

Pandemia del SIDA en los 90.

Ana Mazzadi y Diego Tomás Araujo Poumé.

Cita:

Ana Mazzadi y Diego Tomás Araujo Poumé (Noviembre, 2021).
Pandemia del SIDA en los 90. XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/araujo.tomas/2>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pGwx/VnW>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Análisis social de la pandemia del sida en África, Europa y Estados Unidos.

Primer cuatrimestre 2021



Ana Mazzadi

Camila Garbarino

Diego Tomás Araujo Poumé

1. Introducción

El presente trabajo se dedica a analizar la pandemia del SIDA comparando sus efectos en la población en tres lugares geográficos cualitativamente diferentes: África, Estados Unidos y Europa. Dicho análisis histórico se circunscribe principalmente a las décadas transcurridas a partir de 2000, haciendo mención también al primer período de advenimiento de la enfermedad a partir de 1981. A su vez, aprovechando las grandes diferencias que presentan estos lugares, pondremos foco en tres aristas que resultarán una buena medida de análisis: una económica, teniendo en cuenta datos como el nivel de pobreza, necesidad y situación económica de cada país; una política, considerando políticas públicas que se hayan tomado por los distintos gobiernos y finalmente una relativa al orden social, haciendo foco en los distintos grupos sociales y de poder que han sido protagonistas tanto en el rumbo de esta enfermedad, como en la concepción que se tiene de ella. Teniendo en cuenta, a su vez, que estos tres aspectos están fuertemente ligados entre sí.

Utilizaremos como metodología en esta monografía correlacional-explicativa, el análisis de fuentes secundarias de diversos autores que se han dedicado a analizar el desarrollo e impacto del SIDA en el mundo.

La pregunta de investigación que nos rige es: ¿Qué factores sociales, económicos y políticos influyeron en el desarrollo del SIDA, en Estados Unidos, África y Europa? Y como principales temas a analizar nos enfocaremos en las distintas posturas tomadas por instituciones políticas, tales como la Iglesia o los medios de comunicación, como también la repercusión que ha tenido el VIH en los diferentes grupos sociales.

Para concluir, esperamos generar un panorama donde se vislumbren las distintas concepciones, repercusiones y marcos de actuación que se efectuaron en las zonas estudiadas y de esta manera, con el apoyo de determinados marcos teóricos, explicar cómo es que se ha desarrollado el HIV.

2. Marco Teórico

Un concepto clave que usaremos para pensar la pandemia del sida y el eje sobre el que girará este trabajo, es el concepto de vulnerabilidad. Utilizaremos la definición usada por el *World Council of Churches (1999)*, en donde se define a la vulnerabilidad como estar expuesto a un peligro o un ataque, carecer de protección. En términos de VIH, SIDA, la vulnerabilidad significa que las personas poseen un control escaso o nulo sobre su riesgo de adquirir la infección por el VIH, o bien –en el caso de las personas que ya han sufrido la infección por el VIH– tienen una capacidad escasa o nula de acceso a los medios asistenciales y de asesoramiento apropiados. Esta vulnerabilidad puede ser producida por numerosos factores y esperamos desarrollar algunos de ellos relacionados al ámbito social, económico o político.

Otro de los principales conceptos del que nos valemos en el presente trabajo es el concepto de “biopolítica”, término utilizado por Michel Foucault para identificar “una forma de ejercer el poder no sobre los territorios, sino sobre la vida de los individuos y las poblaciones”. Este término fue acuñado por primera vez en unas conferencias dadas por el autor en Brasil, en el año 1974. Este concepto, que resulta básico para el análisis de la influencia que tienen las relaciones de poder en la influencia de la vida de las personas, nos ayudará a entender de qué formas los grupos de influencia, tales como los denominados “antivacunas” o la Iglesia, entre otros que desarrollaremos, contribuyeron a la concepción del VIH/ SIDA.

También, la teoría de la desviación social de Becker va a permitirnos analizar el modo en que los sistemas de control social imponen parámetros de comportamientos que terminan marginalizando a distintos grupos que son afectados directamente por la enfermedad del SIDA.

Todo ésto a partir de la lectura del libro "Outsiders, hacia una sociología de la desviación" publicada en 2009 por Becker.

Esperamos así, utilizando estos conceptos como herramientas, tener un enfoque sobre esta pandemia no desde un punto de vista tradicional y en donde se siguen fomentando las desigualdades creadas al ver a la pandemia como un asunto del ámbito de lo privado y comportamental entre individuos; sino entendiendo que ésta además de haber provocado crisis mundiales en la salud pública y sanitaria de los países, también ha desatado debates políticos y éticos, por lo que es fundamental plantear este problema como uno social y que requiere de una perspectiva crítica más amplia.

3. Desarrollo

3.1. ¿Qué es el SIDA?

Este síndrome fue por primera vez reconocido como tal en 1982 bajo la nomenclatura AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) o SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), más el SIDA no es sólo una enfermedad que afecta al sistema inmunológico humano, sino que afecta a nivel cultural a las personas que lo padecen, quienes son víctimas del estigma y la discriminación al relacionarse el contagio con los diferentes estilos de vida y prácticas de riesgo. Ha sido considerada en el siglo XXI como una de las pandemias más devastadoras del siglo XX. Desde el inicio de los años '80 se estima que 78 millones de personas han sido infectadas por el virus y 39 millones han muerto a causa del sida o enfermedades relacionadas. Actualmente hay 36,9 millones de casos en el mundo, según ONUSIDA. Además, las estadísticas sugieren que mueren 1,2 millones de personas por VIH al año.

2.2. Estados Unidos

En este país el recorrido de la enfermedad pasó por diversas etapas. En un primer momento, con la oficialización de la enfermedad como epidemia, se categorizaron a los grupos de riesgo como las "Cuatro H": drogadictos que se traspasaban la enfermedad por medio de jeringas usadas, personas homosexuales y bisexuales, hemofílicos, transfundidos y haitianos. Estos fueron fuertemente discriminados y desamparados a nivel social y científico. Ya con los avances respecto a la enfermedad, se cambió esta denominación por "prácticas de riesgo" lo que dotó de un mayor rigor científico a la enfermedad y permitió entender que ésta no era solo un "fantasma infeccioso" que se presentaba ante un grupo cerrado y determinado. Como señala Silvia Giménez Rodríguez en *Sociología de las controversias científicas: SIDA, un debate silenciado*, "el estigma genera rechazo y éste marginación, siendo muy difícil, desde una situación de marginación, hacerse eco de las medidas preventivas y de tratamiento".

Ahora bien, ¿cuál fue el recorrido de esta enfermedad en una potencia como Estados Unidos? Este país sirvió como el marco científico y social por medio del cual otros países, en gran medida, imitaban las medidas adoptadas (y a su vez dependían de éstas). Como veremos en el apartado referente a África, las ayudas económicas tardías que se brindaron al continente fueron uno de los factores que acrecentaron el alcance poblacional del SIDA.

Centrándonos en el marco político-económico, la industria farmacéutica cumplió un rol central en la prevención de la extensión de la enfermedad. Un rol que estuvo limitado por intereses económicos. Esta industria genera enormes beneficios en Estados Unidos a costa de la implantación de patentes y procesos de fabricación que limitan el acceso a tratamientos antivirales para luchar contra el SIDA.

El tratado de la OMC sobre los Aspectos de Derecho de la Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), estableció normas para hacer respetar los monopolios de los productos para patentes y procesos de fabricación. Estas prohibiciones permitieron que multinacionales farmacéuticas obtuvieran enormes beneficios a costa de países pobres que no podían hacerse de los tratamientos efectivos para la lucha contra el SIDA y, a su vez, propiciaron que esta enfermedad se propagara aún más.

Las farmacéuticas son un grupo de presión que pesa muy fuerte en la política estadounidense, siendo fundamentales inclusive en la financiación de partidos políticos determinados, como sucedió en 2002 cuando al partido republicano estadounidense se le “donaron” más de treinta mil millones de dólares de parte de Lilly Bristol, Myers, Squibb, Pfizer y GlaxoSmithKline para hacer frente a la bajada del precio de medicamentos dispensados con receta que se planteaba llevar a cabo.

A nivel sociopolítico, y para luchar en gran parte frente a estas grandes empresas, se crearon diversas organizaciones que buscaban fundamentalmente la prevención de la enfermedad. No habiendo una “cura” definitiva para el SIDA, diversos organismos como el ONUSIDA destacan la necesidad fundamental de tener presentes las diversas medidas de prevención para no contraer la enfermedad. El uso de preservativos y la concientización sobre la salud sexual son uno de los pilares bajo los cuales se ciernen las campañas contra el SIDA. Este organismo se encargó de elaborar cuadros comparativos sobre distintos países y las medidas de actuación que éstos tomaban para la prevención de la enfermedad y afirman que “el estigma y la discriminación, la falta de acceso a los servicios y las leyes opresivas solo pueden hacer que empeore” (Cejudo Cortés, 2017).

¿Cuándo es que el SIDA comienza a tomar mayor relevancia a nivel político? Justamente, y en palabras de A.J. Baker (1986) “el público, la Administración y los medios de comunicación no hicieron del sida un problema social hasta que este no trascendió a toda la sociedad”. Fueron diversos los grupos que se alinearon para luchar contra la estigmatización y por la visibilización del SIDA. En el caso particular estadounidense, una figura que adquirió importancia para concientizar la lucha contra el SIDA fue el cantante Freddy Mercury, así como diversos grupos de personas homosexuales. En el 2000, activistas y grupos de la sociedad civil que eran portadores del VIH se reunieron para protestar contra el elevado costo de los tratamientos y los fármacos para tratar la enfermedad, estos movimientos activistas fueron de gran importancia porque permitieron, a nivel mundial, generar un foco de presión y disminuir el precio de los fármacos antirretrovirales genéricos a unos 350 dólares americanos anuales por persona.

Los medios de comunicación estadounidenses, en particular el *New York Times*, fueron fundamentales para la visibilización del VIH. Según nos cuentan Gemma Revuelta, Núria Pérez, Elisa Almeida França y Vladimir de Semir, en su estudio *El sida en los medios de comunicación* (2002), el portal periodístico estadounidense fue de gran influencia en los periódicos internacionales. Los autores recalcan la importancia de los medios de comunicación en la actuación para no estigmatizar enfermedades como el SIDA. Aunque el NYT no hizo alusión al VIH hasta recién entrado el año 1983, a partir de allí fue uno de los portales con mayores publicaciones sobre el tema.

En una fase inicial, se habló fundamentalmente del origen del virus como tal, sus principales portadores (o “grupos de riesgo”) y medidas, más que nada paliativas, para hacer frente a la enfermedad. Pero ya a partir de 1989 en adelante, es cuando se da una segunda etapa, más fructífera y enriquecedora en términos de concientización, cuando se comienzan a utilizar los términos “prácticas de riesgo” y no “grupos de riesgo”. En este artículo se declara que a partir del año 2001 es cuando se comienza la fase más “humana”, se constata un mayor activismo por hacer frente a la desigualdad de oportunidades en torno al abastecimiento de tratamientos efectivos entre los países de menos recursos y los del “primer mundo”. El *New York Times* sigue siendo hasta la fecha uno de los portales que más ha dado a conocer sobre el SIDA, gracias a ello también se tiene

constancia de la participación activa en la sociedad por y para el reconocimiento de prácticas de prevención contra el SIDA y, aún más fundamental, para la no estigmatización contra dicha enfermedad.

Como dijimos anteriormente, uno de los principales “grupos de riesgo” que fueron anexados como los causantes del SIDA fueron los homosexuales. El Departamento de Defensa estadounidense, por ejemplo, obligaba al personal militar a someterse a la prueba de detección de anticuerpos del VIH y retiraba de los puestos de responsabilidad a aquellos que daban positivo, alegando que el virus mermaba las aptitudes mentales, cosa que carecía de rigurosidad científica (Cejudo Cortés, 2017). En esta sección del apartado, queremos hacer hincapié en las repercusiones culturales y sociales del SIDA.

Siguiendo a Sontag en su libro *El SIDA y sus metáforas*, las enfermedades, una vez surgidas, se revisten de una serie de metáforas que acompañan su curso. Entender que el SIDA está cubierto de metáforas nos permite dar cuenta de cómo están también son un foco al cual “atacar” porque dificultan el margen de actuación sociopolítico, ligando, por ejemplo, al VIH a un grupo reducido de personas que, normalmente, son tomados como “marginados.” La autora nos previene con una frase contundente: “las enfermedades más aterradoras son las que parecen no solo letales sino deshumanizadoras”. Metáforas como “lo extranjero”, la enfermedad como un mal traído de afuera, exacerbaban un carácter cuasi racial del SIDA, así se forja la imagen de esta enfermedad como un mal proveniente del “continente negro” revitalizando estereotipos de animalidad, de los negros y las licencias sexuales. Porque si bien el VIH puede contraerse, por ejemplo, mediante transfusiones de sangre, su principal vía de transmisión es la sexual, dándole otra metáfora más a la enfermedad como una perversión sexual. Es así que quien transita la enfermedad se culpa, se cuestiona así mismo y queda “al descubierto” como persona de un “grupo de riesgo” particular. En palabras de Sontag “la enfermedad hace brotar una identidad que podría haber permanecido oculta [...], también confirma una identidad determinada y, dentro del grupo de riesgo norteamericano más seriamente tocado al principio, el de los varones homosexuales” (fuente: Sontag, *El SIDA y sus metáforas*). La autora cuando publicó “*El SIDA y sus metáforas*” evidenció la fuerza de éstas, pues en Estados Unidos se consolidaba la idea de que el SIDA era solo una enfermedad que afectaba a un grupo selecto de personas y, en este caso, los heterosexuales estaban exentos. Este tipo de metáforas fueron fuertemente impartidas por diversos grupos de creyentes que culpaban a los homosexuales por la aparición y la propagación del sida, siendo esta enfermedad un “castigo de Dios” hacia ellos (creencias que incluso hoy día siguen siendo populares en ciertas minorías de creyentes cristianos y musulmanes). Aún peor, la representación social del enfermo de sida en este país en un inicio era el estereotipo de un perverso sexual. Pero el SIDA no distingue entre sexos, edades, orientaciones sexuales ni situación social o económica.

A su vez, la metáfora de la enfermedad como un mal extranjero está anclada con el estereotipo clasista de asociarla a las personas más desfavorecidas y de bajo nivel socioeconómico.

Entender al SIDA bajo todas estas aristas nos permite pensar qué acciones tomar, ya no solo desde el ámbito económico, sino político y social. Los efectos de la estigmatización de los pacientes los pone una situación de re-victimización: ya no sólo sufren de una enfermedad, sino también de la discriminación propia por ser parte de ese “grupo de riesgo”. En *Sociología de las controversias científicas*, la autora recopila una serie de entrevistas a personas con SIDA y comenta cómo la enfermedad no sólo los vulnera a nivel físico, sino también social. Mantener relaciones sexo-afectivas con otros e inclusive buscar trabajo, se vuelve una misión ardua y difícil. Es inclusive en nuestra actualidad, específicamente en Argentina, que se siguen detectando situaciones que vulneran la privacidad de las personas portadoras de VIH. Hace no poco tiempo, y en vistas de la vacunación por la epidemia de COVID-19, se les exigía a las personas con SIDA que firmen una documentación con antelación a recibir la vacuna, constatando que tenían SIDA.

Diversas organizaciones ayudan a que esto no siga sucediendo, reiteramos que la manera para que se efectúen cambios en el tratamiento para la lucha contra el SIDA es una tarea político-social, por eso la importancia de los medios de comunicación que deben brindar información fidedigna y científica para ayudar a mermar las estigmatizaciones en torno a esta enfermedad. Para enfatizar esto en palabras de Carmen M. Aránzazu Cejudo Cortés, “Todas estas elucubraciones no aportan ningún avance para la prevención y la erradicación de la enfermedad y, en definitiva, solamente perjudican su imagen. Las teorías de conspiraciones entre continentes y las metáforas de un mal que se difunde a nivel global ha magnificado la representación social negativa del sida que poseen innumerables personas, aunque sea cierto que, lamentablemente, su carácter de pandemia se haya convertido en una realidad. Sin embargo, verla como una atrocidad que castiga, ya no solo a nivel individual sino colectivo –como lo hiciera la peste– sigue siendo perjudicial y constituye un freno a la investigación y la normalización del virus”.

3.3. Europa

La propagación del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el continente europeo, está fundamentalmente explicado por los estigmas y las discriminaciones. Estas, bloquean los esfuerzos para controlar la epidemia mundial y crean un clima ideal para su expansión. Lo vemos claramente cuando analizamos los grandes focos de contagio del VIH en esta región, que se dan a partir de: el uso de drogas intravenosas, relaciones sexuales e inmigración.

Es sensato y correcto afirmar que la población etaria que se ve más afectada por los puntos recién descritos es la de la juventud y, por tanto, es importante también, hacer un análisis de las maneras en que la sociedad se relaciona con estas generaciones. Es a partir de este análisis moral de las acciones reales, que resulta útil usar la obra de Howard Becker *Outsiders* publicada en 2009, en donde analiza el personaje del “outsider”, que nosotros podemos decir que es el que se constituye como fuera de las normas que son “correctas”, y a las cuales se les atribuye todo tipo de estigmas; un marginal. (Becker, 2009)

En relación al uso de drogas intravenosas, podemos comentar que es un fenómeno relativamente nuevo en estos países y es que el consumo de drogas intravenosas se ha instalado en medio de bruscos cambios sociales, ampliando las desigualdades y la consolidación de las redes internacionales de tráfico de drogas en la región europea.

Es a principios de los años 70 que se registra un incremento del consumo de heroína por vía inyectada en Europa, la cual se extendió rápidamente entre finales de los 70' y los 80', dejando de ser un problema individual para convertirse en un problema de la comunidad en general y de salud pública en particular. La aparición del VIH a inicios de los 80' encontró en el consumo de heroína por vía inyectada una forma extremadamente rápida y eficaz de propagarse, convirtiendo a los usuarios de drogas por vía intravenosa (UDIs) en el grupo más afectado por este virus. (Resumen Mundial de la Epidemia de VIH, Naciones Unidas 2003)

En esta línea observamos, por ejemplo, que en la Federación de Rusia, el 80% de los casos de VIH debidos al consumo de drogas intravenosas se produce en personas que aún no han cumplido los 30 años, en contraste con la situación de Europa occidental y donde sólo el 30% de los casos notificados son de personas menores de 29 años de edad. En general, se estima que el 25% de los consumidores de drogas en toda Europa oriental tiene menos de 20 años. El uso de material de inyección no estéril, a menudo se comparte, sigue siendo la norma. (Resumen Mundial de la Epidemia de VIH, Naciones Unidas 2003). Este tema dejó de ser un problema individual para convertirse en un problema de la comunidad en general y de salud pública en particular. Aquí nos parece importante traer como referencia la actitud de las políticas de Holanda en referencia a las drogas en general y a las intravenosas en particular.

La política holandesa está orientada a la prevención del consumo de drogas y a la reducción de los riesgos individuales y generales que llevan aparejados las drogas. En este marco, se ofrece ayuda a los adictos a las drogas en la desintoxicación y en la mejora de su situación física, psíquica y social. Dado que los consumidores de drogas no tienen por qué temer una persecución criminal ni antecedentes penales exclusivamente por el consumo de drogas (quedando así estigmatizados), les resulta más fácil hacer uso de esta ayuda (Ministerio holandés de Asuntos Exteriores, 2008). La aproximación del gobierno Holandés en términos morales es realmente pragmática y comprometida para con sus ciudadanos que se encuentran en un estado de adicción y de marginalidad. El caso probablemente más paradigmático y como respuesta a la rápida expansión del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas, es el surgimiento de "las políticas de reducción de daños".

Los programas de reducción de daños y riesgos en relación al uso de drogas proponen una alternativa pragmática en medidas socio-sanitarias para aquellas personas que no quieren o no pueden dejar la droga pero sí quieren dejar de estar excluidos socialmente por su condición de toxicómanos (Ministerio Holandés de Asuntos Exteriores, 2008). Para muchas personas la abstinencia total no es una opción viable a corto plazo, por lo que otras opciones son necesarias posibilitando, por ejemplo, un uso menos frecuente y/o más seguro de la vía inyectada, un consumo más seguro para el usuario en particular y la comunidad en general. Por lo tanto, las intervenciones de reducción de daños no sólo se apoyan en el conocimiento científico y la vigilancia en salud, sino en el sentido común y los derechos humanos. Los programas de jeringuillas son parte de este programa de reducción de daños, puesto que se dirigen a la población UDI (Usuarios -Drogas-Intravenosas) en consumo activo, para minimizar el riesgo de contagio de virus transmisibles por sangre, asociados al uso compartido de material de inyección infectado. (Romero Vallecillos, Oviedo-Joekes, Mache Cerdá, Markez Alonso, 2005)

El segundo punto sobre las relaciones sexuales es muy importante ya que la mayoría de los consumidores de drogas son jóvenes sexualmente activos, gran parte de las nuevas infecciones ocurren a través de la transmisión sexual, a menudo cuando los consumidores de drogas o sus parejas, infectados por el VIH, tienen relaciones sexuales sin protección (Resumen Mundial de la Epidemia de VIH, Naciones Unidas 2003).

También debería prestarse especial atención a sus parejas sexuales, predominantemente de sexo femenino, a los varones que tienen relaciones sexuales con varones y a toda la gente que hace del sexo su profesión. Estas epidemias, pueden apaciguarse fuertemente si las iniciativas de prevención se dirigen a los que están más afectados actualmente —los consumidores de drogas intravenosas y los profesionales del sexo— y se apoyan con un trabajo de prevención entre los jóvenes (Romero Vallecillos, Oviedo-Joekes, Mache Cerdá, Markez Alonso, 2005).

Hasta aquí ya podemos concluir que la dualidad médica entre enfermo y sano limita nuestra visión y al enfoque estadístico usado en políticas de salud pública. Según Becker aceptar el juicio de que algo es desviado, sitúa su origen en el interior del individuo, impidiendo de esa manera que podamos analizar ese juicio mismo como parte crucial del fenómeno (Becker, 2009). Con la perspectiva de este autor estaríamos deliberadamente posicionando a los UDI y a la sexualidad como desviados, es decir, al establecer las normas cuya infracción se constituye una desviación y al aplicar esas normas a personas en particular y etiquetarlas como marginales o *outsiders* (Becker, 2009). Desde este punto de vista, la desviación no es una cualidad del acto que la persona comete, sino una consecuencia de la aplicación de reglas y sanciones sobre el "infractor" a manos de terceros. Es desviado quien ha sido exitosamente etiquetado como tal, por eso es necesario prestar atención a los distintos discursos que se dan en la sociedad, ya sea sobre la sexualidad, drogas o inmigración, y de esta manera evitar que se nos impregne la idea de buscar nuestra identidad en estos discursos.

Pero a esto también nos falta agregar el tercer punto, pero no menos importante que los otros dos, que es el de la inmigración. La presencia del sida en Europa puede explicarse también por los procesos migratorios de africanos hacia el continente.

En esta línea es que el equipo de científicos de la "*European Society for Translational Antiviral Research*" trazó las rutas de propagación que experimentó el virus del VIH en todo el mundo después de que éste llegara a los Estados Unidos a principios de los 70 (Debora Alvarez del Arco, 2007). El estudio en términos generales apunta a que la expansión del subtipo B del VIH-1, (la cepa del virus más abundante en Europa, Australia y América) refleja los acontecimientos geopolíticos de la segunda mitad del siglo XX. De los resultados del estudio se desprende que factores como el comercio internacional, el turismo o los movimientos migratorios tienen un papel relevante en la dispersión del VIH a nivel internacional (Debora Alvarez del Arco, 2007).

La migración se ve fundamentalmente impulsada por inestabilidades económicas y políticas y es por esto que los migrantes tienen un mayor riesgo de contraer muchas enfermedades, incluida la infección por el VIH. Esto se puede atribuir a comportamientos individuales, factores estructurales y desigualdades sociales que aumentan las vulnerabilidades de las poblaciones migrantes a través del acceso limitado a la prevención, las pruebas y la atención del VIH (Resumen Mundial de la Epidemia de VIH, Naciones Unidas, 2003).

En la actualidad el tema de la migración en Europa ocupa mucho protagonismo, y a nuestro parecer es el ejemplo perfecto del marginal del que habla Becker. Es más, el término que él implementa se traduce al español literalmente como forastero (outsider). Esto no es casualidad, los discursos hegemónicos de la población europea están asociados a marginalizar a estos grupos, ya sea acusándolos de criminales, o de ladrones de la cultura etc. Este tipo de actitudes no hacen más que agravar un problema de salud general que afecta al total de la población mundial, por tanto es lógico cuestionar los intereses de los grandes medios de comunicación y políticos que sostienen discursos xenófobos, racistas, y estigmatizantes.

Las epidemias "no entienden de fronteras". Por tanto, si queremos acabar con el sida también necesitaremos actuar a escala global, especialmente en los países de renta baja donde viven la mayoría de personas infectadas por el VIH y donde actualmente se están transmitiendo virus resistentes a fármacos (Debora Alvarez del Arco, 2007).

El estigma y la discriminación bloquean los esfuerzos para controlar la epidemia mundial y crean un clima ideal para su expansión. Estos dos factores unidos constituyen uno de los mayores obstáculos para prevenir nuevas infecciones, prestar la atención, apoyo y tratamiento adecuados, y mitigar el impacto de la epidemia. Estas socavan la prevención al hacer que las personas tengan miedo de descubrir si están infectadas o no lo están, y las desalientan de adoptar medidas de prevención (*Resumen Mundial de la Epidemia de VIH*). Al asociar el VIH/ SIDA con los grupos de individuos percibidos como "marginales", las personas conciben la ilusión de que en su caso no están expuestas al riesgo de infectarse, cuando la realidad es una posibilidad para todos por igual. El miedo a la discriminación impide que las personas soliciten tratamiento para el SIDA. Es posible también que se las disuade de utilizar los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, un elemento esencial en los programas de prevención, tratamiento y atención. Así pues, las personas que viven con el VIH pueden quedarse aisladas y sin la atención y el apoyo que podrían reducir el impacto de la epidemia. Es fundamental que existan Estados presentes y activos en materia de legislaciones sobre la sexualidad, las drogas, y la inmigración. Pero fundamentalmente no girar la mirada hacia aquellos que mediante discursos maliciosos y con el anclaje en instituciones que detentan el poder, desinforman y etiquetan como marginales a los más vulnerables, porque esto solo genera un agravamiento de la situación.

3.4. África

El desarrollo del SIDA tiene en los países de África un importante foco de contagio desde los inicios de la enfermedad, y sigue siendo, en este continente, principalmente en el área subsahariana, uno de los principales problemas de salud pública y causa de muerte. Para poder tomar dimensión de esta situación, basta con leer los informes de las organizaciones líderes en la lucha contra el VIH, que estiman que, en el 2007, más del 67% de las personas que vivían con VIH y el 72% de las muertes por esta enfermedad, a nivel mundial, son de esta área (UNAIDS, 2008). La enfermedad se propagó cada vez más por toda la sociedad africana hasta llegar a cifras verdaderamente alarmantes; por ejemplo, países como Botswana, Lesotho o Sudáfrica resaltan en las cifras de prevalencia del virus con más del 20% de infectados, siendo la región meridional del continente africano la zona con el más alto porcentaje de infectados por el VIH/SIDA (Añuez, 2012). Es por esto que, para hacer un desarrollo completo de la pandemia del SIDA, resulta esencial entender qué mecanismos funcionan en estos países africanos.

Todo parece indicar que el SIDA empezó a finales de los años setenta y principios de los ochenta en África, se cree que por ritos vudús que se hacían en zonas rurales, en donde se transmitieron a humanos enfermedades de los monos. A pesar de algunas teorías alternativas, las evidencias disponibles apoyan del todo la hipótesis del origen zoonótico del VIH, en la cual la hipótesis principal es que los primates característicos de la región africana son aquellos que transmitieron VIS (virus de inmunodeficiencia de simios) que después mutó y pasó al humano como el virus hoy conocido como VIH (Córdoba, Ponce de León, Vladespino, 2009). Éste no es un dato únicamente historiográfico, sino que sirve para analizar el desarrollo del prejuicio que ha tenido la enfermedad en las personas africanas desde los inicios (comentado en el primer apartado sobre Estados Unidos) ya que sufrieron una gran discriminación por parte de la comunidad científica internacional, que los acusó de haber originado la enfermedad pero poniendo en cuestión el mito del africano hipersexualizado, lo que creó un gran resentimiento en el continente (Mann, 1987). Esto implicó que desde un principio los gobiernos africanos se vuelvan renuentes a informar nuevos casos por el estigma que eso implicaba, además del hecho de que África no contaba con equipos de diagnóstico y facilidades para ejecutar las pruebas, lo que generó trabas en el correcto procedimiento para detener rápidamente la enfermedad. Este problema del “dedo acusatorio” siempre ha rodeado a la enfermedad, ya que desde un inicio se adjudicó la enfermedad a prácticas homosexuales (“enfermedad rosa”) o se relacionó a aquellos que contrajeron el virus a la droga o la prostitución. En el caso africano, el estigma que acompaña a la enfermedad les impide reconocerse como portadores del virus y el tema sigue siendo tabú; por lo que aquellos afectados no se preocupan en buscar información sobre pruebas diagnósticas, métodos de prevención o posibles tratamientos, lo que dificulta mucho una posible prevención. Además, al asociarse la enfermedad con la homosexualidad, que es ilegal en 33 países de África, muchos no se animan a pedir ayuda en el tratamiento ya que las penas van desde 8 años de cárcel hasta pena de muerte (01/12/2020 La vanguardia).

La grave situación de esta enfermedad en el continente se debe a varios factores, derivados del grado de vulnerabilidad que presenta el continente, ya sea económica, social o política y que deriva en un aumento de la propagación del virus, así como la poca capacidad de las autoridades de emplear medidas para frenar esta pandemia. Entre los factores económicos, podemos ver cómo la pobreza, el acceso limitado a los servicios básicos, el aumento de movimientos migratorios y las crisis económicas y alimentarias, entre otros, crean condiciones que favorecen la propagación de la infección afectando fundamentalmente a jóvenes sexualmente activos que se encuentran en las edades más productivas de sus vidas. La investigadora Stillwaggon (2001) destaca el hecho de que entre 1970 y 1997, África subsahariana fue la única región de todo el mundo que presentó una disminución en la producción de alimentos, en el aporte calórico y en el aporte proteico por persona.

La deficiencia nutricional compromete al sistema inmunitario de las personas y los hace más propensos a contraer enfermedades parasitarias que actúan como cofactores para la transmisión de VIH. La migración de mano de obra constituye una de las principales variables en la grave situación sanitaria del continente, ya que contribuye en mayor medida a la rápida propagación de la epidemia de VIH/SIDA en Sudáfrica. Ésta es producto de la pobreza enraizada en la población y está potenciada por el aspecto colonial del continente. La economía de tipo colonial introducida en los países del sur y el este de África durante la época de la colonización, ha provocado que los europeos creen islotes de desarrollo económico en las zonas tropicales del continente, debido al excelente clima de los países del este y el sur de África, además de la riqueza de sus tierras y de la abundancia de numerosos minerales (oro y diamantes entre ellos) y de otros recursos. La mano de obra que emigra está constituida por personas que se desplazan desde los contextos rurales, empobrecidos y atrasados, hacia los urbanos, que tienen un gran desarrollo económico. Dadas las economías de supervivencia y la pobreza rampante, características de muchos países de África subsahariana, que generan la escasez de oportunidades laborales y los ínfimos ingresos económicos en las áreas rurales muchas cabezas de familia (principalmente hombres jóvenes, aunque también mujeres y mineros) se ven forzados a emigrar hacia las áreas urbanas con objeto de encontrar un empleo. Esta situación geopolítica y económica ha generado un proceso migratorio que genera un ambiente propicio para la reproducción de la enfermedad ya que dificulta que las familias se mantengan unidas, mientras que las mujeres se ven obligadas muchas veces a recurrir a trabajos sexuales para su mantención y la de su familia. La mezcla a gran escala de personas procedentes de distintas áreas geográficas también facilitó la propagación de diversas enfermedades de unas áreas a otras, especialmente de las enfermedades de transmisión sexual (Loforte, 2007). Las pobres condiciones económicas de África dan lugar a una falta de infraestructura y recursos para el correspondiente tratamiento de la enfermedad, lo que deriva en una gran tasa de muerte. En la mayoría de los países africanos, los conflictos armados y la falta de recursos suponen un obstáculo para los gobiernos, que no pueden ofrecer una atención médica de calidad. Por eso la mayoría de afectados por el virus no tienen acceso al tratamiento o lo inician demasiado tarde para contener la enfermedad. La mayoría de las personas en África no pueden permitirse los fármacos más avanzados para tratar la enfermedad al no tener los recursos económicos suficientes, por eso el principal método para combatir el sida es la prevención (01/12/2020, La vanguardia). Esto último es producto también de otro concepto heredado del colonialismo: el tratamiento de la enfermedad ya desarrollada en vez del despliegamiento de medidas preventivas.

Con respecto a los aspectos sociales, uno de los más destacables y transversales que observamos que influyen en la pandemia es el aspecto de género, ya que es notorio cómo la enfermedad aparece más en mujeres. En África subsahariana, más de tres cuartas partes de los jóvenes con VIH/sida son mujeres, y en promedio éstas son tres veces más vulnerables que sus compañeros varones (HEGOA, 2006). En los distintos estudios realizados a este respecto se ha demostrado que la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH está estrechamente relacionada con las desigualdades de género, con la dependencia económica, política y social, así como con los factores culturales (Loforte, 2007). Las mujeres y niñas tienen por general un bajo nivel económico, muchas veces debido a las diferencias entre los roles asignados, así como también su escaso acceso a la educación y a la formación. Esta situación muchas veces las lleva a tener que acudir a la prostitución como ingreso económico, ya que no tienen la oportunidad de formarse para tener mejores oportunidades laborales que limiten su exposición al virus. Otro desencadenante de esta situación de inferioridad social está relacionada con la mayor vulnerabilidad fisiológica de las mujeres al contagio heterosexual; uno de los elementos más importantes en ese sentido es la violencia sexual y física que se ejerce en contra de las mujeres (Declaux, 2003). Por último,

podemos mencionar una consecuencia de esta situación y un gran agravante de la situación africana, que es la del traspaso de la enfermedad que se genera durante el parto, en donde la madre portadora del virus se lo transmite a su hijo, resultando en una mayor mortalidad y en un mayor número de huérfanos. Se estima que en el 2005 el 38% de las mujeres embarazadas eran portadoras del virus. El manifiesto de la plataforma SIDA y Desarrollo expresa que "las mujeres y las niñas son una vez más la población más perjudicada. Las desigualdades por razón de sexo, la violencia sexual, el acceso limitado a servicios de salud sexual y reproductiva, algunas normas sociales y culturales, unido a la mayor vulnerabilidad biológica a la infección respecto a los hombres, agudizan la feminización de la enfermedad" (HEGOA, 2006).

Como mencionamos previamente, un factor social determinante es también el concepto que se tiene de la enfermedad en la población africana misma, que es renuente a considerarla y tratarla. Un estigma se adjunta a la admisión de la infección por VIH y al uso de condones, y muchos otros niegan que el VIH cause sida. Thabo Mbeki, ex presidente de Sudáfrica, y Robert Mugabe, presidente de Zimbabue, han sugerido que el sida surge de la pobreza en lugar de la infección por VIH. Es común que muchos líderes africanos le quiten importancia a la enfermedad, así como el carácter secundario que se le dio a los programas de prevención y alerta a la población en general sobre los riesgos del SIDA (Loforte, 2007) lo que ha repercutido gravemente en el poco cuidado de la población. Finalmente, muchos mitos van en contra del uso de condones, tal como las ideas de que una conspiración quiere limitar el crecimiento de la población africana y que los condones ahogan el poder tradicional del hombre en su comunidad.

Al considerar el aspecto político, también se puede identificar cómo la inestabilidad de los países africanos ha tenido consecuencias en el desarrollo de la enfermedad. Esto se debe principalmente a que en los casos en los que la inestabilidad política es habitual, donde las poblaciones no tienen un estado firme que los proteja, los hace más vulnerables frente a las pobres condiciones económicas que ya existen de base. Además, la violencia sexual se convierte sistemáticamente en un elemento de persecución de las mujeres. Las mujeres que viven en campos de refugiados carecen habitualmente de los elementos más básicos de asistencia sanitaria reproductiva al tiempo que se enfrentan a embarazos no deseados, abortos inseguros y otros riesgos como las enfermedades de transmisión sexual (Loforte, 2007). Los campos de refugiados, la falta de políticas públicas y de salud, así como la negación por parte de los líderes políticos sobre la gravedad de la situación sanitaria africana han sido factores que han incidido enormemente en la propagación del virus. Finalmente, consideraremos las distintas políticas y medidas que han tomado los gobiernos nacionales de los países africanos y también la comunidad internacional, mediante organizaciones y fundaciones; que se vieron en la necesidad de tomar medidas de manera colectiva y coordinada, ya que además de los efectos perniciosos contra la población que estaba teniendo la pandemia, la propia naturaleza de debilidad de los Estados africanos para afrontar el reto individualmente los motivó a involucrarse. Otra motivación era que el impacto del VIH/SIDA en esos países también estaba dejando una profunda huella de crisis en la productividad, el desarrollo y las cifras macroeconómicas (Casabona, 2001). Es fundamental tener en cuenta que las políticas de ayuda se han visto muchas veces obstaculizadas por la corrupción de las agencias donantes y agencias de gobiernos, donantes extranjeros no coordinados con los gobiernos nacionales y recursos equivocados.

El descubrimiento del Sida en África Central estimuló una serie de proyectos de investigación que involucran equipos nacionales e internacionales en decenas de países africanos, tales como Kenia, Uganda, Tanzania, etcétera. Se han involucrado organismos internacionales de gran importancia como la ONU (ONUSIDA), el Banco Mundial y el SADC (Comunidad de Desarrollo de África) mediante programas y objetivos que conduzcan a una mejor prevención y tratamiento. A pesar de que hoy en día las estadísticas son esperanzadoras ya que se ven signos de estabilidad

de los contagios, se está lejos de conseguir los objetivos determinados y un descenso significativo de los contagios. La infección en la región subsahariana en África sigue siendo la más alta del mundo.

5. Conclusiones finales

Para finalizar este trabajo, queremos enfatizar la importancia de considerar de manera específica la protección y educación de grupos vulnerables y marginalizados en el contexto de la epidemia del SIDA. Principalmente las mujeres, los niños, las personas en extrema pobreza, así como los inmigrantes y las personas con problemas de drogadicción son aquellas víctimas más susceptibles. La situación de vulnerabilidad en la que se encuentran estas personas potencian los efectos que tiene la enfermedad, así como los expone a contagiarse el virus más fácilmente. Por esto creemos que es fundamental que la respuesta que se dé desde los distintos organismos involucrados sea estructural y se avoque a solucionar estos problemas sociales, políticos y económicos que son la raíz del problema, más allá de las posibles medidas que se puedan dar una vez en el tratamiento.

Creemos que una de las claves para poder mejorar la situación de las personas es la promoción de la educación. No sólo ésta va a ofrecer oportunidades a las personas en situación de pobreza y a las mujeres para que puedan salir de la situación de vulnerabilidad en la que están, sino también la educación sexual va a cumplir un rol fundamental al poder informar acerca del peligro que supone el uso de drogas intravenosas y mantener relaciones sexuales sin protección. Además, queremos enfatizar la importancia de políticas destinadas especialmente a las mujeres en general- sobre todo aquellas con menores recursos y en zonas rurales-, que son transversalmente, en todas las culturas, aquellas más expuestas a los abusos sexuales y a la prostitución, grandes factores de contagio. En lo que se refiere a las mujeres, la educación significa a menudo independencia económica y posibilidad de elegir libremente entre las distintas oportunidades laborales, que limitan su exposición al VIH/sida. Por otro lado, dada la vulnerabilidad de los huérfanos frente al abuso sexual, especialmente de las niñas, son necesarios todos los esfuerzos para garantizar su custodia con objeto de reducir su riesgo de infección por el VIH.

Es esencial la cooperación de los distintos organismos y países para trabajar en una medida conjunta. El virus del VIH nos recuerda, que hace falta tomar una perspectiva global para poder siquiera comenzar a pensar el problema porque cuando se trata de epidemias, de crisis internacionales, se exigen respuestas coordinadas en el orden sanitario y económico, encaminadas a la cooperación y la solidaridad global. Las estrategias de los gobiernos deben compaginar y conjugar los esfuerzos de los Estados por salvar vidas como prioridad y dando el debate sobre la prevención de enfermedades sexuales, tan poco atractivo para gobiernos conservadores y otras representaciones tradicionales de poder. En el caso de África puntualmente, se ha demostrado la necesidad de incorporar las diferentes idiosincrasias en los programas que se han aplicado en la zona. Es esencial que se tengan en cuenta las distintas prácticas sociales y culturales a la hora de encontrar respuestas a la pandemia.

La necesidad de aplicar adecuadamente una terapia preventiva y el uso de la terapia antirretroviral debe seguir siendo una prioridad para los gobiernos. Los progresos en esta materia han posibilitado la reducción de transmisión de la madre al niño durante el embarazo, el parto o la lactancia. Aun cuando el incremento del gasto por los gobiernos y agentes internacionales se ha hecho latente, todavía las carencias en la gestión, la infraestructura y alcance de los sistemas de salud- sobre todo en las zonas rurales— están presentes. Por eso, la capacitación del personal sanitario, la formación de agentes de salud y el fortalecimiento de servicios de salud deben seguir siendo considerados fundamentales por los gobiernos para un mejor logro en el combate del

VIH/SIDA.

Finalmente, queremos dar constancia de que en la actualidad, se están dando grandes avances en la búsqueda por una vacuna contra el VIH/SIDA. Este proceso que ya se ha comenzado a efectuar mediante la inyección del adenovirus 26 (modificado genéticamente para que tenga proteínas del VIH) que el cuerpo sintetiza y favorece el desarrollo de inmunidad. Actualmente se está realizando el ensayo clínico para constatar su eficacia. La vacuna recibió el nombre de "Mosaico" y está siendo probada en numerosos países.

5. Bibliografía

[Fechas de consulta: primer cuatrimestre del 2021]

- Añuez, M. R. (2012). El VIH/SIDA en África Austral: situación, acciones y retos. *Tla-Melaua. Revista de Ciencias Sociales*, 6(33). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4548451>
- Córdova, V., Ponce de León, R. S., & Valdespino, J. (25). años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos. *Mexico2009*. <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/SIDA25axos-26mar.pdf>. Disponible en: https://xipe.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/100722_cp43.pdf#page=124
- Cejudo Cortés, C. M. A. *Del estigma al lazo rojo. Evolución socioeducativa de la imagen pública del VIH/SIDA*. España, Octaedro, 2017
- Casabona, J. (2001). Evolución de la epidemia de la infección por el VIH en el siglo XXI. *Medicina integral: Medicina preventiva y asistencial en atención primaria de la salud*.
- Debora Alvarez del Arco. (2007). *High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries*. Disponible en: https://www.medicosdelmundo.org/sites/default/files/high_levels_of_postmigration_hiv_acquisition_within_nine_european_countries.pdf
- Howard Becker. (2009). *Outsider, hacia una sociología de la desviación*. Siglo 21. Disponible en: <https://saltonverde.com/wp-content/uploads/2017/09/08-Outsider.pdf>
- (10/01/2018) History of Vaccines. Sitio web: <https://www.historyofvaccines.org/es/contenido/articulos/historia-de-los-movimientos-en-contra-de-la-vacunaci%C3%B3n>
- Loforte, A. M. 2007. Desigualdades y valores en salud reproductiva. La Vulnerabilidad de Las mujeres en un contexto de feminización de la sida. *MUJER, SIDA Y ACCESO A LA SALUD EN ÁFRICA SUBSAHARIANA*, 28. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Joan-Muela-Ribera/publication/258223306_MUJER_SIDA_Y_ACCESO_A_LA_SALUD_EN_AFRICA_SUBSAHARIANA/links/004635276c37c2df7a000000/MUJER-SIDA-Y-ACCESO-A-LA-SALUD-EN-AFRICA-SUBSAHARIANA.pdf#page=45
- Ministerio holandés de Asuntos Exteriores.(2008)..*La política holandesa sobre drogas*. Disponible en: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/holanda.pdf
- Mann, J. M. El Sida en África. *Ciencias*, (011). Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/cns/article/viewFile/10955/10281>
- Pérez, N., y Vladimir, E. A., & Revuelta, G. *El sida en los medios de comunicación: análisis comparativo El País, La Vanguardia y The New York Times en los 20 años de historia de la enfermedad (1981-2001)*. Quark, 2002. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-evolucion-epidemia-infeccion-por-el-13013908>
- Sontag, S., *La enfermedad y sus metáforas. El SIDA y sus metáforas*. Buenos Aires, Taurus, 2003.

-Rodríguez, S. G. (2008). *Sociología de las controversias científicas: SIDA, un debate silenciado* (Doctoral dissertation, Universidad Pontificia de Salamanca).

-(22/06/21) Jano.es. Sitio web: <https://www.jano.es/noticia-la-religion-arma-doble-filo-3591>

-2008 Report on the global AIDS epidemic. UNAIDS. Disponible en:

https://web.archive.org/web/20100929053449/http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp

-Romero Vallecillos, Manuel, & Oviedo- Joeques, Eugenia, & Mach Cerda, Joan Carles, & Markez Alonso, Iñaki (2005). *Programas de jeringuillas. Adicciones*. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122022012>

-SIDA Staff Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el V. I. H.(2003). *Resumen Mundial de la Epidemia de VIH SIDA Diciembre de 2003*. Disponible en: <http://libgen.lc/ads.php?md5=4780A484C2EDDAB5B7F2C5D337126313>