profesionales de la salud, convocó a 5.000 expertos para debatir sobre la enfermedad y la esperanza que suscitan los nuevos tratamientos para combatirla.

El encuentro trató fundamentalmente sobre una nueva generación de medicamentos contra el sida llamados inhibidores de la integrasa. La integrasa es la enzima del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) que ayuda a esconder el ADN viral dentro del ADN humano. «Los inhibidores de la integrasa son medicamentos especialmente potentes y creo que con ellos podremos empezar a hablar de erradicación del VIH», asegura David Cooper, copresidente de la conferencia. «Hablamos de erradicación del virus cuando aparecieron los antirretrovirales, a mediados de los años 90, pero dejamos de hacerlo por su toxicidad», recuerda.

Los inhibidores de integrasa son todavía más fuertes y tienen menos efectos secundarios que los antirretrovirales utilizados hasta ahora, asegura David Cooper, director del Instituto de Investigación Epidemiológica contra el Sida australiano. Este nuevo tratamiento y otros campos de estudio prometedores como la terapia génica permiten afirmar que hoy en día es realmente posible acabar con el sida, asegura Cooper.

Cooper propondrá a los asistentes firmar la Declaración de Sydney, que prevé dedicar a la investigación el 10% de los fondos dedicados a

la lucha contra el sida en los países pobres. Todavía falta lograr que los países en desarrollo tengan fácil acceso a medicamentos de última generación, sean antirretrovirales o inhibidores. «En esos lugares sólo contamos con los antiguos medicamentos estándar», se lamenta Cooper.

Dos millones de personas reciben tratamiento antirretroviral en países en desarrollo, aunque el objetivo es multiplicar esa cifra por cuatro, apunta Anthony Fauci, director del Instituto de Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos. Fauci recuerda que el pasado mayo el presidente estadounidense George W. Bush prometió destinar 30.000 millones de dólares a la lucha contra el sida en los países pobres, la mayor cantidad dedicada a una campaña de salud pública.

En los países ricos, donde los servicios sanitarios son más accesibles, los expertos han apuntado, sin embargo, dos fenómenos que podrían aumentar los contagios de VIH: la falta de percepción del riesgo y el aumento cada vez mayor del consumo de drogas.

«En los años 80 y 90 podíamos convencer a la gente de que tomase precauciones diciéndole que, si contraía sida, moriría. Ahora uno ya no se muere; se puede llevar una vida normal gracias a los medicamentos, y la gente cree que con tomárselos ya está», subraya Cooper.

Thomas C. Quinn, profesor de enfermedades infecciosas de la Universidad de Johns Hopkins, publicó un trabajo en el 2000 sobre la reducción de la carga viral en enfermos que estaban siendo tratados con antirretrovirales y llegó a la conclusión de que al disminuir la carga viral por debajo de 10.000 copias/ml se reducía significativamente la transmisión del VIH en 415 parejas discordantes en Rakai (Uganda). Es decir, estos resultados darían la razón a los activistas que piden tratamiento gratis para todos.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), las del aparato reproductor, figuran entre las causas más comunes de enfermedad en todo el mundo. Según se estima, cada año se registran 340

millones de nuevos casos de ITS curables. Cuando se suman las infecciones incurables (incluido el VIH), el número se triplica. Por muchas razones socioculturales y fisiológicas, las mujeres son más susceptibles que los hombres a este tipo de enfermedades y padecen consecuencias desproporcionadamente graves, entre ellas cáncer cervical e infertilidad. Entre las mujeres que padecen ITS, en un 70% no hay síntomas (en comparación con 10% de los hombres), de manera que el diagnóstico es más difícil. Cuando los síntomas aparecen, las mujeres tienden a aceptarlos y no darles importancia. Además, la presencia de ITS puede aumentar de dos a nueve veces al riesgo de infección con el VIH.

No obstante, en África al sur del Sahara, en 2003 solo un 14% de las personas que padecían ITS tuvieron acceso al tratamiento. Asimismo, dado que las ITS, incluido el VIH, son más prevalentes entre los jóvenes, la prevención puede arrojar beneficios a largo plazo para la fuerza laboral y conducir a una mayor productividad.

En 2005 el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó un libro dentro de su Plan Nacional sobre el Sida (PSN) titulado *Recomendaciones del PNS sobre el manejo de los trastornos relacionados con la infección VIH*, en el que ahondaba en su manejo clínico y tratamiento, con una introducción del doctor Gatell. En esta monografía hacía recomendaciones a los médicos sobre el tratamiento de algunas complicaciones como eran:

1. Encefalopatía por VIH/complejo demencia-sida
2. Polineuropatía y mielopatía
3. Trombopenia, trastornos de la coagulación
4. Desnutrición en el paciente VIH
5. Enteropatía por VIH
6. Afectación cardíaca
7. Hipertensión arterial
8. Afectación renal
9. Hipertensión pulmonar

10. VIH e autoinmunidad
11. Trastornos psicológicos (fatiga, depresión, alteraciones del sueño, agitación psicomotriz, fuga de ideas, irritabilidad, etc.)
12. Trastornos neuropsiquiátricos

De todo ello los activistas en el libro de Irwin miran hacia otro lado. La prensa divulgativa tampoco se ha ocupado de todos estos trastornos que aparecen a pesar del tratamiento. Únicamente se han dedicado a destacar casos seleccionados de personas con infección de VIH que decían que se encontraban perfectamente con el tratamiento de antirretrovirales. Sí se ha hablado de la complicación lipodistrofia, de la los afectados podrán operarse gratuitamente en algunas autonomías.

3.5.10- Vacuna

«Un presidente de la asociación de Hemofílicos en Brasil decía que no se había descubierto una vacuna para el sida porque las empresas farmacéuticas ganan más con los medicamentos» (10/09/2006).

«El VIH y la malaria, dos enfermedades que se potencian una a otra. Para ninguna de las dos existe vacuna» (11/12/2006).

«Gates ha contribuido con 1.600 millones de dólares, más que el conjunto de la Unión Europea y Estados Unidos para permitir el acceso a las vacunas en África» (05/02/2006).

Los Gates donan 228 millones de euros a la investigación de vacunas para el VIH que darán a lo largo de 5 años para fomentar la investigación en 11 trabajos de posibles vacunas (21/07/2006).

«El libro Blanco de las vacunas contra el sida 2006 fue presentado por Iniciativa Internacional contra el sida.» Los investigadores intentan aprender de los fracasos previos. La investigación ha sido

sacudida por la irrupción del fenómeno Bill y Melinda Gates (16/08/2006).

Gates alerta en Toronto de la necesidad de tecnologías preventivas para el sida. «La búsqueda de la vacuna es lo más importante del planeta» (16/08/2006).

3.6.- La cronificación del sida

A la vista de la información encontrada llegamos a la conclusión de que las piezas analizadas señalaban que se había perdido el miedo al sida dado que los enfermos ya no se morían y la enfermedad se había convertido en un proceso crónico, como por ejemplo la diabetes. Por eso decidimos centrarnos en las publicaciones que contenían al mismo tiempo la palabra sida y la palabra crónico. Y he aquí lo que encontramos:

«Buscar una vacuna contra el sida es tirar el dinero a la basura» (03-12-06).

El profesor francés Luc Montagnier (Chabris, 1932) fue el primer científico que describió el virus del sida, al hacerle la siguiente pregunta: « ¿Ha calado demasiado rápido la idea de que el sida es una enfermedad crónica?»

Respondió: «Es un profundo error. La nueva generación piensa que ahora tienen nuevos medicamentos que van a curarlos. El sida no es una enfermedad crónica, debido a que sus tratamientos son tóxicos y a que el virus puede volverse resistente a los tratamientos. La situación actual no es buena porque la epidemia continúa, hay nuevas infecciones y la gente olvida las actitudes de prevención».

«Los padres de Zackie Achmat eran musulmanes conservadores

cuando él tenía 14» (27-11-06).

La gran injusticia -una de las más grotescas del mundo- es que una enfermedad que ya es sólo crónica y en gran medida asintomática en Europa y en Estados Unidos, sigue siendo mortal en África. El gran objetivo es que se deje de discriminar a los países pobres en materia de salud; que tanto en África como en otros continentes en los que existe la amenaza de que el sida adquiera dimensiones africanas se logre la igualdad.

«La resistencia a la insulina reduce a la mitad la curación de la hepatitis C» (21-10-06).

Por primera vez se ha encontrado un factor que puede tratarse, la resistencia a la insulina y «en consecuencia, se puede curar la enfermedad», explica Romero Gómez. Un término éste -curar- que resulta imposible conjugar en enfermedades crónicas como el sida o la hepatitis B, que responden a la infección por un virus integrado en el ADN de la célula, algo que no ocurre con el de la hepatitis C. Aunque, como comenta Solá, los hallazgos de Romero «aportan también una nueva herramienta para mejorar tratamientos como el del sida.»

«Nace una asociación para ayudar a las familias de afectados de VIH» (18-09-06).

Un largo y solitario sufrimiento ha sido el motor de la nueva asociación Bizi Maitea, creada en Bilbao para apoyar a familiares de afectados crónicos del virus del sida, el VIH. Su promotora y presidenta, Luz Canales, sabe de lo que habla: su hijo menor, de ahora 17 años, es seropositivo.

«El Gobierno regional destina 600.000 euros al Centro de Cáritas Hogar 2000» (13-09-06).

El Centro de Cáritas Hogar 2000, que fue inaugurado en 2005 por el presidente Barreda, cuenta con 20 plazas, aunque atiende en la

actualidad a 16 personas. Además, durante 2006 han pasado por él más de 30 personas con enfermedades crónicas o terminales, como el sida.

«Podremos dominar el cáncer» (09-09-06).

«Tenemos que desmitificar que los médicos lo curamos todo», planteó Pere Gascón, del Clínico de Barcelona. Gascón pidió tiempo para que los nuevos fármacos respondan a las esperanzas depositadas en ellos. En esta línea, Gascón estableció el paralelismo con el tratamiento del sida: de un sólo fármaco (AZT) se ha pasado a una combinación de medicamentos que ha logrado convertir al sida en una enfermedad crónica. «Quizá llegue el día que logremos un cóctel de fármacos para dominar el cáncer. Es uno de los desafíos de los próximos diez años», dijo Gascón.

«Salud. Alerta de la OMS ante la expansión de cepas resistentes de tuberculosis» (07-09-06).

Sin embargo, las nuevas formas de tuberculosis ultrarresistentes (UR) no pueden tratarse de forma eficaz a ningún coste y los pacientes afectados, especialmente si tienen sida, mueren rápidamente sin sufrir una crónica y lenta enfermedad pulmonar.

«La combinación de fármacos es rentable» (17-08-06).

La llamada terapia de alta eficacia (HAART en inglés), no sólo funciona, sino que es rentable. Esta combinación de fármacos ha conseguido alargar la supervivencia de las personas con VIH hasta el punto que algunos lo tratan casi como enfermedad crónica. Ayer, en la Conferencia Internacional sobre el Sida de Toronto (Canadá), el director del servicio de Salud canadiense, Julio Montaner, echó el resto para convencer de la necesidad de extenderla. El argumento es el bolsillo. Incluso donde los fármacos se venden a precio de mercado -6.000 euros por persona y año-, su eficacia ahorra el doble en hospitalizaciones y permite a los infectados mantener una vida

productiva: generan riqueza y pagan impuestos. Además, evita que una madre infectada transmita a su bebé el virus y que una persona contagie a su pareja, si reduce su carga viral por debajo de 50 unidades por mililitro de sangre.

«La infección aumentará en las mujeres españolas» (15-08-06).

Interdisciplinaria del sida (Seisida), el grupo de estudio de sida (Gesida), la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y asociaciones de pacientes, en colaboración con el Ministerio de Sanidad. Los datos que aporte finalmente este estudio ayudarán a la sanidad española a afrontar los nuevos retos de una enfermedad que se ha convertido en una patología crónica.

Otros datos disponibles auguran un incremento del VIH entre los inmigrantes y las personas que ejercen la prostitución, ya que entre las inmigrantes que se prostituyen se disparó la incidencia no sólo del virus del sida, sino también de otras infecciones de transmisión sexual como la sífilis o gonorreas, que prácticamente estaban bajo control.

«Del sida, sólo nos falta la vacuna; y tardará en llegar» (13-08-06).

José María Gatell, investigador y médico contra el VIH del Hospital Clínico de Barcelona en una entrevista responde a la pregunta: «¿Se ha perdido el miedo al sida?»

Responde: «Las medidas preventivas contra el sida no gustan en determinados sectores de población, que intentan minimizar el problema. Dicen que el sida es una enfermedad crónica, que tiene un tratamiento sencillo y que si te infectas, ya te tratarán. Esto hay que aclararlo.»

P.: «Aclárelo»

R.: «No sabemos si los tratamientos que utilizamos serán muy tóxicos a los 15 ó 20 años. No hay que confiarse en la medicación, sino procurar no infectarse.»

«El cambio climático agudiza las emergencias por hambre en África» (24-07-06).

El cambio climático, unido a la «crónica vulnerabilidad» del sida, la pobreza y los conflictos bélicos, está provocando una aceleración del hambre en África. Lluvias escasas precedidas de lluvias fuertes fuera de temporada, que pudren las semillas, agudizan la precaria supervivencia de 15 millones de personas. Desde mediados de 1980, las emergencias por hambrunas en el continente negro, lejos de menguar, se han triplicado, de acuerdo con un informe publicado por la Organización no Gubernamental Oxfam que se basa en datos de Naciones Unidas.

«Contra la pobreza extrema» (16-07-06).

La clave es unir una idea clara a una tecnología práctica y eficaz, y después hacer avanzar la idea y la tecnología mediante la acción ciudadana masiva. Estas mismas lecciones son válidas para los Objetivos de Desarrollo del Milenio adoptados en 2000 por los Gobiernos para luchar contra la pobreza, la enfermedad y el hambre. Dichos objetivos son audaces, pero alcanzables. Por ejemplo, exigen la reducción antes de 2015 de la proporción de población mundial crónicamente subalimentada respecto a la proporción de 1990, y reducir la tasa de mortalidad infantil en tres cuartas partes. Los objetivos también abordan plagas como la muerte materna en el parto, la falta de acceso a agua potable y enfermedades asesinas como la malaria, la tuberculosis y el sida.

«Los médicos se sinceran sobre el sida» (09-07-06).

El miedo y la marginación que durante años sufrieron los enfermos de sida fueron padecidos también, en menor grado, por el personal sanitario que les atendió. En el documental *Cambiando el paso*, la trabajadora social del Hospital de Basurto Fabiola Moreno ha recogido

con una cámara no profesional las impresiones de 25 profesionales - médicos, enfermeras y auxiliares- de la Unidad de Enfermedades Infecciosas de este centro médico bilbaíno. Durante una hora de película, estos hombres y mujeres repasan sus vivencias con la enfermedad: desde la incertidumbre del primer caso detectado en este hospital, en diciembre de 1985, hasta la angustia de su época más mortífera; desde la aparición de los primeros tratamientos, hasta los nuevos retos para combatir una enfermedad ya crónica.

«La esperanza de vida en África ha bajado cuatro años desde 1990» (28-06-06).

El sida también supone una condena presupuestaria para los países que proveen de antirretrovirales a la población: «Es una enfermedad crónica y los medicamentos son para toda la vida y habrá que cambiarlos, porque el virus genera resistencias.» Dos millones y medio de subsaharianos sucumbieron a la enfermedad en 2005.

«El sida exige más» (04-06-06).

Mientras tanto, el sida se ha convertido en el exponente más ignominioso de la creciente brecha que separa a unos países de otros. En los ricos, los tratamientos antirretrovirales han logrado convertir en crónica la enfermedad, con una expectativa de supervivencia indefinida. Luego en el campo científico sí que se ha avanzado. El problema es que ese avance sólo alcanza a una minoría: sólo uno de cada tres afectados recibe tratamiento. Hay algunos datos muy reveladores de lo que puede ocurrir. En los países africanos donde la epidemia se ha extendido más, parece haber alcanzado una especie de saturación: ya no crece más. Pues bien, a ese punto se ha llegado con tasas de infección superiores al 30% de la población.

«Salud. Sida. Un especial del suplemento SALUD repasa 25 años del VIH» (01-06-06).

Sus inicios en los ambientes gays de EEUU; la muerte de la estrella de Hollywood Rock Hudson, cuya confesión de que padecía sida «puso rostro» a la dolencia; las vicisitudes del movimiento asociativo de los afectados y de los grupos de activistas, a cuyo empuje se debe buena parte de los progresos en prevención y tratamiento logrados en estos años; la desesperada búsqueda de terapias eficaces para frenar el avance mortal de la epidemia; el fracaso de los ensayos de una vacuna; el descubrimiento de que la fuente del VIH había sido un simio africano; la llegada de los primeros cócteles de antirretrovirales que convirtieron la infección en una dolencia crónica y la tragedia del sida en los países en vías de desarrollo, especialmente los del África subsahariana, a donde ni los fármacos ni la asistencia médica llegan.

«La OMS reabre hoy el debate de la destrucción de las últimas cepas del virus de la viruela» (22-05-06).

La OMS ha preparado una estrategia mundial para luchar contra estas enfermedades, que afectan anualmente a más de 340 millones de personas de entre 15 y 49 años y que contraen infecciones bacterianas o protozoarias de transmisión sexual como la sífilis, blenorragia, clamidiasis genitales y tricomoniasis. Estas enfermedades pueden tener graves consecuencias como infertilidad, muerte o cronicidad de la patología. El programa prevé ampliar el acceso al diagnóstico y tratamiento, la formación del personal sanitario, la introducción de intervenciones específicas en cada país y la concienciación social. El plan se nutriría y participaría de los que ya se desarrollan para el control de enfermedades como el VIH/Sida, tuberculosis o malaria.

«El Govern alerta sobre un aumento moderado del Sida en mujeres jóvenes y homosexuales» (21-05-06).

La consellera de Salut, Marina Geli, advirtió ayer sobre un aumento «moderado» de infecciones por sida entre mujeres jóvenes y homosexuales, por lo que llamó a reforzar las medidas de prevención en estos colectivos. En el marco de la celebración del XIII Memorial Internacional del Sida, Geli aseguró que los casos por infección de VIH en Cataluña «siguen disminuyendo» -una tendencia que se inició en la década de los 90- con la introducción de los antirretrovirales, que han hecho del sida «una enfermedad crónica». No obstante, pidió a la sociedad y en especial a los colectivos en los que se ha detectado una tendencia al aumento de infecciones por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que «tomen precauciones» a la hora de mantener relaciones sexuales. La consellera insistió en que los inmigrantes que han llegado a Cataluña «también practiquen esta cultura de prevención», un aspecto que «en algunos de sus países de origen no está arraigado».

«Los rostros del sida» (18-04-06).

Desde el descubrimiento de la medicación, el sida se ha controlado y cronificado. «La medicación permitió que los pacientes de VIH no acabasen desarrollando sida y tuviesen una vida normalizada», dice Apezteguía. Sin embargo, no se es consciente de los efectos secundarios que conlleva esta medicación, advierte Apezteguia. «Uno de esos efectos secundarios es la lipodistrofia, una alteración del metabolismo y de las grasas del cuerpo que provoca deformidades en el rostro y en otras partes del cuerpo, y que aparece en la mayoría de los casos». El Departamento vasco de Sanidad ofrece la reparación facial en estos casos a los pacientes de sida. «El País Vasco, que ha sido muy castigado por esta enfermedad, se está convirtiendo en estandarte de la lucha contra el sida», afirma Apezteguía.

«En autobús, en busca de donantes» (31-01-06).

La donación de sangre es siempre un acto libre y altruista. Su regulación protege tanto a los receptores como al donante. Es requisito indispensable ser mayor de edad, pesar más de 50 kilos, no estar en ayunas y no haber donado en los últimos dos meses. Están excluidos los enfermos de hepatitis B y C, sida, sífilis y demás infecciones que se transmiten por la sangre. Los diabéticos insulino dependientes, epilépticos, pacientes crónicos y enfermos graves, también.

«La terapia intermitente contra el sida duplica el riesgo de los enfermos» (20-01-06).

Estados Unidos ha suspendido un ensayo clínico internacional que valoraba la seguridad de una nueva estrategia en el tratamiento del sida que consiste en suspender, de forma controlada, la toma de antirretrovirales para reducir los efectos secundarios. El estudio, con más de 5.000 pacientes procedentes de 33 países -entre ellos España-, se ha detenido para no poner en riesgo a los enfermos que hacían descansos. Los pacientes con esta terapia intermitente tenían el doble de probabilidades de morir y de que la enfermedad progresara, que los pacientes en tratamiento intensivo. Otras investigaciones realizadas con grupos reducidos de pacientes habían demostrado que se podían abandonar intermitentemente los antirretrovirales para reducir las complicaciones que presentan. Estos medicamentos han convertido el sida en una enfermedad crónica, no necesariamente letal. Pero a cambio, los enfermos deben soportar problemas cardiovasculares, renales y hepáticos.

«Disminuyen las noticias sobre sida a medida que dolencia se hace crónica» (17/11/2006).

Las noticias sobre el VIH/Sida han ido disminuyendo a medida que la enfermedad se está haciendo crónica, aunque las informaciones sobre salud aumentan, según un estudio del Observatorio de Comunicación

y Salud de la Universidad Autónoma de Barcelona. No obstante, en el periodo que va de octubre del 2005 a marzo del 2006 se encontraron 469 noticias referidas al tema en cinco diarios de tirada nacional: *ABC*, *El Mundo*, *El País*, *El Periódico* y *La Vanguardia*, objeto del estudio. La gran mayoría de ellas (78%) tenían un enfoque neutro, frente a un 15% pesimista y un 7% optimista. Dirigido por José Luis Terrón, y presentado en Madrid a un reducido grupo de medios, la investigación ha sido encargada por el Observatorio Derechos Humanos y VIH/Sida-Red 2002, en el marco del proyecto «Una nueva imagen para el VIH», que busca combatir el estigma y la discriminación.

Del total de noticias encontradas, 130 eran de *El Mundo*, 109 de *La Vanguardia*, 96 de *El País*, 88 de *ABC* y 46 de *El Periódico*, con una concentración significativa de noticias en torno al 1 de diciembre, Día Mundial de la lucha contra el Sida.

La agencia más utilizada por los medios ha sido *Efe*, con un 53% del total de noticias atribuidas a agencias, seguida de *Europa Press* (25%), de la británica *Reuters* (10%), la alemana *DPA* y la estadounidense *AP*, ambas con un 4%, *Servimedia* (2%) y *OTR/Press* (1%).

Ante estos datos, los autores del documento sostienen que cualquier acción de sensibilización, incluso de formación de los periodistas, ha de contar con los redactores de agencias. Añaden que hay que tener en cuenta, además, que el peso de las agencias en los diarios de menor potencial y estructura es aún mayor. Sobre el enfoque pesimista encontrado en un 15% de las piezas, los autores explican que suele conllevar dramatismo y en numerosos casos va unido a ciertas regiones geográficas, como Asia o África. Por otro lado, 133 de las 469 noticias publicadas relacionaban el VIH/Sida con la muerte.

En sus conclusiones generales, se califica de «muy relevante» el aumento del flujo informativo en torno al día 1 de diciembre y la disminución drástica de las piezas dedicadas al VIH/Sida pasado este día. En relación a los sujetos protagonistas, los investigadores afirman que hay un gran número de referencias a embarazadas y pobres. En cuanto a las instituciones religiosas que opinan sobre el tema, el mayor número, cerca del 80%, es de la Iglesia Católica, y dentro del 20% restante destaca el Islam.

Prevalecen las referencias a los homosexuales hombres respecto a los heterosexuales, y dicen que se han sorprendido en cuanto al número de referencias a personas encarceladas, que prevían menor. Finalmente, creen que el nivel de estigmatización explícito en estas noticias es bajo, pero el implícito es más alto.

3.7.- Relación entre violencia de género y sida

Otra conclusión a la que llegamos, era que existía una relación entre violencia de género y sida. Por dicho motivo y para contrastar los resultados, procedimos a realizar una búsqueda en las piezas analizadas en las que aparecieran la palabra violencia de género y sida.

«Observadores solos y desarmados» (23-04-06).

La Misión de Naciones Unidas en la República Democrática del Congo (MONUC) es la mayor de las 18 que mantiene esta organización e igualmente la más costosa. «Está incluida en el capítulo VII de la carta de la ONU -imposición de paz, en este caso tras los acuerdos de Lusaka, que pusieron fin a la guerra civil-, lo que autoriza a tomar las medidas necesarias, incluyendo la fuerza letal, para disuadir todo uso de la violencia. El trabajo consiste en enlazar con autoridades locales civiles y militares, conocer las rutas y poblaciones de mi área de

despliegue, obtener información del día a día relacionada con el tráfico de armas, la existencia de grupos armados descontrolados, atentados contra los derechos humanos, explotación de menores, abusos sexuales, violencia de género. En general, desconfían del *mundele* (hombre blanco) al que responsabilizan de haber traído el sida, la explotación y todo mal que hay en la tierra.

«Los jóvenes que se declaran católicos bajan del 77% al 49% en una década» (05-04-06).

Más tolerantes. Los jóvenes aceptan que las parejas homosexuales adopten hijos (en una escala de justificación del 0 al 10, dan un 6 a esta opción) y justifican el aborto con un 5,29. Las actitudes que más critican son el terrorismo, la violencia de género o el vandalismo. A ningún joven le importa ya vivir al lado de una persona enferma de sida, mientras que en 1990 lo rechazaba el 25%.

«Salud. La ablación puede provocar infecciones, incontinencia, úlceras, fistulas, hemorragias e incluso la muerte» (19-02-06).

La mutilación genital femenina (MGF) es el nombre genérico que se utiliza para designar las prácticas que implican la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos y otras agresiones en esta zona que se llevan a cabo por motivos no médicos, sino por razones culturales o religiosas. Aunque no se realizan para hacer daño a las niñas o mujeres, sus efectos son muy perjudiciales para su salud y convierten esta práctica en un acto de violencia de género.

Las complicaciones inmediatas incluyen dolor severo, choque emocional, hemorragias, retención de orina, ulceración de la región genital y lesiones del tejido adyacente. El sangrado y las infecciones pueden resultar mortales. A esto se une el riesgo de transmisión de enfermedades como el sida y la hepatitis debido al uso en las operaciones de instrumentos sin esterilizar. A largo plazo, pueden aparecer quistes y abscesos, formarse cicatrices excesivas, lesiones

en la uretra que pueden derivar en incontinencia urinaria, piedras en la vejiga, trastornos renales, infecciones en la pelvis, infertilidad...

De la Vega: «La participación femenina en la política es la vía a una sociedad justa» (08-03-06).

La participación política de las mujeres como elemento esencial para lograr una sociedad igualitaria. Fue una de las ideas más repetidas del II Encuentro España-África Mujeres por un mundo mejor, que fue ayer inaugurado en Madrid por la Reina, la vicepresidenta primera del Gobierno, María Teresa Fernández de la Vega; la presidenta de Liberia, Ellen Johnson-Sirleaf, y la primera ministra de Mozambique, Luisa Diogo. Ejemplos muy aplaudidos citó la presidenta de Liberia, como el de la inspectora general de la policía para la violencia de género de su país, una mujer por vez primera. Pero insistió en que para evitar los abusos se necesita el apoyo de maridos, padres y hermanos, a los que agradeció su colaboración.

«Todos los hombres han fallado a Liberia, dejemos que lo intente una mujer.» Así presentó De la Vega a la presidenta de Liberia, primera jefa de Estado de un país africano. Johnson-Sirleaf exigió apoyo para estos países y un incremento de los fondos de Naciones Unidas para políticas de igualdad de la mujer y lucha contra el sida. La presidenta incidió en la necesidad de mejorar la alfabetización femenina y erradicar las bodas infantiles y concertadas. Con el telón de fondo del Día Internacional de la Mujer, el encuentro que se clausura hoy reúne a más de 300 mujeres africanas de 46 países y a otras 200 españolas para analizar las barreras sexistas en las regiones. Recibieron en pie con un aplauso la aprobación de la Ley de Igualdad española ayer en el Senado, retransmitida en directo en el Palacio Municipal de Congresos. De la Vega instó a las africanas a «luchar contra la discriminación», aseguró que la participación de las mujeres en la política es la vía «a una sociedad justa» y se comprometió al desarrollo de tres áreas estratégicas: educación, sanidad y economía.

«De nosotras depende», concluyó la vicepresidenta.

«La Federación de Municipios reclama más competencias para los consistorios» (26-11-06).

La Federación de Municipios de Cataluña (FMC) decidió adherirse al manifiesto del Día Mundial contra el Sida y del Día contra la Violencia de Género.

«Mujeres. Malos tratos. Una de cada seis mujeres sufre malos tratos en el mundo. Estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS)» (25-011-06).

Una de cada seis mujeres sufre malos tratos en el mundo. Para realizar el informe, iniciado en 1996, han sido entrevistadas mujeres de Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y Tanzania. Sin embargo, las conclusiones son válidas para todos los países y culturas, ya que el impacto de la violencia de género no sabe de fronteras, religiones o etnias.

La violencia de las parejas sentimentales causa cada año más muertes femeninas que la suma del cáncer, los accidentes de tráfico y la malaria. La violencia física con frecuencia se perpetra en el marco de las relaciones sexuales, aumentando el riesgo de infección del virus del sida o de enfermedades sexualmente transmisibles, ya que las mujeres encuestadas reconocen a menudo que su pareja se niega a utilizar el preservativo, según precisa el informe.

El estudio, el primero sobre este tema realizado por la agencia sanitaria de Naciones Unidas, recoge los testimonios de 24.000 mujeres procedentes de 10 países en los cinco continentes y pertenecientes a medios sociales diversos.

La OMS revela que en las aldeas de Bangladesh un 30% de las menores de 15 años son forzadas en su primera relación sexual, un porcentaje similar al de Etiopía, y este hecho se relaciona con los matrimonios prematuros que forman parte de su tradición.

Prácticamente ninguna entrevistada había hablado del asunto antes de que le preguntara la entrevistadora.

«Celebraciones» (22-11-06).

Dice el Defensor del Menor que es paradójico celebrar un día del niño, cuando todos deberían serlo. Es lo que tienen esas jornadas: lo mismo conmemoran obiedades que desgracias, la sonrisa infantil o el sida. Anoche, en *59 segundos* se debatió sobre dos grandes problemas: la violencia de género y la situación actual de la tele, que sin mucho esfuerzo imaginativo ni mayores explicaciones podría empezar a denominarse violencia de número. Parecían dos asuntos diferentes, casi contrapuestos. Ya ven, a la conexión interestelar no se le escapa detalle.

3.8.- En la prensa científica encontramos los siguientes datos contrastados en relación con la violencia y sida proveniente de la OPS (Organización Panamericana de Salud) que es la Oficina regional de Organización Mundial de la Salud

Las interacciones entre el VIH/sida y violencia de género son numerosas y tienen consecuencias graves para la salud y el desarrollo humano, particularmente de las mujeres adultas, adolescentes y niñas. Diversas investigaciones han mostrado una relación positiva entre las experiencias de violencia sexual y doméstica y la infección por VIH/sida. Asimismo, algunos estudios relevan un incremento de la violencia en la vida de las personas VIH positivas, particularmente las mujeres, asociado a su condición de infectadas. Las vulnerabilidades que se relacionan con la infección por VIH/sida y los episodios de violencia en la vida de las mujeres están vinculadas con la falta de poder de las mujeres. El factor clave para lograr el Objetivo de Desarrollo de Milenio sobre la reducción de la

propagación del VIH/sida, es la promoción de la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.

La proporción global de mujeres VIH-positivas ha aumentado progresivamente y este proceso es más visible en países en donde el virus se propaga mayoritariamente por vía sexual, como es la situación en el Caribe y América central. En 1997, las mujeres constituían el 41% de las personas VIH positivas, en 2002 esa cifra había llegado casi al 50%. A finales de 1999, las mujeres constituían 25% y 30% de los adultos seropositivos al VIH en América Latina y el Caribe, respectivamente. Actualmente, esos porcentajes han aumentado a 30% y 50%.

En el Caribe, aproximadamente 3.000 niños nacen al año de madres seropositivas. La infección por VIH/sida puede estar asociada con la violencia de género de manera directa a través de violencia sexual, y de manera indirecta, debido a la incapacidad de las mujeres para negociar el uso de condones o las condiciones bajo las cuales las relaciones sexuales ocurren, entre otras. La violencia sexual constituye un importante factor de riesgo frente a la infección por VIH/Sida: Más del 36% de las niñas y el 29% de los niños han sufrido abuso sexual infantil en la región (OPS/OMS, 2003).

Hasta una tercera parte de las adolescentes en la región ha sufrido una iniciación sexual forzada (OPS/OMS, 2002).

En algunos países casi una de cada cuatro mujeres señala haber sido víctima de violencia por parte de su pareja (OPS/OMS, 2002).

El 90% de niñas Peruanas de entre 12 y 16 años que dieron a luz fueron embarazadas por violación, frecuentemente por incesto (UNFPA, SWP 1997).

El tráfico de mujeres y niñas con fines de explotación sexual es un factor de la propagación del VIH/Sida. La explotación sexual de adolescentes, niñas y mujeres adultas es una de las formas más extendidas de violencia de género debido a las altas tasas de sexo

forzado en mujeres. Las mujeres tienen posibilidades reducidas de negociar el sexo protegido y el uso del condón.

En Trinidad y Tobago, las tasas de VIH/Sida son cinco veces más altas para las niñas que para los niños de 15 a 19 años de edad. La proporción de mujeres que han sufrido violencia por parte de su pareja alcanza el 11% en Colombia, el 10% en Nicaragua, el 17% en Haití y el 23% en México y Perú.

Más de 50.000 mujeres de la República Dominicana están trabajando en el exterior en la prostitución. Aproximadamente 35.000 mujeres salen de Colombia al año. Muchas de ellas son reclutadas para trabajar como prostitutas (Ward, 2002).

Varios estudios hechos por los EE.UU. y Sudáfrica indican una relación positiva entre la infección por VIH/Sida y violencia doméstica (Dunkle, 2004; Maman, 2000). Un estudio multicéntrico en América Latina y el Caribe sobre los perfiles de la violencia doméstica demostró una asociación positiva entre ITS y violencia intrafamiliar (Kishor, 2004).

Cuando las mujeres ponen en evidencia que son VIH positivas también enfrentan el riesgo de la violencia así como del abandono por parte de sus parejas, familiares y amigos.

Un estudio realizado en los EE.UU. muestra que el 20,5% de las mujeres infectadas por el VIH reportaron abuso físico (OMS, 2000). Algunas trabajadoras sexuales han reportado incremento de la violencia contra ellas por parte de los clientes, ya que las catalogan como principales responsables de la infección por VIH/Sida.

3.9.- Consideraciones sobre el periodismo divulgativo

Efectuando una breve búsqueda sobre los temas que trataban las webs de los principales periódicos españoles, nos hemos limitado a los artículos publicados en los doce meses del año 2006.

Buscando en *El País*, los temas que aparecen principalmente son de estadística del sida y planes regionales de lucha en Cuba, Chile, México, Panamá, Costa Rica, Colombia, Guatemala, Uruguay, País Vasco, Brasil, República Dominicana, El Salvador, Uganda, Senegal, Liberia, Mozambique, Tanzania, India y «la agonía de Sudáfrica». Aparecen también los temas de homosexuales y lesbianas, los emigrantes que regresan e infectan a sus esposas, la distribución gratuita de medicamentos, el precio de los medicamentos retrovirales, Médicos Sin Fronteras, exposición al sida, la conferencia del sida de Toronto, la lactancia materna, «Rusia sin medicamentos», emigrantes mejicanos, efecto adverso de medicamentos, enfermedades de transmisión sexual, condones, abstinencia y los obispos.

Pasamos a buscar en *El Mundo*. En este diario encontramos temas relativos a estadísticas, planes regionales en Cataluña, Cuba, Uganda, México, Guatemala, Brasil. Temas referentes también a la Santa Sede, a la conferencia del sida de Toronto, disidentes, grupos vulnerables, mujeres, jóvenes, niños, el mundo laboral y el sida, tratamientos naturalistas, ONG, «Guerra de patentes», falta de personal competente, donaciones de Clinton y Gates, microbicidas, vacunas, la iglesia y los preservativos, etc.

En el *ABC* aparecen datos cuantitativos y estadísticos: Sanidad destinará un millón de euros, 35.000 españoles ignoran, los Gates donarán 287 millones para investigar la vacuna, Bill Gates dona 5.000 millones de dólares para la lucha contra el sida. La palabra «alerta» se repite en varios titulares: La OMS alerta. La feminización del sida, la palabra «lucha» y la palabra «batalla» también aparecen

con frecuencia. Destaca especialmente las donaciones monetarias para lucha contra el sida.

The New York Times ha publicado, desde 1981, 331.55 artículos sobre el sida. En España existe el llamado informe Quiral, que recopila mensualmente los artículos periodísticos de los principales diarios (*ABC, El País, El Mundo, El Periódico* y *La Vanguardia*). Así, por ejemplo, en el año 2004 se publicaron 413 artículos sobre el sida y en 2005, 277. Por otra parte, sobre anticonceptivos pasaron de 135 en 2004 a 97 en 2005 y por lo que se refiere a sexualidad reproductiva de 317 en 2004 a 246 en 2005.

Tratando de resumir de todos estos datos, me atrevo a señalar que el interés por el tema del sida va disminuyendo en España. Los artículos tratan de persuadir y convencer, de mover a una acción positiva, a veces recurriendo al miedo. Muchas veces se usan como testimonio de la labor efectuada o en curso, con objeto de justificar inversiones y buscar ayudas.

En el Congreso Internacional del Nuevo Periodismo, celebrado en noviembre de 2006 en Valencia, varios directores de periódicos dijeron claramente que vivían de la publicidad. En consecuencia, me pregunto: ¿Se vende bien el sida hoy en día? ¿Contribuye a aumentar las tiradas de los periódicos? Se atisba una tendencia a incluir temas polémicos, como el de los disidentes que niegan que el sida esté producido por un virus, los condones y la Iglesia o el plan ABC (Abstinencia, fidelidad conyugal y condones), patrocinado entre otros por Bush con 15.000 millones de dólares. Se echan de menos ciertos temas, probablemente porque no se venden bien, como los derechos humanos en los países africanos y en los del Islam y los cambios de conducta del varón en relación con la dominación masculina. En el curso de Oficial de Sanitario, aprendí que el ansia de sanidad no se satisface nunca. El tema de la salud no toca techo jamás.

Por lo que se refiere a las noticias de sida en televisión recuerdo lo dicho por la profesora Carolina Moreno en la mesa redonda «Retos u

oportunidades para la divulgación de la ciencia», celebrada en octubre de 2006 en Valencia. Las noticias de sida en la televisión son un elemento decorativo. Se necesitan imágenes. Recuerdo un día que me encontraba en mi laboratorio de Análisis Clínicos y Microbiología del Hospital General Universitario de Valencia, cuando vi unos cámaras de una televisión valenciana haciendo tomas de los autoanalizadores, pipetas automáticas, microscopios, centrifugas, autoclaves, colorímetros, etc., y del personal que allí trabajaba, naturalmente con el permiso de la dirección. Posteriormente, cuando salían las noticias de laboratorios que estaban trabajando con el sida, eran muchas veces imágenes decorativas de mi laboratorio.

En el fenómeno de globalización del sida desde una perspectiva de ciencias de la comunicación han influido principalmente las ideas de varios autores como Manuel Castells con su libro *La sociedad en red*, Bernardo Paniagua con sus ideas sobre la cotidianidad, Rosenau y Last sobre mecanismos de transmisión de enfermedades infecciosas y Dubos sobre epidemiología. Han existido otras enfermedades infecciosas que han llegado a producir pandemias:

- La viruela produjo en su día una gran mortalidad, se transmite por todas las vías y ha sido erradicada gracias al descubrimiento de la vacuna.
- La enfermedad de las vacas, que produce inmunidad cruzada protectora en la especie humana. Este descubrimiento fue considerado por el filósofo Kant como una muestra de bestialidad.
- La fiebre amarilla para la que existe una vacuna y cuya cadena epidemiológica se corta con la destrucción de los mosquitos.
- El cólera, transmitido por el agua, y que se ha eliminado prácticamente con la depuración de las aguas.
- La peste bubónica, transmitida por las ratas y las pulgas, que se combatió eficazmente con la destrucción de estos transmisores y con utilización de los antibióticos.

- El tifus exantemático, que se elimina con la destrucción de los piojos y con antibióticos.
- La gripe y la tuberculosis, que se transmiten por vía aérea, continúan siendo un problema. Para la primera existen vacunas, para la segunda antibióticos.
- La malaria también continúa siendo un problema, aunque está demostrado que sin mosquito no hay paludismo.

El sida está relacionado con la reproducción de la especie humana. La etiología es un virus. La microbiología, ciencia experimental que estudia la vida de los seres pequeños o los seres pequeños vivos, tiene una metodología. Esta disciplina comprende las bacterias y los hongos que pertenecen al reino vegetal, los parásitos que pertenecen al reino animal y los virus, que no se sabe a qué reino pertenecen. Los virus necesitan absolutamente otros seres vivos para reproducirse. Experimentalmente han utilizado bacterias (bacteriófagos), monos, roedores, ratones recién nacidos, embriones de pollo y cultivos de células. En el caso del sida no se ha conseguido un modelo experimental para reproducir el virus in vitro, lo que dificulta la obtención de una vacuna. El virus causal no cumple los postulados de Koch. Por otra parte, algunos dudan de que los virus sean seres vivos. Existe una lista de virus que se han cristalizado, como el virus del mosaico del tabaco y otros ¿puede un cristal tener vida? Estos virus tan purificados fueron calificados por Stanley como virus proteínas. Las proteínas son antigénicas, producen antígenos en el huésped, propiedad que se ha empleado para preparar vacunas.

Como decíamos al principio, íbamos a estudiar la globalización del sida desde la perspectiva de la sociedad de la comunicación. Para ello hemos acudido a diversas fuentes como son los libros, revistas científicas, los periódicos, las enciclopedias, la televisión, Internet, etc. Hemos manejado modernos buscadores como Google y Yahoo.

Con el programa Google Tendencias (*trends* en inglés) se observa que las noticias sobre homosexuales y drogadicción son más

numerosas que las de heterosexuales y hemofílicos. De los haitianos apenas se habla. Por otra parte, las noticias de preservativos abundan más que las de abstinencia, y prácticamente no se habla de fidelidad conyugal.

A la difusión del sida han contribuido tecnologías que antes no existían como las jeringuillas desechables, las transfusiones, la técnica de mezcla de sueros para distribuir alícuotas de globulinas antihemofílicas y otros sueros sanguíneos, la plasmaferesis, la liofilización y los medios de comunicación terrestres, marítimos y aéreos. Por otra parte, los condones, las píldoras anticonceptivas y del día después, los medicamentos antirretrovirales, etc., han contribuido a modificar muchas conductas y crear situaciones que antes no existían.

Siguiendo a Bernardo Paniagua, de lo antedicho se vislumbran factores económicos relacionados con la distribución a escala mundial de sueros y antirretrovirales, factores culturales como la situación de la mujer en África subsahariana y otras zonas subdesarrolladas o la situación de los derechos humanos como destaca Jonathan Mann, y factores políticos como la distribución selectiva de ayudas o el polémico tema de los condones.

No obstante, quisiera añadir, que la clave está en la lucha contra el hambre. Algo que he extraído de mi experiencia como organizador de cursos de Medicina Tropical en el Hospital General Universitario de Valencia, en los que solía decir que la curación de muchas enfermedades tropicales (malaria, tuberculosis, filariasis, tripanosomiasis, baliarzirosis, etc.) estaba en el puchero, es decir, precisamente en combatir el hambre. De esta forma aumentarían las defensas y la respuesta inmunitaria sería mejor.

De acuerdo con las directrices de Bernardo Paniagua, hemos tratado de investigar en las mismas fechas del estudio las diferencias entre la información proporcionada por la prensa científica y la divulgativa.

Según Sournia, hay temas científicos que la prensa divulgativa no es capaz de informar debido a su complejidad, que hace imposible un resumen. Hemos buscado fuentes bibliográficas en las bibliotecas de la Facultad de Medicina, de la escuela de enfermería, la biblioteca Joan Reglà, Gregorio Mayans, San Miguel de los Reyes y Emilio Bogani de Valencia. Como revistas científicas hemos seleccionado *Medicina Clínica*, *Revista Clínica Española*, *Revista Española de Salud Pública*, *Enfermedades infecciosas y Microbiología Clínica*, *The Lancet*, *British Medical Journal*, *Journal of the American Medical Association* y *Sexual Infectious Diseases* por las extranjeras. En las revistas antes citadas hemos revisado los artículos publicados sobre el sida en el último año en relación con la prevención del sida, prestando especial atención a los aspectos epidemiológicos y a la Medicina Preventiva.

Dentro de la epidemiología y a la vista de los antecedentes históricos de los últimos 25 años, nos hemos centrado en los grupos de riesgo siguientes: homosexuales, haitianos, hemofílicos, heroinómanos y trabajadores del sexo. Posteriormente, a la vista de la evolución de las epidemias en los últimos años hemos añadido otro grupo especialmente vulnerable que era el de las mujeres en diversas situaciones culturales, económicas, sociológicas y políticas. Se ha producido lo que se ha denominado la feminización del sida.

De las informaciones se deduce que, hoy por hoy, nadie se ha curado de sida, que ha disminuido la mortalidad pero que aumenta la morbilidad, que los sujetos cronificados tratados con las nuevas medicaciones continúan siendo contagiosos y presentan complicaciones como por ejemplo la lipodistrofia. Se deduce también que se ha perdido el miedo al sida, por lo que está bajando la guardia en algunos grupos de riesgo. Las personas supervivientes se han constituido en un grupo de presión activista, que está exigiendo antirretrovirales gratis.

3.10.- Consideraciones sobre aspectos lingüísticos en las piezas analizadas

Para este apartado nos hemos guiado por los libros publicados por Graciela Reyes *Como escribir bien español* (1999) y *El abecé de la Pragmática*" (2003), además de los manuales de estilo de CESIDA y el de García Sodo y colaboradores.

Empezaremos haciendo mención del uso incorrecto del lenguaje a la hora de hablar de VIH/Sida. Los errores detectados durante el año 2006 son los siguientes.

Un error muy frecuente encontrado en los medios analizados ha sido la referencia al «virus del sida», cuando en realidad debería hablarse del VIH (virus de la inmunodeficiencia humana). El sida no es un virus, es un síndrome clínico. Este error se ha detectado en 140 ocasiones durante el 2006 en los periódicos analizados.

Otro error ha sido la utilización del término «infectado de sida», cuando, por los mismos motivos citados anteriormente, se debería hablar de «infectado de VIH». Este error ha aparecido 35 veces.

Tampoco se debería hablar de la «prueba del sida», sino de la prueba del VIH. Este error ha aparecido 34 veces en los periódicos analizados.

Si lo comparamos con los encontrados por García Sodo (2006), encontramos el término «virus de sida» en 50 ocasiones, «infectado de sida» 12 y «prueba de sida» 10.

García Sodo considera un error escribir «morir de sida». Sin embargo, en este trabajo no se ha incluido como tal, entendiendo que el virus del VIH es el que dicta la sentencia pero son las infecciones oportunistas que ocasiona el síndrome clínico las que matan. El virus dicta la sentencia, luego las bacterias y los parásitos que surgen como consecuencia de la inmunodeficiencia son los que ejecutan la sentencia.

No obstante, de acuerdo con García Sodo, el hecho que la mayoría de las informaciones no vengan firmadas hace pensar que el grado de elaboración de las mismas en la redacción es reducida.

Por lo que se refiere a macrogéneros (informativos, interpretativos y de opinión), se encuentra un notable predominio de los informativos, siendo los de opinión los más escasos.

Por lo que respecta a registros lingüísticos (divulgativos o informativos), otra vez los informativos sobrepasan claramente a los divulgativos, excepto en *El Mundo* en el que hay un ligero predominio de éstos frente a los informativos.

García Sodo encuentra un 23% de divulgativos y un 77% de informativos. Nuestros hallazgos son similares, situándose en un 28% y un 72% respectivamente.

Por otra parte, hubo una temática que nos interesó en el curso de esta investigación, desde que comenzamos a realizar las búsquedas: ¿Se habla del sida o del VIH? ¿Se habla de las dos cosas? Esta cuestiones no son cualquier cosa, pues la respuesta indicará una subjetividad lingüística u otra.

En el contenido del total de textos analizados, en los pertenecientes a *El País* se habla de sida en 608 ocasiones, frente a las 223 de *El Mundo* y las 279 del *ABC*. En total, los tres periódicos hablan del sida 1.110 veces.

Por otra parte, se habla de VIH 39 veces en *El País*, 19 en *El Mundo* y 27 en el *ABC*. En total, se habla de VIH en 85 ocasiones en los tres medios.

Por último, se habla de VIH/Sida en 136 ocasiones en *El País* frente a las 59 de *El Mundo* y las 48 del *ABC*.

De todo esto se deduce que en el 77% de ocasiones se habla de sida, en un 17% de VIH/Sida y en un 6% de VIH. Obsérvese que el término sida es el más numeroso en las piezas analizadas, sobre todo en *El País*.

Estos resultados indican que cuando se habla de sida se está a menudo hablando de VIH y sida. Se trata de sinécdoques. Cuando se habla de VIH se hace una diferencia trascendente entre VIH y sida. Cuando se habla de VIH/Sida en numerosos casos solo se debería hablar de VIH. En definitiva se toma la parte por el todo.

Nombrar sida cuando debe hablarse de VIH es un error lingüístico. Se trata de una manera de enfocar el tema para intentar presentarlo. Lo que en realidad se está haciendo es poner el énfasis en el drama, la tragedia, la enfermedad y la muerte. Dado que los titulares son paradigmáticos buscando la atención del lector, luego en el cuerpo de la noticia sólo se hablará de VIH. ¿Es debido a un descuido o a un desconocimiento? ¿Es casual?

Posiblemente se trata de un uso simplificador, que ha acabado por generalizarse, sin tenerse en cuenta las connotaciones negativas que subyacen en su uso incorrecto. Veamos en cuantas piezas analizadas se relaciona VIH y sida con la muerte.

En *El País* ocurre en 108 ocasiones, en *El Mundo* 48 y en *ABC* 41. En total, VIH y sida se encuentran relacionados con la muerte 197 veces en los textos analizados. Estas piezas tendrían un enfoque pesimista.

Por otra parte, la palabra prevención del sida aparece 11 veces en *El País*, 7 en *El Mundo* y 15 en *ABC*. En total se habla de prevención en 33 ocasiones. A menudo prevención se confunde con campañas preventivas. Es un aspecto positivo que sería deseable que se potenciara.

Por lo que se refiere a instituciones religiosas, la Iglesia Católica aparece relacionada con el término sida 9 veces en *El País*, 5 en *El Mundo* y 3 en *ABC*. En total, 17 veces. García Sodo, en su estudio, encuentra 29, si bien señala que en instituciones religiosas el 80% son de la Iglesia Católica y el 20% es islamismo. El subtema, como era de prever, ha sido las críticas a su jerarquía. Críticas que se centran en sus mensajes sobre cómo prevenir el VIH, principalmente

en la negación del uso del preservativo. En las piezas analizadas no se encontraron discursos que apoyaran de manera explícita o implícita la negación del uso del preservativo como forma de prevenir la infección por VIH.

Entre las categorías diseñadas para obtener el registro, cabe señalar una dedicada a denuncias de las que damos un listado a continuación:

- La situación de los niños con VIH/Sida en los países en desarrollo.
- Como malviven los niños huérfanos infectados de VIH sin acceso a los medicamentos.
- La situación de los seropositivos en los países en desarrollo.
- La situación de la mujer en los países en desarrollo, en especial las mujeres con VIH.
- La situación de los infectados de VIH en las prisiones.
- La escasez de pruebas diagnósticas.
- La homofobia.
- La falta de personal sanitario.
- El acceso a los medicamentos.
- La escasa aportación económica de los gobiernos para abordar tratamientos.
- El no desarrollo de medicinas para niños.

En el período analizado destacan las denuncias por las políticas sanitarias de la administración sudafricana, el arresto de los infectados en China, («Andorra niega el permiso de residencia a las personas con VIH», *El País*, 25/02/06). Hemos intentado esbozar un intento de cuantificación de las denuncias.

Homofobia y sida aparecen en *El País* en 13 ocasiones y 8 en *El Mundo* y en el *ABC*. En total 29 veces.

Presos y sida. En *El País* 19 veces, en *El Mundo* 13 y 5 en el *ABC*. En total 37 veces.

Drogadictos y sida aparecen 6 veces en *El País*, 3 en *El Mundo* y en el *ABC* 2. En total 11.

Heroinómanos y sida. En *El País* 4 veces, mientras que en *El Mundo* y en *ABC* no aparece ninguna. Por tanto, en total aparece 4 veces.

Prostitutas y sida aparece en 27 ocasiones en *El País*, 21 en *El Mundo* y 9 en *ABC*. En total 47.

Emigrantes y sida aparecen 18 veces en *El País*, 3 en y 4 en *ABC*. En total 25.

Embarazadas y sida aparecen 27 veces en *El País*, 7 en y 12 en *ABC*. En total 46.

Sin embargo, no hemos encontrado ninguna denuncia de charlatanismo en relación a personas que ofrecen soluciones y falsas esperanzas como las señaladas en el apartado de la presente tesis referida a periodismo responsable.

Pasamos ahora a comentar el *Manual de Estilo* de CESIDA, siglas que significan Coordinadora Estatal de Asociaciones de VIH/Sida. Se trata de una guía elaborada para los medios de comunicación de carácter general (prensa, radio televisión, Internet) y a revistas especializadas en temas sociosanitarios de salud y medicina. Dicho manual no lleva ninguna cita bibliográfica.

Después de dar datos estadísticos en los que dice que el VIH/Sida es la pandemia más devastadora de la historia, apostillo que la más devastadora de la historia fue la de la viruela (véase el *Libro de Medicina Preventiva y Salud* de Rosenau Last de la Universidad de John Hopskin, que lleva numerosas ediciones y está considerado como la Biblia de los médicos higienistas).

Más adelante añade hemos de tener en cuenta que menos de un 10% de los enfermos tiene acceso al tratamiento, que el 50% de las infecciones corresponde a mujeres y que el número de personas que viven con VIH ha aumentado en todas las zonas del planeta.

La introducción de los nuevos regímenes combinados de fármacos retrovirales ha supuesto un enorme beneficio en los países del primer mundo, pero también lleva aparejados problemas como la aparición de efectos secundarios, resistencias, problemas de adherencia terapéutica, etc.

A continuación pasa a hablar del tratamiento mediático de VIH/Sida, recuerda que las causas se conocieron tarde, las vías de transmisión se asociaron a determinados grupos marginales y sus efectos sobre el organismo producen temor e incertidumbre. Ello ha producido un problema de visibilidad que no es más que la punta del iceberg.

Distingue cuatro fases de trato mediático:

1. A principios de los ochenta, rodeado de mitos e imprecisiones se hablaba de «rara enfermedad que afectaba a los homosexuales».
2. Más adelante, cuando se descubrió el virus causante, se habló de riesgo sexual, acompañado de estigmatización de ciertas prácticas. Aquí no se atreven a poner el coito anal que sería más preciso.
3. La muerte por sida en 1985 de Rock Hudson conllevó un cambio: fue el primer famoso en reconocer que estaba infectado por el VIH y que era homosexual. El sida se había convertido en un problema sanitario y social, y los datos que llegaban de África ya apuntaban que se produciría una epidemia sin precedentes por vía heterosexual.
4. Más recientemente, las informaciones se han basado fundamentalmente en el progreso farmacológico para tratar el VIH/Sida, así como problemas de accesibilidad a los medicamentos.

Hoy por hoy, el trato mediático del VIH/sida tiene las siguientes características:

- Se ha reducido la información. Se ha notado una relajación en la prevención.
- Se omiten informaciones (como los efectos secundarios de la medicación).
- Aún existen confusiones acerca de los tratamientos y del desarrollo del VIH/Sida.
- Muchas informaciones se centran en progresos científicos sin saber muy bien su aplicación.

Luego pasa a hacer un análisis de las informaciones de VIH/Sida. En un primer rastreo da algunos ejemplos que deben subsanarse. Con relativa frecuencia para designar a las personas seropositivas y con VIH se les llama portadoras, otras veces se habla de afectados, término que también se usa para los allegados. «Casi noventa millones de africanos podrían resultar infectados por el VIH en los próximos años. Un mayor compromiso de la comunidad internacional podría evitar la muerte de 16 millones de personas e impedir el contagio de otros 43.»

Es una práctica habitual usar el término contagio en referencia a los infectados por VIH.

Y a continuación señala el *Manual* que el VIH no es contagioso, más bien es transmisible, las personas se pueden infectar.

La afirmación de que el VIH no es contagioso es inadmisibile. Rosenau distingue entre contagio directo e indirecto. El contagio directo es próximo y cercano. El coito es íntimo y muy próximo, de persona a persona. Rosenau llega a afirmar en el caso de la tuberculosis y la gripe que una distancia inferior a un metro es contagio directo. Ello explica la medida de poner protectores de cristal en las taquillas donde se despachan billetes o entradas.

Por otra parte, la Real Academia de la Lengua Española (RAE), en su diccionario, define contagio como «Transmisión por contacto inmediato o mediato de una enfermedad específica.» Y contagioso «que se pega o propaga fácilmente».

Aquí se ve que el manual desea hacer desaparecer la palabra contagio y sustituirla por transmisión.

Más adelante afirma que se confunde portador del VIH con ser enfermo de sida, lo cual en efecto es cierto. No es lo mismo estar infectado por VIH que haber desarrollado una serie de enfermedades que dan lugar al síndrome denominado sida. No obstante, deseo aclarar que se puede ser portador del VIH y contagiar o transmitir el VIH. Ello es frecuente en microbiología clínica. Por ejemplo, en la meningitis meningococcica por un caso clínico hay centenares de portadores sanos. Los libros describen que los casos clínicos son sólo la espuma blanca de una ola. Lo que hay por debajo son los portadores sanos. Lo que tenemos en el caso de los infectados de sida son personas con una infección subclínica que se objetiva con pruebas de laboratorio.

Una persona no muere de VIH, se muere por las enfermedades relacionadas con el sida. Aquí se podía recordar la frase médica «El virus dicta la sentencia y las bacterias la ejecutan». Por lo tanto la afirmación no es exacta dado que el VIH ha roto el equilibrio inmunológico y facilitado las infecciones oportunistas.

«Continúan disminuyendo los nuevos casos diagnosticados de sida en todos los grupos de transmisión.» Una vez casi desaparecido el concepto de grupo de riesgo aparece el de grupo de transmisión. Igual de inexacto y que puede conducir a pensar que existen algunos grupos de personas que pueden ser infectadas por el VIH. Sería mejor hablar de prácticas o conductas de riesgo.

«Organización dedicada a atender enfermos contagiados con VIH». Dice el manual que no se contagia. No son enfermos de VIH; el VIH no es una enfermedad: causa una enfermedad que es el sida. Por lo

tanto o son infectados de VIH o son enfermos de sida (evidentemente infectado por el VIH). Aquí se podría añadir una matización. Los que se han infectado por contagio directo en el coito no es lo mismo que los hemofílicos que se han infectado por una transfusión de sangre.

Continúa poniendo ejemplos inexactos: «una persona que se ha contagiado por contacto sexual», «El informe señala que la mitad de los casos de contagio se podrían evitar», «Pero el riesgo de contagio sigue presente», «Las primeras generaciones que se contagiaron hace 20 años», «La proporción de contagios entre heterosexuales también ha aumentado», «Un riesgo demasiado alto para los contagiados por VIH».

El manual recalca que el término contagio es incorrecto al hablar de VIH. «Si quieren seguir con el embarazo, con lo que no transmiten la enfermedad al feto.» No se transmite la enfermedad. Se transmite el VIH.

En microbiología cuando el germen penetra en el huésped se produce una fase subclínica en que el microbio se detecta por técnicas de laboratorio. Luego aparecen signos y síntomas clínicos. El enfermo puede pasar por una fase aguda o crónica o hacer un *exitus letales* (morirse). Pero en la enfermedad puede darse el caso que el virus, como ocurre con el virus del herpes, se quede en una fase latente con posibilidad de reactivarse si el sujeto disminuye sus defensas. En esta fase, el portador puede continuar transmitiendo el virus e infectando a otros huéspedes.

Continúa aportando ejemplos, en estos casos acertados, de titulares contundentes que dan a conocer posibles avances científicos en un ensayo minoritario cuya tendencia siempre es a la curación o la mejora y carecen de la prudencia necesaria en este tipo de noticias. Este tipo de noticias provocan ansiedad en los afectados por el VIH, incluso se estima que en el resto de población un relajamiento en las prácticas preventivas. «Una vacuna contra el VIH logra el control de la infección sin medicación. El ensayo ha conseguido que 17 personas

afectadas lleven dos años sin tomar antivirales», «Científicos de EEUU crean la primera vacuna contra múltiples cepas de VIH. Se probará en humanos dentro de dos años.» Los titulares no se corresponden con la noticia. Falta rigurosidad.

«Cobertura universal de todas las personas que necesiten tratamientos contra el sida.» Los tratamientos son con el VIH, para frenar o detener su desarrollo y proliferación en el organismo, no contra el sida.

En relación con el papel de los medios de comunicación en la información sobre el VIH y sida dice que es importante tener en cuenta:

1. La mala información sobre VIH. Las formas de transmisión a grupos marginales provocan rechazo social que favorece ocultación, lo que dificulta la toma de medidas preventivas. Se estima además que una elevada proporción de personas infectadas no lo saben.
2. Los prejuicios contra el VIH/Sida siguen existiendo. Recomienda fomentar la tolerancia hacia diferentes estilos de vida y aumentar la solidaridad.
3. Los progresos en investigación son muchos en este campo de forma que se ha conseguido cronificar la enfermedad.

Por ello es fundamental informar sobre el VIH/Sida con regularidad y no sólo el día 1 de diciembre. Favorecer la presencia y hechos de activistas de VIH/Sida que comuniquen la problemática social asociada a la infección VIH. Señalar que la convivencia con personas seropositivas no supone ningún riesgo. Aquí añado yo siempre que no se una convivencia íntima.

Recomienda naturalmente no caer en el amarillismo ni en el sensacionalismo, ni en la canalización. No atentar contra la imagen de las personas que viven con VIH/Sida para «tener noticia».

Transmitir las informaciones científicas con rigor, con una base pedagógica sin crear falsas expectativas o creencias erróneas.

También hace unas propuestas de lenguaje y conceptos. De ellas hemos entresacado las siguientes.

No existe un virus del sida. El virus relacionado con el sida se llama VIH.

Las siglas VIH ya llevan incorporadas la expresión «Virus de la inmunodeficiencia humana» por lo tanto es redundante.

Hace la afirmación sorprendente de que «una persona puede vivir con el VIH o con sida y tener buena salud, dependiendo de la respuesta de su organismo». Aquí se plantea lo que se entiende por salud. La definición de la OMS es un estado de completo bienestar físico, mental y social. La palabra bienestar es algo subjetivo.

En el primer caso, una persona infectada con VIH, es decir, seropositiva, sería momentáneamente aceptable, dependiendo si una infección subclínica se considera buena salud. En el segundo caso, viviendo con sida es inaceptable hablar de tener buena salud.

A veces se engloba equivocadamente con la palabra sida a todas las personas seropositivas. Seropositivo: Persona que vive con el VIH positivo. Se entiende que una persona portadora de VIH puede desarrollar sida, dependerá del estado de su sistema inmunitario afectado por VIH que predispone a infecciones oportunistas.

Otra afirmación es la de que el sida no se contrae. El diccionario de la RAE definir contraer cuando se trata de enfermedades como adquirir, caer en ella. El sida representa el estadio final de la infección, pero aunque sea el estadio final se puede haber contraído por practicar el sexo inseguro con una persona infectada.

Morir de sida afirma que es erróneo. La gente se muere a causa de las infecciones oportunistas relacionadas con el sida. Por ejemplo, una bronquitis provocada por un sistema inmunitario deficiente a consecuencia de una infección VIH. Por lo tanto no estaría bien dicho morir de sida, aunque es una forma aceptada de decirlo.

Personalmente yo he visto enfermos de sida morir con infecciones simultáneas de toxoplasmosis, neumocistis carinii, tuberculosis, sífilis, candidiasis, hepatitis vírica y puede que algo más. Lo que quiere decir era el conjunto de infecciones oportunistas o sida lo que mataba al enfermo

Grupo de riesgo o de transmisión. Conducta de riesgo. El riesgo es una función de la conducta (más ó menos preventiva) de una persona, no de un grupo. A fin de cuentas, la posibilidad de adquirir un infección con VIH va a depender en muchos casos del nivel de riesgo que lo conducta de una persona acepte.

Recuerdo que en clase solía decir que los accidente no surgen sino que son provocados por falta de previsión. Piénsese en la conducción de automóviles. Hay personas previsoras que nunca tienen accidentes y otros que conducen alocadamente que atropellan personas, como el caso de Farruquito.

No existen fármacos contra el sida. En todo caso existen fármacos relacionados con el sida. Hay fármacos que se recetan para hacer frente al VIH (antirretrovirales) y, por otro lado, hay fármacos para combatir o prevenir enfermedades oportunistas (que son aquellas que determinan que una persona ha desarrollado el sida).

Hay un apartado dedicado al enfoque y estrategia comunicativa. Empieza diciendo que pueden llevar a la confusión sobretodo si se hacen peligrosas generalizaciones o banalizan la información, creando falsas expectativas o haciendo hincapié en falso mitos.

Recomienda como buena estrategia comunicativa el tratamiento continuado de la información, buscar todos los puntos de vista, prudencia en algunos temas y elaborar titulares exactos y precisos.

Una de las mayores deficiencias del enfoque mediático del VIH/Sida es la poca información que se da a la prevención y la focalización de la información sólo en los períodos clave.

Al final del *Manual*, que tiene 35 páginas, existe un glosario de términos que nos parece oportuno comentar.

«Anticuerpo. Sustancia segregada por los linfocitos B como reacción a la agresión del organismo por unas sustancias llamadas antígenos.» Como se ve en esta definición aparece la palabra agresión propia del vocabulario bélico. Luego no se explica lo que es un antígeno. Podría aclararse que es una proteína extraña al organismo de cierto tamaño.

«Asintomático. Sin síntomas. Alguien que es asintomático tiene anticuerpos de VIH pero no tiene ningún síntoma o señal visible de la infección del VIH.» Esta definición podía añadir que se detecta por pruebas de laboratorio.

«Carga viral. Cantidad de virus en el plasma u otros tejidos, que indica que el virus se está reproduciendo. Los cambios en la carga viral se emplean para determinar si el VIH está avanzando y si los fármacos son eficaces. La carga se obtiene mediante pruebas de DNA o PCR. Los resultados se dan en número de copias de material genético del VIH por mililitro de sangre (Copias por ml)».

«ELISA. Abreviatura inglesa de Enzyme Linked Immunosorbent Assay. Es un método clásico para detectar la presencia de anticuerpos en sangre. Es una técnica simple, y de bajo coste.»

«Latencia. Período en que un organismo está en el cuerpo sin que se vea el efecto de la enfermedad.» El VIH realmente nunca está latente (suele estar activo), aunque uno no tenga síntomas o se sienta mal. El diccionario de la RAE define latente como oculto ó escondido.

«Seropositivo. Persona cuya prueba de detección de anticuerpos contra el virus del sida es positiva» Aquí se contradice dado que antes ha señalado que no existe virus de sida sino VIH. Esta persona ha estado en contacto con el virus y debe ser considerada como potencialmente infecciosa a través de su sangre y de sus relaciones sexuales. En términos epidemiológicos podría decirse que es un posible foco de infección.

«Tarsa. Tratamiento antirretroviral sumamente activo.»

«Virus. El organismo más pequeño que puede causar infección. Son incapaces de vivir y multiplicarse fuera de una célula huésped.»
Habría que añadir que contienen proteínas, DNA y /o RNA y por ello son antigénicos.

4.- DISCUSIÓN

4.1 Comentarios a los resultados

Con los trabajos recopilados que constituyen un corpus de conocimientos, enfocados desde la perspectiva de romper la cadena epidemiológica encaminada a erradicar o controlar la difusión del sida, podemos hacer algunas observaciones constructivas. En este sentido, pretendemos hacer una discusión seria basada en hechos objetivos. Entre los trabajos recopilados hay varios principales:

- a) Los de Fauci relativos al problema de la replicación del virus y reservorios latentes.
- b) Los de Peter Piot sobre la feminización del sida. Las medidas epidemiológicas no funcionarán si no son eficaces con la protección de las mujeres.
- c) Los de ONUSIDA con los datos estadísticos bien calculados.
- d) Los del informe Quiral sobre las publicaciones de sida en la prensa española.
- e) El trabajo de Halperin en *The Lancet* sobre el programa ABC (abstinencia, fidelidad conyugal y condones).
- f) Los trabajos sobre evolución histórica de la epidemiología. Como la prensa a partir de Liebowitch habla de grupos de riesgo (homosexuales, heroinómanos, hemofílicos haitianos y prostitutas), luego pasa a hablar de conductas de riesgo en el sentido de que cada uno es responsable de su propia salud y actualmente se habla de los grupos vulnerables que son las mujeres y los niños con protección jurídica débil. Esta última concepción se basa en la defensa de los derechos humanos. Toda persona debe tener medios para protegerse del sida, cualquiera que sea su condición como señalaba el malogrado Jonathan Mann. Sin embargo como señala ONUSIDA (2006)

serían también grupos vulnerables que necesitan ayuda sanitaria los homosexuales, los drogadictos, los presos y las prostitutas. Estos grupos actualmente tienen dificultades para acceder a los servicios sanitarios.

La investigación médica ha producido importantes avances, como las pruebas objetivas de diagnóstico (enzimoinmunodifusión o elisa, que es muy sensible aunque a veces da falsos positivos; el western bloc, que es específica pero más laboriosa y requiere buenas instalaciones de laboratorio, lo mismo que la prueba de la polimerasa C que mide la carga viral) y la aparición de drogas medicamentosas que consiguen cronificar la enfermedad. En cambio, otros avances tecnológicos han tenido un efecto contraproducente, como las jeringuillas desechables que se volvían a utilizar y la estandarización de la producción de las globulinas antihemofílicas y otros productos sanguíneos centrifugando mezclas de plasma para después hacer alícuotas.

La aparición de importantes medicamentos ha producido la llamada guerra de las patentes. La industria defiende que los avances, como la cronificación del sida, son debidos a las inversiones hechas en investigación y que por ello deben resarcirse. Brasil, India y Cuba consideran que el sida es una emergencia nacional que prescinde de los derechos de las patentes por el bien común y por tanto se han lanzado a fabricar sus propios genéricos. En el Congreso de Toronto, Gates dijo que se habían conseguido reducir mucho los precios, habiendo bajado de 1.600 dólares por persona y año a 160.

Por otra parte, la Fundación Clinton había establecido ambulancias para recoger las muestras de sangre a analizar sin tener necesidad de que los enfermeros tuvieran que desplazarse y pagar el precio del autobús. La técnica se había simplificado, pues bastaba una gota de sangre sobre un papel secante.

El caso es que surge un problema de financiación. Hay activistas, como Alexander Irwin, que afirman que «es preferible tratar con medicamentos que prevenir». Hay diferencias también entre países. España, por ejemplo, ofrece medicamentos procedentes de la Seguridad Social, mientras en otros, como Rusia y Sudáfrica, son los propios enfermos los que se financian los tratamientos. Los activistas insisten en que todos tienen derecho a los tratamientos gratuitos y van consiguiendo resultados en este sentido en diversos países.

Por otra parte, el programa PEPFAR de Bush establece que el 30% de los 15.000 millones presupuestados para ayuda a la lucha contra el sida deben gastarse en potenciar A y B, es decir, en abstinencia y fidelidad conyugal.

ONUSIDA, en su *2006 Informe sobre la epidemia mundial del SIDA*, recuerda que se necesitaría un 50% más de condones de los que se fabrican actualmente. Según este informe, todos los años 340 millones de personas adquieren enfermedades curables de transmisión sexual, y señala que los objetivos del plan del Milenio 3 por 5, que pretendía que en el 2005 hubiera que 3 millones enfermos con tratamiento medicamentoso contra el sida, no se está cumpliendo, pues sólo hay 1.300.000.

Es evidente que se necesita más dinero y que el precio de los medicamentos descienda. En el momento actual no se puede garantizar que un enfermo con sida crónico pueda dejar de tomar la medicación sin que se produzca reactivación de la replicación del virus que ha quedado latente en los reservorios. Una cosa que está clara es que el tratamiento oportuno de las madres gestantes enfermas previene considerablemente la infección del niño. En África hay 700.000 niños con sida, de los que sólo el 21'5% está en tratamiento.

En la Conferencia Internacional sobre el Sida de Toronto 2006, se comentó que con campañas informativas bien planificadas en los medios de difusión de masas se podría evitar dos tercios de las

infecciones. Una televisión subsahariana anunció que estaba realizando un concurso con premios en metálico en el que las preguntas se referían al sida y a su prevención. Richard Gere, en la misma conferencia, dijo que hacen falta líderes y buenos comunicadores y describió cómo debe ser buen comunicador, destacando que debe tener fe en lo que dice. La Conferencia Internacional de sida de Toronto puede consultarse en la web <<http://www.aids2006.org>>, donde puede incluso escucharse y verse lo que dijeron los oradores.

Es interesante resaltar que Bush, la Iglesia Católica y las mujeres africanas privadas de derechos humanos son partidarios de la abstinencia. Recuerdo una frase de mi padre, Catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de Valencia desde 1932 a 1969, que decía: «Esta mujer está inmovilizada por su marido a fuerza de partos.» Es probable que si los derechos humanos fueran realmente globalizados, disminuiría la violencia en el mundo dado que las mujeres musulmanas (musulmanas quiere decir sometidas a Dios) tendrían derecho a protegerse. De ahí también el hincapié en los microbicidas que las mujeres podrían utilizar sin que tener que negociar con sus parejas las medidas de protección.

Melinda Gates apoya de forma activa la investigación de los microbicidas pensando que los geles vaginales los podrán utilizarlas mujeres sin la interferencia de sus esposos. Tanto García Sodo como Susan Sontag señalan que en periodismo se utilizan mucho las metáforas. «La metáfora consiste en dar a una cosa el nombre de otra». No resulta posible pensar sin metáforas.

Una metáfora tenaz que ha conformado la vida política ha sido la de distribuir los movimientos sociales en una «izquierda» y una «derecha». Estos términos se remontan a la Revolución francesa, al orden de distribución de los escaños en la Asamblea Nacional donde los republicanos y los progresistas se sentaban a la izquierda y los conservadores y monárquicos a la derecha.

Metáforas probablemente nacidas de la orientación espacial de nuestro cuerpo. La descripción de la sociedad como un cuerpo disciplinado regido por la cabeza fue utilizada por Platón y Aristóteles, quizás por lo útil que resultaba para justificar que la represión y el ordenamiento autoritario de la sociedad eran inevitables.

Virchow sintió que la metáfora le venía muy bien para apuntalar su teoría de la célula como unidad fundamental de la vida. Los organismos son sencillamente multicelulares (por decirlo así, multiciudadanizados); el cuerpo es un «república» o un «estado unificado».

Pablo comparaba el cuerpo con un templo. Otros comparan el cuerpo con una fábrica o con una fortaleza. La imagen de la fortaleza tiene una larga genealogía pre-científica, en la que la propia enfermedad aparece como metáfora de la mortalidad, de la fragilidad y vulnerabilidad humanas.

Puede decirse que la medicina moderna comienza cuando la metáfora militar se convierte en más precisa. Las enfermedades se deben a los microorganismos específicos, identificables y visibles con la ayuda del microscopio. La enfermedad es vista como una invasión de organismos extraños ante la que el cuerpo responde con sus propias operaciones militares. Las quimioterapias y los antirretrovirales son agresivos.

La Sanidad Pública describe la enfermedad como una invasora de la sociedad. En una época era el médico quien libraba la guerra contra la enfermedad, ahora es la sociedad entera. Se plantean campañas y luchas sanitarias cuyo objetivo es la derrota de un «enemigo». En una guerra abierta, el gasto lo es todo. Es una emergencia. La salud pública es la ley máxima que decían los romanos. En la guerra ningún sacrificio es excesivo.

Hoy en día, el periodismo exhorta a que el paciente esté bien informado, para que se motive en su lucha contra la enfermedad: «Haz que los médicos te digan la verdad; sé paciente bien informado,

activo». Esto ha hecho que los médicos practiquen una medicina defensiva, por miedo a las querellas en una sociedad tan litigiosa. En mi hospital, antes de hablar con el enfermo, automáticamente los médicos de guardia habían solicitado más de veinte parámetros analíticos. De esta forma no se podía decir que el enfermo no había sido atendido y que existía negligencia. Se había efectuado una prescripción. Da la impresión que la sociedad tuviera necesidad de alguna enfermedad para identificar con el mal, que culpe a sus «víctimas».

En el caso del sida, el enemigo es minúsculo. Los guardianes del sistema inmunológico del cuerpo, grandes células llamadas macrófagos, sienten la presencia del diminuto extranjero y dan inmediatamente la voz de alarma. Comienza a producir entre otras cosas anticuerpos. Yendo a lo suyo, el virus hace caso omiso de las células sanguíneas que encuentra en su camino, burla los defensores que marchan a paso redoblado y va directamente al coordinador jefe del sistema inmunológico, una célula de apoyo tipo T. El virus desnudo convierte su ARN en ADN, la molécula que gobierna la vida. La molécula penetra entonces en el núcleo de la célula, se inserta en un cromosoma y toma bajo su control una parte de la maquinaria celular, a la que ordena que produzca el virus del sida. Finalmente, avasallada por su extraño producto, llega un momento en que la célula se hincha y muere, liberando una marejada de nuevos virus que atacan otras células.

Según la metáfora, con el ataque a otras células aparecen enfermedades oportunistas, habitualmente retrazadas por el sistema inmunológico sano, que atacan al cuerpo. El que el virus no sea letal para todas las células que lo albergan acentúa la reputación que tiene la enfermedad (enemigo) de ser invencible. Lo que produce el efecto aterrador del ataque viral es que la invasión es permanente y no se consigue la erradicación. Los médicos estiman que sólo una de cada

millón de células T4 está infectada, lo que ha hecho que algunos se pregunten dónde se esconde el virus.

En el caso del sida, enfermedad vergonzosa como era la sífilis y entendida como algo que hay que esconder, se añade la imputación de culpa. La mayor parte de los afectados de sida, fuera del África subsahariana y Sudáfrica, saben como la contrajeron. No se trata de un mal misterioso que ataca por azar.

La transmisión sexual de esta enfermedad, considerada por lo general como una calamidad que uno se ha buscado, merece un juicio mucho más severo que otras vías de transmisión. En particular se piensa que el sida es una enfermedad debida no sólo a un exceso sexual sino a una perversión sexual. En EE.UU. se cree que la transmisión heterosexual es extremadamente rara y poco probable, como si no existiera el continente africano. Es fácil entonces pensar que es un castigo, ya que se supone que por vía sexual se contrae esta enfermedad más voluntariamente y, por consiguiente, de forma más reprobable. Se entiende que los drogadictos que la contraen compartiendo agujas cometen (o acaban en) una suerte de suicidio.

Se podía decir de los homosexuales promiscuos que se daban con vehemencia a sus costumbres sexuales alentados por la ilusión (fomentada por ideología médica con sus antibióticos «curalotodo») de que todas las enfermedades de transmisión sexual eran relativamente inocuas. En medicina se decía: «Las enfermedades sexuales se cogen con gusto y se curan con facilidad».

Las enfermedades infecciosas con tacha sexual siempre inspiran miedo al contagio fácil y en ocasiones se achacan a lugares públicos como por ejemplo los aseos de estaciones de trenes o aeropuertos, etc. En los barcos de la marina norteamericana se han quitado todos los picaportes de todas las puertas y se han instalado puertas de vaivén. A los niños de clase media se les recomienda que interpongan una hoja de papel entre su trasero desnudo y el asiento de los inodoros públicos.

Estar infectado es estar enfermo. Quizás uno de los retos más importantes de la medicina moderna sea evitar que la infección se convierta en enfermedad. El cuerpo cobija muchas infecciones, por ejemplo estafilococos, corinebacterias o enterobacteriaceas, que luego no se convierten en enfermedad. En el sida no se acepta estar infectado pero sano. Probablemente por la resurrección anticientífica de la mancha, de la impureza. No obstante conviene recordar que un seropositivo puede infectar a un sano.

Esta forma de pensar tiene importantes consecuencias prácticas. Las personas empiezan a perder sus empleos cuando se descubre en una revisión clínica que son seropositivos. Las consecuencias de una VIH positivo son más punitivas aún para aquellos sectores de la población a los que el gobierno de Estados Unidos ha impuesto la obligatoriedad del análisis. La república de Andorra también ha establecido recientemente imposiciones parecidas. No obstante, recuerdo que hace aproximadamente unos cuarenta años se requería una prueba de Wasserman negativa para entrar en Venezuela, es decir, demostrar que no se padecía sífilis. El departamento de Defensa de Estados Unidos anunció que a los reclutas se le practica la prueba, cosa justificada si se tiene en cuenta que han de ser vacunados para poder acudir a zonas endémicas. Si una persona es inmunodeprimida, las vacunas pueden producir efectos adversos. Un VIH positivo es ahora razón suficiente para no poder optar a inmigración alguna.

En las epidemias anteriores se contabilizaba el número de casos, ahora con los nuevos tests biomédicos es posible crear una nueva clase, los enfermos del futuro. Ello puede significar una muerte social antes que física. La peste es la metáfora principal con que se entiende la epidemia de sida.

El considerar una enfermedad como castigo es la más vieja idea que se tiene de la causa de una enfermedad, y es la que se opone a todo cuidado que merece un enfermo, ese cuidado digno del noble

nombre de medicina. A Jesucristo la preguntaron los judíos si el ciego lo era por culpa suya o de sus padres. Contestó que ni el ciego ni sus padres eran culpables. Hipócrates, que escribió varios tratados sobre epidemias, descartó específicamente «la ira de Dios» como causa de la peste bubónica.

En la antigüedad adquirirían significado con calamidades colectivas y juicios a una comunidad. Las enfermedades más temidas eran aquellas que transforman el cuerpo en algo alienante, como la lepra, la sífilis y el cólera. Enfermedades que no sólo eran repulsivas y justicieras, sino invasoras de la colectividad. Erasmo describió la sífilis como una forma de lepra «algo peor que la lepra». Ya entonces se había comprendido que la sífilis se transmitía sexualmente. Paracelso se refiere a ella como «esa inmunda enfermedad contagiosa» que entonces había invadido la humanidad en algunos lugares y que desde entonces lo inundó todo, como un castigo que infligió Dios, por la licenciosidad general.

Durante mucho tiempo, casi hasta que se le encontró fácil solución con la penicilina, se pensó en la sífilis como castigo por la trasgresión de un individuo, algo no muy distinto del caso del sida hoy en los países industrializados. El sida aparece de manera premoderna como una enfermedad propia a la vez del individuo y de éste como miembro de «grupo de riesgo». Esta categoría suena tan neutral y burocrática que resucita la arcaica idea de una comunidad maculada sobre la que recae el juicio de la enfermedad.

En 1945, el emperador Maximiliano promulgó un edicto que declaraba que la sífilis era una enfermedad enviada por Dios para castigar los pecados de los hombres. La enfermedad es una especie de invasión, a veces traída por los soldados. Siempre viene de fuera, del extranjero. Dubos, en el libro *El hombre que se adapta*, refiere que las relaciones entre los microbios y el hombre dentro de una colectividad comienzan de una manera violenta. En este sentido, recuerda el caso del sarampión cuando se introdujo por primera vez

en la isla Feroe con elevada mortalidad, casos clínicos graves como septicemias, meningitis, etc., para luego volverse los casos más benignos e incluso aparecer portadores sanos, de manera que la bacteria va efectuando una selección. Incluso emite la teoría de que los europeos somos una raza superviviente de la lepra y la tuberculosis. Téngase en cuenta que la lepra y la tuberculosis tienen inmunidad cruzada. Dubos sostiene que la finalidad de los microbios no es eliminar al huésped, pues si lo destruye ya no tiene donde sobrevivir, sino adaptarse a él. No se trata de la supervivencia del más fuerte, sino del que mejor se adapta. La forma natural que buscan los microbios sería la convivencia pacífica, el comensalismo.

Muchos médicos, universitarios, periodistas, funcionarios y otras gentes de cultura creen que el virus del sida es un descontrolado acto de guerra bacteriológica, cuya finalidad sería la de disminuir la tasa de natalidad, enviado a este continente desde Estados Unidos y que ahora ha regresado a su país de origen para castigar a sus perpetradores. Puestos a fantasear, una versión africana sobre el origen de la enfermedad sostiene que el virus fue fabricado en un laboratorio de la CIA y del ejército en Maryland, que desde allí fue enviado al continente africano y devuelto a su país de origen por misioneros norteamericanos homosexuales al regresar.

En la época de 1866 el cólera era considerado no como un castigo divino sino como consecuencia de defectos sanitarios. La epidemia de Altona y Hamburgo era claramente demostrativa. Altona depuraba las aguas que tomaba del Elba, en cambio Hamburgo las utilizaba directamente sin depurar. Las dos ciudades están muy unidas, hasta el punto que hay calles en las que una acera pertenece a Altona y la otra acera a Hamburgo. Altona no tuvo ni un sólo caso de cólera mientras que en Hamburgo hubo numerosos. En este sentido, *The New York Times* del 22 abril de 1866 afirmaba: «El cólera es sobre todo el castigo por haber descuidado las leyes sanitarias».

La cultura secular de culpar, castigar y censurar empleando la imaginería de la enfermedad en el siglo XX ha vuelto casi imposible moralizar sobre las epidemias excepto con las enfermedades de transmisión sexual.

Cotton Mather llamaba a la sífilis castigo «que el justo juicio de Dios ha reservado para nuestros últimos tiempos». Si se recuerda ésta y otras de las tonterías que se han dicho sobre la sífilis desde finales del siglo XV hasta principios del siglo XX, apenas puede sorprender que muchos vean metafóricamente en el sida un juicio moral a la sociedad. El hecho de que el sida sea ante todo una enfermedad que se transmite por vía sexual entre los heterosexuales en los países en donde se dio por primera vez en forma epidémica, no ha impedido que los guardianes de la moral pública, como por ejemplo Pat Buchanan, pontificaran diciendo que «el sida es la bancarrota moral» y el predicador Jerry Falwell dijera que «el sida es el juicio de Dios a una sociedad que no vive según sus reglas.» Las ideologías políticas autoritarias tienen intereses creados en promover el miedo y la sensación de una inminente invasión por extranjeros y para ello las enfermedades auténticas son material realmente útil. El líder francés de la ultraderecha Jean Marie Le Pen ha intentado la estrategia de fomentar el miedo a este nuevo peligro foráneo, insistiendo en que el sida no sólo es infeccioso (producido por microorganismos vivos) sino además contagioso (transmisión por proximidad e intimidad) y pidiendo el test nacional obligatorio y la cuarentena (aislamiento de cuarenta días que se hacía a los enfermos de viruela) de quienquiera que sea portador del virus. Las frases entre paréntesis son añadidos míos de terminología epidemiológica.

En este sentido se manifestó también el Ministro de Asuntos Exteriores de Sudáfrica, que declaró: «Los terroristas nos llegan ahora con un arma mucho más temible que el marxismo, el sida.»

Norman Podhoretz ve en el sida la prueba de la decadencia de la autoridad política e imperial de Estados Unidos. Las denuncias de la

«peste gay» forman parte de un lamento mucho mayor, muy común de los conservadores occidentales y muchos exiliados del Este, acerca de la permisividad contemporánea de todo tipo: una diatriba contra la blandura de Occidente con su hedonismo, su música sexy tan vulgar, su indulgencia en relación con las drogas, su vida familiar rota, rasgos que han minado la voluntad.

Tan idóneo parece el sida como acicate de los miedos creadores del consenso, cultivados durante varias generaciones, tales como el miedo a la subversión, miedo a la polución incontrolable y a la imparable migración del Tercer Mundo, que parecía que el sida era considerado como una amenaza total a la civilización.

El sida parece fomentar lúgubres fantasías acerca de la enfermedad, que señala a la vez las vulnerabilidades individuales y sociales. Reagan en 1986 dictaminó que el sida se estaba difundiendo insidiosamente a lo largo y ancho de la sociedad. En Francia también se incorporó al vituperio político. Le Pen calificó a los adversarios de «sidáticos» (*sidatiques*). El polemista conservador Louis Pauwels dijo que los estudiantes secundarios que hicieron la huelga en 1987 sufrían de «sida mental» (*ils sont atteints d'un sida mental*). Jean Kirkpatrick no pudo resistir comparar el terrorismo internacional con el sida.

Los virus, a diferencia de las bacterias que son organismos relativamente pertenecientes al reino vegetal, son como una forma extremadamente primitiva de vida. Necesitan células vivas para reproducirse. No se sabe a qué reino pertenecen. No pueden quedarse inertes en el medio ambiente exterior, como por ejemplo los estafilococos. Sin embargo, su actividad es mucho más compleja, transportan información genética, transforman las células. Y ellos mismos en muchos casos evolucionan. De hecho, el virus se ha vuelto sinónimo de cambio. Linda Ronstadt, al explicar por qué prefiere hacer música folk mejicana que rock ´n roll, señaló: «La única tradición propia de la música contemporánea es el cambio. Tienes

que mutar, como un virus.» En Francia, los especialistas en informática ya hablan del problema de *le sida informatique*. El virus producirá nuevas copias de sí mismo.

El virus es pues una amenaza, algo que muta, algo furtivo, algo biológicamente innovador. Halfdan Mahler, ex director de la OMS, declaró que «es imposible detener el sida en un país si no se le detiene en todos». Willy Rozanbaum también opinó en este sentido: «Esta epidemia es mundial y no perdona a ningún continente.»

4.1.1.- Paradigmas en la comunicación sobre sida

Las estrategias en la comunicación pueden ayudar a parar la epidemia y, ciertamente, pueden ayudar a retrasar su propagación. Un paso fundamental es darse cuenta de que el sida no es sólo un problema biomédico o de salud. Representa problemas políticos, culturales, socioeconómicos, en los que la comunicación sobre cambios de conductas puede ser la clave para resolverlos. Lo que el mundo necesita realmente es cambiar a una integración de resultados científicos basados en la biomedicina con intervenciones basadas en comunicación, ciencia y apoyo. La conferencia que tuvo lugar en Barcelona en el año 2002 marcó la aparición de la intervención y de la política de entre las sombras de la ciencia biomédicamente.

Arvind Singhal y Everett Rogers, en su libro *Combating AIDS-Communication strategies in action*, han hecho un amplio análisis de estrategias en la comunicación que ya han sido utilizadas en algunos países del mundo. En su conclusión indican dos puntos importantes. El primero es que el sida necesita ser entendido correctamente más allá de un mero problema de salud. En el segundo se enfatiza la relevancia de las estrategias de comunicación basadas en los cambios de comportamiento a través de la misma.

La comunicación sobre el sida debe especificar los determinantes estructurales que llevan a estas situaciones, y se arraiga a menudo en procesos participativos donde el centro principal de preocupación son los derechos humanos y asunto de la autoridad.

Obviamente, la reducción del sida era el objetivo principal a largo plazo, pero entonces ¿requerían estos cambios sociales más profundos cambios en las conductas individuales, cambios políticos u otros tipos de cambio (cultural, legal, económico)?

4.1.2.- Las campañas publicitarias

En el caso del sida, las campañas publicitarias promovidas por el Ministerio de Sanidad y Consumo siguen las directrices del Programa Conjunto de Naciones Unidas (ONUSIDA). Se trata de campañas que han tenido gran incidencia en la opinión pública, orientadas a provocar una reflexión crítica. Han establecido un hito en la comunicación, pero existe un cuestionamiento por lo que se refiere a su eficacia. ¿Cómo se han evaluado sus resultados? ¿Se ha retrasado la iniciación de la actividad sexual en los adolescentes? ¿Han disminuido los embarazos no deseados? Al final uno se pregunta si son acertadas y eficaces las campañas que se hacen contra el sida, ya que una cosa es estar informado y otra es tener una actitud de respuesta positiva. Se sabe que las vías de transmisión son bien conocidas:

1. Relaciones sexuales no protegidas (sin preservativo) con persona infectada.
2. Compartir agujas u otros instrumentos contaminados con sangre infectada por el virus VIH. Aquí se incluiría el riesgo de los tatuajes.
3. De la madre infectada a su hijo durante el embarazo.

Por lo que se refiere al prototipo del infectado por el VIH, existen ciertos grupos que tienen mayor riesgo de contraer la enfermedad, según San Feliu son:

1. Homosexuales sexualmente activos.
2. Bisexuales y sus parejas.
3. Usuarios de drogas intravenosas.
4. Bisexuales y sus parejas.
5. Heterosexuales con más de una pareja sexual.
6. Personas que reciben transfusiones o productos de la sangre en países donde la sangre no es analizada escrupulosamente. La globalización del sida se debe sobre todo a este motivo, como ha quedado bien documentado en el caso de los hemofílicos. Incluso actualmente existen problemas en China, especialmente en la provincia de Henan.
7. Inmigrantes de áreas con numerosos casos de sida.
8. Bebés nacidos de madres que estén infectadas de VIH.

Douglas (1984) apunta que «la diferencia entre informar y persuadir es casi imposible de establecer y la mayoría de los anunciantes procuran hacer las dos cosas». Walter Thompson define la publicidad como «comunicación pagada que pretende informar a una o varias personas, influir sobre ellas o las dos cosas a la vez». Recuerdo una editorial de *The Lancet* que decía: «El problema con la comunicación era que la información que querías no te la daban, y la que daban no la querías.» Últimamente se ha generalizado llamar telefónicamente a la hora de la comida para proporcionar información no solicitada, lo que ocasiona una interrupción desagradable. Se disculpan diciendo que el motivo de la llamada era ofrecer una opción que te convenía. En el caso de las campañas publicitarias entendemos que los motivos de la misma sería cambiar hábitos y costumbres y, en definitiva, romper el modelo cultural que provoca la

enfermedad. Según Pajuelo (1993), «aquí la instrumentalización adquiere un fin noble.»

Los eslóganes elegidos estos últimos años en las campañas han sido los siguientes: «A mí me importa. ¿Y a ti?», «Los hombres marcan la diferencia», «Escucha, aprende y vive», «La fuerza del cambio. Con los jóvenes contra el sida», «Los niños en un mundo con sida», «Unidos con la esperanza», «Compartiendo derechos, compartiendo responsabilidades», «Sida y familia», «Tiempo de acción», «Un compromiso con la comunidad», «Juega sin riesgo» (esto último me recuerda unos exámenes en los que pregunté a los alumnos de medicina las medidas para evitar las enfermedades de transmisión sexual. Algunos contestaron «trabaja, pero seguro». Era una época en que se estaba realizando una campaña para reducir los accidentes laborales.), «El sida puede cruzarse en tu camino, protégete», «Póntelo, pónselo» y «Por ti, por mí».

La meta de las campañas es movilizar a los jóvenes para reducir la propagación de la infección por el VIH y fortalecer el apoyo a los jóvenes infectados y afectados por VIH sida, así como fomentar y salvaguardar sus derechos humanos. En estas campañas se realizaron 1.217 inserciones televisivas, 4.860 pases en trenes de largo recorrido y 180.000 pases en autobuses de largo recorrido. También se insertaron 80 cuñas en la radio, 5.000 inserciones en publicidad exterior, 700 en cines, 200 en prensa, 50.000 carteles y 500.000 trípticos.

Desde muchos sectores se ha criticado la publicidad centrada en el uso del preservativo al considerar que sólo tiene sentido en los ambientes en los que la promiscuidad se da por supuesta. No puede enviarse el mismo mensaje a niñas de quince años, que a trabajadoras profesionales del sexo. Según Durex Mundial, la empresa multinacional de venta de preservativos, las campañas para fomentar prácticas sexuales seguras no parecen calar demasiado hondo. Sólo el 44% de la población adulta se muestra preocupada

ante la posibilidad de contraer el virus VIH. El 56% reconocen que a ellos no les puede afectar.

Muchos opinan que no basta con informar, es necesario formar, ya que mientras haya personas en el mundo dispuestas a jugar con el riesgo del contagio, el sida continuará progresando.

4.1.3.- La historia de la comunicación y la prevención del sida

La historia de la comunicación y la prevención del sida están cerca del desastre por la falta de resultados obtenidos, especialmente cuando hablamos de combatirlos en países en vías de desarrollo. Algunas personas y organizaciones muestran, con razón, casos como Senegal, Uganda o Tailandia por responder con un cierto impacto significativo sobre la pandemia. Sin embargo, en una escala global, la dura realidad hace que el caso sea bastante claro: ningún país en vías de desarrollo con serias pandemias de sida está cerca de ninguna solución y sólo han conseguido mediante el uso de la comunicación un impacto limitado para prevenir la propagación masiva de la misma.

Las consecuencias de este hecho son las emergentes «nuevas condiciones de inestabilidad en la producción de subjetividades modernas». Según lo que el antropólogo indio Arjun Appadurai ha concluido (1996), existen dos temas claves que caracterizan la actual transformación de la sociedad: la migración en masa y la mediación electrónica. En este proceso de transformación, la consecuencia, para muchos individuos, es la articulación de la inseguridad ontológica. Como la otra cara de la moneda, impactando no sólo en países en vías de desarrollo sino también en países como por ejemplo los de la Europa del Este, tenemos que la globalización económica y cultural está dando como resultado la marginación social y el empobrecimiento. La gente se siente

insegura respecto a este tema y no entiende dicho proceso de desarrollo, lo que frecuentemente se traduce en choques entre modernidad y tradición y tiene que ver más con poseer la habilidad o no de controlar las condiciones de vida de cada uno y en su día a día.

Las zonas sur y el este de África están seriamente afectadas. En Botswana, aproximadamente el 40% de las mujeres de entre 15 y 49 años han dado positivo al VIH. Uno de cada cuatro adultos en Sudáfrica es también seropositivo. India tiene la mayor población seropositiva en todo el mundo, si contamos en cifras absolutas y China es una bomba aún sin estallar en este aspecto, sin cifras lo suficientemente fiables para aclararnos el problema.

En el entorno internacional, el debate sobre cómo combatir el sida alcanzó un nuevo ímpetu a finales de los noventa. En 1997, UNAIDS inició un proceso consultivo global que condujo al desarrollo del marco de la comunicación de dicha institución (UNAIDS 1999). Después de este proceso y de reconocer la magnitud y severidad tan dramáticas de la pandemia, existe ya hoy una discusión continua y viva sobre cómo utilizar la comunicación en la lucha contra el sida.

El desarrollo del sida está vinculado con los procesos de globalización, especialmente con el ámbito económico y cultural. La clave está en la pregunta: ¿Cómo definiríamos el sida? ¿Es un problema de salud, cultural, socioeconómico o algo más?

Por muchos años, el sida ha sido considerado un problema de salud, donde la solución del problema se limitaba a los sectores de la salud pública y la biomedicina, que respondían con un servicio médico y voluntario en cuanto a las pruebas, tratamiento, cuidados y apoyo al enfermo. La OMS fue durante los primeros años la organización líder internacional (con su sede central en Naciones Unidas) y muchos de los recientes comités fueron creados a niveles políticos medios, casi siempre dentro de los ministerios de salud y

guiados por la OMS. El asunto más importante durante los primeros años de la epidemia fue establecer prioridades entre prevención o tratamiento. Hoy en día esta discusión se ha matizado más. Se han desarrollado acercamientos más holísticos, reconociendo la necesidad de tratar tanto la prevención como el cuidado y el apoyo (Zalduondo, 2001; Morris, 2003).

Otro acercamiento al problema del sida ha sido entenderlo como un problema cultural. En este contexto, la cultura ha sido tomada como una barrera al comportamiento sexual seguro (Airhihenbuwa, 1999). El sida es ante todo una enfermedad de transmisión sexual y en definitiva la mayor parte de las campañas de comunicación preventiva, tanto las anteriores como las actuales, tratan de cambiar el comportamiento sexual. Dichas campañas han tratado rituales de iniciación, prostitución, abusos a menores, negociación con prácticas sexuales y desigualdad de género, entre otros temas.

4.1.4.- La calidad de la información sanitaria sobre el sida

Aun siendo un fenómeno social complejo que implica una amplia variedad de aspectos, el sida es, en su dimensión más estricta, una crisis sanitaria aguda, ya que su incidencia alcanza ya proporciones pandémicas y todavía no existe un remedio eficaz para combatir el síndrome y el virus que lo causa. En estas condiciones, la información, y también la difundida a través de los medios de circulación masiva, es un instrumento privilegiado para alertar sobre los modos de transmisión del VIH y la manera de prevenir el riesgo de infección. Constituye un lugar común, sobre todo entre los expertos en salud pública, acusar a los profesionales de los medios de múltiples insuficiencias en el tratamiento de los temas sanitarios.

Pero no es menos cierto también que los medios cumplen un papel esencial en la transmisión del conocimiento especializado al público

lego. La información sanitaria, y en particular la relacionada con los riesgos para la salud, es una de las áreas de cobertura más problemática para los medios de comunicación. Y ello por dos razones: de un lado, por la vulnerabilidad y dependencia de los periodistas en cuestiones que suelen entrañar una gran dificultad técnica y, de otro, por la aplicación de una lógica informativa, de un modo de hacer periodístico, que no siempre es el más adecuado para que los contenidos de los medios adquieran el rigor que demandan este tipo de asuntos.

Aunque los ejemplos abundan, quizá lo más significativo fuese la adopción espontánea del lenguaje de la epidemiología, y en particular la utilización abusiva de un término, el de «grupos de riesgo», que las autoridades sanitarias abandonaron en cuanto tuvieron constancia de que la infección por VIH no iba ligada a sectores específicos de la población, sino a determinadas prácticas y comportamientos como mantener relaciones sexuales sin protección profiláctica, compartir jeringuillas, realizar transfusiones de sangre o administrar hemoderivados contaminados o gestar estando la mujer infectada. En cualquier caso, la confusión, que todavía perdura, estaba ya establecida, y la idea de que el sida sólo debía preocupar a aquellos individuos incluidos en el grupo de las tres H (homosexuales, heroinómanos y hemofílicos) circulaba por los relatos periodísticos como un peligroso salvoconducto para quienes no pertenecían a ninguna de estas categorías.

A la hora de elaborar sus informaciones, los profesionales suelen confiar rutinariamente en lo que consideran fuentes autorizadas, una tendencia, que se ve reforzada en aquellas coyunturas críticas que suscitan incertidumbre y ansiedad pública, como el caso del sida. La cuestión no es sólo que los medios dependan de ellas para obtener información, sino que acaban adoptando lo que Quarantelli (1989) denomina una «visión de puesto de mando» (*command-post view*),

que conduce a los periodistas a convertirse en documentalistas pasivos antes que en activos buscadores de información.

Así, en la confección de sus informaciones sobre los aspectos sanitarios del sida los medios de comunicación de masas acudieron casi exclusivamente a fuentes médicas, sin tener en cuenta que la rápida expansión del VIH entre ciertos colectivos, particularmente los homosexuales, y la reacción de la sociedad civil generaron en todos los países una red alternativa de información y asesoramiento tan experimentada y fiable como la oficial. Como resultado de este olvido sistemático, los *mass media* pudieron haber contribuido a esa excesiva medicalización de la crisis del sida que ha detectado McAllister (1992).

Esta práctica profesional que conduce a reproducir los puntos de vista de los expertos establecidos (científicos o funcionarios públicos) se manifiesta también en la inclinación de los periodistas a utilizar el modelo del relato político en la información sobre los temas científicos y sanitarios. Siguiendo a James Lett, Check (1987) considera que dicho modelo se caracteriza por la facilidad con que se convierte en noticia cualquier declaración efectuada por las fuentes autorizadas, al margen de que estén o no respaldadas por hechos contrastados; por la ausencia de un seguimiento continuado de los temas, y, en fin, por la importancia que se concede a las opiniones disidentes y el énfasis que se pone en la controversia.

Los ejemplos que ilustran esta actitud durante la crisis del sida se multiplican; algunas tan anecdóticas como la acrítica aquiescencia periodística con la pretensión del Centers for Disease Control estadounidense de que los haitianos constituían un grupo de riesgo específico. Pero quizá el caso que revela más significativamente las carencias derivadas de la aplicación de ese modelo se produjese en la primavera de 1988, cuando los medios de todo el mundo, movidos por el atractivo de la disidencia, dispersaron una atención inusitada a las tesis expuestas por Masters y Johnson en su libro *Crisis: heterosexual behavior in the age of AIDS*. Los autores sostenían, de un modo

alarmante, que el VIH podía transmitirse por contacto casual y que algo tan cotidiano como ser besado o sentarse en el retrete podían considerarse prácticas de riesgo, unas conclusiones que se oponían abiertamente al saber atesorado en aquel momento por la comunidad científica en torno a los modos de transmisión del virus del sida.

La cautela con la que hay que evaluar la eficacia de la comunicación en la promoción de la salud viene exigida, en principio, por el hecho de que los mensajes, provengan o no de los medios, son activamente seleccionados y procesados por los individuos en función de sus intereses, motivaciones, actitudes e implicación con respecto a un asunto determinado. Del mismo modo, el estudio de la dinámica de la persuasión emprendido en las últimas décadas en el marco de la psicología cognitiva, demuestra que el proceso por el que la información puede llegar a influir en los comportamientos no es lineal ni inmediato, sino que se desarrolla a lo largo de múltiples etapas y está afectado por una gran variedad de factores contingentes. Así, por ejemplo, Flay *et al.* (1980) consideran que la exposición a un mensaje podría sensibilizar al público de la existencia de un problema, pero sólo en el caso de que tal mensaje sea comprendido; los cambios cognitivos, a su vez, pueden afectar a las creencias y opiniones previamente establecidas, pero sólo si las conclusiones y los argumentos del mensaje son aceptados y, en fin, cuando las creencias y las opiniones se han modificado es posible que conduzcan a una revisión de las actitudes, las intenciones, y, en última instancia, de los comportamientos.

Las dificultades con que tropiezan las intervenciones encaminadas a la persuasión sanitaria pueden resumirse, de hecho, en la idea de que la variable determinante en la modificación de una conducta o de una práctica potencialmente perjudicial para la salud es la percepción subjetiva que tenga el individuo del riesgo que entrañan tales conductas o prácticas. Según ha demostrado la investigación en este campo, el público lego, a diferencia de los expertos, suele confiar en

una serie de juicios intuitivos que a menudo conducen a percibir los riesgos de un modo sesgado e incorrecto, unas veces por exceso y otras por defecto. Esos juicios intuitivos, vale decir, no científicos, sobre el riesgo se forman a partir de la experiencia de la realidad que tienen los individuos, sea ésta directa o indirecta, esto es, extraídos de la experiencia de otros comunicada de un modo interpersonal o a través de las informaciones que proporcionan los *mass media*. Numerosos autores coinciden en atribuir a estas últimas un impacto apreciable. Ahora bien, algunos trabajos demuestran que los individuos pueden considerar que una determinada práctica o situación implica un riesgo para la colectividad y creer, en cambio, que ellos no son personalmente vulnerables al mismo.

Stipp y Kerr (1989) demostraron que las personas con actitudes de rechazo e intolerancia hacia la homosexualidad tendían a subestimar el riesgo de contraer el VIH, escudados en la creencia errónea de que adquirir el virus del sida sólo le ocurre a los homosexuales. La persistencia de tales actitudes dificultaba, según los autores, la posibilidad de que los individuos obtuviesen un conocimiento veraz sobre el sida a partir de la información periodística o de cualquier otra fuente, algo que también han confirmado, entre otros, los trabajos de Cline y Johnson (1992) y Páez *et al.* (1991).

Por el contrario, la influencia de un mensaje preventivo aumenta conforme lo hace la percepción del riesgo personal. Así, Neuwirth y Dunwoody (1989) y Baggaley *et al.* (1992) comprobaron que la sensación de vulnerabilidad personal al riesgo de contagio por VIH facilitaba la capacidad de la información ofrecida por los *mass media* para motivar un cambio en los comportamientos.

4.1.5.- La prevención del sida en la prensa

La prevención es un posicionamiento claramente positivo. Hoy por hoy, la lucha contra la enfermedad de una forma preventiva es el único medio eficaz que existe de evitar la infección VIH/Sida. Esto se deja percibir en los medios de comunicación escritos, que tratan de recoger ese testigo lanzado por las instituciones sanitarias mundiales en materia de información sobre la prevención de la enfermedad.

Es importante que la prensa española conceda a este capítulo, dentro del conjunto global del proceso, una valoración positiva, aunque todavía insuficiente. De toda la información publicada durante estos últimos años, en relación con la infección, sólo cerca de un 10% se ha dedicado a esta materia. Si como se ha corroborado por los científicos en la actualidad, la prevención es el arma más eficaz contra el sida, los medios de comunicación pueden ejercer una labor informativa inestimable en los próximos años para ayudar a que sea una realidad.

Dentro de esta idea temática sobre la prevención, los diarios han informado de ello desde diferentes vertientes, predominando siempre la tendencia positiva en la orientación de la información. Como aspectos relevantes de este grupo, se ha destacado, primeramente, el desarrollo de los diferentes planes de lucha contra la infección a nivel nacional y fuera de nuestras fronteras. Como ejemplos tenemos: «La OMS dedica 7.000 millones de pesetas en 1988 a la lucha contra el sida» (21/12/87), «La CEE prepara un plan de ayuda a África contra el sida» (12/2/87), «La Generalitat invertirá 30 millones en una campaña contra el sida» (28/7/87).

Por otro lado, también se ha resaltado la existencia de determinados medios preventivos, tanto en la población general como en grupos sociales específicos, destacando la atención

puesta en el preservativo, como medio profiláctico principal. En estos casos la valoración de la información ha sido positiva. Ejemplos de ello son: «Nájera: El preservativo debe usarse como el cepillo de dientes» (22/3/92), «El condón la segunda piel» (2/12/92), «Preservativos: SI-DA, NO-DA» (27/2/92).

Pero como medio informativo, la prensa también ha dado a conocer la opinión de aquellas personas que están en contra de este medio preventivo y que en nuestro estudio ha sido valorado de forma negativa: «El uso de condones contra el sida es "hipócrita e inmoral", según el Vaticano» (11/11/89), «Llamamiento de los obispos a los padres contra la campaña de preservativos» (27/10/90), «Da vergüenza comprarlos y manipularlos» (23/01/91).

A pesar de que los expertos mundiales afirman con rotundidad que el preservativo sigue siendo la mejor manera de prevenir el sida, todavía queda un largo camino por recorrer hasta que la sociedad pueda aceptar como básico este mecanismo preventivo en la lucha contra la enfermedad, y más aún cuando aparecen noticias que contradicen a la opinión pública como «Los preservativos no son seguros contra el sida, según un médico británico» (9/11/87).

Como último aspecto relevante dentro de este capítulo, la prensa diaria ha publicado información referente a actitudes hacia la lucha y prevención del síndrome, de determinados colectivos frente a la infección, como artistas o deportistas entre otros. En este caso, el predominio de la valoración también ha sido claramente positivo, ejemplos de ello son: «Arthur Ashe se une a Magic Johnson en la lucha contra el sida» (10/4/92), «Subasta de Mapperthorpe para una fundación contra el sida» (4/11/89).

La prevención de la infección ha sido el tema unánime que tanto los estudios de Martínez et *al.* y Feijoo como el nuestro han valorado de una forma positiva, a pesar de que esta información

haya tenido una escasa presencia en cuanto a volumen de noticias. Se le presenta al profesional de la comunicación una inmejorable ocasión para poder transmitir mensajes de salud que orienten en este sentido a la población sobre la imagen de la enfermedad.

De todas formas se ha podido comprobar que la información por sí misma es insuficiente para cambiar la actitud de las personas en el caso del sida. En este sentido Latorre afirma, en relación con los efectos de las campañas de información en la entonces Alemania Federal de 1988, que el 99% de los ciudadanos conocían la palabra sida y el 86% estaban bien informados de los peligros inherentes a la epidemia. Pero concluye este autor, que las campañas oficiales para fomentar el uso del preservativo no han tenido las repercusiones esperadas. La canalización de este tipo de mensajes a través de los *mass media* debe realizarse de una forma clara, evitando la ambigüedad de significados.

Mann y Cohen identifican como esenciales tres puntos cardinales para el éxito de la prevención de la infección VIH/Sida, que radican en la información y educación pertinentes, la existencia de unos servicios sociales y de salud asequibles junto con un entorno social adecuado. El contenido de la información sobre la que sería oportuno un mayor énfasis por parte de los medios de comunicación, y en especial la prensa como conformadora de opinión, para contribuir a esa labor educativa, estaría relacionado, principalmente, con los vínculos de fidelidad que deben presidir las relaciones sexuales en contraposición a la infidelidad, como comportamiento que conlleva un mayor riesgo de contagio.

Este medio de comunicación puede ejercer, en los próximos años, una función informativa y motivadora de actitudes, que puede ayudar a mejorar el conocimiento real de la infección en la opinión pública. Este hecho se puede corroborar en países africanos, como Zimbawe, donde los periódicos constituyen el

mejor surco de información en relación con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Entre las conclusiones que Pierret realiza sobre su trabajo en la prensa francesa, recogidas por D. Páez *et al.*, determina que para lograr una información preventiva, la divulgación es una herramienta necesaria pero no para provocar en la población la comprensión racional del fenómeno que motive un cambio en la conducta. Por otro lado, cuando la información periodística es indiscriminada y se publica bajo un sensacionalismo que sólo pretende vender, desencadena fenómenos tan perjudiciales como el miedo irracional y la división de la sociedad.

4.1.6.- Educación y entretenimiento en los programas antisida

Como señala Reardon (1989), el sida constituye el mayor desafío al que se han tenido que enfrentar los profesionales e investigadores en comunicación desde la II Guerra Mundial. Dado que el conocimiento de la enfermedad es escaso, en el sentido de que es una enfermedad «sin cura», una gran parte de los esfuerzos se está llevando a cabo en el terreno de la prevención, lo que requiere analizar la topografía de los comportamientos asociados a la infección por VIH y diseñar estrategias de intervención eficaces para cambiar actitudes, creencias y pautas de comportamiento. Una de las principales vías de transmisión del VIH es el contacto sexual. De hecho a escala mundial, el 80% de las infecciones se producen a través de relaciones sexuales no protegidas, de ellas un 75% por relación heterosexual (Segu y Casbona, 2001).

Además, los patrones de comportamiento sexual han variado en las últimas décadas, observándose fenómenos como una mayor precocidad en el desarrollo de las relaciones íntimas, el incremento

del número de parejas sexuales diferentes a lo largo de la vida (fenómeno denominado monogamia serial) y el mantenimiento de relaciones sexuales con varias parejas en el mismo tiempo (Basabe, 1996). Estos datos de comportamiento sexual permiten plantear que cualquier acción preventiva contra el sida debe tener en cuenta esta nueva realidad.

Por otro lado, un componente definitorio de las campañas de información es su esencia persuasiva, dado que constituyen «intervenciones y actividades organizadas que buscan influir en las actitudes, creencias y comportamientos de riesgo a través de mensajes difundidos por los distintos medios de comunicación» (Freimuth, 1992/93).

Desde un punto de vista, comunicativo, se puede considerar que parte del fracaso de las campañas preventivas contra el sida se debe a que el tipo de intervención mediática más utilizada es la difusión de spots breves y en muchas ocasiones de carácter eminentemente informativo. Así lo han constatado, por ejemplo, Freimuth y otros (1990), con respecto a publicidad preventiva contra el sida en EEUU, observando que el 51 % de los spots analizados únicamente difundían información.

El contenido emocional parece ser otro elemento fundamental presente en las intervenciones mediáticas de prevención del sida, al que hay que atribuir además una gran parte de su éxito. En este contexto, el miedo ha sido una de las emociones más utilizadas para apelar a las audiencias en las campañas anti-sida.

Sin embargo, tal como señala, los miedos pueden ser diferentes según los grupos o audiencias que reciben el mensaje. Y aquí es donde se ha reflexionado en torno a la eficacia de las estrategias comunicativas centradas en provocar distintos miedos, como el miedo a la muerte o al sida como enfermedad que mata, especialmente cuando los mensajes se dirigen a jóvenes que, en muchos casos, están al inicio de su vida sexual y se sienten

invulnerables ante cualquier tipo de enfermedad. Kellar-Guenther (1999) ha indicado que los jóvenes no tienen miedo a la muerte y sí en cambio un fuerte deseo por establecer relaciones románticas, por lo que este motivo debería tomarse en consideración a la hora de elaborar los mensajes de prevención del sida. Los sujetos jóvenes, además, creen estar protegidos contra las desgracias, piensan que «controlan la situación» y que saben elegir sus parejas sexuales. Y más importante aún, consideran que no necesitan preocuparse por el sida sobre todo si están implicados en relaciones románticas.

La teoría implícita que manejan muchos jóvenes en relación al VIH/Sida, parece rezar así «si tengo una relación estable y romántica, soy inmune al contagio». Y sucede que la confianza en la pareja se establece como una razón de peso para no actuar preventivamente, a pesar de que los patrones de comportamiento sexual han variado en las últimas décadas.

El rápido crecimiento de las infecciones de VIH se explica fundamentalmente por la adopción de prácticas sexuales heterosexuales desprotegidas (especialmente por la alta tasas de relaciones extramaritales por parte de los hombres, quienes mantienen contactos casuales con un gran número de parejas). Por tanto, mediante una intervención basada en la educación-entretenimiento se intentó hacer frente a dos problemas relacionados íntimamente: el rápido crecimiento poblacional y las infecciones de VIH. Dicha intervención fue implementada por el Ministerio de Sanidad de Tanzania, en colaboración con Radio Tanzania, y contó con la asistencia técnica de los investigadores del Population Communications Internacional (PCI) de Nueva York. Los objetivos de la campaña se centraron en estimular cambios conductuales como la abstinencia sexual, la reducción del número de parejas sexuales y potenciar la utilización del preservativo (Vaughan y otros, 2000).

4.1.7.- Análisis explicativo de la información en prensa sobre el sida

La trascendencia de la comunicación escrita reside en el valor fundamental que la prensa desempeña en la creación y producción de normas, valores, estereotipos, etc., entre quienes dirigen los conjuntos humanos y la opinión pública. Vidal Beneyto señala al respecto: «Los llamados periódicos de élite o de calidad o de prestigio, parecen ser hoy los instrumentos más decisivos para la conformación de la opinión pública.»

Al reducirse el análisis de contenido de los periódicos a lo enunciado en este apartado, se excluye de la órbita investigativa al auditorio, que es quien completa el ciclo entre el comunicador-grupos sociales-opinión pública. Es decir, que desde esta última dimensión, es posible descubrir, constatar, las consecuencias de las «normas», «valores», «creencias», «estereotipos», etc., producidos por el emisor y estigmatizados en el receptor. Se observa, pues, no sólo la influencia tópica de los medios de comunicación sobre la sociedad, sino el ejercicio de control social sobre la misma.

Existe una conexión directa entre los medios de comunicación de masas, Prensa, Radio, Televisión, etc., y el receptor de la noticia (*Mass Media*), quienes por múltiples circunstancias, inherentes o exógenas a ellos, y en la dinámica del emisor de la noticia, crearán una figura social de ilimitadas consecuencias, legitimada por la imagen social resultante. Esa expansión simbólica abarca en este análisis dos dimensiones, por una parte, el sida, que explica o es explicado, si en el contexto expresivo su utilización corresponde a variables dependientes o independientes. En otro sentido, ampliatorio de lo señalado, el sida podrá aparecer dialécticamente como objeto o sujeto de referencia, según surja en el contexto de la noticia, artículo, libro, etc. A modo de ejemplos ilustrativos, los titulares periodísticos legitiman tal afirmación en: «El sida asesino», «El sida acaba con la vida de tres niños», «El síndrome

del terror», etc. Es el objeto en: «La Administración preocupada por el aumento del sida», «Científicos de todo el mundo trabajan para erradicar el sida». Ha pasado a representar el objeto de discurso de un actor social.

La otra dimensión a la que se hacía referencia es la de los grupos expuestos al sida, que en las noticias adquieren, como en lo enunciado en las líneas precedentes, valores categoriales distintos. Así: «Los homosexuales son portadores del sida», «Los grupos de alto riesgo, homosexuales-bisexuales, heroinómanos y hemofílicos provocan alarma», serán objeto de referencia, mientras que: «Se establecen medidas preventivas entre los grupos de alto riesgo», «La educación sanitaria refuerza el control sobre el sida entre los homosexuales, bisexuales, heroinómanos, hemofílicos», será el objeto de referencia del actor relacionado.

Todo cuanto atañe a emisores y receptores tiene especial imbricación en la dinámica y análisis de las pautas expresivas de las informaciones periodísticas, que se corresponden con la singularización fragmentada del trabajo expresivo. Las normas expresivas de los emisores se dirigen al «dominio de la producción de los significantes periodísticos», mientras que las pautas expresivas de los receptores, al decir de José L. Piñuel, se adquieren con el hábito de la audiencia a los diferentes periódicos y son los que permiten anticiparse a la decodificación de significados.

En todo lo enunciado relacionado con las pautas expresivas de los significantes periodísticos, se halla cohesionado con el impacto de lo acaecido, a la singularidad categorial del referente de opinión, o a la propia dinámica expresiva en la narrativa habitual de las noticias.

El profesional periodista elabora las pautas expresivas, producto del «by-pass» entre el código simbólico de interpretación de la noticia inherente a su propia responsabilidad y a toda la estructura social imperante. La interpretación de la significación es considerada para la Teoría de la Comunicación «como un producto de la aplicación de

reglas sintácticas, semánticas y pragmáticas además de las relativas a las de representación social (normas, valores) y de las reglas de representación del objeto, compartidas colectivamente».

Por último, la imagen social propagada a través de la Radio, la Televisión, toda la Prensa escrita, influye decisivamente tanto en la conducta como en la idea de los agentes de la sociedad, en una dimensión simbiótica, entre los mensajes y los códigos, y las acciones y reacciones sociales. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida aparece como el ejemplo de mayor categoría explicativa.

La compleja fenomenología asociada al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) hizo que la enfermedad desbordase pronto su dimensión estrictamente sanitaria para convertirse, también, en un problema social con implicaciones políticas económicas, éticas y culturales. La gestión de la crisis del sida reclama, por tanto, no sólo el concurso de la investigación biomédica, sino también el de las ciencias sociales y humanas, desde la psicología y la sociología hasta la antropología cultural. Es en este contexto que el sida adquiere relevancia para la investigación comunicativa, y una relevancia particular, si se nos permite, al menos por dos razones.

Primero, porque los medios de comunicación de masas desempeñan una función primordial en el trasvase de conocimientos desde cualquier ámbito del saber especializado hacia el público lego. En el caso del sida, esta función se ve reforzada por el hecho de que la única medida efectiva para evitar su propagación es, de momento una información adecuada y rigurosa sobre la enfermedad y el modo de prevenirla. La segunda de las razones se apoya en la evidencia de que los relatos de los *mass media* constituyen una de las fuentes principales de las representaciones colectivas sobre los fenómenos sociales, y que tales representaciones, por lo que al sida respecta, motivan en buena parte las reacciones sociales ante esta enfermedad y ante aquellos que la padecen más directamente.

En todo caso, no cabe duda de que la crisis del sida constituye un laboratorio idóneo, una oportunidad, si se quiere, para indagar en los mecanismos de la comunicación de masas, tanto por lo que respecta al proceso de producción informativa como en lo referente a la recepción y a los efectos de los mensajes distribuidos por los medios. De ahí el interés que desde distintas perspectivas y presupuestos teóricos ha despertado entre los estudiosos de la comunicación.

4.1.8.- La agenda informativa y el sida

Desde los años cincuenta, la sociología de los medios ha adquirido un conocimiento fundado de las determinaciones que pesan sobre la producción informativa. La investigación en este campo ha deparado dos aproximaciones cuyas perspectivas son, no obstante, perfectamente integrables. La primera de ellas, y sin duda la más prolífica, se ha centrado en el estudio *in situ* de la labor cotidiana de los profesionales de los medios, lo cual ha permitido conocer con cierto detalle los criterios que utilizan para decidir qué es noticia, la organización del trabajo diario en las redacciones, el acceso a las fuentes de información y otros asuntos de esta índole.

La segunda, todavía incipiente y más magra en cuanto a resultados, coincidiría con lo que Rogers y Dearing (1988) denominan *media agenda-setting research*, cuyo objetivo consistiría en identificar las diversas variables que inciden en el establecimiento de la agenda informativa de los medios. Para diferenciarlas de una manera sintética, diremos que mientras la primera se interesa básicamente por todo aquello que de algún modo u otro afecta a las decisiones relativas a incluir, excluir y jerarquizar los acontecimientos en el seno de los productos informativos, ésta pretende analizar el

proceso que lleva a iniciar mantener y abandonar la cobertura de los temas que componen la agenda de los medios.

Dearing y Rogers consideran que en la conformación de la agenda informativa de los mass media intervienen dos tipos de factores, unos relacionados con el funcionamiento interno del sistema de los medios de comunicación y otros externos al mismo. Entre los primeros, los autores destacan los valores-noticia en que se apoyan los periodistas para decidir sobre la noticiabilidad de los temas de actualidad y la influencia que ejercen sobre el conjunto del sistema informativo los denominados diarios de prestigio o de referencia dominante. En cuanto a los segundos, su carácter puede ser muy variado: la agenda de los medios podría verse influida por la presión de grupos con intereses específicos, por la voluntad del sistema político o cualquier otro subsistema social de atraer la atención pública hacia un asunto, por la irrupción de acontecimientos inesperados o espectaculares y por la existencia de datos que indiquen la importancia objetiva de un problema o de un fenómeno.

Trazada a lo largo del tiempo, la cobertura periodística de la crisis del sida muestra una estructura cíclica en la que se suceden periodos de una atención elevada al tema y otros en que el interés de los medios decae notablemente, algo, por otro lado, característico en los eventos de duración prolongada. Los resultados de la investigación empírica existente en distintos países han permitido comprobar, por ejemplo, que la tardanza de los medios en incluir el sida entre los temas destacados de su agenda informativa coincidió con el desinterés inicial del sistema político.

Por el contrario, cuando las autoridades encargadas de la política sanitaria otorgaron al sida una prioridad máxima, incrementando las partidas presupuestarias o poniendo en marcha campañas públicas de información y prevención, los diarios de referencia dominante, y con ellos el resto de los medios, situaron el problema entre aquellos que merecían una amplia cobertura. Una tendencia distinta, pero

igualmente interpretable a partir de los factores que hemos apuntado, se produjo en aquellos lugares donde la proximidad y la virulencia con que se manifestó la enfermedad o la presencia de colectivos de afectados capaces de ejercer una presión adecuada sobre los medios contribuyó a hacer más visible desde el primer momento la problemática social y sanitaria ligada al sida.

El poder de hacer circular la información en el mundo en la actualidad genera la viabilidad de establecer un plan de acción conjunta de todos los países en lucha contra la enfermedad, pudiendo coordinar todos los movimientos desde un único organismo rector, además de permitir este proceso de forma rápida y ahorrando esfuerzos innecesarios, algo muy difícil de conseguir a principios de siglo. Así con motivo de la expansión del virus, la OMS constituyó, en su XL asamblea de mayo de 1987, la creación del Programa Global sobre el Sida que, en consonancia con la ONU (Organización de Naciones Unidas), coordinara y apoyara las distintas actividades sobre programas individuales en este campo.

La universalidad de la comunicación ha conseguido desatar en la gente una concienciación en cuanto a lo que la enfermedad significa en la vida del hombre. A través de la generalización de las campañas educativas se pretende incidir en el principal caballo de batalla ante la enfermedad, la prevención, ya que la única manera de evitar el contagio es excluyendo del estilo de vida las denominadas prácticas de riesgo.

«La comunicación al servicio de la infección del VIH» podría ser el eslogan central que ha venido titulando a la enfermedad desde su aparición en los años ochenta. Los medios informativos han desplegado toda su maquinaria para favorecer tanto el conocimiento de la enfermedad como los mecanismos de control de la misma; han sido artífices, en la década pasada y comienzos de esta, de la creación y consolidación de pautas de comportamiento, actitudes y pensamientos a favor y en contra del proceso.

Los medios de comunicación y de una manera más uniforme la prensa escrita ha ido introduciendo poco a poco la concepción de la epidemia en la mente de la población receptora de la información. Nunca otra enfermedad ha suscitado tanto interés en los responsables de la información, de ahí que el gran bagaje informativo vertido sobre la población durante todos estos años haya solidificado unas actitudes inestables y predispuestas en la población receptora.

A medida que se iba disponiendo de un mayor conocimiento sobre la epidemiología y patogenia de la enfermedad, los contenidos de la información también se iban modificando, aunque se aprecia un claro desacoplamiento entre el cambio producido en la forma de informar con el discurrir del tiempo y la transformación de conductas y posturas establecidas de antemano en la población.

Ese dominio que sobre la opinión pública han ejercido los medios informativos se ha encargado de dirigir el pensamiento colectivo frente a la enfermedad siguiendo las directrices de los gobiernos pero matizando en consonancia sus propios intereses.

Martínez *et al.*, en su ponencia sobre «El sida y los medios de comunicación» realizada en el II Congreso Nacional de Psicología Social concluían que la información que los periódicos han vertido en la población española presentan en general un carácter negativo, favoreciendo la instauración de un alarmismo creciente entre la población, siendo escasas las informaciones sobre conductas preventivas que informen y orienten a la opinión pública. Se descubre una dualidad en la actitud de los medios de comunicación frente a esta enfermedad. Por un lado se trata de evitar un pánico general y la generación de posturas estigmatizantes, acorde con el espíritu de las campañas sanitarias, y por otro lado, la competencia económica e informativa existente hace imperar el sensacionalismo, lo que en definitiva alimenta el miedo creado.

Las ciencias sociales consideran que el pánico origina una modificación inmediata del comportamiento, pero bloquea el proceso de aprendizaje a largo plazo. Además, el hecho de marginar a los portadores del virus y considerables «endemoniados que sufren la cólera de Dios» ha contribuido a la propia diseminación de la infección.

En esta primera etapa de la enfermedad las campañas sanitarias de los diferentes países, en las que la prensa se ha visto necesariamente implicada, pretenden generar motivaciones profundas utilizando el miedo como fondo a través de imágenes como el jinete apocalíptico segando vidas con su guadaña o jugando a los bolos con los seres humanos o bien mediante la publicación de eslóganes como el británico «no mueras de ignorancia», cuya finalidad era incitar a la población a un cambio de costumbres.

Estos mensajes claramente amenazantes sólo lograron impactar en parte de la población denominada de reacción rápida, y según Defert, provocaron una oleada de demandas de tests, que no afectó a los grupos de riesgo.

Rogers demostró que para cambiar la conducta en un sentido preventivo era necesario que la persona aumentara su percepción sobre las consecuencias negativas y sobre la susceptibilidad o probabilidad que le afectara la enfermedad. Esto coincide con el modelo de Creencias de Salud, cuya lógica subyace en las campañas de educación sanitaria, donde se afirma que una persona es probable que realice un comportamiento de cara a evitar la enfermedad si es susceptible a la enfermedad, si la enfermedad tiene consecuencias negativas para él o si cree que el comportamiento preventivo es beneficioso para reducir dicha susceptibilidad o las consecuencias de la enfermedad.

El orden religioso, mantenedor de los valores espirituales y la moral, se halla profundamente imbricado en la conciencia social. La

Iglesia se ha convertido en el techo que da cobijo a las creencias del ser humano, el cual siempre ha necesitado de un ente superior para dar sentido a su existencia y dónde justificar sus temores vitales, proporcionándole una seguridad espiritual.

Cualquier declaración dirigida por los máximos dirigentes religiosos deja un gran poso entre la población, y la Iglesia como depositaria de la fe humana no podía volver la espalda a un fenómeno social de tan grave trascendencia como lo está siendo el sida. Pero, debido al miedo que una enfermedad de estas características provoca en la sociedad, no han faltado voces que han intentado capitalizarla en favor de un proselitismo moral y religioso, con calificativos como «castigo de Dios» o «peste del siglo XX». El derecho que tiene el ser humano a emitir juicios morales engloba en su extremo opuesto el defecto peligroso de querer erigirse en juez de los demás.

Una de las consecuencias que ha arrastrado la consideración de esta enfermedad, bien como «instrumento ejecutor del cuarto jinete del Apocalipsis», bien «como la respuesta de Dios en la Tierra a los desórdenes sexuales del ser humano», ha sido el desarrollo de actitudes discriminatorias sobre los diferentes grupos de riesgo, en especial el colectivo homosexual, sobre quién se personalizó inicialmente como responsable y difusor de la infección. Los medios de comunicación, al reflejar esta situación en sus informaciones y enfatizarla con titulares sensacionalistas, avivaron negativamente el sentir de las conciencias sobre el tema.

El jesuita J. J. Ferrer ha realizado un profundo análisis sobre el significado del teologúmeno «castigo divino» en el sida. En su conclusión general expone que este término puede tener validez cuando su interpretación se realiza desde una concepción teológica, pero su uso en el discurso pastoral o foro público debería evitarse por su gran susceptibilidad a la interpretación aberrante. Propone, finalmente, que «se use el lenguaje de la responsabilidad, la

compasión y de la solidaridad para expresar en la reflexión teológica-moral el castigo de Dios».

La Iglesia católica comenzó a tomar conciencia de la gravedad de la situación a partir del año 1987, en el cual aparecen un gran número de intervenciones eclesiales oficiales, incluyendo el primer discurso papal con una referencia al sida. A pesar que la doctrina del magisterio de la Iglesia no concuerde con determinados aspectos del modelo sanitario-preventivo actual debe reconocerse el fuerte impulso que el dogma católico ejerce en la potenciación del espíritu de solidaridad humano en favor de los enfermos de sida. Para la teóloga católica E. P. Flynn, la principal respuesta que el catolicismo puede ofrecer a esta enfermedad radica en la práctica de la compasión y solidaridad con los enfermos.

Hoy día los grupos religiosos comienzan a dividir sus opiniones. Por un lado existe una postura compatible con la idea de que el sida es el resultado de una conducta aberrante y del rechazo de Dios, otros consideran como urgente y necesaria la educación pública sobre medidas profilácticas, y por último aquellos que defienden la abstinencia sexual como único recurso ante la enfermedad. En el ambiente se respira el interrogante de si el sistema de defensa moral y espiritual de la humanidad probará ser lo bastante fuerte como para hacer frente a este proceso.

De todo esto se deduce que la credibilidad de la información que el sujeto recibe a través de los múltiples canales de comunicación está en consonancia con sus creencias religiosas. Difícilmente podrá fructificar cualquier campaña informativa sobre la enfermedad en la conducta del individuo si antes no le da el visto bueno su propia convicción religiosa.

Conforme la enfermedad ha ido creciendo en edad, saliendo de los sectores de población donde se la encasilló inicialmente para convertir a todo el mundo en sujetos susceptibles, se ha ido modificando su imagen externa pretendiendo buscar nuevos

enfoques más realistas que desencadenen un mayor acercamiento del ser humano proceso.

En la década en que nos hallamos, se va a pretender generar una actitud de responsabilidad compartida concienciando al público que debe «aprender a vivir con el sida» pero «uniendo nuestras fuerzas, para ello los medios de comunicación deberán contribuir a la reinstauración del carisma que la enfermedad demanda actualmente, devolviéndola a sus cotas reales, despojándola de las oscuras connotaciones y matices negativos que arrastra de su etapa anterior.

La prensa diaria, como colaborador en la difusión de las campañas sanitarias, hace eco de los nuevos vientos que mueven la salud humana, a través del contenido y titulares de sus páginas. Ante la parquedad de lectores que posee la prensa en comparación con otros medios, por motivos ya aducidos, uno de sus fines será captar atención de un mayor número de ellos. Para conseguirlo, uno de los recursos utilizados es el de encabezar sus noticias con titulares atrayentes para el lector.

Al haberse convertido el sida en un acontecimiento de primera magnitud para interés del individuo, cualquier información que aparezca en el mundo sobre el tema se convierte inmediatamente en argumento noticiable.

Partiendo de estas premisas observamos que quien se acerca a un periódico, se interesa mucho más por los titulares de prensa que por la información en sí, con un erróneo pensamiento de ser el titular una idea resumen y por tanto su sola lectura conferirá una visión global de todo el contenido de la noticia. De acuerdo con la actitud del lector frente a la noticia, investigaciones científicas han demostrado que el lector no se entera de la mayor parte del contenido del periódico; muy pocos saben con seguridad lo que ha publicado el periódico al acabarlo de hojear. La mayoría sólo tiene

interés en lo que le afecta personalmente o en lo que les puede distraer, aunque se trate de una banalidad.

Esto repercute en la información sida, puesto que la búsqueda de una información rápida y de forma superficial predispone al lector a una falsa interpretación de los hechos, con la consiguiente inferencia errónea en su esquema de conclusiones finales. Por ello es muy importante la dirección informativa que toman los encabezamientos de las noticias, ya que son los principales desencadenantes de juicios de valor y posturas críticas ante la enfermedad. Este hecho influye directamente sobre los objetivos que persiguen las campañas informativas sanitarias en el conjunto de la población.

Se produce así un sesgo en la información que el individuo crea por un parco estímulo cultural, sólo desmotivado ante impactos visuales. Una población previamente sensibilizada a todo el entorno que conlleva esta enfermedad, acrecentará peligrosamente posturas predeterminadas si se produce una mala canalización de la información. A pesar de todo, el medio periodístico está contribuyendo enormemente a la difusión del conocimiento de la infección por VIH en todas las capas de la sociedad, ofreciendo un apoyo indiscutible a las campañas gubernamentales.

Las últimas tendencias, al igual que la información aparecida en la prensa, pretenden desdramatizar los riesgos de contraer el síndrome en un afán de tranquilizar a la población. Se ha cambiado la imagen de horror y muerte por la del preservativo dentro de una nueva actitud de «plantar cara al sida», aunque el rostro real de la enfermedad en televisión sea una imagen difícil. En la actualidad, el lema que trata de acercar el significado de fondo del problema es: «El desafío global del sida, juntos para el futuro».

Las estrategias desarrolladas en cada país por las empresas publicitarias dependen de sus valores morales y éticos, por ello el protagonista de la imagen publicitaria es tratado de forma diferente

para conseguir la mejor adaptación al medio social, aunque en todos los casos el fin que se persigue es el mismo, incidir en el psiquismo de la población para conseguir alterar su conducta sexual.

La imagen del preservativo ha supuesto una afrenta para la moral católica y esto ha provocado un retraso en su incorporación a las campañas informativas en televisión. Ejemplos de ello los tenemos en la televisión francesa donde la legislación prohibía hasta hace pocos años anunciar preservativos en este medio. El panorama en EE.UU. ha sido similar, ya que la política de las grandes cadenas americanas ha sido la de no emitir publicidad referente al uso de preservativos hasta el año 1991. Fox y NBC fueron las pioneras en el lanzamiento de este tipo de mensajes.

La educación sexual de la primera parte de este siglo ha estado basada más en inspirar repugnancia y miedos hacia la mayor parte de la actividad sexual que a proponer una vida sexual sana, causa principal de ello lo ha tenido la influencia de la enfermedad. Fue la sífilis la que restringió la actividad sexual e introdujo el miedo al sexo en la sociedad, la falta de tratamiento eficaz marcó la conducta sexual prácticamente hasta nuestros días. La era antibiótica y el desarrollo de los preservativos y las píldoras anticonceptivas han contribuido a liberar el sexo a partir de los años sesenta.

Para el moralista B. Häring, esta enfermedad es un signo que revela la perversión que ha sufrido el lenguaje sexual en la sociedad de consumo, constituyendo un síntoma más de la enfermedad moral que infecta sobre todo a la sociedad industrializada occidental.

Introducir en la sociedad actual la idea de que el preservativo es una forma práctica de protección ante el sida ha golpeado de lleno la orientación religiosa que se da a la sexualidad, más aún cuando en los núcleos familiares se considera un elemento distorsionador

de las buenas enseñanzas tradicionales. En opinión de la Iglesia Católica, la abstinencia sexual o la fidelidad conyugal es la mejor forma de prevenir la enfermedad.

En España, se han alzado voces de colectivos católicos detractoras de las campañas sanitarias alegando que constituían un atentado contra la integridad moral de la persona y el derecho de los padres a la formación religiosa de sus hijos. La Iglesia Católica también ha vertido duras críticas al contenido informativo de las mismas. En palabras de monseñor Agustín García-Casco: «La campaña reduce la sexualidad a una función biológica, el amor a la atracción de los cuerpos y establece como valor fundamental de la vida el placer sexual.»

Por otro lado, el desarrollo de una conducta preventiva que implique la utilización del preservativo, necesita de una confianza en el medio preventivo y en la propia persona para poder ejercer un control de la situación. En los jóvenes adolescentes, uno de los principales grupos sobre quien se han centrado las campañas sanitarias informativas, prevalece una actitud de improvisación natural que se opone claramente a la lógica racional que exige el uso del preservativo, considerándolo un elemento de desconfianza en el juego sexual juvenil, como así lo indican estudios recientes realizados sobre el tema.

El comportamiento sexual está influido por muchos factores que no siempre se encuentran bajo el control de la persona, incluso las normas de género y las condiciones socioeconómicas. No obstante, la comunidad de salud pública tiene la obligación de ofrecer a la población la información más correcta disponible sobre como evitar el VIH y promover cambios en las normas sociales que reduzcan la propagación del virus.

Aunque la prevención debe incluir múltiples elementos integrados, entre ellos los vinculados al mayor acceso al tratamiento, los cambios o el mantenimiento de comportamientos orientados a evitar o reducir

el riesgo deben seguir siendo la piedra angular de la prevención del VIH.

Las mujeres en todo el mundo están siendo infectadas cada vez más por el VIH. En los años 80, las mujeres eran sólo un pequeño grupo afectado por esta epidemia, pero ahora son la mayor preocupación. En el año 2000, más de 14 millones de mujeres fueron infectadas y cuatro millones murieron. En el mundo, la forma principal en que el VIH se transmite a las mujeres es mediante el contacto sexual con hombres (coito heterosexual).

El Programa Conjunto del VIH/Sida de las Naciones Unidas (UNAIDS) explica que el VIH/Sida se está propagando a las mujeres debido a la subordinación sexual (en muchos países, los hombres controlan las relaciones entre hombres y mujeres), la subordinación económica (en muchos países las mujeres todavía soportan la discriminación en la educación, el empleo y el estatus social), la vulnerabilidad biológica al VIH (las mujeres tienen mayores probabilidades de contraer enfermedades de transmisión sexual o de contagiárselas a sus futuros bebés).

Según los nuevos datos arrojados por el informe anual de la Organización Mundial de la Salud, uno de cada doce adultos en África estaría infectado por el virus del sida. De ellos, además, el 58% de los portadores del VIH en África son mujeres.

Si en Occidente, en un comienzo, se consideró que el sida atacaba primordialmente a los varones homosexuales, ya hace tiempo que la pandemia -especialmente en África- afecta principalmente a las mujeres. En el periodo 1999-2001, el porcentaje de mujeres creció del 41 al 47% entre el total de infectados. A este fenómeno se le ha denominado «feminización del sida» y se debe, al menos en parte, al hecho de que muchas mujeres no pueden controlar cuándo y con quién tienen contacto sexual y que, en muchos lugares del mundo, no se les permite ni se les alienta, a entender su propio cuerpo, lo que las vuelve más vulnerables.

Por otra parte, la reiterada incidencia de relaciones no consensuadas, la incapacidad de las mujeres para negociar prácticas sexuales seguras y, en muchos casos, el miedo al abandono o expulsión del hogar o comunidad, plantean retos externos para las mujeres. Por ejemplo, en Sudáfrica, las encuestas entre jóvenes indican que el 33% de las mujeres jóvenes teme negarse a mantener relaciones sexuales, y el 55% las realiza aunque no lo desee, por insistencia de su pareja. La creencia de que las mujeres sólo centran su sexualidad en la reproducción y que los hombres deben contar con amplia experiencia sexual es otro elemento que impacta en la difusión del VIH/Sida.

El aumento considerable de los casos de sida también tiene relación con los numerosos casos de abusos sexuales y violaciones a los que son sometidas las mujeres. Por ejemplo, el alto índice de abusos sexuales y casos de violencia que sufren las jóvenes y mujeres en Zambia conlleva también un precio mortal. Un nuevo estudio revela que los abusos hacen incrementar además la epidemia de VIH y produce un predominio mucho más elevado entre las chicas que entre los chicos. El predominio de VIH es cinco veces mayor entre las chicas jóvenes que entre los chicos de su misma edad. En otro informe, se agrega que en muchos casos, las infectadas son niñas y adultas víctimas de violaciones, a manos de desconocidos, de soldados saqueadores o de sus propios esposos (entre el 16 y el 52% de las mujeres de este mundo han sufrido abusos físicos por parte de su pareja al menos una vez en la vida, en muchos casos, el abuso consiste en una violación sexual). La violencia de género, y el temor a la misma, provocan en muchos casos la sumisión de las mujeres y, con ella, aumenta la posibilidad de que sean infectadas. La prostitución, el tráfico sexual y el turismo sexual, formas de explotación arraigadas en el planeta, también son un factor que favorece la «feminización de la enfermedad». Además, la violencia sexual contra estas chicas se ve aún más aumentada debido a la

creencia popular que existe entre los hombres mayores de que el sexo con las vírgenes curará el sida.

Los viajes comprenden diversas maneras de relocalización geográfica o no lugar de las personas tales como: la emigración de los trabajadores y refugiados de un mismo país (zona rural a zona urbana) o entre países. También incluye el turismo, viajes de aventura y de negocios. Estos viajes globales se han facilitado por el transporte en aviones comerciales que permiten que una persona infectada en una región, donde la enfermedad es prevalente, sea transportada en uno o dos días a otro lugar donde dicha enfermedad no existe, antes de que evidencie sintomatología. Finalmente conviene recordar que hoy por hoy nadie se ha curado de sida; lo que se ha conseguido es cronificarlo.

La mujer en África subsahariana se encuentra en una situación vulnerable, débilmente protegida y desprovista del derecho humano de protegerse frente al sida. Es necesario que estas culturas ancestrales evolucionen de modo científico y racional para frenar la extensión de la enfermedad. «La esperanza de vida en África ha bajado cuatro años desde 1990.»

4.2.- ¿Por qué ataca más ahora a las mujeres?

Según ONUSIDA, en los años 80 la epidemia de sida estaba distribuida de forma que sólo el 20 % eran mujeres. Ahora, en el 2006, las mujeres son más del 50%. Se ha producido una feminización de sida. Cabe preguntarse en consecuencia, ¿por qué ataca más a las mujeres ahora?

La globalización del VIH es una crisis urgente de salud y una crisis humanitaria creciente, especialmente en las regiones de alta prevalencia en África al sur del Sáhara, donde continúa ocurriendo la mayoría de las nuevas infecciones. Es de crítica importancia alcanzar

un consenso sobre un enfoque racional de salud pública relativa a la prevención del VIH transmitido sexualmente.

4.2.1.- Feminización del sida

Numerosos trabajos señalan que se ha producido un aumento de infecciones de sida en las mujeres. Vamos a analizar cuales pueden ser sus causas. La proporción global de mujeres VIH-positivas ha aumentado progresivamente y este proceso es más visible en países en donde el virus se propaga mayoritariamente por vía sexual, como es la situación en el Caribe y América central.

En 1997, las mujeres constituían el 41% de las personas VIH positivas, en 2002 esa cifra había llegado casi al 50%. En el Caribe, aproximadamente 3.000 niños nacen al año de madres seropositivas. A medida que crece el número de mujeres infectadas por VIH, también aumenta el número de niños infectados por VIH (Bilali 2000).

¿Por qué ataca más a las mujeres ahora? La globalización del VIH es una crisis urgente de salud y una crisis humanitaria creciente, especialmente en las regiones de alta prevalencia en África al sur del Sáhara, donde continúan ocurriendo la mayoría de las nuevas infecciones. Es de crítica importancia alcanzar un consenso sobre un enfoque racional de salud pública relativa a la prevención del VIH transmitido sexualmente.

El comportamiento sexual está influido por muchos factores que no siempre se encuentran bajo el control de la persona, incluso las normas de género y las condiciones socioeconómicas. No obstante, la comunidad de salud pública tiene la obligación de ofrecer a la población la información más correcta disponible sobre como evitar el VIH, y promover cambios en las normas sociales que reduzcan la propagación del virus.

Aunque la prevención debe incluir múltiples elementos integrados, entre ellos los vinculados al mayor acceso al tratamiento, los cambios o el mantenimiento de comportamientos orientados a evitar o reducir el riesgo, deben seguir siendo la piedra angular de la prevención del VIH.

Las mujeres, en todo el mundo, están siendo infectadas cada vez más por el VIH. En los años 80, las mujeres eran sólo un pequeño grupo afectado por esta epidemia, pero ahora son la mayor preocupación. En el año 2000, más de 14 millones de mujeres fueron infectadas y cuatro millones murieron. En el mundo, la forma principal en que el VIH se transmite a las mujeres es mediante el contacto sexual con hombres (coito heterosexual).

El Programa Conjunto del VIH/Sida de las Naciones Unidas (UNAIDS) explica que el VIH/Sida se está propagando a las mujeres debido a la subordinación sexual (en muchos países, los hombres controlan las relaciones entre hombres y mujeres), la subordinación económica (en muchos países las mujeres todavía soportan la discriminación en la educación, el empleo y el status social), la vulnerabilidad biológica al VIH (las mujeres tienen mayores probabilidades de contraer enfermedades de transmisión sexual o de contagiárselas a sus futuros bebés).

Las mujeres en algunos países, no suelen tener la posibilidad de hablar con sus parejas sexuales acerca de la abstinencia, la fidelidad, y el uso de preservativos. Se las suele estigmatizar y culpar de causar el sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Pueden hasta sufrir violencia física y emocional. Estas actitudes evitan que haya un enfoque en la responsabilidad igualitaria con los hombres a la hora de prevenir el sida, impiden que los programas desarrollen servicios que satisfagan las necesidades de las mujeres y solamente apoyan la investigación o los programas orientados a proteger a los hombres, en lugar de ayudar a las mujeres a que se protejan a sí mismas.

A continuación exponemos una breve revisión de la situación epidemiológica del sida en África, con datos procedentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El sur del Sahara, en África, es la región del mundo que ha sido más afectada por el VIH. La forma principal de su transmisión aquí son las relaciones heterosexuales. Las mujeres representan el 60% de todas las infecciones del VIH. Crece la evidencia que indica que una cantidad importante de mujeres que han contraído la enfermedad han sido infectadas por sus maridos o parejas íntimas. Más de once millones de niños menores de quince años de edad que viven en esta zona han perdido a uno o a ambos padres debido al sida.

Dicho esto veamos la situación de las mujeres en África, intentando progresar cambiando las costumbres en medio de una cultura milenaria elaborada por la dominación masculina. Las mujeres en África, según las estadísticas, son el factor más afectado de sida actualmente.

En 1884, la Conferencia de Berlín dividió África en 48 nuevos estados de acuerdo a los nuevos criterios europeos dominantes. Para crear estas nuevas formas de poder político, no se respetaron las culturas indígenas ni las realidades geopolíticas. Por el contrario, a través de la fuerza, pueblos enteros fueron divididos y otros, heterogéneos entre sí y muchas veces enfrentados, fueron incluidos en un mismo Estado-Nación, con el fin de cumplir con las necesidades del nuevo tiempo histórico europeo. A lo mencionado, se agrega posteriormente el «caos y desolación» que ha venido experimentando el África subsahariana a partir de la descolonización iniciada después de la Segunda Guerra Mundial, sin duda producto de aquella repartición irresponsable, pero también de una irresponsabilidad aún mayor: pretender que sociedades de pastores y cazadores puedan adecuarse a las necesidades dictadas por las culturas europeas, insertándose en la última globalización, esa que ya no necesita de

colonias sino que alienta instituciones que favorezcan el desarrollo del cada vez más avasallante capitalismo.

En todas las sociedades humanas, y especialmente en África subsahariana, las mujeres tienen un poder formidable: son las depositarias de los valores fundamentales de la sociedad, las guardianas del saber íntimo de los hombres. Generación tras generación transportan la identidad de un pueblo. Son las mujeres las que conservan la memoria colectiva no ritualizada y, por lo tanto, la más profunda. Ellas transmiten la vida, y conservan los bienes simbólicos.

Jean Ziegler describe algunos elementos que dan cuenta de la situación de la mujer en Burkina, que pueden ser considerados el paradigma de la gran mayoría de las comunidades tradicionales africanas. «En casi todos los pueblos de Burkina, la mujer se encarga sola de la educación, la alimentación y la subsistencia del niño hasta los siete años de edad. Con sus propios hijos menores y los que el linaje les confía, las mujeres forman una comunidad cerrada. Gozan de una única protección, muy relativa: los embarazos se ven espaciados por el hecho de que cualquier relación sexual les está prohibida durante dos años, es decir mientras el bebé mama.»

Más del 80% de los habitantes de Burkina viven en el campo, y en el medio rural los matrimonios se arreglan desde siempre. Desde su más tierna edad, las niñas son objeto de ásperas y complejas negociaciones entre los jefes de linaje y de familia. Por medio de la mujer se contraen complicadas alianzas, en una situación invisible de no decir.

El matrimonio saheliano nada tiene que ver con la institución del mismo nombre en la civilización judeocristiana. El matrimonio africano se centra, casi exclusivamente, en la reproducción de los hijos.

Sahel o mejor Sáhel (palabra árabe que significa borde) es el área geográfica y climática del continente africano que limita al norte con

el Desierto del Sahara, al sur con las sabanas y selvas del golfo de Guinea y de África Central, al oeste con el Océano Atlántico y al este con el Nilo Blanco. Tiene una extensión aproximada de 4 millones de km² e incluye: sur de Mauritania, Senegal, Malí, norte de Guinea y Burkina Faso, Níger, norte de Nigeria y Camerún, así como Chad y Sudán. Son actualmente las zonas mas afectadas por el sida.

Las nociones de adulterio, la fidelidad de los cuerpos. etc., son extrañas a los hombres y mujeres de las grandes civilizaciones sahelianas. La reproducción de la familia, la fertilidad, la permanencia de la vida en la tierra son sus nociones fundamentales. Prácticamente en todas las grandes civilizaciones sahelianas, la libertad sexual de la mujer no es problema alguno. El adulterio es un concepto desconocido. Lo único que cuenta es tener hijos. No se piensa si luego podrán alimentarlos.

Otra cuestión a tener en cuenta es la ablación a la que son sometidas las mujeres. La misma está vinculada a la iniciación de las muchachas y los jóvenes. La ablación en todas sus formas es una mutilación intolerable. Pretende esclavizar a la mujer al dominio masculino y reducir su capacidad de experimentar placer sexual. Expone a traumas psíquicos y a infecciones mortales.

El profesor Nathan Clumeck, de la Universidad Libre de Bruselas, en una reciente entrevista para *Le Monde*, señala que «el sexo, el amor y la enfermedad no significan lo mismo para los africanos que para los occidentales, porque el concepto de culpa no se entiende de la misma forma que en las culturas de origen judeocristiano». Clumeck agrega que «de hecho, hay muy pocas evidencias que puedan probar la imagen que tenemos los occidentales de la promiscuidad sexual en África. La amplia incidencia de los códigos morales en las mujeres, que son una frontera o un límite para el desarrollo de la mujer –considera su sexualidad como un don para la procreación–, hace que las sociedades africanas parezcan verdaderamente castas frente a las occidentales. Los somalíes,

afaros, oromos y amharas del nordeste de África creen que el mostrar en público los deseos sexuales disminuye dicho «don» en las mujeres; así, pues, los contactos sexuales están restringidos a bailes o tocamientos ceremoniales. En estas culturas se tienen las primeras relaciones sexuales cuando se proponen iniciar una familia. La noción del noviazgo, casi universal en Occidente, no tiene paralelo en la mayoría de las culturas tradicionales africanas.»

Si en Occidente, en un comienzo, se consideró que el sida atacaba primordialmente a los varones homosexuales, ya hace tiempo que la pandemia -especialmente en África- afecta principalmente a las mujeres. En el periodo 1999-2001, el porcentaje de mujeres creció del 41 al 47% entre el total de infectados: a este fenómeno se le ha denominado «feminización del sida» y se debe, al menos en parte, al hecho de que muchas mujeres no pueden controlar cuándo y con quién tienen contacto sexual y que, en muchos lugares del mundo, no se les permite ni se les alienta, a entender su propio cuerpo, lo que las vuelve más vulnerables.

Por otra parte, la reiterada incidencia de relaciones no consensuadas, la incapacidad de las mujeres para negociar prácticas sexuales seguras y, en muchos casos, el miedo al abandono o expulsión del hogar o comunidad, plantean retos externos para las mujeres. Por ejemplo, en Sudáfrica, las encuestas entre jóvenes indican que el 33% de las mujeres jóvenes teme negarse a mantener relaciones sexuales y el 55% las realiza, aunque no lo desee, por insistencia de su pareja. La creencia de que las mujeres sólo centran su sexualidad en la reproducción, y que los hombres deben contar con amplia experiencia sexual, es otro elemento que impacta en la difusión del VIH/sida. El aumento considerable de los casos de sida también tiene relación con los numerosos casos de abusos sexuales y violaciones a los que son sometidas las mujeres. Por ejemplo, el alto índice de abusos sexuales y casos de violencia que sufren las jóvenes y mujeres en Zambia conlleva también un precio mortal. Un nuevo

estudio revela que los abusos hacen incrementar además la epidemia de VIH y produce un predominio mucho más elevado entre las chicas que entre los chicos. El predominio de VIH es cinco veces mayor entre las chicas jóvenes que entre los chicos de su misma edad.

En otro informe, se agrega que en muchos casos, las infectadas son niñas y adultas víctimas de violaciones, a manos de desconocidos, de soldados saqueadores, o de sus propios esposos (entre el 16 y el 52% de las mujeres de este mundo han sufrido abusos físicos por parte de su pareja al menos una vez en la vida, en muchos casos, el abuso consiste en una violación sexual). La violencia de género, y el temor a la misma, provocan a menudo la sumisión de las mujeres y, con ella, aumenta la posibilidad de que sean infectadas. La prostitución, el tráfico sexual y el turismo sexual, formas de explotación arraigadas en el planeta, también son un factor que favorece la «feminización de la enfermedad». Además, la violencia sexual contra estas chicas se ve aún más aumentada debido a la creencia popular, que existe entre los hombres mayores, de que el sexo con las vírgenes curará el sida.

Los viajes comprenden diversas maneras de relocalización geográfica o no lugar de las personas tales como: la emigración de los trabajadores y refugiados de un mismo país (zona rural a zona urbana) o entre países. También incluye el turismo, viajes de aventura y de negocios. Estos viajes globales se han facilitado por los rápidos traslados en aviones comerciales que permiten que una persona infectada en una región, donde la enfermedad es prevalente, sea transportada en uno o dos días a otro lugar donde dicha enfermedad no existe, antes de que evidencie sintomatología.

Conviene recordar que hoy por hoy nadie se ha curado de sida, lo que se ha conseguido es cronificarlo, con lo que los focos de infección aumentan.

La mujer en África subsahariana se encuentra en una situación vulnerable, débilmente protegida y desprovista del derecho humano

de protegerse frente al sida. Es necesario que estas culturas ancestrales evolucionen de modo científico y racional para frenar la extensión de la enfermedad.

4.2.2.- Objetivos del Milenio

El avance del sida descuelga a la región subsahariana de los Objetivos del Milenio. El sida se ha hecho fuerte en África. La epidemia, que afecta a 25 millones de africanos, frena todos los intentos de desarrollo. Su última víctima son los Objetivos del Milenio de la ONU, un programa para reducir la mortalidad, la pobreza y el analfabetismo en el mundo que ha encontrado en el sida de África un muro infranqueable. La enfermedad ha acortado la esperanza de vida del continente hasta los 46 años y actúa como detonante de otras enfermedades, como la malaria o la tuberculosis; saca a los niños de la escuela y obliga a las niñas a prostituirse. Suráfrica, el más rico de la zona, es también el que más infectados tiene (5 millones), con unas autoridades que no afrontan con decisión la epidemia.

En el África subsahariana, los Objetivos del Milenio ya son sólo un sueño sin apenas conexión con la realidad. El avance del sida -hay casi 26 millones de seropositivos, el 60% del total mundial- ha dejado el programa de Naciones Unidas para elevar las condiciones de vida en 2015 sin apenas esperanza en la zona, la única que se aleja de los objetivos en lugar de acercarse a ellos. Las pocas dudas que quedaban las ha disipado un informe del Banco Mundial presentado en Ciudad del Cabo: la esperanza de vida en el África subsahariana fue en 2005 de 45,9 años, cuando a principios de los noventa llegó a 50.

En Europa se vive de media hasta los 73 años; en Norteamérica, hasta los 77; en Latinoamérica, hasta los 71. Y en todas partes la esperanza de vida mejora año tras año. En el África subsahariana, el

sida, la tuberculosis, la malaria, unos sistemas de salud endeble, la pobreza y la malnutrición han frenado la mejoría, que había elevado la esperanza de vida de los 42 años de los años sesenta a los 49 tres décadas después.

«El sida ha desbordado en África a unos sistemas de salud que ya estaban muy mal preparados, muy deficitarios», explica Rafael Vilasanjuán, director general de Médicos Sin Fronteras en España, que se muestra crítico con la respuesta internacional a la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia del VIH. Y añade: «Todavía no hay una gran coalición para afrontar uno de los grandes retos globales, la respuesta internacional no es coordinada.»

Siendo una enfermedad que debilita el sistema inmunológico, el VIH abre la puerta a que enfermedades como la tuberculosis o la malaria se hayan multiplicado. La tuberculosis que afecta a un seropositivo puede no ser la clásica pulmonar, lo que dificulta su diagnóstico y, por tanto, su tratamiento. La tuberculosis es un drama mundial al que, como la malaria, hay que responder mediante innovación, buscando cambios de medicación y protocolos más simplificado«, dice Vilasanjuán.

El sida también supone una condena presupuestaria para los países que proveen de antirretrovirales a la población: «Es una enfermedad crónica y los medicamentos son para toda la vida y habrá que cambiarlos, porque el virus genera resistencias». Dos millones y medio de subsaharianos sucumbieron a la enfermedad en 2005.

«Tenemos que hacer mucho más», dice Sarah Crowe, portavoz de Unicef. «No podemos dejar que estos países no se pongan en pie». Crowe recalca que uno de los dramas del sida, que se ha cebado en el continente subsahariano (sumado a una severa sequía en el cuerno de África), es su impacto en los niños y en el número de huérfanos.

El drama es especialmente duro para las niñas, que se ven obligadas a acostarse por dinero o regalos con hombres mayores, con lo que el riesgo de ser infectadas a su vez se multiplica. «Diversos

países han aprobado legislaciones para mantener en las escuelas a los huérfanos el mayor tiempo posible: no hay una vacuna contra el sida, pero por lo menos podemos tener una vacuna social.»

Unicef está realizando una campaña para la distribución de telas mosquiteras para la prevención de malaria a mujeres embarazadas y familias: «Ahora duran más de cinco años, son más resistentes y demuestran ser efectivas, pero necesitamos más, millones», subraya Crowe, quien explica que determinados países, especialmente aquellos en los que conflictos bélicos forzaron a las poblaciones a hacinarse en las periferias de las ciudades como Angola o el Congo, están viviendo episodios de cólera que no se habían visto desde los sesenta.

El África subsahariana consiguió disminuir la mortalidad infantil progresivamente, de acuerdo con el Banco Mundial, entre las décadas de los setenta y ochenta, coincidiendo con intervenciones como terapias de rehidratación oral y vacunación, pero los expertos juzgan que la inversión de la tendencia en los noventa hace ahora difícil cumplir los Objetivos del Milenio: reducir la extrema pobreza, la mortalidad de los menores de cinco años, el control del sida y la malaria.

Los países subsaharianos llevan el peso del 25% de las enfermedades mundiales. Y lo que es peor, lo hacen con sólo el 1,3% de los trabajadores sanitarios del mundo. Las cifras macroeconómicas, eso sí, han mejorado: un informe reciente de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) fija el crecimiento del subcontinente en el 5%. Pero incluso el buen dato es insuficiente, ya que los expertos de Naciones Unidas calculan que cumplir con los objetivos sólo sería posible a un ritmo anual del 7%. Eric Buch, consejero de Salud de la Nueva Asociación para el Desarrollo en África (NEPAD, en inglés), es tajante: «La salud, la pobreza y el deficiente desarrollo humano y económico están ligados

en un círculo vicioso que no se romperá con pequeñas campañas de ayuda».

Los roles sexuales de género siguen limitando en gran medida la capacidad de las mujeres a la hora de prevenir conductas de riesgo. Las expectativas sociales derivadas de una concepción tradicional de las relaciones afectivo-sexuales hacen que muchas mujeres accedan a deseos del varón en sus encuentros sexuales, incluso cuando ello implique adoptar prácticas poco seguras que ponen en riesgo su salud (Kamb, 2000).

El precio que se está cobrando el VIH-sida en muchos hogares es muy alto: pérdida de ingresos, gastos adicionales en relación con la asistencia o desestructuración (UNAIDS, 2002). Las mujeres son las cuidadoras de la familia y hacen frente a la infección y la enfermedad del marido y los hijos, si llega el caso, además de a su propia infección ó enfermedad (Adbool Karim, 2000). Según ONUSIDA existen 14 millones de niños con sida en el mundo, la mayoría de ellos huérfanos, lo que supone una pérdida del sector potencialmente activo de la población en los países afectados (UNAIDS 2002).

La expansión de la epidemia ha producido un giro hacia la transmisión heterosexual y las tasas de infección en las mujeres. (García Sánchez, 2003). Ciertos factores biológicos que aumentan la transmisión están bien documentados. Por ejemplo la presencia de otras infecciones de transmisión sexual aumenta la transmisión del VIH, las diferencias anatómicas e histológicas de la mujer la hacen mas susceptibles a la infección y riesgo de transmisión varía según el estadio de la enfermedad (Shah, 2000).

Según algunos estudios, hay un mayor riesgo de contagio del VIH de varón a mujer, posiblemente porque el semen depositado en la vagina permanece más tiempo en contacto con la secreción vaginal, por la mayor superficie de la mucosa vaginal y por la mayor concentración de partículas virales en el semen comparado con el fluido vaginal (Nicolosi, 1994).

El riesgo de transmisión varía con el estadio de la enfermedad y los valores plasmáticos de ARN. Hay datos que sugieren una posible diferencia cinco veces mayor de transmisión varón-mujer que en sentido contrario en la fase asintomática de la enfermedad. Sin embargo no se aprecian diferencias en la capacidad de transmisión entre hombres y mujeres en la fase sintomática de la enfermedad. (Coombs, 2003).

Hay otros factores que podrían aumentar la transmisión, aunque de momento no han sido totalmente investigados o no se han encontrado resultados concluyentes, como el uso de anticonceptivos hormonales, la ectopia cervical, el inicio de la menopausia, la mutilación genital o las practicas del sexo seco (Kamb, 2000).

Si bien hasta hace pocos años, los roles sexuales tradicionales censuraban una sexualidad femenina que fuera más allá de la función reproductiva, hoy en día las transformaciones sociales y la generalización de los métodos anticonceptivos permiten a las mujeres diferenciar la reproducción y la sexualidad (García Sánchez, 2000).

Y las avances en la igualdad de género en las relaciones de pareja han traído grandes cambios en los hábitos sexuales y reproductivos de la población (Parlamento Europeo, 2002). En los últimos años han disminuido las tasas de matrimonio y fecundidad, han aumentado las tasas de divorcios, las interrupciones voluntarias de embarazo (García Sánchez, 2000). Por otra parte, los hombres españoles tienen una media de 7,6 parejas durante su vida, frente a las 3,3 parejas registran las mujeres (Durex, 2000)

El condón es el método anticonceptivo más usado por los españoles entre 16 y 55 años de edad (56%) (Nicolosi, 1994). Su uso está más relacionado con la evitación del embarazo que con la prevención de infecciones. A pesar de sus muchas ventajas (ausencia de sofisticación, bajo precio, facilidad de distribución) tiene una notable limitación, al estar su uso influido por cuestiones morales y culturales que dan el control al hombre (Shah, 2000). Asimismo, cuando una

relación se estabiliza, las parejas tienden a dejar de utilizar el preservativo, al interpretar su uso como un elemento de desconfianza en la relación (Bimbela, 2002). En la reciente película titulada *Los Testigos* hay un momento en que el marido, que es policía y que ha tenido una relación con un homosexual con sida, decide usar un condón con su mujer, lo que ocasiona una situación tensa llena de desconfianza.

En Madrid tan sólo el 45% de las parejas heterosexuales que habían acudido al centro sanitario específico para enfermedades de transmisión sexual usaban el preservativo con una pareja ocasional y el 36% con su pareja estable (Del Romero, 2001).

Debido a las desigualdades en el mercado laboral, una vía alternativa para muchas mujeres es la prostitución o el trabajo sexual. El hecho de intercambiar sexo por dinero, favores, seguridad o para pagar droga y deudas contraídas con las redes organizadas de tráfico de mujeres y de inmigración ilegal pone a las mujeres en un riesgo especial de adquirir la infección por el VIH (Shevitz, 1996). En España un estudio constata que las mujeres jóvenes acuden menos a las pruebas de VIH que los hombres, quizás por dificultades de acceso o por no plantearse la posibilidad de estar en riesgo (Bland Mur, 1998).

La atención a la mujer embarazada con VIH positivo tiene dos objetivos: tratar a la mujer independiente de su embarazo, y evitar la transmisión vertical. Está bien documentado que la infección no afecta a la fertilidad, el embarazo no acelera la enfermedad y la posibilidad de transmisión vertical se reduce hasta un 2% con medidas preventivas (supresión de la lactancia materna, nacimiento por cesárea, tratamiento con HAART, etc.), según señala Thomas Mulet (2002).

En relación con el enfoque de género, las actuales medidas para la prevención de VIH/Sida incorporan distintas combinaciones de cambio de conducta, diagnóstico precoz, promoción de métodos de

barrera y tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual. Se sigue haciendo hincapié en adquirir información sobre la infección y la enfermedad y en la promoción del preservativo masculino, e indirectamente en la monogamia (OMS, 2002).

4.2.3.- Expertos alertan sobre el incremento del sida en mujeres

Mientras que en algunas zonas de África ya es considerable la proporción de mujeres infectadas (el 76% de los jóvenes que han dado positivo son mujeres o niñas), en España todavía es una enfermedad masculina «porque en los años ochenta y noventa se daba en los usuarios de drogas inyectadas por compartir jeringuillas», según Lourdes Chamorro, secretaria del Plan Nacional sobre Sida. En la actualidad, la vía predominante de transmisión de la enfermedad es la heterosexual (más de la mitad de los casos) y la proporción de mujeres infectadas, por ahora inferior al 20%, «aumentará en el futuro cercano y es un buen momento para identificarlas como población vulnerable», añade Chamorro.

«Sorprendentemente, los nuevos infectados no son jóvenes de 18 años con conductas de riesgo, sino personas de edad elevada que han abandonado el sexo seguro», afirmó Daniel Zulaika, presidente de Seisida. La edad media es de 39 años en hombres y de 37 en mujeres. La aparición de tratamientos antirretrovirales y las campañas que aseguraban que «del sida no se muere nadie» han cambiado los hábitos de quienes en los ochenta y noventa vieron morir a gente. Además, el creciente uso de la píldora del día siguiente provoca el abandono del condón, algo que «soluciona el embarazo pero no evita la transmisión de la enfermedad», según Zulaika.

4.2.4.- Problemas actuales del sida en España

Uno de los problemas en España es el infradiagnóstico tardío: 30.000 personas viven con el virus de la inmunodeficiencia (VIH) sin saberlo porque nunca han percibido el riesgo, no se les ha ofrecido la prueba del VIH o no la han solicitado, dijo Chamorro. «Este año se esperan unos seis casos de transmisión materno-infantil, en embarazos no seguidos en el sistema nacional de salud», añadió. «En Cataluña, donde se da la mayor cobertura de pruebas del VIH, menos del 10% de las embarazadas llegan a la sala de partos sin que las haya visto algún profesional sanitario», explicó Antoni Plasencia, director de Salud Pública de la Generalitat.

Deborah Landey, directora ejecutiva de ONUSIDA, alabó el papel de la ministra de Sanidad, Elena Salgado, y alentó al Gobierno español a que apoye la universalización de los tratamientos en la asamblea general de la ONU del mes de mayo.

«Los nuevos casos diagnosticados de sida bajaron un 11,5% en España en 2005», «España sigue siendo uno de los países de mayor incidencia de sida en Europa occidental».

Según la ministra Elena Salgado, el año pasado se diagnosticaron en España un total de 1.873 nuevos casos de sida, lo que representa un descenso del 11,5% respecto a 2004, según los datos del último balance anual sobre la situación de la epidemia en España. A pesar de esta bajada, España sigue siendo el país de toda Europa donde más personas se contagian al año. Sanidad recuerda además otro dato: el 55% de las personas que contrajeron la infección por vía sexual desconocían que estaban infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el momento de ser diagnosticados de sida.

De los 1.873 nuevos casos, se estima que el 46% contrajo la enfermedad por vía sexual (de ellos, el 30,6% en relaciones heterosexuales y el 15,4%, homosexual), por lo que Sanidad insiste

en un comunicado en la importancia de utilizar el preservativo como medida más eficaz de prevención. En comparación con 2004, disminuyen los diagnósticos de sida, tanto los asociados al uso compartido de jeringuillas entre usuarios de drogas como los de transmisión sexual.

El 76,8% de los nuevos casos de sida en 2005 se dieron en hombres y la edad media al diagnóstico se mantiene en torno a los 40 años. Sanidad señala que «sigue aumentando» la proporción de diagnósticos entre población extranjera: en 2005 supusieron el 16,5% del total, de los cuales el 77,3% proceden de países en desarrollo de África y Latinoamérica. Entre 2004 y 2005, los casos diagnosticados de sida descendieron en las principales categorías de transmisión. Los casos diagnosticados en usuarios o ex-usuarios de drogas por vía parenteral, el grupo más numeroso, descendieron un 9%, manteniéndose la tendencia iniciada años atrás.

Los casos contraídos por vía heterosexual descendieron un 7,6% y los debidos a relaciones homosexuales entre hombres un 14,5%. Desde el inicio de la epidemia en 1981 hasta diciembre de 2005, se han notificado 72.099 casos de sida en España. A partir de la extensión de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia a finales de 1996, la incidencia de sida ha disminuido en España un 72%, con un importante descenso en el periodo 1997-1999 y otro más moderado a partir de esa fecha. Sin embargo, España sigue siendo uno de los países de mayor incidencia de sida en Europa occidental, por lo que «es imprescindible no bajar la guardia».

El sida es una consecuencia tardía de la infección por el VIH. Desde que una persona se infecta por el VIH hasta que desarrolla el sida suelen transcurrir varios años, generalmente sin manifestaciones o signos que hagan sospechar la infección. Ante estos datos, Sanidad recuerda que, a falta de vacuna preventiva y de tratamiento curativo, el uso del preservativo sigue siendo la principal estrategia para evitar la transmisión sexual del sida. Además, el departamento de Elena

Salgado insiste en que acceder a la prueba del VIH lo antes posible para facilitar el diagnóstico precoz de la infección es la condición esencial para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de las personas infectadas por VIH, a la vez que para evitar la transmisión a otras personas.

Por este motivo, recomienda la prueba del VIH a todas las mujeres embarazadas o que deseen estarlo, y a aquellas personas que hayan tenido relaciones sexuales sin preservativo con parejas ocasionales o nuevas, múltiples, que desconocen si están infectadas o no por el VIH, personas que mantienen prácticas sexuales o de inyección de riesgo y personas con la infección por VIH o con sida. Sanidad recuerda que la prueba del VIH es, en cualquier caso, voluntaria, confidencial y, en los centros sanitarios de la red pública, gratuita. Además, puede realizarse de forma anónima en numerosos centros

4.2.5.- El sida en los países islámicos

El sida no diferencia religiones o ciudadanías. Sin embargo, los dirigentes de los países musulmanes niegan que la pandemia sea una amenaza para ellos. Mientras miraban para otro lado, el VIH penetraba sigilosamente en las poblaciones más vulnerables de las regiones más inestables del mundo. Ahora deben reconocerlo, pues se arriesgan a perder a su comunidad de creyentes.

Eberstadt (2002) refiere: «Era una fría noche de diciembre en la ciudad de Kerman, en el sur de Irán. Las estrellas brillaban mientras un hombre acababa con la vida de su hijo. Blandiendo un hacha, el enfurecido padre hacía pedazos al joven por haber traído la vergüenza a la familia. ¿Cuál había sido su delito? Contraer el VIH, el virus causante del sida. En un país donde hay zonas en las que casi un 60% de los seropositivos se quitan la vida en el primer año tras el diagnóstico, ese muchacho de 23 años tenía pocas posibilidades de

ser aceptado, ni tan siquiera por sus seres queridos. Esta trágica historia sólo es una más de las muchas que se cuentan a medida que esa temible enfermedad se extiende por los inmensos dominios del Islam, desde Marruecos hasta Filipinas. En un futuro inmediato, la pandemia se cobrará un gran número de vidas en diversas poblaciones vulnerables con unos sistemas de gobierno inestables; lugares que difícilmente podrán enfrentarse a las fuertes tensiones sociales y cargas económicas que puede provocar el sida».

Oficialmente, el Programa de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) calcula que ya hay casi un millón de personas con el virus en África del Norte, Oriente Medio y el Asia predominantemente musulmana. A finales de 2003, el número de infectados alcanzaba las 420.000 personas en Mali, 180.000 en Indonesia, 150.000 en Pakistán y 61.000 en Irán. Sin embargo, estas cifras están claramente subestimadas, ya que proceden del seguimiento de enfermos, por lo que la falta de información puede confundirse con ausencia de infección. El organismo no tiene cifras de seropositivos para Afganistán, Turquía y Somalia, todos ellos con amplias poblaciones de riesgo. Y, lo que es aún peor, realiza las evaluaciones a través de consultas a los gobiernos locales, y con este método los políticos que no desean destinar recursos a los programas de lucha contra el sida (ni disuadir a los inversores extranjeros) minimizan su alcance o incluso se niegan a admitir su presencia. Aunque la plaga parece estar menos extendida entre los musulmanes en comparación con la tragedia del sur de África, las cifras de prevalencia se oponen llamativamente a los números oficiales que sugieren que la enfermedad no existe.

El mundo musulmán puede sacar instructivas lecciones de la diferencia entre las respuestas de Tailandia y Sudáfrica. A principios de los noventa, ambas tenían unos índices oficiales de prevalencia de entre el 2% y el 3%. Bangkok puso en marcha una agresiva campaña contra el VIH que llegó a todos los sectores de la sociedad, desde las

escuelas hasta los burdeles, y los principales dirigentes políticos incluyeron mensajes sobre la prevención en casi todas sus intervenciones públicas. Como resultado, la incidencia del sida se mantuvo baja durante los 90. En comparación, el país africano apenas hizo nada hasta el comienzo del milenio, y ahora tiene ante sí la pesadilla de controlar una epidemia que infecta a casi la cuarta parte de su población adulta. El mundo musulmán debe decidir cuál de los dos caminos va a seguir.

Los primeros casos de VIH fueron registrados oficialmente en Bahrein, Qatar o Irán, entre otros estados musulmanes, a mediados de los ochenta. A pesar de haber identificado la enfermedad desde muy pronto, son numerosos los países que aún no han puesto en marcha tratamientos o programas de educación en salud pública para prevenir su difusión. Una de las principales razones para ello es la de suponer que las relaciones sexuales prematrimoniales, el adulterio, la prostitución, la homosexualidad o el consumo de drogas intravenosas no existen en el mundo islámico o que son tan infrecuentes que el riesgo social es escaso.

El Consejo de los Ulemas de Indonesia, por ejemplo, pidió en 1995 que sólo se vendieran preservativos a parejas casadas y con prescripción médica. Se consideraba que la firmeza en la fe evitaría la práctica del sexo fuera del matrimonio. Y la comunidad internacional de profesionales de la salud pública no sólo parece haber aceptado las presunciones que subyacen en este tipo de argumentos, sino que en algunas ocasiones, las ha asumido. En febrero de 2005, un funcionario del Programa Nacional para el Control del Sida de Pakistán afirmó que los índices de infección eran en ese país menores que en otros gracias, en gran medida, a los «mejores valores sociales e islámicos».

Desafortunadamente, la cultura y creencias musulmanas no bastan para inmunizar a las poblaciones contra la expansión del sida, como demuestra la trayectoria del virus en las regiones

predominantemente musulmanas del África subsahariana. En Nigeria, entre el 6% y el 10% de los adultos son seropositivos, y en Etiopía, entre el 10% y el 18%. Ambos son países en los que más de la mitad de la población practica alguna forma de Islam.

Aunque la epidemia en el África musulmana debería haber hecho saltar la alarma en otras comunidades de esa religión, pocas son las autoridades al norte del Sahara que parecen haberla oído. A pesar de la diversidad en el seno del mundo islámico, que cuenta con más de mil millones de habitantes -desde Albania y Turquía en Europa hasta Malasia e Indonesia en el sureste asiático, pasando por el norte de África y el golfo Pérsico-, hay ciertos rasgos comunes que han congelado los intentos de luchar contra la enfermedad en las áreas musulmanas. Uno es que, hasta la fecha, muchas de esas naciones no han establecido la separación entre Estado y religión, y, para ellos, el Corán es también fuente de derecho, guía sobre el arte de gobernar y árbitro del comportamiento social. Puede que esa confianza en el libro sagrado ayude a sus dirigentes a pensar en un ideal de sociedad humana (en el que los índices de consumo de drogas, prostitución y otras prácticas de riesgo sean bajos), pero también suele impedirles proporcionar la asistencia necesaria para hacer frente a los problemas reales.

Otro factor común que contribuye a la lentitud con la que se responde al VIH/Sida es la relativa ausencia de sistemas democráticos con arraigo o funcionales en muchos de esos países, cuyos ciudadanos no esperan que sus gobiernos les suministren servicios sociales para mitigar el impacto de la epidemia. Ambas tendencias han supuesto un elevado coste en tiempo en esta lucha.

Aunque la mayoría de los dirigentes musulmanes ha hecho poco para controlar el sida, aparte de deportar a los extranjeros que consideran culpables del contagio, un puñado ha reconocido la existencia de la epidemia en sus países y trabaja activamente en la búsqueda de vías para controlar su extensión. Uno de los gobiernos

que parece estar respondiendo a este problema cada vez más grave es, sorprendentemente, un miembro del *eje del mal*: Irán. Aunque el estigma social asociado a la enfermedad sigue siendo muy riguroso (hasta 2001 un trabajador podía ser despedido por ser seropositivo y todavía en 2002 los médicos y hospitales podían negarse a tratar a este tipo de pacientes), las recientes acciones del Gobierno dibujan un escenario más prometedor.

Mohamed Jatamí, hasta hace poco presidente, y su equipo se mostraron muy abiertos sobre la extensión de la enfermedad y la urgente necesidad de controlarla. Hoy es habitual la información sobre el VIH entre los contenidos educativos sobre la salud de muchas de sus escuelas públicas y también se dan charlas sobre prevención a las parejas que van a casarse. Aunque pueda resultar sorprendente, dada la fama de estricto y conservador del régimen iraní, en las zonas de Teherán en las que es mayor el consumo de drogas se han puesto en marcha programas de intercambio de jeringuillas, las cuales se venden ya en muchas farmacias de todo el país. Esperemos que el nuevo Gobierno mantenga este trabajo.

Aun así, la difusión de la enfermedad entre las prostitutas y sus clientes sigue siendo un reto para Irán, cuyos funcionarios públicos ni siquiera conocen con certeza el número de trabajadoras del sexo que hay. Las distintas proyecciones oscilan entre 30.000 y 300.000. El establecimiento de programas de asistencia social y la divulgación de comportamientos alternativos y más seguros entre las mujeres y niñas pobres o en situaciones difíciles podrían reducir el número de prostitutas y los niveles de transmisión en el seno de este colectivo. Asimismo, contribuirían a evitar la difusión del sida en el conjunto de la sociedad.

Hay otro país musulmán que ha experimentado notables avances en la educación sobre el VIH, en los esfuerzos de prevención en las redes gays y bisexuales y en los circuitos comerciales del sexo. En Bangladesh, recientes estudios han mostrado lo escasos que son los

conocimientos sobre el virus y su transmisión entre los trabajadores de ese sector, tanto hombres como mujeres, por lo que se están esforzando en incrementar el uso del preservativo. Desde 1997, la Sociedad Bandhu para el Bienestar Social ha ofrecido actividades para la promoción de comportamientos más seguros a 76.000 hombres, tanto homosexuales como bisexuales. Hay funcionarios que esperan convertir en programa nacional esta ONG, que ofrece educación y prevención del sida y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en seis ciudades.

Bangladesh también ha probado, con éxito, programas de concienciación en el centro social y religioso de las comunidades: la mezquita. Puesto que los imanes desempeñan un importante papel en la formación de los valores, parece algo natural prepararles para que eduquen a la población en el peligro que supone el VIH. Con ayuda de entidades nacionales como la Fundación Islámica, la Misión Médica Islámica y el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD), se está formando a miles de líderes religiosos (entre ellos, algunas mujeres) para difundir mensajes educativos y de prevención.

Lamentablemente, los esfuerzos realizados por Irán y Bangladesh van muy por delante de los de otros Estados musulmanes. Apenas hay datos de seguimiento del sida en países con significativas poblaciones de alto riesgo -por ejemplo, los consumidores de drogas intravenosas-, como es el caso de Afganistán o Irak. Arabia Saudí y otras naciones del golfo Pérsico sólo recientemente han empezado a reconocer la existencia de un foco de infección local, pequeño pero persistente, tras décadas de culpar a los extranjeros de la enfermedad.

Un vistazo a las últimas estadísticas de ONUSIDA para los países musulmanes deja ver la falta de información: un puñado de casos por allí, columnas en blanco por allá. Pero esas páginas vacías no pueden enmascarar el número de vidas que el sida se cobra y se cobrará en el mundo islámico. Si esas sociedades quieren responder eficazmente

a las epidemias de VIH que se les avecinan deben empezar por poner en pie agresivos programas de control del sida. También son necesarios amplios cambios legislativos y sociales. Siguiendo el ejemplo de Irán, los regímenes conservadores y fundamentalistas deben aprovechar la piedad religiosa para enfrentarse a esta urgente necesidad. Además de enseñar comportamientos más seguros a los grupos de riesgo, se pueden diseñar mensajes que expliquen que es posible ser un buen musulmán y preocuparse por los afectados. En Egipto, los consejeros de una línea de atención telefónica animan a quienes llaman a aceptar a sus conocidos y familiares enfermos haciéndoles recordar las relaciones que compartieron antes del diagnóstico. Al poner el énfasis en las semejanzas entre los infectados y los no infectados, estimulan una mayor aceptación social de la enfermedad.

En el mundo islámico, como en todas las culturas, la lucha contra la epidemia es, en parte, cosa de mujeres. Las musulmanas deben negarse a ser infectadas y morir en silencio. Han de sumarse a la lucha en todos los niveles de la sociedad. Las casadas con emigrantes deben exigir a sus maridos que no tengan relaciones extramatrimoniales, o que usen preservativos si lo hacen.

La educación y los esfuerzos por controlar la infección también podrían formar parte del azaque, o donativo ritual, que anualmente debe entregar cada musulmán. En los países que usan impuestos como parte de su limosna obligatoria se podría emplear parte de esas contribuciones para crear programas de sensibilización y tratamiento. La acción contra el sida en el mundo musulmán debe planificarse y llevarse a cabo urgentemente, tanto en el ámbito nacional como en el internacional. Si no, el sida seguirá difundiéndose por sus países, destrozando las familias y aumentando la pobreza, hasta acabar con su tejido social. Deben reconocer que los males sociales contemporáneos también les incumben, y mucho, así como que las modernas medidas científicas y de salud pública pueden ayudarles a

dominar la enfermedad. Y en Occidente debe respetarse el hecho fundamental de que los Estados socialmente conservadores no van a acceder necesariamente al conjunto de eso que aquí se llama modernidad, aunque puedan adaptarse a algunos de sus aspectos.

Los países islámicos están en una encrucijada. Pueden elegir entre actuar lentamente y sólo poner en pie programas de educación y prevención superficiales, o enfrentarse a este virus letal que amenaza a su comunidad de creyentes. Tras unos comienzos vacilantes, conviene utilizar el enorme poder de los líderes religiosos nacionales para educar a la población. Y, lo que es más importante, esos Estados deben llegar hasta sus sectores más vulnerables, con mayor riesgo. Si no lo hacen, el sida se cobrará aún más vidas de fieles (Eberstadt y Keley, 2002).

■ Una visión de distintas partes del mundo musulmán se puede obtener en *HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: A Primer (Middle East Report, invierno 2004)*, de Sandy Sufian, y en *HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: the Costs of Inaction* (Banco Mundial, Washington, 2003), de Carol Jenkins y David Robalino.

Aunque las estadísticas para muchos países musulmanes están incompletas o son inexactas, hay diversas fuentes que ofrecen datos fiables de carácter general. Véanse, por ejemplo, las páginas web de ONUSIDA del Fondo Global para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, o de HIV InSite de la Facultad de Medicina de la Universidad de California, que ofrece un informe muy completo sobre Oriente Medio y el norte de África.

4.2.6.- La emigración y el sida

Los emigrantes mexicanos vuelven al país e infectan de Sida a sus esposas, según un estudio de ONUSIDA (2004). Refiere el caso de Natalia tiene 42 años y que desde pequeña había sufrido distintas

formas de violencia. Veinte años atrás se casó para tratar salir de su casa donde la golpeaban pero sólo logró que su situación empeorara y que el sida llegara a su vida. En ese estudio se muestra una relación directa entre violencia e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Sida, «el control de los hombres sobre las mujeres limita la capacidad de estas últimas para negociar un sexo seguro». Pero la violencia no termina ahí, en México, mueren a diario 6 mujeres por violencia intrafamiliar, se calcula que el 47% de la población femenina ha sufrido algún tipo de violencia, en la mayoría de esos casos el agresor fue la pareja, quien en el 55% de las ocasiones comenzó las agresiones en el noviazgo, cuando estaban entre los 15 y 19 años.

«Mi marido comenzó a golpearme desde la primera semana que vivimos juntos y continuó hasta el último día en que lo vi. Yo no podía hacer nada, muchas veces me obligó a tener sexo sin que yo lo deseara, yo creía que eso era normal. Cuando me dijo que se iba a ir a Estados Unidos porque quería tener más dinero me sentí aliviada. Pero nunca pensé que eso nada más me arruinaría la vida. Cuando regresó ya estaba infectado por que quien sabe qué tantas cosas anduvo haciendo allá y claro, sin protección, así que la más afectada fui yo», comentó.

Un estudio de la Universidad de California reveló que al menos 20.000 trabajadores mexicanos que han cruzado la frontera norte del país en busca de un sustento para sus familias portan el virus del sida. La cifra es tres veces mayor a las estadísticas en la población económicamente activa, tanto de México como de Estados Unidos. Es decir, entre los trabajadores inmigrantes hay tres veces más casos de VIH que en empleados de los países mencionados. La investigación revela que este, es un problema muy especial que se ha incrementado en los últimos años, principalmente porque se trata de una población difícil de ubicar.

El director del programa, George Lemp, dijo en un comunicado publicado en la página web de la Universidad de California que «la información que disponíamos hasta el momento indicaba que el virus era un problema relativamente controlado en México y los inmigrantes». Sin embargo, el estudio reveló que el índice de infecciones de VIH entre mujeres que daban a luz en el Hospital General de Tijuana, zona fronteriza entre ambos países, era cuatro veces mayor al de otras ciudades en México y Estados Unidos. Jorge Saavedra, director del Centro Nacional para la Prevención y control del VIH/Sida, dijo que aunque no se tienen datos reales de cómo afecta el sida a los emigrantes mexicanos, se sabe que en ciudades fronterizas como Tijuana, el índice de infección es más elevado que en el resto del territorio nacional, por esta razón México junto con otros países de Centroamérica han pedido apoyo a instancias internacionales para evaluar esta situación.

La investigación indicó que muchos trabajadores inmigrantes masculinos, al estar separados de sus esposas o parejas y fuera de su entorno en México, suelen contraer el virus mediante el contacto sexual con parejas ocasionales, tanto heterosexuales como homosexuales

4.2.7.- La vulnerabilidad de las mujeres y el sida

Desde la prehistoria, las mujeres, como los hombres, han asumido un papel cultural particular. En las sociedades antiguas las mujeres casi siempre eran las que recogían los productos vegetales, mientras que los hombres suministraban la carne mediante la caza.

En la historia reciente, los roles de las mujeres han cambiado enormemente. Las funciones sociales tradicionales de las mujeres que consistían en tareas domésticas, el cuidado de niños, y tenían pocas posibilidades de acceder a un puesto de trabajo remunerado.

Para las mujeres más pobres, sobre todo entre las clases obreras, esta situación era a unas veces una necesidad económica que las obligaba a buscar un empleo. Las ocupaciones en que se empleaban tradicionalmente las mujeres de clase obrera eran inferiores en prestigio y salario que aquellas que llevaban a cabo los hombres. Eventualmente, el liberar a las mujeres de la necesidad de un trabajo remunerado se convirtió en una señal de riqueza y prestigio familiar, mientras que la presencia de mujeres trabajadoras en una casa denotaba a una familia de clase inferior.

En la ley mosaica, era un privilegio exclusivo del marido: la opinión de la mujer podía ser rechazada por su padre o su marido, y las hijas podían heredar sólo en ausencia de hijos (con la condición de que se casaran dentro de su tribu). La culpa o la inocencia de una esposa acusada a veces se «comprobaba» mediante la técnica del agua amarga.

En algunos libros sagrados (Deuteronomio 2,24, Números 1,30, Números 3,27-36, Números 2,5), había muchas leyes que trataban, entre otras cosas, de ofensas contra la castidad, y el matrimonio de un hombre con una cautiva pagana o con una esclava comprada. Aunque los segundos matrimonios estuvieran restringidos, según la legislación cristiana, una viuda sin niños estaba obligada a casarse con el hermano de su difunto marido.

Carol Vlassoff, la doctora canadiense que en los últimos años ha llevado las riendas del programa contra el VIH en las Américas para la OPS, afirma en una extensa entrevista realizada a pocas semanas de su anunciado retiro oficial de la OPS, que el sida sigue aumentando en algunos países del hemisferio, particularmente del Caribe y también de Centroamérica. Vlassoff menciona, entre otras, una clara o encubierta falta de prioridad política ante la enfermedad en algunos países, así como actitudes de estigma y discriminación por parte de gobiernos y sociedades. Todo ello, dijo Vlassoff, está causando aquí sustanciales estragos tanto en individuos y familias

como en sistemas de salud ya de por sí precarios en recursos para confrontar la epidemia.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) está enfatizando en la creciente feminización del VIH/Sida en el mundo, especialmente entre jóvenes. No en vano, en varias zonas del mundo hasta un 76% de jóvenes entre 15 y 24 años son mujeres viviendo con VIH. Es por eso que el UNFPA solicita a los líderes políticos que fortalezcan el compromiso político existente en la actualidad respecto a prevención, tratamiento y cuidados de salud de los jóvenes y otros sectores de población vulnerables. Es una lucha para la igualdad de derechos independientemente del sexo, aunque ciertos sectores del feminismo han degenerado en un movimiento que busca la discriminación y criminalización de los hombres. Las dificultades para obtener este reconocimiento se han debido a factores históricos combinados con las costumbres y tradiciones sociales. Actualmente, gracias a los cambios económicos, el apoyo del poder económico y los esfuerzos del movimiento feminista de hace décadas y otros movimientos de derechos humanos, en la mayor parte de las sociedades las mujeres tienen acceso a carreras y trabajos, más allá de la atención de los quehaceres domésticos

4.2.8.- El sida, los activistas y las metáforas bélicas

Hay activistas, como Alexander Irwin, que afirman que «es preferible tratar con medicamentos que prevenir». Hay diferencias también entre países. España, por ejemplo, ofrece medicamentos procedentes de la Seguridad Social, mientras en otros, como Rusia y Sudáfrica, son los propios enfermos los que se financian los tratamientos. Los activistas insisten en que todos tienen derecho a los tratamientos gratuitos y van consiguiendo resultados en este sentido en diversos países.

Por otra parte, el programa PEPFAR (*Presidencial Emergency Plan For Aids Relief*) de Bush establece que el 30% de los 15.000 millones presupuestados para ayuda a la lucha contra el sida deben gastarse en potenciar A y B, es decir, en abstinencia y fidelidad conyugal.

ONUSIDA, en su *2006 Informe sobre la epidemia mundial del SIDA*, recuerda que se necesitaría un 50% más de condones de los que se fabrican actualmente. Según este informe, todos los años 340 millones de personas adquieren enfermedades curables de transmisión sexual, y señala que los objetivos del plan del Milenio 3 por 5, que pretendía que en el 2005 hubiera que 3 millones enfermos con tratamiento medicamentoso contra el sida, no se está cumpliendo, pues sólo hay 1.300.000.

Está claro que se necesita más dinero y que el precio de los medicamentos descienda. En el momento actual no se puede garantizar que un enfermo con sida crónico pueda dejar de tomar la medicación sin que se produzca reactivación de la replicación del virus que ha quedado latente en los reservorios. Una cosa que está clara es que el tratamiento oportuno de las madres gestantes enfermas previene considerablemente la infección del niño. En África hay 700.000 niños con sida, de los que sólo el 21'5% está en tratamiento.

En la Conferencia Internacional sobre el Sida de Toronto 2006, se comentó que con campañas informativas bien planificadas en los medios de difusión de masas se podría evitar dos tercios de las infecciones. Una televisión subsahariana anunció que estaba realizando un concurso con premios en metálico en el que las preguntas se referían al sida y a su prevención. Richard Gere, en la misma conferencia, dijo que hacen falta líderes y buenos comunicadores y describió cómo debe ser buen comunicador, destacando que debe tener fe en lo que dice. La Conferencia Internacional de sida de Toronto puede consultarse en la web

<<http://www.aids2006.org>>, donde puede incluso escucharse y verse lo que dijeron los oradores.

La Sanidad Pública describe la enfermedad como una invasora de la sociedad. En una época era el médico quien libraba la guerra contra la enfermedad, ahora es la sociedad entera. Se plantean campañas y luchas sanitarias cuyo objetivo es la derrota de un «enemigo». En una guerra abierta, el gasto lo es todo. Es una emergencia. La salud pública es la ley máxima que decían los romanos. En la guerra ningún sacrificio es excesivo.

Hoy en día, el periodismo exhorta a que el paciente esté bien informado, para que se motive en su lucha contra la enfermedad: «Haz que los médicos te digan la verdad; sé paciente bien informado, activo». Esto ha hecho que los médicos practiquen una medicina defensiva, por miedo a las querellas en una sociedad tan litigiosa. En mi hospital, antes de hablar con el enfermo, automáticamente los médicos de guardia habían solicitado más de veinte parámetros analíticos. De esta forma no se podía decir que el enfermo no había sido atendido y que existía negligencia. Se había efectuado una prescripción. Da la impresión que la sociedad tuviera necesidad de alguna enfermedad para identificar con el mal, que culpe a sus «víctimas».

En el caso del sida, el enemigo es minúsculo. Los guardianes del sistema inmunológico del cuerpo, grandes células llamadas macrófagos, sienten la presencia del diminuto extranjero y dan inmediatamente la voz de alarma. Comienza a producir entre otras cosas anticuerpos. Yendo a lo suyo, el virus hace caso omiso de las células sanguíneas que encuentra en su camino, burla los defensores que marchan a paso redoblado y va directamente al coordinador jefe del sistema inmunológico, una cédula de apoyo tipo T. El virus desnudo convierte su ARN en ADN, la molécula que gobierna la vida. La molécula penetra entonces en el núcleo de la célula, se inserta en un cromosoma y toma bajo su control una parte de la maquinaria

celular, a la que ordena que produzca el virus del sida. Finalmente, avasallada por su extraño producto, llega un momento en que la célula se hincha y muere, liberando una marejada de nuevos virus que atacan otras células.

Según la metáfora, con el ataque a otras células aparecen enfermedades oportunistas, habitualmente retrazadas por el sistema inmunológico sano, que atacan al cuerpo. El que el virus no sea letal para todas las células que lo albergan acentúa la reputación que tiene la enfermedad (enemigo) de ser invencible. Lo que produce el efecto aterrador del ataque viral es que la invasión es permanente y no se consigue la erradicación. Los médicos estiman que sólo una de cada millón de células T4 está infectada, lo que ha hecho que algunos se pregunten dónde se esconde el virus.

En el caso del sida, enfermedad vergonzosa como era la sífilis y entendida como algo que hay que esconder, se añade la imputación de culpa. La mayor parte de los afectados de sida, fuera del África subsahariana y Sudáfrica, saben como la contrajeron. No se trata de un mal misterioso que ataca por azar.

La transmisión sexual de esta enfermedad, considerada por lo general como una calamidad que uno se ha buscado, merece un juicio mucho más severo que otras vías de transmisión. En particular se piensa que el sida es una enfermedad debida no sólo a un exceso sexual sino a una perversión sexual. En EE.UU. se cree que la transmisión heterosexual es extremadamente rara y poco probable, como si no existiera el continente africano. Es fácil entonces pensar que es un castigo, ya que se supone que por vía sexual se contrae esta enfermedad más voluntariamente y, por consiguiente, de forma más reprobable. Se entiende que los drogadictos que la contraen compartiendo agujas cometen (o acaban en) una suerte de suicidio.

Se podía decir de los homosexuales promiscuos que se daban con vehemencia a sus costumbres sexuales alentados por la ilusión (fomentada por ideología médica con sus antibióticos «curalotodo»)

de que todas las enfermedades de transmisión sexual eran relativamente inocuas. En medicina se decía: «Las enfermedades sexuales se cogen con gusto y se curan con facilidad».

Las enfermedades infecciosas con tacha sexual siempre inspiran miedo al contagio fácil y en ocasiones se achacan a lugares públicos como por ejemplo los aseos de estaciones de trenes o aeropuertos, etc. En los barcos de la marina norteamericana se han quitado todos los picaportes de todas las puertas y se han instalado puertas de vaivén. A los niños de clase media se les recomienda que interpongan una hoja de papel entre su trasero desnudo y el asiento de los inodoros públicos. La consecuencia obvia de creer que todos albergan el virus, es que a aquellos que han dado positivo en los análisis se les considera personas con sida, individuos que sencillamente no la tienen aún, pero que caerán tarde o temprano.

Estar infectado es estar enfermo. Quizás uno de los retos mas importantes de la medicina moderna sea evitar que la infección se convierta en enfermedad. El cuerpo cobija muchas infecciones, por ejemplo estafilococos, corinebacterias o enterobacteriaceas, que luego no se convierten en enfermedad. En el sida no se acepta estar infectado pero sano. Probablemente por la resurrección anticientífica de la mancha, de la impureza.

Esta forma de pensar tiene importantes consecuencias prácticas. Las personas empiezan a perder sus empleos cuando se descubre en una revisión clínica que son seropositivos. Las consecuencias de una VIH positivo son más punitivas aún para aquellos sectores de la población a los que el gobierno de Estados Unidos ha impuesto la obligatoriedad del análisis. La república de Andorra también ha establecido recientemente imposiciones parecidas. No obstante, recuerdo que hace aproximadamente unos cuarenta años se requería una prueba de Wasserman negativa para entrar en Venezuela, es decir, demostrar que no se padecía sífilis. El departamento de Defensa de Estados Unidos anunció que a los reclutas se le practica la

prueba, cosa justificada si se tiene en cuenta que han de ser vacunados para poder acudir a zonas endémicas. Si una persona es inmunodeprimida, las vacunas pueden producir efectos adversos. Un VIH positivo es ahora razón suficiente para no poder optar a inmigración alguna.

En las epidemias anteriores se contabilizaba el número de casos, ahora con los nuevos tests biomédicos es posible crear una nueva clase, los enfermos del futuro. Ello puede significar una muerte social antes que física. La peste es la metáfora principal con que se entiende la epidemia de sida.

El considerar una enfermedad como castigo es la más vieja idea que se tiene de la causa de una enfermedad, y es la que se opone a todo cuidado que merece un enfermo, ese cuidado digno del noble nombre de medicina. A Jesucristo la preguntaron los judíos si el ciego lo era por culpa suya o de sus padres. Contestó que ni el ciego ni sus padres eran culpables. Hipócrates, que escribió varios tratados sobre epidemias, descartó específicamente «la ira de Dios» como causa de la peste bubónica.

En la antigüedad adquirirían significado con calamidades colectivas y juicios a una comunidad. Las enfermedades más temidas eran aquellas que transforman el cuerpo en algo alienante, como la lepra, la sífilis y el cólera. Enfermedades que no sólo eran repulsivas y justicieras, sino invasoras de la colectividad. Erasmo describió la sífilis como una forma de lepra «algo peor que la lepra». Ya entonces se había comprendido que la sífilis se transmitía sexualmente. Paracelso se refiere a ella como «esa inmunda enfermedad contagiosa» que entonces había invadido la humanidad en algunos lugares y que desde entonces lo inundó todo, como un castigo que infligió Dios, por la licenciosidad general.

Durante mucho tiempo, casi hasta que se le encontró fácil solución con la penicilina, se pensó en la sífilis como castigo por la trasgresión de un individuo, algo no muy distinto del caso del sida hoy en los

países industrializados. El sida aparece de manera premoderna como una enfermedad propia a la vez del individuo y de éste como miembro de «grupo de riesgo». Esta categoría suena tan neutral y burocrática que resucita la arcaica idea de una comunidad maculada sobre la que recae el juicio de la enfermedad.

En 1945, el emperador Maximiliano promulgó un edicto que declaraba que la sífilis era una enfermedad enviada por Dios para castigar los pecados de los hombres. La enfermedad es una especie de invasión, a veces traída por los soldados. Siempre viene de fuera, del extranjero. Dubos, en el libro *El hombre que se adapta*, refiere que las relaciones entre los microbios y el hombre dentro de una colectividad comienzan de una manera violenta. En este sentido, recuerda el caso del sarampión cuando se introdujo por primera vez en la isla Feroe con elevada mortalidad, casos clínicos graves como septicemias, meningitis, etc., para luego volverse los casos más benignos e incluso aparecer portadores sanos, de manera que la bacteria va efectuando una selección. Incluso emite la teoría de que los europeos somos una raza superviviente de la lepra y la tuberculosis. Téngase en cuenta que la lepra y la tuberculosis tienen inmunidad cruzada. Dubos sostiene que la finalidad de los microbios no es eliminar al huésped, pues si lo destruye ya no tiene donde sobrevivir, sino adaptarse a él. No se trata de la supervivencia del más fuerte, sino del que mejor se adapta. La forma natural que buscan los microbios sería la convivencia pacífica, el comensalismo.

Muchos médicos, universitarios, periodistas, funcionarios y otras gentes de cultura creen que el virus del sida es un descontrolado acto de guerra bacteriológica, cuya finalidad sería la de disminuir la tasa de natalidad, enviado a este continente desde Estados Unidos y que ahora ha regresado a su país de origen para castigar a sus perpetradores. Puestos a fantasear, una versión africana sobre el origen de la enfermedad sostiene que el virus fue fabricado en un laboratorio de la CIA y del ejército en Maryland, que desde allí fue

enviado al continente africano y devuelto a su país de origen por misioneros norteamericanos homosexuales al regresar.

En la época de 1866 el cólera era considerado no como un castigo divino sino como consecuencia de defectos sanitarios. La epidemia de Altona y Hamburgo era claramente demostrativa. Altona depuraba las aguas que tomaba del Elba, en cambio Hamburgo las utilizaba directamente sin depurar. Las dos ciudades están muy unidas, hasta el punto que hay calles en las que una acera pertenece a Altona y la otra acera a Hamburgo. Altona no tuvo ni un sólo caso de cólera mientras que en Hamburgo hubo numerosos. En este sentido, *The New York Times* del 22 abril de 1866 afirmaba: «El cólera es sobre todo el castigo por haber descuidado las leyes sanitarias».

La cultura secular de culpar, castigar y censurar empleando la imaginería de la enfermedad en el siglo XX ha vuelto casi imposible moralizar sobre las epidemias excepto con las enfermedades de transmisión sexual.

Cotton Mather llamaba a la sífilis castigo «que el justo juicio de Dios ha reservado para nuestros últimos tiempos». Si se recuerda ésta y otras de las tonterías que se han dicho sobre la sífilis desde finales del siglo XV hasta principios del siglo XX, apenas puede sorprender que muchos vean metafóricamente en el sida un juicio moral a la sociedad. El hecho de que el sida sea ante todo una enfermedad que se transmite por vía sexual entre los heterosexuales en los países en donde se dio por primera vez en forma epidémica, no ha impedido que los guardianes de la moral pública, como por ejemplo Pat Buchanan, pontificaran diciendo que «el sida es la bancarrota moral» y el predicador Jerry Falwell dijera que «el sida es el juicio de Dios a una sociedad que no vive según sus reglas.» Las ideologías políticas autoritarias tienen intereses creados en promover el miedo y la sensación de una inminente invasión por extranjeros y para ello las enfermedades auténticas son material realmente útil. El líder francés de la ultraderecha Jean Marie Le Pen ha intentado la

estrategia de fomentar el miedo a este nuevo peligro foráneo, insistiendo en que el sida no sólo es infeccioso (producido por microorganismos vivos) sino además contagioso (transmisión por proximidad e intimidad) y pidiendo el test nacional obligatorio y la cuarentena (aislamiento de cuarenta días que se hacía a los enfermos de viruela) de quienquiera que sea portador del virus. Las frases entre paréntesis son añadidos míos de terminología epidemiológica. En este sentido se manifestó también el Ministro de Asuntos Exteriores de Sudáfrica, que declaró: «Los terroristas nos llegan ahora con un arma mucho mas temible que el marxismo, el sida.»

Norman Podhoretz ve en el sida la prueba de la decadencia de la autoridad política e imperial de Estados Unidos. Las denuncias de la «peste gay» forman parte de un lamento mucho mayor, muy común de los conservadores occidentales y muchos exiliados del Este, acerca de la permisividad contemporánea de todo tipo: una diatriba contra la blandura de Occidente con su hedonismo, su música sexy tan vulgar, su indulgencia en relación con las drogas, su vida familiar rota, rasgos que han minado la voluntad.

Tan idóneo parece el sida como acicate de los miedos creadores del consenso, cultivados durante varias generaciones, tales como el miedo a la subversión, miedo a la polución incontrolable y a la imparable migración del Tercer Mundo, que parecía que el sida era considerado como una amenaza total a la civilización.

El sida parece fomentar lúgubres fantasías acerca de la enfermedad, que señala a la vez las vulnerabilidades individuales y sociales. Reagan en 1986 dictaminó que el sida se estaba difundiendo insidiosamente a lo largo y ancho de la sociedad. En Francia también se incorporó al vituperio político. Le Pen calificó a los adversarios de «sidáticos» (*sidatiques*). El polemista conservador Louis Pauwels dijo que los estudiantes secundarios que hicieron la huelga en 1987 sufrían de «sida mental» (*ils sont atteints d'un sida mental*). Jean

Kirkpatrick no pudo resistir comparar el terrorismo internacional con el sida.

Los virus, a diferencia de las bacterias que son organismos relativamente pertenecientes al reino vegetal, son como una forma extremadamente primitiva de vida. Necesitan células vivas para reproducirse. No se sabe a que reino pertenecen. No pueden quedarse inertes en el medio ambiente exterior, como por ejemplo los estafilococos. Sin embargo, su actividad es mucho más compleja, transportan información genética, transforman las células. Y ellos mismos en muchos casos evolucionan. De hecho, el virus se ha vuelto sinónimo de cambio. Linda Ronstadt, al explicar por qué prefiere hacer música folk mejicana que rock ´n roll, señaló: «La única tradición propia de la música contemporánea es el cambio. Tienes que mutar, como un virus.» En Francia, los especialistas en informática ya hablan del problema de *le sida informatique*. El virus producirá nuevas copias de si mismo.

El virus es pues una amenaza, algo que muta, algo furtivo, algo biológicamente innovador. Halfdan Mahler, ex director de la OMS, declaró que «es imposible detener el sida en un país si no se le detiene en todos». Willy Rozanbaum también opinó en este sentido: «Esta epidemia es mundial y no perdona a ningún continente.»

4.2.9.- Promiscuidad

En todo este asunto del sida, una palabra es utilizada con frecuencia, la muletilla preferida: promiscuidad. Según la enciclopedia Salvat Universal se trata de una «práctica sexual en que la unión se realiza indistintamente entre numerosas personas. Propia de muchos pueblos primitivos, representa para algunos antropólogos una fase social anterior a la institucionalización del matrimonio.»

En 1981, ante los primeros casos de sida en Estados Unidos, por ser éstos homosexuales, una agencia (la CCE) lanzó inmediatamente un estudio comparando a los pacientes con homosexuales sanos, buscando claves en el estilo de vida o historial médico de las víctimas que pudieran explicar su vulnerabilidad al síndrome. «Los investigadores descubrieron varias diferencias entre los dos grupos. Los homosexuales que contraían el sida solían tener muchos más contactos sexuales (un promedio de 1.100 parejas en toda su vida) que los controlados (500 parejas). No es sorprendente que hubieran albergado también focos más frecuentes de infección, tales como sífilis, gonorrea, herpes y otras enfermedades venéreas, así como brotes de los trastornos víricos, bacteriológicos o parasitarios que constituyen lo que se conoce como «síndrome homosexual del intestino». Además, muchos pacientes de sida habían consumido nitrito amílico a través de esos productos estimulantes llamados *poppers*, que se consumen por inhalación y, según se ha demostrado, producen inmunosupresión.

Así se empezó a construir la teoría de la promiscuidad, tan científica como hablar de ninfomanía. Da la impresión que tener sólo 500 parejas no es arriesgado.

El asunto es más complejo. Estadísticamente en Estados Unidos los principales afectados son los homosexuales; en Haití, los haitianos; en España o Italia, los heroinómanos; en África, los heterosexuales. En los países del Este de Europa los más afectados, posiblemente, serán los disidentes.

Si promiscuidad es hacer sexo con la misma constancia que se fuma tabaco o se bebe alcohol, está claro que perjudica la salud, la salud y la vida misma en sus diversas manifestaciones. Pero conviene aclarar que de todas maneras la «promiscuidad» es un derecho inalienable, como el de fumar o beber, y que es obligación de las autoridades informar a la población de los riesgos que corre, pero no de imponer un estilo de vida. El Estado podrá intervenir, en todo caso

en la responsabilidad que cabe al contagiar a otras personas, pero en este aspecto la legislación habitual es más que suficiente.

Una cosa es oponerse a la «promiscuidad» por razones ideológicas, otra moral o sanitaria. El tabaco, el alcohol, los accidentes en carreteras, etc., son fenómenos que representan cuantiosas pérdidas para la sociedad, pero si hemos decidido vivir en democracia parlamentaria está excluida la posibilidad de prohibir o de discriminar o tratar peyorativamente a los individuos que están involucrados de alguna manera en asuntos como estos.

Si con sinceridad queremos evitar que el sida se siga cobrando nuevas víctimas, si queremos que el virus no se propague, convendrá insistir en campañas preventivas a-críticas, no valorativas, y no enviar mensajes subliminales a la población «normal», tranquilizándola con la historia que esta enfermedad tiene que ver sólo con los denominados grupos de alto riesgo. El lenguaje es un instrumento valioso. Hablemos de factores de riesgo. No alimentemos la paranoia, ni los prejuicios. Esto también es salud pública.

De la consulta de varios periódicos deducimos que actualmente la prensa en lugar de educar sanitariamente, por motivos económicos, se dedica a promover la promiscuidad. A título ilustrativo recogemos algunos de los anuncios publicados en la sección de relax

Con objeto de confirmar lo que sospechábamos en relación con el hecho de que los periódicos viven de la publicidad, el día 8-10-07 buscamos en la sección de servicios el apartado «adultos, relax y masajes» en *El País*, *El Mundo* y *ABC* donde aparecían anuncios como:

«Buscamos hombres para sexo pagado», «Necesito sexo, no cobro», «Madura. Necesito sexo», «Sexo ocasional», «Tengo dinero. Ganas de sexo», «Chicas calientes», «Casada con anciano, necesito sexo, no cobro», «Tetona. Sexo gratuito», Cuarentona, regalo sexo», «Folladora tetuda», «Superanal», «Sin goma», «Griego profundo», «Musculoso superviciosísimo», etc.

Es decir, se ofrece sexo ocasional y promiscuo. A título ilustrativo calculamos una media 840 anuncios de aproximadamente 10 palabras cada uno con lo que resultan 8.400 palabras, que a 1,55 euros por palabra da como resultado 13.020 euros diarios, que multiplicado por 365 días significa 4.752.300 euros anuales.

El periódico *Levante*, también llamado *El Mercantil Valenciano*, lleva habitualmente de 5 a 6 páginas con fotos incluidas (aclara además que son fotos reales) dedicadas a relaciones, que se subdivide en «Sexy relax-contactos», «Masajes y sauna relax» y «Sexy relax ofertas». En total más de 400 anuncios diarios. El 25% con fotografías insinuantes. Hay anuncios de *boys* (chicos) y travestis, y algunos destacan que son bisexuales. El periódico *Las Provincias*, por su parte, llevaba una página dedicada a anuncios de relax con unos 70 anuncios de características análogas.

Lo expuesto es una evidente demostración de la importancia de los ingresos por publicidad obtenida con la promoción del sexo ocasional y promiscuo. Cuanto más se fomente la promiscuidad, más tendrá luego que pagar Sanidad en sus campañas educativas y preventivas. Es un negocio redondo. Vuelvo a recordar la frase del afamado periodista de cuyo nombre no quiero acordarme: «Si Sanidad quiere hacer campañas, que las pague.»

5.- CONCLUSIONES

1.- Existe un conflicto entre los periodistas y los sanitarios. En tanto que estos últimos buscan la educación sanitaria, los primeros buscan lo novedoso y lo verosímil que produzca sensación y aumente la venta de periódicos. Es una empresa que depende de la cuenta de resultados. Debe procurar decir a los lectores lo que ellos esperan y desean.

2.- Un alto cargo del periodismo de cuyo nombre no quiero acordarme dijo que su misión no era educar para la salud y que si ello interesaba al Ministerio de Sanidad que le pagara a la prensa la campaña correspondiente. El periodista se relaciona con consumidores. Motiva a los mismos para que compren. Viven de la publicidad. Tratan de decir a los lectores lo que ellos esperan y desean. En el Congreso de Nuevo Periodismo (2006) quedó bien claro que los periódicos que mejor funcionaban actualmente eran los de distribución gratuita, que vivían exclusivamente de la publicidad. Se preocupan de no decir nada que disguste a sus posibles anunciantes. Dado que algunos ingresos proceden de las páginas que anuncian «Agencias VIP», «Servicios de Bar», «Escort», «El lugar con las señoritas más sexy de la ciudad», «Cachondas viciosas», «Chicos latinos, modelos, actores porno», etc., se explica que no estén interesados en prevenir las enfermedades de transmisión sexual. Incluso podría pensarse que fomentan la promiscuidad. El consumidor es el rey.

3.- Por eso los sanitarios de los hospitales y los investigadores científicos no se comunican habitualmente directamente sino a través de un gabinete de comunicación que elabora las notas de prensa. Cuando en el año 1972 se detectaron casos de cólera, como Jefe del Servicio de Microbiología del Hospital General Universitario de Valencia, lo comuniqué por conducto reglamentario a la Jefatura de

Sanidad, como era mi deber, y esta a su vez le dio su curso correspondiente.

4.- Las piezas periodísticas son cada vez más numerosas, sin embargo, en números relativos las dedicadas a VIH-SIDA, han ido en descenso. Han perdido sensacionalismo y dramatismo. La enfermedad que se consideraba mortal de necesidad, ha pasado a considerarse como una enfermedad crónica. Se ha vuelto al mito de las enfermedades de transmisión sexual como «enfermedades que se cogen con gusto y que se curan con facilidad». Por dicho motivo se está bajando la guardia. Se observa un aumento de consumo de la píldora del día después.

5.- En el año 2006 es relevante el aumento de flujo informativo en agosto coincidiendo con el XVI Congreso Internacional del Sida celebrado del 12 al 18 de ese mes en Toronto. Aumentos que se puede observar también en diciembre, dado que el día 1 de dicho mes es el Día Mundial del Sida.

6.- El macrogénero que predomina es el informativo, y el registro lingüístico, el informativo. El registro divulgativo se da especialmente en *El Mundo*.

7.- En todos los periódicos analizados se aprecia una necesidad de periodistas científicos especializados que estén familiarizados con el vocabulario médico. A veces se confunde infección con enfermedad, contaminación con infección, esterilización con desinfección, asepsia y antisepsia, microbio con bacteria, microorganismo con germen, virus con agente infeccioso.

8.- Prevalen las fuentes institucionales y las indirectas. El uso de revistas científicas como fuentes de información es escaso, únicamente *El Mundo* las cita de manera precisa.

9.- Los homosexuales y su posible discriminación es objeto de atención preferente. En cambio la fidelidad carece de todo interés periodístico.

10.- También es noticiable el conflicto entre la Iglesia y los medios científicos en relación con el uso del preservativo.

11.- Son frecuentes las noticias «políticas», destacando las inversiones efectuadas por diversas corporaciones o instituciones para justificar los gastos realizados.

12.- No se destaca suficientemente la feminización del sida. En los años 80, el 20% eran mujeres, actualmente superan el 55%. Ni la necesidad de empoderamiento de las mujeres para tener capacidad de negociar con sus parejas los distintos medios de protección frente al VIH. Es un tema de derechos humanos, por eso he querido destacar la figura de Jonathan Mann. La prevención del sida pasa por las mujeres. La falta de derechos humanos es lo que las hace especialmente vulnerables. En este tema están de acuerdo la Iglesia, la administración Bush y las mujeres en su lucha por la igualdad y la equidad sanitaria. Claro que ello requiere cambios culturales, religiosos y educativos.

13.- Se observa la presencia de la sinécdoque. Sida es un síndrome clínico por VIH, que es un agente biológico. Se dice infectado de sida cuando se debiera decir infectado por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Es un error que produce confusión y es frecuente en los titulares. En ocasiones puede ser estigmatizador. A veces lo que se dice en el titular no se desarrolla luego en la pieza periodística.

14.- En ninguna parte se señala que hoy por hoy nadie se ha curado de sida. Tampoco se señala que la persona infectada es potencialmente contagiosa y que no se ha conseguido erradicar de la persona infectada el virus, que permanece latente como un

reservorio, ni que si deja de tomar la medicación se produce un rebrote.

15.- Es urgente atender a 14 millones de niños infectados. Sólo el 5% reciben medicación. La medicación oportuna es eficaz.

16.- Se observa un claro problema de falta de personal sanitario competente en África para atender a los enfermos. Ello se refleja en unas frases de Clinton y Bill Gates que sostenían que no les sabía mal gastar dinero, pero querían tener garantías de que se empleaba correctamente. En Malawi formaron personal sanitario y una vez formado se marcharon a otros países donde eran mejor pagados.

17.- Un hecho nuevo es la formación de un colectivo cada vez más numeroso de personas supervivientes seropositivas que reivindican los antirretrovirales gratis. Incluso se oye decir «mejor medicación que prevención». En el Congreso de Toronto se manifestaron con pancartas. Los medicamentos han bajado de precio considerablemente. Brasil, Cuba y la India fabrican sus propios genéricos.

18.- En China y en algunos otros países en fase de desarrollo continúan detectándose problemas con las transfusiones, especialmente si proceden de donantes retribuidos.

19.- Basándome en mi experiencia clínica de cuarenta años de ejercicio profesional, recomendaría un examen médico prenupcial con varios análisis clínicos determinantes (hematología analítica, bioquímica, microbiología e inmunología). Entre estas pruebas incluiría la investigación de anticuerpos VIH.

20.- De la misma experiencia clínica quisiera destacar la angustia psicológica del marido o la esposa que ha tenido una aventura extraconyugal. Se queda en la duda pensando que posiblemente está infectado con VIH. La contestación del laboratorio es «por ahora es negativo, pero dentro de unos meses puede ser positivo». Hubo una

época que Sanidad nos aconsejó que los casos positivos los enviáramos primero a su médico, para que preparara al enfermo y evitar posibles suicidios. Recuerdo un caso en que ella tenía Trichomonas. Cuando volvió con su marido para hacerse él las pruebas, ella presentaba un evidente moretón en la cara.

21.- El perfil del nuevo enfermo de sida es mujer, africana, joven y casada.

22.- El sida, además de ser una enfermedad, ha sido un fenómeno mediático. El público ha asistido, en directo, al proceso que va desde la identificación de una patología desconocida, al reconocimiento de los derechos de los colectivos sociales de momento ignorados, hasta el debate de cómo hacer frente los gastos que la epidemia ocasiona. La enfermedad se ha instalado en la sociedad, científicos, medios de comunicación, opinión pública, etc. Ahora más que nunca, los medios de comunicación se hacen eco y siguen de cerca los acontecimientos científicos más recientes. Miller y William (1993) dicen que los medios juegan un papel ambivalente. Por un lado vehiculan las declaraciones oficiales que buscan publicitar sus campañas de prevención, evitar la discriminación y la estigmatización social y, por otro, aprovechan el sensacionalismo que la enfermedad les da para captar la atención de sus lectores.

Del mismo modo, algunos científicos y médicos expertos, utilizados como fuente de información, ven en los medios un camino para adquirir prestigio social. Para la audiencia, a menudo, la televisión o la prensa diaria son fuentes primarias de información sobre el sida, reproduciendo el lenguaje encontrado en los medios.

6.- BIBLIOGRAFÍA

ALCAMI PRETEJO, A. (2003). «Luces y Sombras de 20 años de investigación en sida», *Ars Médica. Revista de Humanidades*, 2:250-259.

ALCAMI, J. (2000). «Inmunopatología del sida». En: Gatell, J.M.; Clotet, V.; Potzamczar D.; Miro, J.M.; Mallolas, J. *Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento* (6ª edición), Barcelona: Masson.

ALCAMI, J. (2002). «Virología y patogénesis del HIV». *Quark*, 24.

ALTMAN, D. (2001). *Global sex*, Chicago: University of Chicago.

ALVAREZ, C. (1994). «Los casos de sida pasan de 3 a 7 millones», *El Mundo*.

AMARTYA, S. (1999). *Development and freedom*, Nueva York: Alfred A. Knopf.

ANDRÉS, R. de (1991). «Planes para el VIH/sida en España, Europa y el resto del mundo», *SESIDA*.

APPADURAI, A. (1996). *Modernity at large. Cultural dimensions of globalisation*. Londres/Minesota: University of Minnesota Press.

BAGGALEY, J.; SALMON, Ch.; SISKI, M.; LEWIS-HARDY, R.; TAMBE, P.B.; JORGESEN, C.; HARRIS, R. Y JASON, J. (1992). «Automated evaluation of AIDS messages with high-risk, low-literacy audiences», *Journal of Educational Television*, 18 (2/3): 83-95.

BAGGALEY, J.; SALMON, Ch.; SISKI, M.; LEWIS-HARDY, R.; TAMBE, P.B.; JORGESEN, C.; HARRIS, R. Y JASON, J. (1992). «Automated evaluation of AIDS messages with high-risk, low-literacy audiences», *Journal of Educational Television*, 18 (2/3): 83-95.

- BAROJA-BENLLUIRE, J. (2000). *Las políticas de prevención sobre VIH/sida en España. Comisión Europea*, Madrid: Ediciones Centro de Estudios Sociales.
- BARRA, A. (1987). «El gobierno británico pide por televisión que nadie muera a causa de la ignorancia», *ABC*.
- BERNARDO PANIAGUA, J. M. (2005). «Los límites de la construcción mediática del presente», Figueras: VI Congreso de la Asociación de historiadores de la comunicación.
- BILALI, C. (1999). *Eighteen years of the HIV/AIDS Epidemic in the Caribbean: A summary*. CAREC. Disponible en: <http://www.carec.org/documents/18-years-aids-caribbean.ppt>
- BIMBELA, J. L. (2002). «Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal», *Gac. Sanit.*, 16:298-307.
- BLANCO, J. A. (1995). *La imagen del sida en la prensa española*, Valladolid: Universidad de Valladolid.
- BLECH, J. (2005). *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona: Destino.
- BOURDIEU, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- BOVE, J. R. (1984). «Transfusion associated AIDS as a cause concern», *New England J. Med.* 310: 115-116.
- BUENO CAÑIGRA, F. y NAJERA MORRONDON, R., (2001). *Salud Pública y Sida*. Doyma.
- CAMPBELL, C. (1991). «Prostitution, AIDS, and preventive health behavior», *Sm Sci Med.*, 32(12): 1367-1378.
- CASTELL, M. (1996), *La sociedad en red*, Madrid: Alianza.
- CDC (1982). «Possible transfusion associated acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in California», *Morb. Mort. Weekly Report*, 31: 652-654.

- CHECK, W. (1987). «Beyond the political model of reporting: non-specific symptoms in media communication about AIDS», *Reviews of Infectious Diseases*, 9 (5): 987-1000.
- CHOMSKY, N. (2001). *El beneficio es lo que cuenta*. Barcelona: Crítica.
- CIVERA, C. (2002). «La investigación española del sida y su difusión en las revistas nacionales e internacionales», *Revista Española de Drogodependencia*, 27(3): 249-266.
- CIVERA, C. y cols. (2002). «La investigación española del sida y su difusión en las revistas nacionales e internacionales», *Revista Española de Drogodependencia*, 27(3) 249-266.
- CLAVERO, C. G. (1991). «Los canales de comunicación en el caso del sida», *Jano*, XLI.
- CLAVERO, G. (1987). «Prevención y legislación contra el sida». En: NÁJERA MORRONDO, R. y USIETO, R. *Conferencia Internacional sobre el sida*. Madrid: Universidad Menéndez Pelayo.
- CLINE, R. y ENGEL, J. L. (1991). «College students' perceptions of sources of information about AIDS», *Journal of American College Health*, 40: 55-63.
- CLINE, R. y JOHNSON, S. J. (1992). «Mosquitoes, doorknobs, and sneezing: relationships between homophobia and AIDS mythology among college students», *Health Communication*, 4 (4): 273-289.
- COLE, H. M., (1986). *Aids from beginning*. Chicago: American Medical Association.
- CURRAN, J. W. (1983). «Aids, two years later», *New England J.Med.*, 309: 609-611.
- CURRAN, J. W.; LAWRENCE, D.N. y JAFFE, H. (1984). «Acquired immunodeficiency syndrome associated with transfusions», *New England J.Med.*, 310: 69-75.

DEFERT, D. (1988). «Epidémies et Démocratie», *Actions et recherches sociales*, 3.

DEL ROMERO, J. (2001). «Conductas de riesgo y prevalencia del VIH en usuarios de centros sanitarios». En: USIETO, R. (ed.). *Sida: hacia un tratamiento integral médico, biológico y social*. Madrid: Ediciones Centro de Estudios Sociales Aplicadas CESA.

DERESIBSKI, S. C. (1984). «AIDS transmission via transfusion therapy», *Lancet*, 1: 102.

DESFORGES, J. F. (1983). «AIDS and the preventive treatment of hemophilia», *New England J. Med.*, 308: 94-95.

DUBOS, R. (1963). «Infection into disease». En: D.J (comp). *Life and disease*. Nueva York: Basic Books.

DUBOS, R. (1980). *Man adapting man*, New Haven y Londres: Yale University Press.

DUESBERG, P. (1987). «Retrovirus as carcinogens and pathogens: expectations and reality», *Cancer Research*, 47: 1199-1220.

DUNKLE, K. L.; JEWKES, R. K. y BROWN, H. C. (2004). «Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa», *The Lancet*: 363 (9419):1415-21.

DURACK, D. I. (1981). «Opportunistic infections and Kaposi's syndrome in homosexual men», *New England J. Med.*, 05:1465-1467.

DUREX, 2000. *Global survey into sexual attitudes and behaviour. Datos específicos de España*. Disponible en: <<http://www.durex.com/Es/global/index.htm>>

ECHEVARRIA LUCAS, L.; RÍO PARDO, M. J. del y CAUSSE DEL RÍO, M. (2006). *El Sida y sus manifestaciones oftalmológicas: avances tras la Haart*, Málaga: Universidad de Málaga.

EVATT, B.L. (1984). «The acquired immunodeficiency syndrome in patients with haemophilia», *Ann.Int.Med.*, 100: 499-504.

FEIJOO, K. (1989). *Contribución al estudio de los problemas de información sanitaria. El caso singular del sida*. Zaragoza: Repes.

FIALA, R. *Lieben wir gefaehrlichz*, Viena: Deutike Verlaag.

FLAY, B.; DI TECCO, D. y SCHLEGEL, R., (1980). «Mass Media in health promotion: an analysis using an extended information-processing model», *Health Education Quarterly*, 7 (2): 127-147.

FLYNN, E. P. (1985). *AIDS. A Catholic Call for Compassion*. Kansas City: Sheed and Ward.

FREIMUTH, V.S. (1992). «Theoretical foundations of AIDS media campaigns». En: EDGAR, T.; FITZPATRICK, M. y FREIMUTH, V., *AIDS. A communication perspective*, Hillsdale, NJ: Lawrence Associates.

FUJIMURA, J.H. y CHOU, D.Y. (1994). «Dissent in science: styles of scientific practice and the cause of aids», *Social Science and Medicine*, 8: 1017-1036.

GALLO, R. C. y MONTAGNIER, L., (1987). «The chronology of Aids research», *Nature*, 326: 435-436.

GARCIA SODO y cols. (2006). *El tratamiento en los medios de comunicación escritos españoles: ABC, El Mundo, El País, El Periódico, La Vanguardia (Octubre 2005-2006)*, Cerdanyola del Vallés: Observatorio de la Comunicación. Bellaterra.

GOLDSMITH, J. (1983). «T lymphocyte subpopulation abnormalities in apparently healthy patient with haemophilia», *Ann. Int. Med.*, 98: 294-296.

GORDON, S.M. (1984). «Acquired immunology syndrome possibly related to transfusion in an adult without known disease risk factors», *J.Infect. Dis.*, 149: 1030-1032.

GOSTIN, L. O. (2001). «Public Health, Ethics, and Human Rights: A Tribute to the late Jonathan Mann», *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 28: 121-130.

GOTTLIEB, M.S.; SCHROFF, R.; SCHANKER, H.M. *et al.* (1981). «Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: Evidence of a New Acquired Cellular immunodeficiency», *N. Engl J Med.*

GREENWALT, T. L. (1984). «Blood product transfusion and the acquired immunodeficiency syndrome», *Ann.Int.Med.*, 100.

GRMEK, M. (1990). *Historia del Sida*. Madrid: Siglo XXI.

GUTIERREZ, J. P.; MOLINA-YEPEZ, D.; SAMUELS, F. y BERTOZZI, S. M. (2006). «Uso inconsistente del condón entre trabajadoras sexuales en Ecuador: resultados de una encuesta de comportamientos», *Salud Publica de México*, 2, vol.48.

HABIBI, B. (1986). «Sida et transfusion sanguine», *Rev.Prac.*, 36: 1199-1205.

HALPERIN, D. (2004). «Steiner Concurrent sexual partnership help to explain Africa's high prevalence implication for prevention», *Lancet*, 363: 4-6.

HALPERIN, D.; Epstein, H. M. J.; Green, E. C.; Hearst, N.; Kirby, D. y Gayle, H. (2004). «The time has come for common ground on preventing sexual transmission of HIV», *Lancet*, 364: 1913-1915.

HANOCK, G. (1986). *Aids the deadly epidemic*. Londres: Gollancz.

HÄRING, B. (1987). «A Call to Radical Conversion». En: COSSTICK, V. (ed.), *AIDS Meeting*.

HAVERKOS, H.W. (1987). «Epidemiology of aids in haemophiliacs and blood transfusion recipients», *Antibiot.Chemother.*, 38: 59-65.

HERZLICH, C. y PIERRER, J. (1988). «Une maladie dans l'espace public: le sida dans six quotidiens français», *Annales E.S.C.*, 1109-1034.

HIRSCH, E. (1987). *Le sida : rumeurs et faits*, Paris : Editions du Cerf.

HU, D. J.; KELLER, R. y FLEMING, D. (1989). «Communication AIDS information to Hispanics: the importance of language and media preference», *Am.J.Prev.Med.*

IGARTUA, J. J. (1999). *Evaluación de los efectos persuasivos de las campañas de información sobre VIH/sida*. Sociedad Española interdisciplinaria del sida.

ILLICH, I. (1978) *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Planeta.

IRWIN, A.; Millen, J. y Fallows, D. (2004). *Sida global. Verdades y mentiras*, Paidós.

KAPUSCINSKI, R., (2002). *Los cínicos no sirven para este oficio*. Anagrama.

KAPUSCINSKI, R. (2002). «Globalización y diversificación», *Claves de la razón práctica*, 126: 20-25.

KAPUSCINSKI, R., (1999). «El mundo reflejado en los medios», *Claves de la razón práctica*, 92: 18-21.

KIISHOR, S. y JOHNSON, K. (2004). *Profiling domestic violence: a multi-country study*, Maryland: ORC Macro.

KLEIMAN, R. (1986). «Transmission acquired immunone deficiency syndrome (AIDS) by a blood transfusion given in 1979 in Israel», *Isl.J.Med.Sci.*, 22: 404-407.

LADEVECE, L. N. (1991). *Manual para el periodismo*. Barcelona: Ariel.

LAGA, M. y PIOT, P. (1988). «HIV infection alter plasma donation in Valencia», *Lancet*, 8: 2: 905.

- LATORRE, F. (1988). «El sida en la RFA», *Jano*, 835.
- LÁZARO, J. M. (1991). «El supremo ordena indemnizar a un contagiado de sida por una transfusión anterior a las pruebas obligatorias», *El País*.
- LEAL, M. (1983). «Síndrome de inmunodeficiencia celular adquirida: 3 observaciones en hemofílicos», *Med. Clin. Barc.*
- LIGO-BORDEN, L. (2003). «Biography: Dr. Jonathan Mann: champion for human rights in the fight against AIDS Seminars in Pediatric Infectious Diseases. Paediatric HIV Infections in the HAART», *Era*, 14(4):314-22.
- LISSEN, E., WICHMAN, I., JIMÉNEZ, J. M. (1983). «Aids in haemophilia patients in Spain», *Lancet*, 992-993.
- LOPEZ, L. (2004). *¿Se puede prevenir el Sida?*, Madrid: Biblioteca nueva.
- LOPEZ, B. y OLIVIE, A. (1992) «La concentración informativa amenaza la independencia de la prensa en Europa», *ABC*.
- MAMAN, S. *et al.* (2000). «The intersections of HIV and violence: directions for future research and investigations», *So. Sci. Med.*,50: 459-78.
- MANN, J. M.; GRUSKIN, S.; GRODIN, M. A. y ANNAS, G. J. (eds.) (1999). *Health and Human Rights*, Nueva York: Routledge.
- MANN, J. y CHIN, J., (1988). «AIDS: a global perspective», *N. Engl. J. Med.*
- MANN, J.; TARANTOLA, D. y NETTER, W. (1992). *AIDS in the world*. Massachusetts: Harvard University Press.
- MARKS, S. P. (2000). «Jonathan Mann's legacy to the 21st century: The human rights imperative for public health», *JLME suppl.*, 29: 131–138.
- MARTÍNEZ NAVARRO, F. (1988). *Salud Pública*, McGraw.

MARTÍNEZ NICOLÁS, M. A. (1995). *La construcción del sida en la información periodística, Análisis del discurso informativo sobre el sida en Cambio 16, Tiempo de Hoy e Interviú (1982-1993)*. Tesis doctoral. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona.

MARTÍNEZ, M.; GODOY, J. y BAUTISTA, J. (1990). «El sida en los medios de comunicación». En: RODRÍGUEZ MARÍN, J. *Aspectos psicosociales de la salud y la comunidad. III*. Barcelona.

MBEKI, T. (1999). «Discurso del Presidente en la inauguración del African Renaissance Institute», Pretoria, 11 de octubre de 1999.

McALLISTER, M. P. (1992). «AIDS, medicalization, and the news media». En: EDGAR *et al.* (eds.), *AIDS, A communication perspective*.

MERRIL, J.; LEE, J. Y FRIDLASNDER, E. (1992). *Medios de comunicación social: teoría y práctica en EEUU y en el mundo*. Madrid: Fund. German Sánchez-Ruiperez.

MORIN, M. (1990). *Représentations Sociales et Engagements: recherches psychosociales en milieu scolaire sur les modifications de conduites des jeunes en milieu scolaire*. Aix-en-Provence: Mimeo.

MSC (2005). *Recomendaciones del PNS sobre el manejo de los trastornos relacionados con la infección VIH*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

NÁJERA MORRONGO P. (1991). «Transmisión e impacto de los mensajes sanitarios», *Jano*, XLI.

NÁJERA, R; LOMA, A.; ESTÉBANEZ, P. *et al.* (1987). *Sida: un problema de salud pública*. Madrid: Díaz de Santos.

NEUWIRTH, K. y DUNWOODY, S. (1989), «The complexity of AIDS-related behavioural change: the interaction between communication

and noncommunication variables», *AIDS and Public Policy Journal*, 4 (1): 20-30.

OLIVARES-LOPEZ, F. (1993). «Sida asociado con transfusión de sangre», *Salud Pública México*, 35(4):351-356.

ONUSIDA/OMS (2004). *Informe sobre la epidemia mundial de sida*.
ONUSIDA/OMS

ONUSIDA/OMS. *Resumen Mundial de la Epidemia del VIH/sida*.
Ginebra: ONUSIDA/OMS.

OPS/OMS/ONUSIDA (2001). *VIH y sida en las Américas: una epidemia con muchas caras*, Washington, DC: OPS/OMS/ONUSIDA.

PAEZ, D.; SAN JUAN, C.; ROMO, I. y VERGARA, A. (1991). *Sida: imagen y prevención. Actitudes, representaciones sociales y prevención ante el sida*, Madrid: Fundamentos.

PARLAMENTO EUROPEO, (2002). *Informe sobre salud sexual y reproductiva, y los derechos en esta materia Final*. Bruselas: Comisión de derechos de la Mujer e igualdad de oportunidades.

PIEDRAHITA, M. (1993). *Periodismo Moderno*. Madrid: Paraninfo.

PIERRET, J. (1987). «La prensa francesa y el sida». En: *Tercer Seminario Taller de Investigación en Ciencias Sociales y Salud*. Buenos Aires: M. Educación y Justicia.

PITTS, M. y JACKSON, H. (1993). «No joking matter: formal and informal sources of information about AIDS in Zimbabwe», *AIDS-Educ-Prev*.

QUARANTELLI, E. L. (1989). «The social science study of disasters and mass communication». En: WALTERS, M. *et al.* (eds.), *Bad tidings: communication and catastrophe*. Filadelfia: Lawrence Erlbaum Associates.

QUINN, T.; GRAY, R.; SEWANKAMBO, N.; SERWADDA, D.; WABWIRE-MANGEN, F.; MEEHAN, M. y LOBATO, T. (2000).

«Therapeutic reductions of HIV viral Load to prevent HIV transmission: data from HIV discordant couples; Rakai, Uganda», *Int Conf.Aids.*, 13: TuPeC 3391.

REVUELTA, G. y col. «El Sida en los medios de comunicación. Análisis comparativo de El País, La Vanguardia y el New York Times en los 20 años de historia de la enfermedad (1981-2001)», *Quark*, 24.

ROGERS, R.W. (1983). «Cognitive and Physiological Processes in Fear Appeals and Attitude Change». En: CACIOPPO, F. I. y PETTY, R. E. (eds.). *Social Psychophysiology: A Sourcebook*, Nueva York: Guilford.

ROMAINS, J. (1991). *Knock o el triunfo de la Medicina*, Madrid: Bruño.

ROSENAU, L. (2007). «Public health and preventive medicine». McGraw.

SALLERAS SANMARTÍ, L. (1985). *Educación Sanitaria. Principios, métodos, aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.

SAN FELIU, P. (2002). «Las campañas publicitarias sobre sida y drogas», *Revista Española de drogodependencia*, 27(2): 488-513.

SANCHEZ BAYLE, M.; COLOMO GÓMEZ, C. y REPETO ZIBERMAN, C. (2005). *Globalización y salud*. Federación de Asociaciones para la defensa de la sanidad pública.

SCHUSKY, R. W. (1998). «Jonathan's Mattle», *Lancet*, 352 (9145): 202.

SHEVITZ, A. (1996). «The association between youth women and acquired immunodeficiency syndrome», *J. Acquir. Inmuned Syndr. Hum. Retrovirol*, 13: 427-433.

SIEGEL, K.; GRADSKY, P. y HERMAN, A. (1986). «AIDS risk reduction guideline: A review and analysis», *Journal of Community Health*.

- SMITH-AGREDA, V. (2006). *Comunicación personal*.
- SONTAG, S. (1989). *El sida y sus metáforas*. Barcelona: El Aleph.
- SOURNIA, J. C. (1987). «Medias et Sida», *Bull. Acad. Nat. Méd*, 178: 7134-7137.
- STIPP, H. y KERR, D. (1989). «Determinants of public opinion about AIDS», *Public Opinion Quarterly*, 53 (1), 98-106.
- STONEBURNER, R. y LOW-BEER, D. (2004). «Population level HIV declines and behavioural risk avoidance in Uganda», *Science*, 304: 714-718.
- STRAZZULA, J. (1993). *Le sida 1981-1995. Les débuts d'une pandémie*, París : La Documentation Française.
- TUFTE, T. (2006). «Sida, globalización y seguridad ontológica», *Comunicar. Revista científica de Comunicación y Educación*, 26.
- TUÑÓN SAN MARTIN, A. (1994). «El sida, como factor noticiable, en la construcción del acontecimiento cultural en cuatro diarios de calidad: El País, La Vanguardia, le Monde y The Times», *Anàlisi*, 16: 57-87.
- TUÑÓN SAN MARTÍN, A. (1994). *El sida, como factor notícial, en la construcción*. Madrid: Díaz de Santos.
- USIETO, R. (1991). «Estructura sociológica del sida. El proceso social de la enfermedad», *SESIDA*, 2.
- USIETO, R., (1987). *Sida, un problema de salud pública*. Madrid: Díaz de Santos
- VALTUEÑA, J. A. (1991). «Divulgar, vulgarizar, informar y educar», *Jano*, XLI.
- VAN DE PIERRE, P. (1985). «Female prostitute a risk groupe for infection with T-cells lymphotropic virus», *Lancet*, 2: 525-526.

VÁZQUEZ FDEZ., F. (1991). *Ética y deontología de la información*. Madrid: Paraninfo.

VELZEBOER, M. *et al.* (2003) *Violence against women: the health sector responds*. Washington, DC: OPS/OMS.

VIDAL-BENEYTO, J. (1981). *Diario de una ocasión perdida*. Barcelona: Kaidós.

VVAA (1997 – 2001). *Encuestas de demografía y de la salud*. Colombia, Nicaragua, Haití, México y Perú.

VVAA (2005). *Globalización y salud*. Madrid: Federación de Asociaciones para la defensa de la sanidad pública.

WARD, J. (2002). *If not now? Addressing Gender-based violence in refugee, internally displaced and post-conflict settings*, Washington, DC: Reproductive Health for Regugees.

WHITE, G. C. (1983). «Haemophilia, hepatitis and the acquired immunodeficiency syndrome», *Ann. Int. Med.*, 98: 403-404.

WHO (2004). *The world health report 2004-change history*, Geneva: World Health Organization.

ZIEGLER, J. (1988). *La victoria de los vencidos*, Barcelona: BSA.

ANEXOS

1.- Corpus

Palabra clave VIH / Sida

Titulares aparecidos en *El País* en una búsqueda efectuada desde el 1 de enero hasta el 31 de Diciembre de 2006

15/08/2006 «2000 activistas de 20 países piden acceso universal a los medicamentos»

26/12/2005 «Libia suspende la pena de muerte para las enfermeras búlgaras»

21/01/2006 «El Universo de Haring toma la Nau»

27/01/2006 «Kidman embajadora de la UNIFEM»

07/02/2006 «La mitad de la población ignora como se contagia la hepatitis C»

18/02/2006 «Un padre denuncia el traslado forzoso de colegio de su hijo por ser diabético»

25/02/2006 «Andorra niega el permiso de residencia a las personas con VIH»

25/02/2006 «Tres hospitales comenzarán en marzo a operar de sida de daños faciales»

13/03/2006 «China arresta a 23 personas con VIH para que no puedan pedir indemnización»

22/03/2006 «El sida no se coge en el autobús como la gripe»

28/03/2006 «240 presos con VIH en Sudáfrica inician una huelga de hambre por falta de fármacos»

30/03/2006 «Los expertos alertan del aumento de sida entre las mujeres»

01/04/2006 «Los seropositivos piden una mejora de las prestaciones sanitarias»

- 04/04/2006 «El 40% de los diagnósticos son tardíos»
- 06/04/2006 «El 36% de los diagnosticados en 2005 desconocía ser portador del VIH»
- 13/04/2006 «Tres de cada 10 presos en Briñas tienen el virus del sida»
- 14/04/2006 «El PP convierte el pleno del Senado en un monográfico sobre inmigración»
- 23/04/2006 «Libia reabre el caso de las enfermeras búlgaras que contagiaron el VIH»
- 29/04/2006 «Solo el 9% de las embarazadas del mundo con VIH reciben medicación»
- 07/05/2006 «Terapia de grupo para convivir con un huésped al que nadie invitó»
- 07/05/2006 «Los padres y el secreto»
- 19/05/2006 «Los retos pendientes»
- 03/06/2006 «Donación de Liz Taylor contra el sida»
- 06/06/2006 «Vitoria acogerá un encuentro sobre la historia de la pandemia»
- 08/06/2006 «Andorra impide donar sangre a los gays "por interés general"»
- 15/06/2006 «Cuatro horas de música en directo con el festival MTV Day 2006»
- 21/06/2006 «El misterio de la supervivencia»
- 28/06/2006 «Washington quiere hacer la prueba del sida a los mayores de 14 años»
- 11/07/2006 «Un estudio de la OMS afirma que la circuncisión ayuda a combatir el sida»
- 13/07/2006 «Enfermos fuera»
- 19/07/2006 «El uso de la píldora del día después se triplica en los últimos cinco años»
- 21/07/2006 «Los Gates donan 228 millones de euros a la investigación de vacunas para el VIH»

- 27/07/2006 «Colaboración de dos españoles»
- 12/08/2006 «Que hacer ante el VIH sida»
- 13/08/2006 «La cumbre de la mujer»
- 14/08/2006 «25.000 africanas ensayan geles vaginales contra el sida»
- 15/08/2006 «2.000 activistas en 20 países piden acceso universal a los medicamentos»
- 17/08/2006 «La combinación de fármacos es rentable»
- 17/08/2006 «El sida debe incluirse en la ayuda exterior»
- 18/08/2006 «Cada día se infectan de 1.800 niños de VIH»
- 18/08/2006 «Las organizaciones sanitarias abogan por la circuncisión contra el sida»
- 18/08/2006 «Fuertes críticas a los países ricos en el cierre de la conferencia sobre el sida en Toronto»
- 19/08/2006 «España es el segundo país de la UE por incidencia del virus»
- 19/08/2006 «sida, hora de cumplir»
- 20/08/2006 «La infancia, cara oculta del sida»
- 05/09/2006 «Generalitat y hospitales crearán un centro de investigación contra el sida»
- 11/09/2006 «sida, preservativo y moral católica»
- 18/09/2006 «Nace una asociación para ayudar a las familias de afectados de VIH»
- 22/09/2006 «EEUU quiere convertir la prueba del sida en un análisis rutinario para luchar contra la pandemia»
- 02/10/2006 «Los sanitarios valencianos sufren 2.500 accidentes al año con riesgo de contagio»
- 03/10/2006 «Cesáreas por encargo»
- 07/10/2006 «El estigma social del VIH»
- 10/10/2006 «Aumentan los casos de sida por transmisión sexual»
- 10/10/2006 «Facultades de Medicina: internacionales y marginales»
- 11/10/2006 «Madona adopta un niño de 13 meses en Malawi»

- 11/10/2006 «Un 5% de las tuberculosis no responde al tratamiento»
- 16/10/2006 «Los 20 minutos más largos»
- 21/10/2006 «Los objetivos del Milenio, aún más lejos»
- 21/10/2006 «La mejor inversión contra la pobreza es la educación»
- 22/10/2006 «El País lanza un sorteo diario cuyo beneficio se destinará a UNICEF»
- 02/11/2006 «El mayor estudio sobre sexo identifica a los occidentales como más promiscuos»
- 02/11/2006 «Críticas a EEUU por la presión contra el aborto»
- 05/11/2006 «La educación es el motor de transformación del mundo»
- 09/11/2006 «Sudáfrica aparta de la lucha antisida a la ministra de Sanidad, que recomendaba tomar ajo»
- 12/11/2006 «Aquí hay 300.000 huérfanos de sida»
- 14/11/2006 «El virus de Ébola amenaza a los gorilas africanos»
- 17/11/2006 «2.000 niños se infectan cada día en el mundo por sida»
- 21/11/2006 «La gente persigue a los que tienen VIH»
- 21/11/2006 «17 países tienen una esperanza de vida menor que en 1975»
- 21/11/2006 «La mortalidad de madres y bebés es ahora mayor que hace 15 años»
- 21/11/2006 «Atenderemos a 30.000 embarazadas al año y una de cada tres tiene el sida»
- 22/11/2006 «ONUSIDA critica el riesgo creciente entre los gays en España»
- 22/11/2006 «La situación de Europa es una catástrofe anunciada»
- 22/11/2006 «Las infecciones por VIH en el mundo han crecido un 10% en solo dos años»
- 23/11/2006 «Una nueva mirada al genoma revela una gran variación de interés médico»
- 25/11/2006 «El Día Mundial del sida llega a "La noche temática" y "Documentos TV"»

28/11/2006 «El 60% de los nuevos infectados por el VIH tiene más 35 años»

28/11/2006 «La OMS predice la globalización del patrón occidental de mortalidad»

30/11/2006 «Dos días con el lazo rojo»

30/11/2006 «La terapia con heroína mejora la salud de los toxicómanos el doble que con metadona»

01/12/2006 «Sanidad tratará las alteraciones en el rostro en el paciente de VIH»

01/12/2006 «Manifiesto leído el 1 de diciembre de 2006 por la COGAM en recuerdo de las víctimas del sida»

01/12/2006 «Hay que pensar en el sida los 365 días del año, no solo hoy»

01/12/2006 «35.000 personas viven con el sida sin saberlo»

01/12/2006 «El factor sobrehumano»

01/12/2006 «Cada día se infectan ocho personas por el VIH en España»

02/12/2006 «Respetar a los afectados. Usa preservativo. Hazte la prueba del sida»

05/12/2006 «Ponga su ordenador al servicio de la investigación mundial»

05/12/2006 «150 especialistas en tuberculosis alertan sobre el aumento de la enfermedad»

06/12/2006 «La interrupción del tratamiento con antirretrovirales acelera la propagación del sida»

14/12/2006 «Un estudio realizado en África confirma la eficacia de la circuncisión masculina para frenar el sida»

17/12/2006 «EEUU acelera el ensayo de un nuevo fármaco contra el VIH»

19/12/2006 «Un Estado Indio obligará a las parejas a pasar la prueba del sida antes de casarse»

20/12/2006 «Cinco enfermeras búlgaras, condenadas a muerte en Libia por contagiar el sida»

21/12/2006 «El defensor andaluz denuncia la deficiente asistencia a las personas que viven en la calle»

24/12/2006 «Hay niños que piden más que un abrazo»

20/12/2006 «Una inversora en biotecnología patrocina los estudios de dos científicos españoles»

Titulares aparecidos en *El Mundo* en una búsqueda efectuada desde el 1 de enero hasta el 31 de Diciembre de 2006:

02/01/2006 «Médicos Sin Fronteras redobla sus esfuerzos para asistir gratis a enfermos de sida»

02/02/2006 «Disminuyen por primera vez los casos de sida en Zimbabwe»

09/02/2006 «Un ensayo de la vacuna del sida llega a la fase crucial»

15/02/2006 «Intervida alerta de que los afectados de sida en Guatemala aumentaron un 13%»

16/02/2006 «Métodos para detectar el sida»

21/02/2006 «Encuentro digital con Juan Berenguer»

23/02/2006 «La Fundación Clinton formará a enfermeros en el cuidado de los seropositivos»

03/03/2006 «Sanidad habilita un teléfono gratuito para informar sobre sida»

08/03/2006 «África: el problema visto de otro modo»

20/03/2006 «El sida deja sin madre a nueve millones de niños africanos»

21/03/2006 «Cientos de españoles con sida sufren discriminación»

24/03/2006 «La progresión del sida»

05/04/2006 «Descienden un 11'5% los nuevos casos de sida en España en 2005»

- 07/04/2006 «Un informe contabiliza menos infectados por VIH de los que dice la ONU»
- 21/04/2006 «Póntelo. Pónselo»
- 05/05/2006 «Nueve millones de niños africanos pasarán este domingo sin madre como consecuencia del sida»
- 10/05/2006 «Encuentro digital con Eva Poveda»
- 25/05/2006 «La Plataforma sida y Desarrollo pide el acceso universal al tratamiento Feria del Libro»
- 01/06/2006 «España reclama una declaración "ambiciosa" en la lucha contra el sida»
- 01/06/2006 «La ONU admite el fracaso de la lucha contra el sida»
- 02/06/2006 «Casi 30 millones de casos en África»
- 02/06/2006 «Como compartir 18 años de vida con un agente llamado virus del sida»
- 22/06/2006 «Atender a los niños afectados por el sida es una "urgente necesidad"»
- 22/06/2006 «Shakira lucha contra el sida infantil»
- 26/07/2006 «Cayetana Guillén-Cuervo, embajadora de Ayuda en Acción contra el sida en Honduras»
- 28/07/2006 «Latinoamérica y el Caribe hacen frente al sida»
- 04/08/2006 «La terapia antisida cumple 10 años»
- 04/08/2006 «El sida viste de rojo a la revista médica "The Lancet"»
- 09/08/2006 «Gates ofrece 500 millones de dólares al Fondo Global contra el sida, la tuberculosis y la malaria»
- 11/08/2006 «Arranca bajo tutela de Bill Gates la Conferencia Mundial de sida»
- 14/08/2006 «Nuevas estrategias abordan con éxito el sida en África»
- 15/08/2006 «Si estas en Toronto tienes un blog»
- 16/08/2006 «Las mujeres, los niños y los usuarios de drogas, fuera del tratamiento contra el sida»
- 17/08/2006 «La eliminación del sida pasa por luchar contra la pobreza y la discriminación»

- 17/08/2006 «Un cuento de dos países»
- 17/08/2006 «Políticos, activistas y organismos internacionales reclaman mas dinero contra el sida»
- 17/08/2006 «La Hipótesis de Montaner»
- 18/08/2006 «Finaliza la Conferencia de sida con la llamada al compromiso político y el incremento de la inversión»
- 18/08/2006 «Salgado dice que España duplicará en 2007 su aportación a la lucha contra el sida»
- 20/08/2006 «Rusia atraviesa una etapa crucial en la lucha contra la epidemia de sida»
- 21/08/2006 «Paso a paso por el Congreso Mundial de sida 2006»
- 04/09/2006 «Federer apoya a los niños con sida»
- 07/09/2006 «En contra de la "Dra. Remolacha"»
- 27/09/2006 «El hambre es el principal enemigo de los enfermos de sida en Haití»
- 29/09/2006 «Miss Universo 2006 lanza junto a la ONU una campaña para concienciar sobre la detección del sida»
- 05/10/2006 «Cuatro de cada 10 diagnosticados de sida en España desconocían que tenían el sida»
- 11/10/2006 «Acción contra el Hambre presenta en Madrid la exposición "sida, la otra cara del hambre"»
- 13/10/2006 «Un instrumento para conocer mejor el perfil seropositivo español»
- 18/10/2006 «Críticas a la "la débil palabra" de los gobiernos en la lucha contra el sida»
- 25/10/2006 «Un voto contra el sida»
- 07/11/2006 «Pene enrojecido»
- 27/11/2006 «Una revisión alerta del freno al desarrollo por la epidemia de sida»
- 30/11/2006 «Los organismos internacionales reclaman más voluntad política y medios contra el sida»
- 30/11/2006 «España se moviliza contra el sida»

01/12/2006 «Encuentro digital con Lierni Irizar Lazplur»
01/12/2006 «El sida en primera persona»
01/12/2006 «Bush y el Vaticano se aferran a la abstinencia y la fidelidad contra el sida»
01/12/2006 «Unidos por la infancia. Unidos por el sida»
21/12/2006 «Pruebas de sida en Valencia»
03/06/2007 «La ONU destinará 20.000 millones a la lucha contra el sida en 2010»

Titulares aparecidos en el periódico *ABC* en una búsqueda efectuada desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2006:

10/02/2006 «Prostitución masculina en las Islas»
15/03/2006 «La mitad de los zamoranos cree que los besos y los mosquitos transmiten el sida»
26/03/2006 «Peter Piot: "El futuro de la pandemia de sida depende de líderes políticos"»
28/03/2006 «Expertos afectan del "rebrote" del sida en España por las conductas sexuales de riesgo»
31/03/2006 «Los infectados de sida piden operaciones gratuitas para las alteraciones físicas»
08/04/2006 «Relatos desde la pandemia»
08/04/2006 «Tres mil infecciones más por VIH en 2005»
09/04/2006 «Relatos desde la pandemia»
10/04/2006 «Relatos desde la pandemia»
07/05/2006 «La medicina y el reto de la pobreza»
21/05/2006 «Naciones Unidas advierte que se está perdiendo la batalla contra el VIH»
30/05/2006 «La ONU evalúa los logros en la lucha contra el sida, que afecta 40 millones de personas»
30/05/2006 «La ONU recuerda que el sida sigue afectando a casi 40 millones de personas»

- 05/06/2006 «La epidemia de sida cumple 25 años»
- 05/06/2006 «El sida: ¿Ganando la batalla pero perdiendo la guerra?»
- 06/06/2006 «Natalie Konan Bogni, Coordinadora del plan antisida en zonas rurales de Costa de Marfil: "Creo en los caminos del comportamiento para luchar contra el sida en África"»
- 06/06/2006 «Sida, una luz entre sombras»
- 12/07/2006 «La OMS concluye que la circuncisión puede ser un instrumento importante para combatir el sida»
- 20/07/2006 «Los Gates donan 287 millones para investigar una vacuna contra el sida»
- 10/08/2006 «La epidemia del sida continúa imparable entre las mujeres de América Latina»
- 10/08/2006 «Bill Gates dona 5.000 millones a la lucha contra el sida, la malaria y la tuberculosis»
- 13/08/2006 «La XVI Conferencia Internacional sobre SIDA reúne a 20.000 expertos en Toronto»
- 13/08/2006 «José María Gatell: "Del sida, solo nos falta la vacuna, y tardará en llegar"»
- 14/08/2006 «EEUU estudia hacer la prueba del sida a toda la población mayor de 14 años»
- 17/08/2006 «Los antirretrovirales reducen las muertes por sida en África a niveles europeos»
- 19/08/2006 «España duplicará su aportación en la lucha contra el sida con 78 millones de euros»
- 20/08/2006 «La infancia y el sida»
- 21/08/2006 «Feminización del sida»
- 29/08/2006 «El virus del sida se ensaña en las jóvenes de Sudáfrica»
- 23/09/2006 «El Gobierno de EEUU recomienda hacer la prueba del sida a todo el país»
- 07/11/2006 «Caballo de Troya contra el virus del sida»
- 07/11/2006 «Potencial por demostrar»

21/11/2006 «La OMS alerta que la cifra de infectados por VIH asciende ya a 39'5»

28/11/2006 « ¿De qué moriremos en 25 años?»

30/11/2006 «Las infecciones por VIH crecen en todo el mundo 25 años después del descubrimiento de los primeros casos de sida»

01/12/2006 «La epidemia de sida continúa su avance 25 años después de ser descubierta»

01/12/2006 «El preservativo fue símbolo de la jornada contra el sida en Europa y Asia»

01/12/2006 «35.000 españoles son VIH positivos y aún no lo saben»

02/12/2006 «El Banco Mundial acusa a los gobiernos de no tener prioridades claras para frenar el sida»

02/12/2006 «Los afectados de sida exigen al tripartito medidas para mejorar su calidad de vida»

02/12/2006 «Sanidad destinará un millón de euros a la lucha contra el sida, un 14% más que el año anterior»

02/12/2006 «Seis de cada diez infectados de sida por vía sexual pueden ignorarlo durante una década»

12/12/2006 «Tirupati: peregrinación al "santuario del sida y la prostitución"»

2.- Glosario de términos relacionados con el sida

A

Adenopatía. Término utilizado para designar el aumento de volumen de los ganglios linfáticos.

Alto riesgo (comportamiento de). Se designa así a los individuos con mayor riesgo de contraer una enfermedad. Por lo que se refiere al sida, las conductas de alto riesgo son las relaciones sexuales sin condón y el uso compartido de agujas y jeringuillas. Haber nacido de una madre infectada también constituye una situación de riesgo.

Anticuerpos. Sustancia segregada por los linfocitos B como reacción a la agresión del organismo por unas sustancias llamadas antígenos. Hay un anticuerpo específico para cada antígeno.

Antígeno. Sustancia extraña que penetra en un organismo y provoca una reacción que se traduce en la producción de proteínas específicas, dotadas de propiedades defensivas (los anticuerpos).

B

Bacteria. Microbio formado por una sola célula que se reproduce por escisión. Las bacterias son responsables de muchas enfermedades. Las bacterias pueden vivir de forma independiente, a diferencia de los virus que sólo pueden sobrevivir en el interior de una célula viva, a la que parasitan.

Bacteria oportunista. Es una bacteria que sólo provoca una enfermedad en el organismo cuando las defensas inmunitarias de éste son deficientes, como en el caso del sida.

Bisexual. La persona que tiene relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres. La relación bisexual del hombre es uno de los factores importantes de transmisión del virus del sida.

C

Cáncer. Tumor maligno provocado por el crecimiento anárquico de algunas células. El tumor canceroso tiene la capacidad de invadir los órganos vecinos y, sobre todo, de reproducirse a distancia, provocando metástasis. Las enfermedades que provocan un debilitamiento de los mecanismos de defensa inmunitaria favorecen la aparición de algunos cánceres, como en el caso del sida.

Candida albicans. Hongo responsable de afecciones dermatológicas locales triviales (en la lengua, piel, pliegue cutáneo). En los inmunodeprimidos, la candida albicans puede diseminarse por todo el organismo provocando manifestaciones pulmonares, digestivas y también septicemias. En este caso, se comporta como un microbio oportunista.

Candidiasis. Enfermedad provocada por la candida albicans.

Condón. Sinónimo de preservativo. Hoy es un excelente medio de prevención de enfermedades de transmisión sexual y del sida.

Cribaje. Conjunto de medidas aplicadas a objetos, tejidos u órganos de forma sistemática y obligatoria, que permiten eliminar del circuito de distribución las fuentes potenciales de infección.

E

Epidemiología. Estudio de las causas de la aparición, de la desaparición o de la propagación de las enfermedades.

Esperma. Líquido elaborado por las vesículas seminales y la próstata, que contiene los espermatozoides. El esperma puede

contener también células infectadas por el virus del sida (linfocitos macrófagos) y, por ello, puede transmitir la infección a los compañeros sexuales.

Etiología. Estudio de las causas de las enfermedades.

ETS. Abreviación de enfermedades de transmisión sexual. Son las enfermedades que se pueden contraer por contacto sexual. El sida es una enfermedad de transmisión sexual.

F

Factor VIII. Es un componente de la sangre necesario para asegurar una coagulación satisfactoria de la misma. Este factor falta en la hemofilia A.

G

Genia genética. Tecnología avanzada en medicina que consiste en transferir genes entre dos especies diferentes; la especie que recibe el gen empieza a fabricar las sustancias ordenadas por este gen, que normalmente no fabrica. Ejemplo: se pueden incorporar los genes responsables de la fabricación de la insulina en una bacteria del hombre, la cual empieza a fabricar insulina.

Glóbulos blancos. Células de la sangre responsables de la defensa del organismo contra los agentes y los microbios extraños.

H

Hemofilia. Enfermedad hereditaria que sólo afecta a los hombres pero que es transmitida por las mujeres. Se caracteriza por hemorragias importantes producidas por una coagulación insuficiente de la sangre. Este desorden en la coagulación se debe a la ausencia de un factor sanguíneo de la coagulación.

Hepatitis vírica. Inflamación del hígado causada por un virus que se transmite por vía digestiva, por vía sanguínea y por relaciones sexuales. En muy pocos casos, la hepatitis puede llevar a la destrucción completa del hígado y a la muerte.

Herpes. Erupción cutánea de origen vírico consistente en vesículas agrupadas. Afecta sobre todo a los labios y los órganos genitales. Esta enfermedad se distingue también por su carácter recurrente.

Homosexualidad. Inclinação sexual hacia individuos del mismo sexo. Hay homosexualidad ocasional y homosexualidad preferente o exclusiva.

I

Incubación. Periodo que separa la entrada de un microbio en el organismo de la fecha de aparición de los primeros síntomas de la enfermedad. En el caso del sida, el periodo de incubación es muy variable: de algunas semanas a varios meses, incluso años.

Infección. Diseminación de un microbio o de un organismo patógeno por el cuerpo.

Infección latente. Infección por un microbio que no presenta ningún signo clínico en el enfermo al que se llama portador sano. En el caso del sida, el término está mal escogido, puesto que sabemos que algunas de las personas infectadas por el virus del sida desarrollarán un día u otro la enfermedad. Hoy se prefiere hablar de portadores asintomáticos.

Infección oportunista. Infección provocada por un microbio habitualmente bien tolerado por el organismo que sólo se vuelve patógeno cuando las defensas del organismo se desmoronan. Las

manifestaciones más graves del sida son causadas por las infecciones de gérmenes oportunistas.

Inmunitario (sistema). Es el conjunto de medios de que dispone el individuo para defenderse contra los agentes exteriores, principalmente los microbios (virus, bacterias), los hongos y los parásitos.

Inmunodepresión. Disminución de los medios de defensa inmunitaria del organismo.

Interferón. Sustancia antivírica segregada en muy pequeña cantidad por una célula infectada por un virus. La utilización del interferón es una de las vías de investigación en el tratamiento del sida.

Interleucina. Sustancia segregada por algunas células de la sangre (macrófagos, algunos linfocitos) que tienen un efecto estimulante sobre la actividad de los linfocitos T. Su utilización es una de las vías en investigación en el tratamiento del sida.

K

Kaposi (sarcoma de). Es un tumor maligno caracterizado por la aparición, esencialmente en el hombre, de placas y nódulos rojizo-violáceos en la piel. Esta enfermedad ataca también a los órganos profundos.

L

Linfocitos. Glóbulos blancos especializados en la defensa inmunitaria. Se distinguen principalmente los linfocitos B y T. Los linfocitos B actúan por medio de sustancias que ellos mismos producen llamadas anticuerpos. Los linfocitos T actúan por contacto directo con el invasor. Los linfocitos T4 son los coordinadores, los directores de orquesta de las defensas inmunitarias. Estas células

estratégicas constituyen la diana del virus del sida. De este modo el virus paraliza las defensas inmunitarias antes de que éstas hayan tenido la oportunidad de organizarse.

Linfomas. Tumores malignos formados por tejidos linfáticos (ganglios, sobre todo, y otros órganos linfáticos).

O

Oportunistas (microbios). Microbios que viven en equilibrio en un organismo sano, pero que pueden causar enfermedades cuando las defensas del organismo se debilitan. Se aprovechan, pues, de la oportunidad que éste les ofrece para atacarlo.

P

Portadores sanos. Se designa así a las personas que llevan un microbio (bacterias, virus u otros gérmenes) sin presentar signos de enfermedad y, en cambio, pueden ser fuente de contagio.

Prueba serológica o de detección. Examen de la sangre que permite detectar la presencia de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana.

R

Relación oral-genital. Estimulación del sexo del hombre o de la mujer por medio de la boca.

Retrovirus. Virus cuyo material genético está formado por ARN, pero que se transcribe en la célula en ADN gracias a una enzima específica, la transcriptasa inversa. El virus del sida, VIH o HIV es un retrovirus.

S

Sarcoma. Tumor maligno que se desarrolla a expensas de un tejido conjuntivo (tejido de sostén de los órganos).

Seropositivo. Una persona cuya prueba de detección de anticuerpos contra el virus del sida es positiva. Esta persona ha estado en contacto con el virus del sida y debe ser considerada como potencialmente contagiosa a través de su sangre y de sus relaciones sexuales. Cuando la prueba no detecta anticuerpos, la persona se dice seronegativa.

Sida. Iniciales de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, enfermedad grave provocada por un virus llamado VIH que destruye las defensas inmunitarias del organismo y lo convierte en objeto de infecciones graves y de algunos cánceres.

Síndrome. Asociación de síntomas y de signos que pueden presentarse como denominador común a algunas enfermedades. Ejemplo: el síndrome de inmunodeficiencia constituye lo esencial del sida, pero puede encontrarse en diferentes cuadros como en enfermedades congénitas (inmunodeficiencia congénita), tumorales (leucemia) o medicamentosas (tratamiento inmunodepresor de injertos).

T

Transcriptasa inversa. Es una enzima que permite a los retrovirus transformar el ARN en ADN a fin de que puedan instalarse en el núcleo de la célula infectada y formar parte del patrimonio genético de esta célula.

V

Virus. Agente infeccioso (microbio) responsable de numerosas enfermedades en todos los seres vivos. Son partículas extremadamente pequeñas (sólo pueden verse con un microscopio electrónico), y que, a diferencia de las bacterias, sólo pueden mantenerse y multiplicarse parasitando una célula viva.

3.- Relación de siglas

ADN (o **DNA**). Abreviatura de ácido desoxirribonucleico. Es una molécula gigante que contiene la información genética y hereditaria.

AIDS. Es la forma inglesa de la palabra sida. Acrónimo de *Acquired Immune Deficiency Syndrome*.

ARN. Ácido Ribonucleico. Transmite a las células la información genética contenida en el ADN. Todo el material genético del virus VIH, responsable del sida, está formado por una molécula de ARN.

ARV.- Antirretroviral.

CDC.- Centros de Control y Prevención de Enfermedades (Centres for Disease Control), parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU situado en Atlanta (Georgia).

ELISA.- Abreviatura inglesa de *Enzyme Linked Immunosorbent Assay*. Método clásico para detectar la presencia de anticuerpos en la sangre. Técnica simple y rápida y de bajo costo que constituye la base de la prueba serológica del sida. La prueba ELISA es fiable, pero no al 100%, por lo que todo resultado positivo debe ser comprobado y controlado por otro método de confirmación.

HAART.- Terapia Antirretroviral Altamente Activa.

ITS.- Infecciones de transmisión sexual; también conocidas como ETS o enfermedades de transmisión sexual.

NEPAD.- Nueva asociación para el desarrollo de África.

OMS.- Organización Mundial de la Salud.

ONUSIDA.- Programa de sida de la Naciones Unidas.

OPS.- Organización Panamericana de Salud, dependiente de la OMS.

PEPFAR.- (*President Emergency Plan For Aids Relief*) Plan de emergencia del Presidente para la ayuda al sida.

SIDA.- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

TB.- Tuberculosis.

UNFRA.- Fondo población de la Naciones Unidas.

UNICEF.- Agencia de las Naciones Unidas para la defensa de los derechos del niño.

VIH/SIDA.- Virus de la inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia humana.

* Algunas por sus siglas en inglés.

FIGURA 1.1 25 años de SIDA


