

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Sida:
una pandemia con múltiples historias

Cecilia Cortalezzi

1997

" Desde el punto de vista planetario
es la humanidad la que se encuentra seropositiva "

Declaración de Derechos Fundamentales de la
persona que vive con el VIH. Montreal, 1988.

" El VIH-Sida ataca el cuerpo. Los prejuicios atacan el espíritu. El
primero es causado por un virus. Los segundos por la ignorancia.
Ambos matan."

La mujer y el VIH-Sida.

M. Berer y S. Ray Londres, 1993.

" Es una enfermedad nueva que ha creado muchos mitos , que tiene que
ver con el sexo , con las drogas , con la sangre , que concentra
todas las cosas que se ven como mágicas , misteriosas , que siempre
son tabú..... De todos modos , para mí lo único que tiene de nuevo
el Sida es el virus del VIH que lo produce. Porque todo lo otro ya
estaba. El Sida pone de manifiesto lo que siempre sucedió , lo que
ya existía , desde el sexo y las drogas hasta la salud pública
absolutamente deteriorada en éstos países... Todo estaba tapado
¿Sabés que es el Sida ? Un gran descubridor."

Roberto Jauregui

(tomado de Biagini y Sánchez Actores sociales y Sida).

INDICE

I- INTRODUCCION

II- MARCO REFERENCIAL

III- SIDA: UNA ENFERMEDAD CON MULTIPLES HISTORIAS

IV- TRABAJO SOCIAL Y SIDA

V- CONCLUSIONES

VI- BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

En los albores de los ochenta el mundo se vió enfrentado a una nueva enfermedad denominada Sida. Desde ese momento hasta la fecha el número de personas contaminadas ha ido en aumento. Es por esto que dada la magnitud de las cifras y su extensión se habla de pandemia.

El Sida constituye una enfermedad con múltiples efectos. La magnitud de las cifras objetivan una amenaza a la fuerza laboral y los recursos comunitarios para alimentación, vivienda, educación, asistencia y previsión social que se extiende más allá de los enfermos y los infectados.

Como toda crisis poblacional implica un riesgo para los derechos de los individuos y la comunidad en la formación de familias, su acceso al trabajo, la educación y la atención médica, su dignidad, su igualdad ante la ley. Plantea nuevos desafíos para la humanidad. Deja al descubierto la injusticia social existente y las carencias del sistema económico, político, social mundial. El Sida ha removido y puesto en el tapete grandes temas tales como la sexualidad, la prostitución, las toxicomanías, la muerte, el aborto, las ETS, la adolescencia, los derechos humanos, la ética, la educación, la relación materno-infantil, la discriminación entre otros. Si bien ninguno de éstos temas constituye competencia exclusiva del Sida lo novedoso y propio que esta patología plantea, se refiere a la compleja interacción e interrelación intrincada de dichos tópicos. Sin lugar a dudas el Sida es mucho más que la circunstancia biológica de la infección por un virus denominado VIH.

Desencadenó, además, una carrera entre laboratorios donde más dinero se invierte en esfuerzo y recursos humanos en investigación biológica en el mundo.

Es la primera vez en la historia que cuando se está ingresando a la sexualidad adulta una generación tiene que manejar el placer, asociado a las posibilidades de enfermedad y muerte, con la inseguridad y desconfianza y con las valoraciones morales.

La sociedad uruguaya no ha escapado a esta enfermedad como reflejo de una situación que se da a nivel mundial y que también se ha visto sacudida por el Sida, dejando en claro carencias en cuanto a legislación, salud, economía, además de generar actitudes de desconfianza y miedo al otro en una sociedad con fuertes valores tradicionales (valores como la familia, pareja fiel, etc).

Cabe señalar que "La historia del Sida está jalonada por anuncios ruidosos o terroríficos, controversias científicas, debates apasionados. Es necesario retener determinadas fechas importantes que reflejan las largas y minuciosas investigaciones llevadas a cabo tanto en Francia como en los Estados Unidos de Norteamérica, y que condujeron al conocimiento de la enfermedad y el descubrimiento del virus".¹

La falta de sistematización respecto de este punto es uno de los impulsos que han llevado a recopilar el origen del SIDA. El porque de las explicaciones que la sociedad ha ido encontrando para cada momento histórico y como han influido en ella, constituyen el eje fundamental de este trabajo.

¹F. Cassuto, A. Pesce, F. Quaranta - "SIDA como se manifiesta, como prevenirlo, como tratarlo". Ed. Paidós pag.11

MARCO
REFERENCIAL

APROXIMACION CONCEPTUAL DEL BINOMIO SALUD ENFERMEDAD

En las Ciencias Sociales hay acuerdo en concebir el proceso de salud enfermedad como un fenómeno social e históricamente determinado.

La salud y la enfermedad se encuentran entre los fenómenos más antiguos de la sociedad humana y a pesar de que el significado dado al fenómeno de la enfermedad ha variado entre las diferentes culturas, su importancia social es el resultado de un factor común a todas ellas: la amenaza que representa para el ser humano y su sociedad.

La salud-enfermedad, como proceso social, si bien se expresa en nuestra biología individual, se origina y distribuye en la realidad social de ese hombre con otros, que nace, lucha, crece, goza, se socializa, enferma y muere.

El estado de salud-enfermedad es el resultado dinámico, variable y permanente, individual y colectivo, de todas las influencias y determinantes ambientales, genéticos y sociales que se originan en las sociedades en que vivimos y nos socializamos, influencias y determinantes que alteran nuestra ecología social y producen el trastorno que llamamos enfermedad o en el caso contrario, la salud. La salud-enfermedad es el producto final de todas las determinantes ambientales, económicas y sociales que están en contacto con la población y el individuo." La salud-enfermedad es el producto de las relaciones sociales".²

Sin negar la existencia de los fenómenos biológicos inscriptos en el nivel del cuerpo individual, señala Biagini y Sánchez³ las

² Jorge Venegas "Análisis Científico de la Salud Enfermedad en las sociedades modernas" Bol. II N Vol. 59 (Jul./Dic. 1985) N° 224 pág. 4

³ Biagini y Sánchez "Actores Sociales y SIDA" Ed Spacio Bs. As. 1995 pág. 17

concepciones que una sociedad hace de sus enfermos y que estos interiorizan y nutren a su vez, orientan, organizan y legitiman sus relaciones sociales, y, en cierto sentido, producen la realidad de la enfermedad.

En cada sociedad y en cada momento histórico, la enfermedad, recibe un contenido y un sentido a través de instituciones específicas.

Como Foucault ⁴ lo ha demostrado, en cada época una enfermedad domina la realidad de la existencia y estructura las concepciones colectivas. Dada la inestabilidad social que caracteriza al hombre, su tendencia a habitualizar sus actos le permite la construcción de un orden social mediante la institucionalización de los mismos, pautas que se dan luego como dicen Berger y Luckmann ⁵ legitimados por mecanismos de control social empleables contra quienes se desvían de lo "correcto".

En el mismo sentido Laura Chacón ⁶ dice "el Sida ha resucitado en el siglo XX, la conceptualización de la enfermedad como castigo. Esta nueva enfermedad replantea el régimen de prohibiciones sexuales en el circuito del goce humano. El Sida afecta el sistema inmunológico, sistema que representa la frontera entre el sí mismo y el otro, entre lo sano y lo enfermo, entre lo sucio y lo limpio". Ante la prohibición y condena hacia algunas prácticas sexuales, el cuerpo se torna un emblema de transgresión, en la transgresión se encuentra el castigo.

La significación social remite entonces no a la causa biológica, sino al sentido del padecimiento desde la propia perspectiva del actor y

⁴ Claudia Guimare "El rol del Estado Uruguayo visto a través de su diagnóstico respecto del SIDA" Fac. de Ciencias Sociales Mdeo. 1996 pág. 6

⁵ Ibidem

⁶ Revista de Ciencias Sociales Nº 58 UC de Costa Rica "Aspectos Sociales del SIDA" 1992 pág. 31

de quienes lo rodean, así como de la sociedad que le impone una línea de demarcación.

Los estados de salud-enfermedad no son estados biológicos opuestos estáticamente, entre los dos existe una gradación reversible que permite, al poder identificarlo, evitar la enfermedad y mejorar la salud. Esta dinámica entre salud-enfermedad se prolonga para toda la vida y permite la promoción de la salud y la prevención.

Autores como Mario Testa⁷ plantean que " el concepto de salud en cuanto fenómeno social, debe ser analizado como totalidad adquiriendo un esfuerzo de conceptualización global que incluyen todas las dimensiones posibles que lo determinan".

El concepto de historicidad propone que lo social se construye a lo largo del tiempo, por lo tanto, los fenómenos sociales solo pueden ser entendidos como productos de un proceso histórico.

Rojas Soriano⁸ aporta elementos tales como que "la salud y la enfermedad son hechos naturales, que se encuentran condicionados socio-historicamente, es decir, por situaciones presentes en alguna sociedad historicamente determinada, cuyas características esenciales están dadas por la forma en que y como se produce", es decir en el modo de producción determinante.

Al respecto Ferrara⁹ dice que "la salud presupone un enfrentamiento a los conflictos, un buscar modificar la realidad del hombre y su capacidad de superarlos"; así concebida es un valor, una utopía, un proceso social que implica : democratización, participación,

⁷ Taller de Salud MIP 1 Fac. de Ciencias Sociales Mdeo. 1996 pág. 8
Prof. Coord. Cristina Rovira

⁸ Ibidem

⁹ Ibidem

autogestión. Por lo tanto se otorga una concepción multicausal que pone énfasis en las potencialidades, capacidad de amar, crear, razonar. Weinstein¹⁰ dice que "la salud" implica "vida" y la define como "un conjunto de capacidades biopsicosociales de un individuo o colectivo. La salud es un todo estructural.

IV- SIDA: UNA ENFERMEDAD CON MULTIPLES HISTORIAS.

IV.1- ¿QUE ES EL SIDA?

La primera definición de Sida fué establecida en 1982 por los Centros de Control de Enfermedades (CDC) de los EEUU y luego por la OMS como "aparición de enfermedades que permite predecir al menos moderadamente la existencia de un defecto en la inmunidad celular y que se manifiesta en una persona sin que medie causa conocida que justifique esa disminución de la resistencia ante las enfermedades".¹¹ La Doctora Margarita Serra (Directora del Plan Nacional de Sida en Uruguay) ha profundizado más el concepto y lo define como "la infección producida por un virus que tiene como blanco las células inmunorreguladoras que en su forma más evolucionada Sida, se manifiesta clínicamente por la aparición de infecciones oportunistas y/o tumores de características poco comunes, en personas que no presentan otra causa previa conocida de inmunosupresión."¹²

Autores como Marcel Mauss¹³ lo han definido como un "fenómeno social total" que interpela todo el conjunto de la esfera social pública y

¹⁰ Taller de Salud MIP 1 Op. cit. pág. 8

¹¹ Edery David "Psicopatología del SIDA: aspectos psicosociales" Ed. Eppal Mdeo. 1992 pág. 27

¹² M. Serra, Vidal, Basso "Información Básica" Ed. Plan Nac. de SIDA pág. 4

¹³ Claudia Hiller Artículo "Conviviendo con el SIDA" Mdeo. 27/07/1997 Diario "La República" pág. 6

privada. Las modalidades de atención en salud, los medios de comunicación social, el sistema de educación formal, entre otros, así como las pautas más íntimas de convivencia social se ven cuestionadas por una enfermedad que pone de cara a la sexualidad, el relacionamiento con el otro, la pareja, o los hijos en el propio seno de la familia. Al decir de la Soc. María Luz Osimani¹⁴ "es una enfermedad que atañe comportamientos, valores y concepciones tan íntimas como la sexualidad, la pareja y la muerte".

Fenómenos como las relaciones tempranas, los embarazos no deseados, las múltiples parejas, las distintas opciones sexuales no son fenómenos generados por el VIH, pero la pandemia tuvo el efecto de iluminar la compleja y múltiple trama de la vida afectiva y sexual de los hombres y mujeres en cada sociedad en este tiempo.

El VIH pertenece a la familia de los retrovirus. Está compuesto por ácido ribonucleico y la enzima Transcriptasa reversa, la cual es imprescindible para la replicación viral.

El principal efecto patógeno del virus es destruir el subgrupo de glóbulos blancos denominados linfocitos T4 que tienen una enorme importancia en el mantenimiento de las defensas inmunes del organismo y la inmunidad celular.

Durante toda esta primera etapa de la infección se establece una lucha entre el VIH y las defensas inmunitarias de la que sale vencedor el primero.

En el momento de la infección y en los días sucesivos la mayoría de los sujetos no presentan síntomas de enfermedad. Alrededor de un tercio

¹⁴ M.L. Osimani "Todos contra uno la batalla antisida en el Uruguay" Tomo I "La República" Mdeo. 1993
pág. 46

de los infectados presentan entre los 10 y 40 días sintomatología que puede ser malestar general, anorexia, fiebre, mialgias, erupción cutánea, entre otros, que pueden asimilarse a un cuadro gripal. Todos éstos síntomas son autolimitados y retroceden habitualmente en 15 a 20 días. Este período asintomático dura varios años.

La pérdida de la capacidad defensiva se produce paulatinamente. En el inicio solo puede detectarse a través de exámenes especializados o cuando el deterioro inmune llega a un nivel crítico y comienzan a desarrollarse una serie de infecciones oportunistas y tumores poco frecuentes que permiten catalogar a esta etapa como Sida. Dentro de las infecciones oportunistas se pueden destacar: infección por el hongo *Candida albicans*, el herpes simple y zoster, parasitosis intestinales, neumonía por *pneumocystis carinii*, lesiones por el hongo *criptococo neoformans*, bacilo tuberculoso, salmonelosis, sarcoma de kaposi.

Si bien la etapa del Sida es la más conocida es también la más corta en la evolución de la infección.

Una característica de este virus es su gran variabilidad genética. Se han identificado y aislado variantes más agresivas que otras del VIH 1. Una persona se puede infectar o re infectar con ella.

Existen dos tipos de VIH: VIH 1 y 2. Estos virus son serológicamente diferentes y tienen una distribución geográfica distinta. El primero es el responsable de la mayor parte de los casos de Sida en América Latina, Caribe, Africa, Asia, Europa y EEUU. El segundo en la Costa Oeste de Africa. Ambos causan el Sida y ambos actúan de igual forma sobre las células T4 y macrófagos, pero el VIH 2 tendría un período de incubación mayor y menor virulencia.

El VIH es un virus muy lábil, y persiste poco tiempo al medio ambiente. Necesita condiciones especiales para vivir. Es un virus termosensible. Se inactiva al exponerlo al calor (56°C durante 30 minutos

o 2 horas a temperatura ambiente). No se inactiva con radiación ionizante o ultravioleta. La solución de hipoclorito de sodio al 0,5% es efectiva. También el VIH es inactivado por el alcohol en un 70%.

VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH

Las vías de transmisión comprobadas hasta el momento son tres: sexual, sanguínea y materno infantil.

La sexual es la vía más importante de transmisión del VIH en el mundo; se produce cuando hay intercambio de semen, secreciones vaginales y preeyaculatorias con un portador, tanto en la práctica del sexo vaginal anal u oral. Las relaciones anales son las que conllevan más riesgos siendo el compañero receptivo el más expuesto.

Por vía sanguínea el contagio se produce cuando hay contacto directo de sangre de un portador con sangre de otra persona contaminada: compartiendo agujas infectadas para la autoadministración intravenosa de drogas y en transfusiones de sangre, si esta no ha sido analizada y esta contaminada.

El contagio de madre a hijo se produce durante el embarazo, el momento del parto y la lactancia. En el embarazo a través de la vía transplacentaria, en el parto por el contacto de la sangre materna y secreciones vaginales y en el post parto a través de la leche materna. Como señala la Dra M. Serra,¹⁵ la transmisión de madre a hijo se efectúa fundamentalmente por la vía transplacentaria. Sin embargo también se puede realizar a través de la lactancia. Por esta razón a nivel internacional no se recomienda la lactancia a las madres portadoras. Esto no significa la ruptura del vínculo madre-hijo, ni la separación de ambos por este motivo, ya que el contacto corporal no expone a riesgos de contagio en el niño.

¹⁵ Claudia Hiller Op. cit. pág. 6

No existe ninguna prueba epidemiológica que identifique otras vías de transmisión.

-¿COMO NO SE TRANSMITE EL VIH ?

El VIH no se trasmite por el contacto cotidiano persona a persona ni en el hogar, ni en la escuela, ni en lugares públicos o de trabajo. No se trasmite a través de la tos o de estornudos, vajilla, alimentos o piscinas, no lo contagian los mosquitos con sus picaduras, ni los animales domésticos ya que no lo contraen.

La presencia del virus en la saliva o lágrimas es muy escasa, necesitándose tres litros para identificar una unidad infectante. En la práctica la transmisión del VIH en la saliva de un portador es poco probable.

¿ COMO SE PREVIENE ?

Señala la Dra Margarita Serra "la prevención es la estrategia fundamental a seguir para enfrentar esta epidemia, por lo que debe ser priorizada en los programas de Salud" ¹⁶

Como medidas preventivas se enfatiza en :

- El uso del preservativo durante las relaciones sexuales
- El uso de jeringas esterilizadas u objetos de uso personal que puedan tener contacto con la sangre y fluidos corporales (cepillo de diente, máquinas de afeitar, etc).
- Pareja bilateralmente fiel.

Cabe señalar que si la persona se infecta puede suceder que al cabo de seis semanas después del contacto con el virus presente síntomas y signos que son inespecíficos y desaparecen en corto lapso de tiempo (tos, diarrea, fiebre)

¹⁶ M. Serra, Vidal, Basso Op. cit. pág. 4

Esta inespecificidad hace que la infección inicial de VIH no se sospeche clínicamente. Por lo tanto un resultado negativo indica que la persona no tiene anticuerpos contra el virus pero no que no esté infectado ya que existe un periodo llamado ventana (tres semanas a tres meses) donde la persona a pesar de haberse infectado no manifiesta signos ni síntomas y aparenta estar sana, pero ya puede transmitir el virus a otros.

Entre las 6 semanas a 6 meses que siguen al momento de la infección casi la totalidad de las personas producen anticuerpos específicos contra el VIH que son detectados en pruebas serológicas.

Aproximadamente el 50% de los infectados se enferman de Sida dentro de los diez años de la infección inicial.

-COMO SABER SI SE ESTA INFECTADO

Cualquier persona que sospeche que pueden estar infectado, ya sea por su conducta personal o por estar expuesta a distintas situaciones de riesgo debería realizarse la prueba de detección del VIH.

La prueba más utilizada es la llamada de despistaje o tamizaje. La más popular es la denominada ELISA (Enzime Immuno Assay). Es una prueba inmunoenzimática.

Señala la Dra L. Pesce¹⁷ que existe otra técnica semejante que es la aglutinación de partículas de gelatina.

Ultimamente han salido al mercado pruebas rápidas de detección de anticuerpos como el Inmunodot ya probadas por la OMS (Organización Mundial de la Salud). Todas estas pruebas lo que buscan son anticuerpos contra el virus del Sida en el suero de la personas. Es una determinación indirecta de la presencia del virus en la sangre. El recuento linfocitario y de carga viral determina el nivel de afectación de los

¹⁷ Dra. L. Pesce Cuaderno de Salud N° 3 Ed. Taller Permanente de la Mujer Bs. As. Argentina 1995 pág. 37

linfocitos T4 y con ello se establecen niveles paramétricos de portadores de VIH y/o enfermos de Sida.

Estos exámenes en un porcentaje bajo pueden dar resultados falsos positivos y falsos negativos. Son falsos negativos cuando las pruebas son negativas y las personas están infectadas por el VIH. Esto puede deberse a la presencia del período ventana ya señalado.

Los resultados falsos positivos pueden ser consecuencia de infecciones o cánceres concomitantes o error de diagnóstico. Un falso positivo también puede deberse a químicos que reaccionan a las proteínas que resultan de la presencia de otras enfermedades comunes como la malaria, más que de la presencia del VIH.

El examen debe repetirse. Si continúa dando positivo se practican pruebas confirmatorias y si éstas nuevamente son positivas se toma el resultado como veraz. Se repite el test o despistaje con una prueba llamada "ELISA de segunda generación" y si es positivo se realiza el "Westwern Blot y/o prueba de inmunodeficiencia Indirecta". Entre los resultados positivos y negativos se halla un pequeño porcentaje de resultados denominados indeterminados. La repetición de las pruebas confirmará el resultado.

El costo del ELISA en Uruguay es de 3 o 4 dólares y el resultado demora aproximadamente 20 días.

En los recién nacidos se realiza el examen denominado "PCR (reacción de polimerasa en cadena)". Esta prueba detecta la presencia del virus y no de anticuerpos, con una muestra pequeña de sangre. El resultado está listo en un día. El porcentaje de bebés que desarrollan síntomas va de del 6 al 50% y es un promedio que tiende a bajar cada vez más. Algunos bebés nacen con los anticuerpos del VIH que se los trasmite la madre, pero los pierden en el primer año de vida. Otros nacen sin anticuerpos. Surgen en este punto algunos cuestionamientos, en los cuales

se ponen en juego más que en otros los derechos humanos y esencialmente el derecho a la vida. Al conocerse que las mujeres positivas están embarazadas son consideradas "propiedad pública" o al menos motivo de debate público. Como señala la Dra Serra¹⁸ "a pesar de que se sabe que el embarazo no afecta la evolución de la enfermedad de la madre se piensa que éstas mujeres no deben embarazarse" y menos aún dar a luz niños que tienen riesgo de ser portadores

Este debate se confronta con el debate ético, filosófico y científico sobre el aborto cuyas connotaciones se agudizan ante la posible certeza de una vida en riesgos.

No obstante como hombres y mujeres integrantes de esta sociedad y como profesionales ¿tenemos derecho a cuestionar sobre el derecho a gestar vida y elegir esa posibilidad ?.

-SITUACION EPIDEMIOLOGICA DEL VIH-SIDA

El virus de inmunodeficiencia humana se ha extendido a todos los lugares del mundo pero su distribución geográfica está lejos de ser uniforme.

El continente Africano sostiene una carga importantísima y desproporcionada de la epidemia. El 70% de los infectados del mundo radican en este continente. El restante 30% está distribuido entre América del Norte, Europa, América del Sur y Asia.

La transmisión sexual de la infección está en aumento especialmente a través del contacto heterosexual. La OMS estimó que en 1985 alrededor de 50% de todas las infecciones por VIH eran consecuencia de este tipo de transmisión. En 1990 la transmisión heterosexual aumentó al 60% y para

¹⁸ Claudia Hiller Op. cit. pág. 8

el año 2000 se piensa que esta proporción será del 75 % al 80 %. Por lo tanto la infección por VIH debe considerarse sobre todo como una ETS.

Debido al incremento de este tipo de transmisión cabe esperar una proporción creciente de nuevas infecciones en mujeres y niños. A nivel mundial para el año 2000 el número de nuevas infecciones en las mujeres empezará a equipararse con el número de infecciones en los hombres. Hacia finales de 1996 "un 42 % de adultos contaminados son mujeres y viven en países subdesarrollados".¹⁹

En la región de las Américas, desde 1987, la epidemia por transmisión heterosexual empezó a producir un mayor número de casos de Sida que la epidemia por transmisión homosexual en el Caribe y el Istmo Centro-americano. En México y en el Area Andina la transmisión heterosexual muestra acelerado ascenso. Un caso similar es el del Cono Sur. En esta sub-región se nota un rápido aumento de casos por transmisión heterosexual. La epidemia de VIH-Sida más antigua en las Américas se encuentra en el Caribe Latino, particularmente en Haití, donde en su inicio predominó la transmisión heterosexual. La ola expansiva de la epidemia se estabilizó en los centros urbanos, pero hay indicios de que sigue extendiéndose en áreas rurales. La transmisión heterosexual ha sido también el factor de riesgo más importante en los países de habla inglesa del Caribe. En estos países hasta el 9% de los casos se deben a transmisión perinatal como consecuencia de la infección en mujeres.

En Uruguay en 1983 se asiste al primer caso de Sida, en un paciente previamente radicado en los EEUU. Desde entonces se ha observado un importante incremento anual de casos de Sida e infecciones VIH.

¹⁹ Art. "SIDA: veinticinco millones de adultos contaminados" Periódico "Los Principios" San José 18/06/97 pág. 3

En 1985 aparecen otros dos casos también en ciudadanos residentes en el exterior. Un año más tarde se detectan los primeros sujetos seropositivos que adquieren la infección en el país o en breves viajes a zonas limítrofes. Igual que en el resto del mundo el perfil de los infectados eran hombres homo y bisexuales; rápidamente se agregaron los adictos a drogas intravenosa, transfundidos y hemofílicos. En 1988 aparecen casos de VIH-Sida en mujeres que ejercían la prostitución. En este año surgen también los primeros recién nacidos con vih y se establece el tamizaje obligatorio de la sangre.

Uruguay presenta un patrón epidemiológico con claro predominio de la transmisión sexual(68,7%) sobre la transmisión sanguínea(26,8%) seguidas luego por la transmisión perinatal (4,5%).

Dentro de la transmisión sexual predomina entre los homosexuales (40,5%) seguido por heterosexuales(32,3%) incluida la prostitución femenina(4,6%) y por último los bisexuales(27,2%). El compromiso de homo/bisexuales llega al 67% de los casos de Sida por transmisión sexual. Dentro de la transmisión sanguínea predomina ampliamente entre usuarios de drogas intravenosa(93,2%), luego entre transfundidos (4,5%) y los hemofílicos(2,3%). Los dos últimos grupos fueron afectados antes de junio de 1988 cuando se inició el tamizaje obligatorio de la sangre. Respecto del sexo el 82,4% son hombres y el 17,6% son mujeres. Al igual que en el resto del mundo los porcentajes femeninos aumentan lenta y constantemente. Se constata una participación creciente del sexo femenino mientras que en 1989 uno de cada diez casos correspondía a una mujer, ocho años más tarde se observa que existe una mujer infectada por cada tres hombres. El hecho de que las afectadas sean mujeres jóvenes puede determinar el Sida pediátrico. Con respecto a los niños existen en 1997, 58 con Sida , mientras que 25 ya fallecieron. El

número de huérfanos a causa del Sida ha aumentado en tan solo dos años de 250 a 500 casos , exactamente el doble.

Todos los departamentos de la República registran Sida. En primer lugar está Montevideo con un 79,5%, seguido por Canelones , Maldonado y Rivera. El mayor compromiso etáreo se halla entre los 20-49 años con una máxima incidencia entre los 25-34 años, con afectación de las edades sexuales y laboralmente activas.

En la infección VIH también predomina la transmisión sexual (67%) sobre la sanguínea (25,1%), seguido por la transmisión perinatal (1%).

Dentro de la transmisión sexual predomina entre los homosexuales (53,9%) El 6,6% corresponde a la prostitución femenina. El compromiso de homo/bisexuales llega al 46% de infectados por esta vía. Dentro de la transmisión sanguínea predominan los usuarios de drogas intravenosas (97,5%) luego homofílicos (1,5%) y transfundidos (0,8%)

Tenemos en 1996 el primer caso por accidentes en personal de salud (0,2%).

Respecto al sexo; el 74,3% son hombres y el 25,7% son mujeres. La franja etárea más afectada está entre los 15-24 años, siendo más del 50 % de portadores vih. El total acumulado de VIH positivo llega a 2253 casos. Según el último estudio centinela (julio 1997) se estimó en 7200 el número real de infectados en Uruguay, un 30 % de los cuales son mayoritariamente mujeres jóvenes. Los casos de Sida para este año ascienden a 902 enfermos.

-ANÁLISIS COMPARATIVO DE CUADROS REFERENTES AL VIH-SIDA EN NUESTRO PAÍS

Los datos utilizados para el presente análisis pertenecen al Plan Nacional de Sida y a la División epidemiología del

Este análisis parte del año 1983- año en que surge la pandemia en el país a 1991 y luego 1996-97, datos con los que se cuenta hasta el momento.

Desde 1983 hasta 1991 los casos de infección VIH ascendían a 845 y 226 casos de Sida. Estos casos se multiplican y hacia fines de 1996 observamos que existen 2073 casos de VIH positivo y 624 enfermos de Sida declarados, cifras que para junio de 1997 aumentan. En este año se diagnosticaron 2253 casos de VIH positivo y 902 enfermos de Sida. El número de casos estimados, ya que por cada caso VIH positivo se estima que existen tres casos de individuos infectados no concidos, también aumenta, pasando de 6000 casos de VIH en 1996 a 7200 en junio de 1997, la proporción de enfermos propiamente dichos, por ser la infección VIH de mayor duración que la enfermedad Sida.

De acuerdo a los mecanismos de transmisión tanto en el caso de infección VIH como de Sida, y tanto en el período 83-91 como en el período 91-96 y 96-97 predomina la trasmisión sexual, seguida por trasmisión sanguínea. Prima en este tipo de transmisión los usuarios de droga intravenosa y luego perinatal. Se incluyen en 1997 datos que hasta el momento no se incluían en las estadísticas oficiales en ninguno de los períodos anteriores. Surgen datos referentes a los niños. Al respecto se señala que existen 58 casos de Sida en niños como consecuencia del aumento de VIH-Sida en mujeres jóvenes, falleciendo hasta la fecha 25 niños, existiendo además 500 huérfanos a causa del Sida. En infección VIH baja la trasmisión sanguínea de 27,2% a 25,1%.

Respecto del hábito sexual priman los homosexuales en todos los períodos; del 83 al 91 lo siguen los bisexuales pero se produce en el siguiente período un cambio que se extiende al resto de los períodos.

Los heterosexuales pasan a segundo lugar, mientras que los bisexuales pasan a un tercer lugar.

En cuanto al sexo es superior la cantidad de hombres afectados que de mujeres. Estas son algo más de la cuarta parte del total de VIH conocida en todo el país y como se señalara anteriormente tiene tendencia creciente.

La faja etaria más afectada es la de 15 a 44 años en todos los periodos, con mayor incidencia entre los 15 y 24 años.

Respecto de la distribución geográfica dentro del país hasta 1991 los casos de VIH-Sida se concentraban en Montevideo con 174 casos y 52 casos en el interior. En 1996 se registran 655 casos de Sida en Montevideo y 1601 de VIH. Continúan prevaleciendo los casos en la capital sobre el interior del país.

Hasta 1995 Lavalleja es un departamento que no había notificado ningún caso. Hacia octubre de 1996 ya registraba dos casos de Sida y 7 de VIH.

Le sigue a Montevideo en frecuencia Canelones con 120 casos acumulados de VIH y 40 de Sida. Siguen luego en frecuencia los departamentos limítrofes como Rivera. Continúan luego Maldonado con 26 casos de Sida y 47 de VIH. Este departamento constituye un caso especial, con un balneario internacional (Punta del Este) que durante los meses estivales pasa de una población estable de 40000 habitantes a una población turística de 400000 personas provenientes de todo el mundo y especialmente de los países vecinos.

Allí se detecta en el verano un enorme incremento de la drogadicción intravenosa, así como de la prostitución femenina y masculina.

-EL SIDA Y LA SEXUALIDAD

La aparición del VIH Sida impactó a la sociedad sacudiendo el conjunto de valores e ideas sobre el amor, el cuerpo, la pareja y sobre todo la sexualidad." Estas áreas de nuestra vida cotidiana concebidas

CIFRAS NACIONALES

DISTRIBUCION ANUAL Y ACUMULADA DE CASOS HIV, SIDA Y FALLECIDOS, PARA EL PERIODO 1983-1991

URUGUAY

AÑO	Total Inf. VIH-SID		VIH		SIDA		Fallecidos
	Anual	Acum.	Anual	Acum.	Anual	Acum.	
1983	12	12	10	10	2	2	2
1984	15	27	14	24	1	3	1
1985	28	55	25	49	3	6	1
1986	32	87	30	79	2	8	1
1987	45	132	36	115	9	17	6
1988	139	271	111	226	28	45	17
1989	224	495	186	412	38	83	22
1990	289	784	213	625	76	159	26
1991	287	1071	220	845	67	226	40
Tol.	1071		845		226		116

Fuente: PN-ETS-SIDA-MSP (15/11/91)

INFECCION VIH

Información registrada a nivel oficial hasta la fecha

1. Población estudiada: 278.012 determinaciones
2. Número de infectados VIH confirmados: 845 VIH
3. Edades: Mayor prevalencia entre los 15 y 44 años
4. Sexo:
 - Masculino 666 (78.8%)
 - Femenino 179 (21.2%)
5. Mecanismo de transmisión
 - a) transmisión sexual 590 (69.8%)
 - b) transmisión sanguínea 230 (27.2%)
 - c) transmisión materno-infantil 25 (3.0%)

6. En donantes de sangre, se han captado 90 infectados por VIH, desde el inicio de los estudios hasta la fecha en un total de 185,734 donantes estudiados (0.05%)

SIDA

Información registrada a nivel oficial hasta la fecha

1. Número de casos acumulado (1983 a la fecha) 226
 Número de casos acumulado por población 77 por 1,000.00 habitantes

2. Letalidad: 116 fallec. en el mismo período (51.3%)

3. Edades: afecta a todos los grupos etarios entre los 0 y 67 años con mayor incidencia entre los 25 y 49 años y con un pico de máxima incidencia entre 30 y 34 años

4. Sexo: Masculinos 205 (90.7%)
 Femeninos 21 (9.3%)

5. Distribución geográf.: Montevideo 174 (77.0%)
 Interior 52 (23.0%)

6. Procedencia: Importados 118 (52.2%)
 Autóctonos 108 (47.8%)

Mecanismos de transmisión: Sexual 185 (81.9%)
 Sanguínea 38 (16.8%)
 Materno-Inf. 3 (1.3%)

8. Factores de riesgo:
 ADULTOS, por hábito sexual
 HOMO 87 (47.0%)
 BISEX. 57 (31.4%)
 HETRO. 36 (19.5%)
 PROST. F. 4 (2.2%)

NIÑOS, por transmisión vertical de madre infectada al niño (con ambos progenitores HIV positivos) 3 (1.3%)

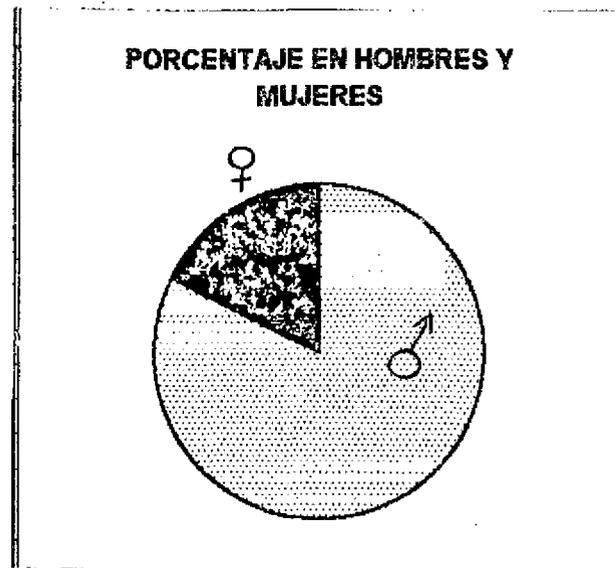
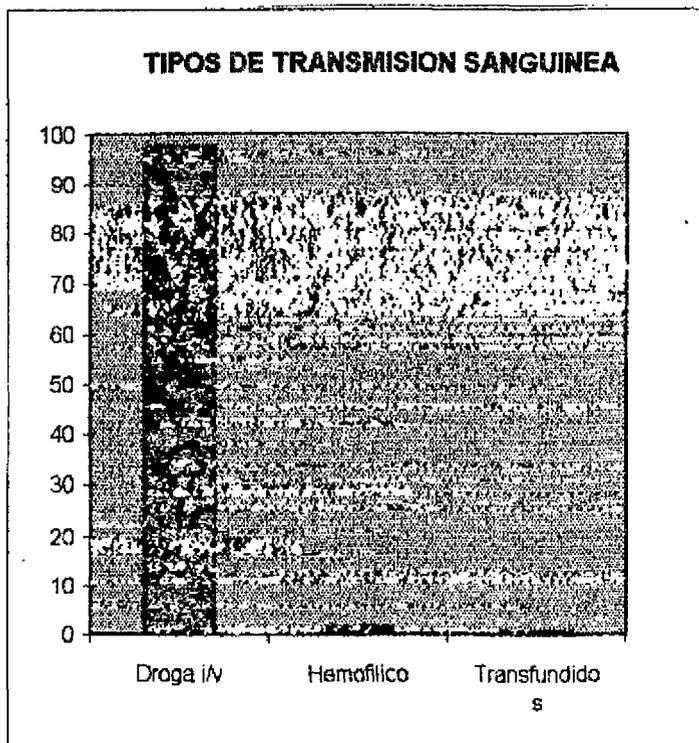
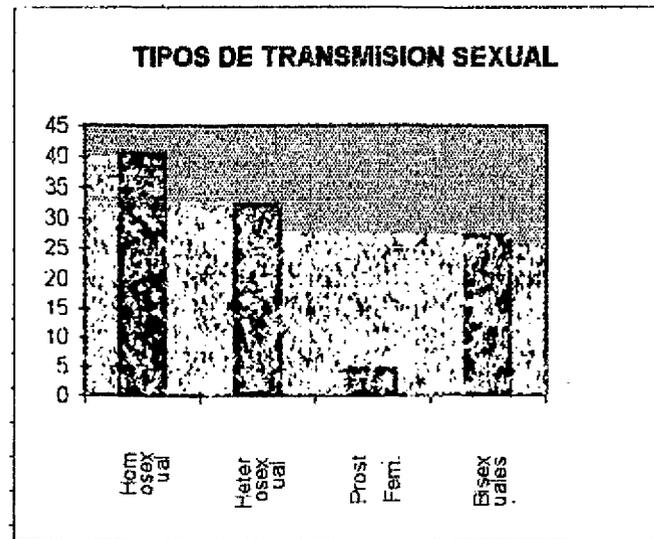
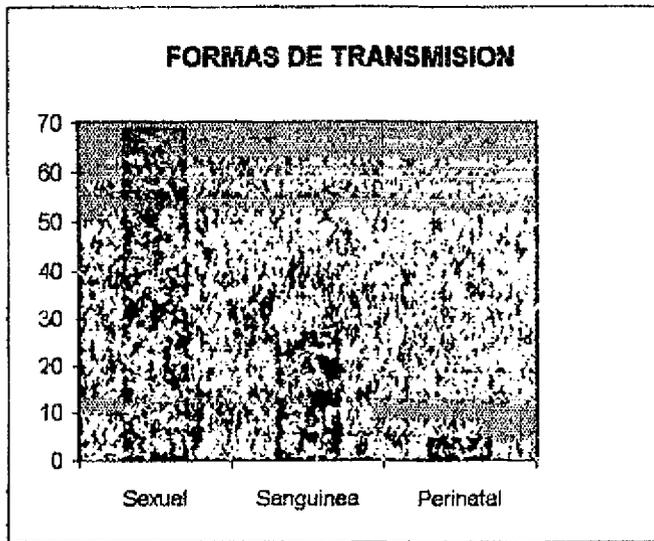
9. Patología asociada a SIDA: todos con Infecciones oportunistas y además 2 con tumores malignos que constituyen el 9.3% del total de casos de SIDA

En los DIEZ primeros meses de 1991 se notificaron al Programa Nacional:
 ENFERMOS DE SIDA: 67 SIDA nuevos
 FALLECIDOS POR SIDA: 40 enfermos

CIFRAS NACIONALES

Datos acumulados de Sida desde 1983 a octubre de 1996

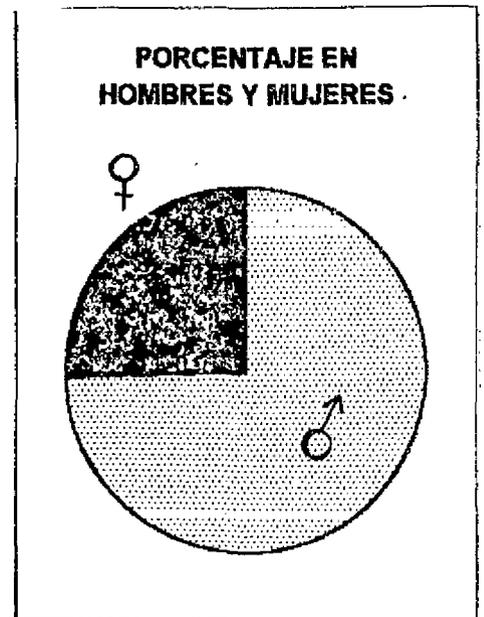
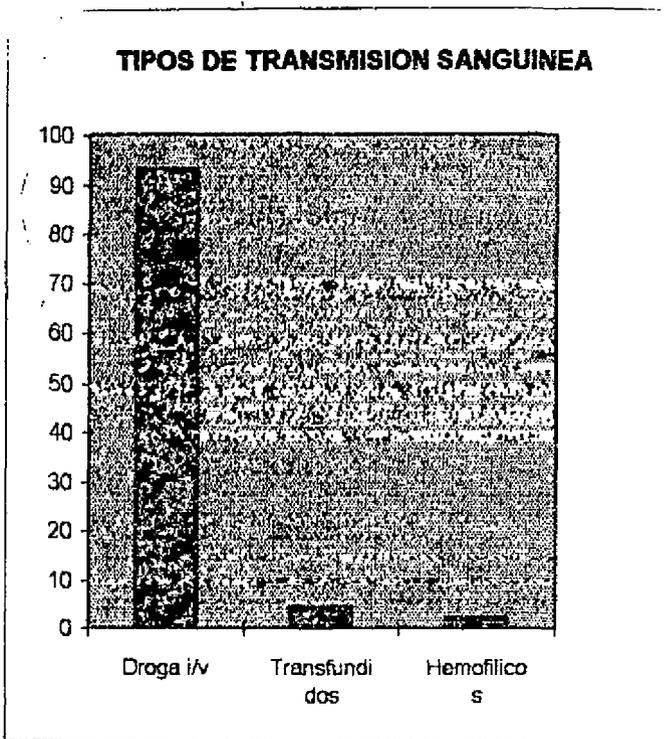
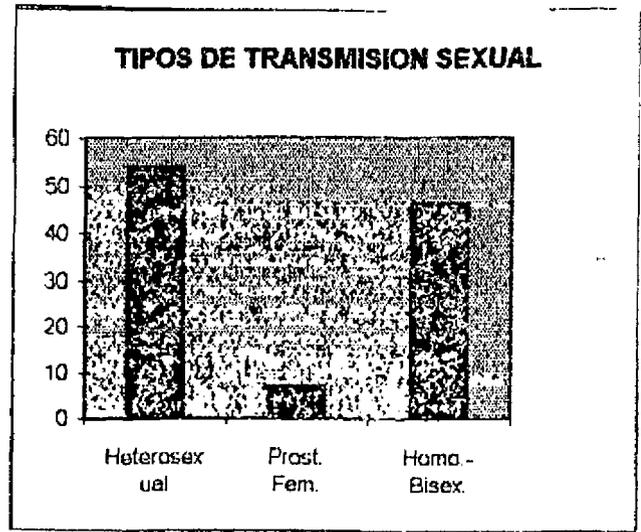
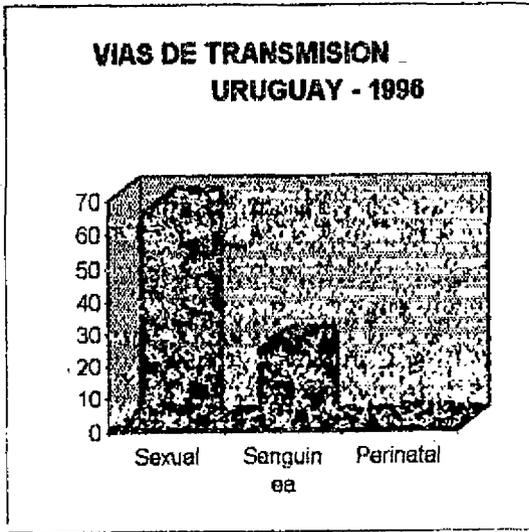
Fuente: Elaborado en base a datos aportados por el Plan Nacional de Sida y Ministerio de Salud Pública, publicados en Periódico de difusión local. San José 16/11/96



CIFRAS NACIONALES

Datos acumulados de VIH desde 1983 a octubre de 1996

Fuente: Elaborado en base a datos aportados por el Plan Nacional de Sida y Ministerio de Salud Pública, publicados en Periódico de difusión local. San José 16/11/97.



CIFRAS NACIONALES

Casos de Vih - Sida acumulados y estimados para el año 1997.

Fuente: Datos aportados por el Plan Nacional de Sida publicados en Diario de difusión nacional . 27 de julio 1997

Las cifras uruguayas

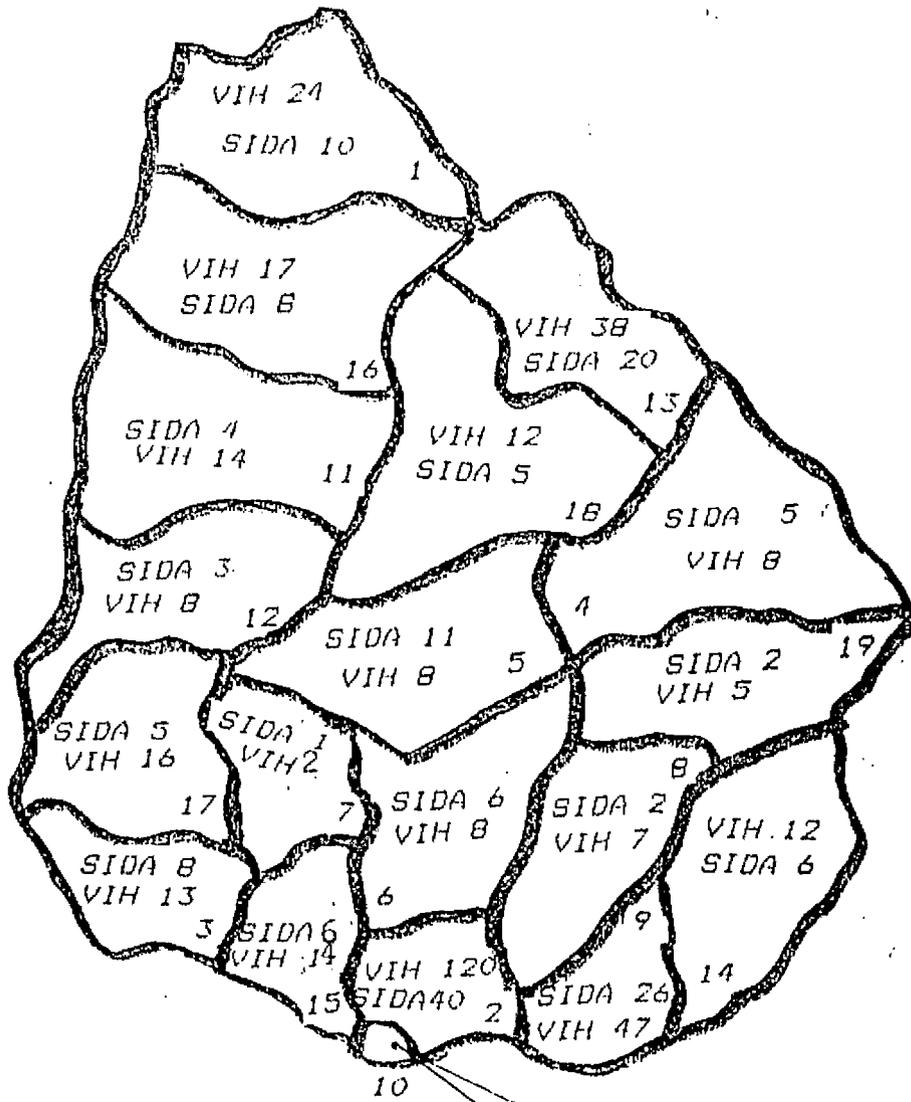
- Personas VIH positivas (casos confirmados):	2.253
- Personas VIH positivas (cifras estimadas):	7.200
- Casos de Sida en Adultos:	902
- Fallecimientos:	484
- Casos de Sida en niños:	58
- Fallecimientos:	25

- Hay 500 niños huérfanos a causa del Sida.
- El 30% de los portadores son mujeres.
- En el 70% de los casos hubo transmisión por vía sexual.
- En el 28% de los casos hubo transmisión por droga intravenosa.

Fuente: Programa Nacional de Sida. Ministerio de Salud Pública.

DISTRIBUCION POR DEPARTAMENTO DE CASOS DE SIDA Y VIH POSITIVOS

(Datos acumulados desde 1983 al 31/10/96)



1- ARTIGAS

2- CANELONES

3- COLONIA

4- CERRO LARGO

5- DURAZNO

6- FLORIDA

7- FLORES

8- LAVALLEJA

9- MALDONADO

10- MONTEVIDEO

11- PAYSANDU

12- RIO NEGRO

13- RIVERA

14- ROCHA

15- SAN JOSE

16- SALTO

17- SORIANO

18- TACUAREMBO

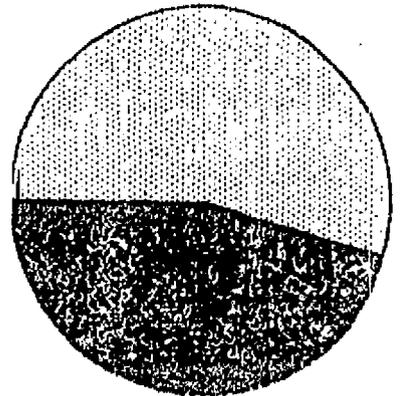
19- TREINTA Y TRES

VIH 1601

SIDA 655

Autóctonos 54%

Importados 45%



Fuente: elaborado en base a datos aportados por Plan Nacional de Sida y Ministerio de Salud Pública publicados en periódico de difusión local San José, 16/11/96

como algo íntimo, privado, son distorsionadas y sustraídas del espacio público del diálogo, de conocimiento e intercambio " señalan Meré y Osimani.²⁰ En ese sentido el Sida fué un revelador ya que "corrió el espeso velo que encubría la realidad de nuestra sexualidad; no la provocó, la explicitó; cuestionó la ecuación sexualidad-genitalidad-reproducción, poniendo sobre el tapete no solo la existencia de la sexualidad como forma de placer ,sino también una multiplicidad de formas y comportamientos tales como bisexualidad, homosexualidad,etc. La sexualidad en distintos lugares de resolución e interacción, la sexualidad diferente en hombres y mujeres. Al ser la mayoría de los portadores jóvenes, la prevención pasa por el reconocimiento de su sexualidad aportando elementos de información y conocimiento que posibiliten una sexualidad responsable y en salud. El "sexo seguro" aparece como la propuesta que legitima el lugar de la sexualidad en la vida de las personas.La sexualidad es "una manera de relación de la persona consigo misma y con las demás personas... es compromiso existencial".²¹ En la cuestión del Sida hay algo que es fundamental, y es su vinculación con la sexualidad. A diferencia de otras enfermedades, se contagia persona a persona y su forma más frecuente es el contagio sexual. Esto supone que para hablar de Sida hay que hablar de la sexualidad en general y de la de cada uno en particular lo que genera temores y ansiedad ,por ser un tema tabú, de acuerdo a como se ha dado su socialización en esta sociedad.La sexualidad es paradójica; siempre en tensión entre el placer propio y el placer ajeno, entre la vida y la muerte, entre el encuentro y el desencuentro, entre la creación y la

²⁰ Carambula, Ferrando, Hein "Uruguay marginado. Voces y reflexiones sobre una realidad oculta" Ed. Trilce Mdeo. 1995 pág. 63

²¹ Dr. Palacio, Dr. Guerrero, Dr. Acuña "Sexo en los adolescentes" Ed. Cinco Bogotá Colombia 1986 pág. 12

conservación. En el término sexualidad se está mirando al ser humano en su totalidad como individuo consciente de sí y consciente de su ser social.

-LA ESTIGMATIZACION FRENTE AL SIDA.

Se entiende por "estigma" una señal en el cuerpo o marca que se imponía con hierro candente al esclavo o al condenado a pena infamante. Los griegos, crearon el término estigma para referirse a signos corporales con los que se buscaba mostrar algo poco habitual en el status de quienes lo presentaban. Estos signos consistían en cortes y quemaduras en el cuerpo y advertían que el portador era un esclavo, criminal o traidor (que debía evitarse en lugares públicos).

Luego se agregaron al término dos significados metafóricos uno que se refería a signos corporales de "la gracia divina" (que tomaban la forma de brotes eruptivos en la piel) y otro a los signos corporales de perturbación física. Hoy en día esta palabra es ampliamente utilizada y con ella se designa al mal en sí mismo y no a sus manifestaciones corporales.

La sociedad establece medios para categorizar a las personas y le prevee de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de éstas categorías.

El término estigma es utilizado entonces para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador. Cuando una persona posee un estigma, posee una indeseable diferencia que no se había previsto. Ante esta situación el ser humano adopta determinadas actitudes respecto del estigmatizado, de esa persona "diferente". Se practican entonces distintos tipos de discriminación mediante el cual se reduce en la práctica, sin pensarlo, sus posibilidades de vida y se construye una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y dar

cuenta del peligro que representa esa persona. Los enfermos de Sida representan conductas no aceptadas socialmente y en ultima instancia representan la muerte. Eso produce miedo y lleva al rechazo. Al dejar sin trabajo a un enfermo por ser positivo o en el hecho de no aceptar que un niño con VIH asista a un colegio se limitan seriamente sus posibilidades de vida y tiene que enfrentar además de la enfermedad, el rechazo y la discriminación. Siguiendo a Erving Goffman²² se analiza que en el caso del Sida de acuerdo a como sea el avance de la enfermedad estaremos frente a un desacreditado o un desacreditable. En el caso de los desacreditados existe una diferencia que no se revela de inmediato y correspondería a una primera etapa de la infección en que no hay signos físicos visibles. La actitud del enfermo en este caso puede ser guardar silencio respecto de su enfermedad. En cambio si se trata de un desacreditable, con la enfermedad propiamente dicha y con síntomas físicos es posible que durante el contacto social se generen tensiones inmediatamente.

El estigma implica no solo un conjunto de individuos concretos, separables en dos grupos- estigmatizados y normales - implica además un proceso social de dos roles en el que cada uno participa de ambos, al menos en determinados contextos y etapas de la vida. Dentro de la trama de relaciones sociales existentes en una sociedad, es posible encontrar dos grupos, aquellos que comparten un estigma particular y que tienden a reunirse en pequeños grupos sociales sujetos a organizaciones que los engloban en mayor o menor medida. Los une la experiencia de lo que se siente al poseer un estigma particular. Por otro lado están los denominados "sabios" personas normales cuya situación especial los lleva a estar intimamente informados acerca de la vida secreta de los

²² Erving Goffman "Estigma: La identidad deteriorada" Ed. Amorrortu Bs.As. Abril 1993 pág. 14

individuos estigmatizados. En esta compleja trama de relaciones un estigmatizado no necesita avergonzarse ni ejercer un autocontrol ante el "sabio" pues este posee una sabiduría que proviene de sus actividades en contacto con el estigmatizado. También existen personas que se relacionan con un individuo estigmatizado y estos comparten parte del descrédito de la persona estigmatizada. Por lo tanto el padre o el hermano u otros que se identifican afectivamente o socialmente con el enfermo de Vih-Sida se ven obligados a compartir parte del descrédito de la persona estigmatizada con el cual tiene una relación. De esta forma "normales" o "sanos" estigmatizan y opinan, desacreditan y juzgan; rechazan y sancionan en un juego de defensas-resistencias y culpas ante el miedo a lo desconocido.

**SIDA:
UNA ENFERMEDAD CON
MÚLTIPLES HISTORIAS**

- DESCRIPCION SOBRE ALGUNAS EPIDEMIAS EN LA HISTORIA DE LA HUMANIDAD Y LAS RESPUESTAS DE LA SOCIEDAD EN CADA CASO.

Las epidemias han conformado desde tiempos muy lejanos las sociedades. Sin embargo casi no han existido intentos por reexaminar puntos de contacto con epidemias anteriores a fin de arrojar luz y establecer parangones que pudieran ser significativos en el caso del Sida, fenómeno "nuevo" e "inédito"²³ que desde su surgimiento en 1981 continúa sumando nuevas infecciones.

Para analizar tales cuestiones veremos como algunas algunas epidemias han afectado a las naciones y cuales han sido las respuestas sociales y políticas que surgen con el paso de una epidemia.

- ALGUNAS EPIDEMIAS PREVIAS Y SU RELACION CON EL VIH-SIDA

Existieron en la historia de la humanidad algunas epidemias que tuvieron efectos devastadores. Se pueden señalar entre ellas la peste bubónica, la viruela, y enfermedades transmitidas sexualmente como la sífilis. Otras epidemias como la tuberculosis fueron especialmente significativas en el caso uruguayo.

La peste bubónica brotó en Europa en 1347. Surge en distintas regiones de Asia y es transportada a occidente a través del Mediterráneo. Llega a toda Europa en 1351. Algunas condiciones previas hicieron posible que la epidemia brotara con fuerza. Se habían perdido las cosechas por los cambios de temperatura, la hambruna obligó a emigrar a los ciudadanos y esto provocó hacinamiento y la aparición de ratas que transmitieron la enfermedad al hombre. Murió la tercera parte de la población de Europa, en consecuencia, aumentó el salario real, cayeron los precios poniendo fin al sistema feudal, la falta de respuestas por parte de la iglesia hizo que la población se volcara

²³ Biagini y Sánchez Op. cit. pág. 14

hacia distintas sectas. La medicina cambió debido a la peste. Los clérigos-médicos murieron. Se escribieron nuevos textos de medicina. Se desarrollaron las teorías sobre el contagio y el concepto de cuarentena. Se establecieron los primeros hospitales básicos y se pusieron en práctica las primeras medidas de salud. Barrán²⁴ describe una ciudad francesa azotada por la peste a comienzos del siglo XVII "Todas las casas estaban cerradas y una cruz blanca marcaba las infestadas ... Las personas no salían más que por imperiosa necesidad... En las calles circulaban patrullas de gente armada que detenían a los paseantes para asegurarse de la ejecución de las medidas sanitarias : si era un pestífero de inmediato resultaba muerto de un golpe de arcabuz o carabina ... Todo extranjero que buscara penetrar en la ciudad sin pasaporte sanitario y todo individuo sorprendido desvalijando cadáveres, eran ahorcados".

Todas estas medidas gubernamentales, signos, amenazas de muerte, extrañas vestimentas utilizadas para evitar el contagio, entre otros, denota el temor a la enfermedad. El terror social ante una epidemia, el miedo al otro, al diferente, está presente y se observa el establecimiento de una marca o señal, de un estigma "una cruz blanca" que indicaba cuál era la casa infectada a la que nadie debía acercarse.

La viruela fué transportada desde Europa por viajeros. Cuando en 1520 Narváez zarpó de Cuba hacia México. El virus se estableció entre los nativos. De una población de 25 millones de nativos, entre 15 y 18 murieron. En Montevideo en 1873 la viruela provocó el 37% del total de fallecidos. El 72% de éstos tenían menos de diez años. Esto provocó en parte envejecimiento en la población, además del temor consecuente. Se

²⁴ J. P. Barrán "Medicina y Sociedad en el Uruguay del 900" Tomo I "El Poder de curar" Ed. Banda Oriental Mayo 1993 Mdo. Uruguay pág. 9

llegaron a prohibir los velatorios para no alarmar a la población. Se prohibía el pasaje de los carros fúnebres por calles céntricas por miedo "excesivo" al contagio. Las cifras de mortalidad por viruela vuelven a repetirse para diciembre de 1834 y enero de 1835.

Respecto de las enfermedades venéreas, la sífilis ocupó un lugar preponderante en los primeros años de este siglo. Al comprenderse que se trataba de enfermedades transmitidas sexualmente con graves consecuencias para la salud (deficiencia mental, esterilidad). Se reconoció que había necesidad de educación sexual. Los dogmas que quedaban del decoro victoriano fueron un obstáculo.

El hecho de que un grupo de esposas de clase media estuvieran siendo infectadas por sus maridos que habían contraído la enfermedad por prostitutas hizo que los médicos para proteger la reputación de éstos, atribuyeran a la enfermedad la idea de una transmisión casual, no sexual.

En el Uruguay del novecientos la sífilis y la tuberculosis fueron consideradas un horror social. La tuberculosis tuvo una incidencia del 11 al 18% entre 1900 y 1930. Para el caso de la sífilis la mortalidad es difícil de detectar por los ocultamientos y encubrimientos de los diagnósticos, pero se halla entre las principales enfermedades tratadas en los hospitales de Montevideo en 1896.

En el Montevideo de la segunda mitad del siglo XIX la sífilis y tuberculosis tenían el mismo peso que en las cuatro primeras décadas del siglo XX.

La sífilis fue más preocupante en el novecientos que en épocas anteriores porque los médicos en este último período se preocuparon obsesivamente por ésta. Se propuso la reglamentación de la prostitución mediante la "policía medical" para el control. Se creó el Instituto Profiláctico de Sífilis y el Sifilocomio Dr Germán Segura. El avance de

la medicina permitió detectar con certeza y tempranamente la tuberculosis y la reacción Bordet-Wassermann realizar el seguimiento de la sífilis.

Tanta repercusión tuvieron la sífilis y la tuberculosis en la sociedad Uruguaya del novecientos que se expresó en el cuento, la prensa, la novela, el teatro, en los miedos cotidianos del hombre común y especialmente en "los adolescentes varones que se iniciaban".²⁵ Swenson²⁶ señala que hay ciertas actitudes y comportamientos que se repiten en todas las epidemias. Primero está la renuncia a aceptar que la enfermedad verdaderamente se está presentando, en segundo término una vez que se reconoció como epidemia enseguida se culpó a alguien o algo por ella. Los países afectados se culparon unos a otros. Cuando las epidemias ocurren los médicos no saben como prevenir o tratar a sus víctimas eficazmente. Piensan que han fracasado y surgen terapias alternativas. Las epidemias estimulan leyes nuevas.

En el caso del Sida al igual que en otras epidemias existieron condiciones previas que hicieron posible su surgimiento. Dwyer²⁷ sostiene que existió un acontecimiento sociológico denominado "revolución gay" que se produjo en Nueva York y San Francisco principalmente. Esa revolución condujo a un nuevo estilo de vida sexual que facilitó la propagación del virus.

La anatomía interna de esta epidemia ha sido similar a otras epidemias en la historia. Durante los dos primeros años fué común escuchar la afirmación de que el Sida no era una epidemia, es decir, negar su existencia. Se hizo evidente que eran los homosexuales y los adictos a

²⁵ J. P. Barrán Op.cit. pág. 27

las drogas intra venosas, los principales afectados, lo cual generó rechazo y se plantea como hipótesis que la enfermedad pudiera diseminarse en el resto de la sociedad. Se culpó a éstos grupos de comenzarla y continuarla. Gran parte del resto del mundo culpa a Africa por "iniciar" la epidemia.

La última de las grandes características comunes a todas las epidemias es el miedo. La medicina se siente fracasada porque no existe cura para el sida y surgen terapias alternativas (yoga, digitopuntura, terapias florales) frente a la ausencia de respuestas claras por parte de la ciencia en sus formas más ortodoxas.

El enfoque actual por controlar el Sida es similar al propuesto para el caso de la sífilis. Por ser una enfermedad transmitida sexualmente la forma de controlarla es educar a la gente y fomentar el sexo seguro. Esta idea implica la práctica del sexo tomando ciertas precauciones (pareja estable, preservativo) ante el miedo al contagio. Se cree, coincidiendo con Swenson²⁸, que las respuestas de la sociedad ante el contagio por el Sida han sido parecidas a las que sociedades anteriores tuvieron respecto de otras epidemias.

²⁸ R. Swenson Op. cit pág. 22

-COMIENZO DE LA PANDEMIA. UN POCO DE HISTORIA

Se cree que uno de los primeros antecedentes del Sida fué el de un joven en los EEUU que murió en 1969 de una enfermedad que parecía inmunodeficiencia en su sangre y tejidos que fueron almacenados y se encontró que contenían anticuerpos VIH.

Los comienzos de este nuevo flagelo datan del año 1981 y se ubica geográficamente su despertar en la baja California, EEUU cuando el CDC (Centro de Control de enfermedades) de Atlanta, alerta sobre la aparición de cinco casos de un tumor poco frecuente y de un tipo de infección respiratoria que ocurría en homosexuales masculinos en aparente buen estado de salud, en las ciudades de Nueva York y Los Angeles.

A comienzos de 1982 se produjo una proliferación de casos similares en donde son atacados varios sujetos homosexuales con diferentes manifestaciones patológicas producidas por gérmenes oportunistas.

Todos casos mortales acompañados de virus y enfermedades bacterianas y el cáncer denominado Sarcoma de Kaposi.

Las estadísticas comienzan a llamar la atención por el hecho de que en Zaire (Africa) se centraliza un once por ciento de los enfermos con Sarcoma de Kaposi en pacientes con sistemas inmunodeprimidos. A partir de este hecho y creyendo estar ante la presencia de una enfermedad exclusiva de ésta población se le denomina GRID (Gay Related Immunodeficiency) deficit inmunitario ligado a los homosexuales o Sida, o LAV (Lymphadenopathy Associated Virus) En 1982 ya empiezan a parecer pacientes heterosexuales con esta sintomatología.

Aparecen enfermos de Sida entre los drogadictos y hemofílicos que reciben sangre en bancos de hospitales y también mujeres que viven con homosexuales o bisexuales.

La mayoría de los enfermos provenían de Haití o Africa ecuatorial en especial del Zaire y países limítrofes. En Haití las estadísticas demostraban que había incidencia entre los participantes de rituales

relacionados con las ciencias ocultas, vuddi, etc., donde se realizaban actos en los cuales se esparcía sangre sobre los participantes.

La presencia de la enfermedad en Europa la convierte en el centro de todas las investigaciones.

-LA OTRA PARTE DE LA HISTORIA : EL DESCUBRIMIENTO DEL VIRUS.

Se disponía de una serie de datos que indicaban que un virus era el causante de la inmunodeficiencia del Sida.

Se extrajeron células con lo que se aisló el virus y se llegó a la conclusión de estar ante la presencia de un Lentivirus, es decir un agente de enfermedades degenerativas lentas que pertenecen a la familia de los retrovirus. Como señala Delgado²⁹ antes de aislarse el agente causal del Sida se supo a través de que mecanismos se transmitía.

Los doctores Essex del Instituto de Salud Pública de Harvard y el Dr Gallo refrendaron la hipótesis de que un virus de la familia de los retrovirus capaz de producir leucemia, podía ser el agente causal del Sida.

Sin embargo el mérito del descubrimiento de la causa de la enfermedad corresponde a los investigadores del Instituto Pasteur dirigidos por el profesor Luc Montagnier .

A principio de los años 80 la Doctora Brum y el doctor Rozenbaum propusieron al equipo de virología del Instituto Pasteur investigar un retrovirus en un individuo homosexual que presentaba adenopatías persistentes. Se realizaron los estudios correspondientes y en enero de 1983 se detectaba la presencia de retrotranscriptasa, una enzima característica de los retrovirus. La morfología de este virus difería de la mostrada por el HTLV-1 Este nuevo virus demostraba una especial

²⁹ Delgado Rubio "SIDA todo lo que la sociedad necesita saber" Ed. Mensuales Fund. Welcome España 1994 pág. 19

apetencia por los linfocitos T4. Atacaba estas células y destruía el sistema inmunitario. Los investigadores franceses y norteamericanos se vieron divididos por sostener teorías diferentes. Para los franceses el Sida no era causado por el virus HTLV-1 como sostenían los norteamericanos.

En setiembre de 1983 los franceses sostuvieron la teoría de que el Sida era producido por un virus perteneciente a la familia de los retrovirus, al que denominaron LAV.

En Mayo de 1984 los norteamericanos aislaron el virus y lo denominaron HTLV-III y se demostró que era idéntico al LAV. Por su parte J. Levy y sus colaboradores en San Francisco aislaron el mismo virus y propusieron el nombre de ARV (Aids Related Virus).

Hoy sabemos que LAV, HTLV-III y el ARV son el mismo virus.

Finalmente el "Human Retrovirus Subcommittee of the Committee on the Taxonomy of Virus" lo denominó HIV al agente etiológico del Sida. La nueva denominación suprime a las anteriores.

Ya en 1985 la bióloga portuguesa Santos Ferreira encuentra el virus denominado VIH 2 virus que es similar pero menos violento que el VIH 1.

-TESIS EXPLICATIVAS

Si bien continúa siendo un misterio la procedencia del VIH, el hombre ha tratado de ir encontrando distintas explicaciones sobre su origen, de acuerdo al momento histórico y científico vivido.

La falta de sistematización al respecto han llevado a recopilar cronológicamente los pasos que ha seguido el surgimiento del virus y las distintas tesis explicativas que sobre el fenómeno se han elaborado desde perspectivas diferentes.

Como señala Delgado³⁰ las teorías que sugieren que el VIH-Sida fué fruto de una manipulación realizada en laboratorios que escapó al control de los investigadores, o los que propugnan que se trata de un virus creado con fines bélicos o destructivos han sido descartadas.

Estas teorías no se sustentan desde el punto de vista científico.

Es posible que el desconocimiento sobre el virus y el recelo que cada país tiene respecto de donde comenzó la epidemia, además de quién descubrió y aisló el virus haya producido este tipo de tesis explicativas del fenómeno.

Dado que los primeros sujetos afectados eran homosexuales varones, no faltaron quienes pensaron que el Sida era una "maldición" o "castigo divino" sobre un colectivo cuyos comportamientos no eran aceptados por el resto de la sociedad. De hecho durante un tiempo se propuso para esta epidemia el nombre de "peste gay".

Cuando el Sida comienza a aparecer en mujeres, drogadictos, hemofílicos, y niños se demostró que el Sida no era una enfermedad exclusiva de gays.

Para R. Gallo el Sida se inició en Africa subsahariana. En esta zona existe una especie de mono llamado mono verde africano portador del virus STLV-III que no produce trastornos en los primates.

Probablemente este virus sufrió una mutación hacia un virus diferente y agresivo para la especie humana.

Este virus pasó al hombre durante los rituales del vudú en que se utilizan agujas y se espansa sangre sobre los participantes. En un principio se pensó que la acción del brujo de derramar sangre sobre los presentes era una causal de imp... cia -dice- Sukman³¹ pero los

³⁰ Delgado Rubio Op. cit. pág. 16

³¹ Eduardo Sukman "¿Qué sabe usted del SIDA?" Ed. Mu-Su Bs. As. 1985 pág. 116

estudiosos del tema no dudan en señalar que las prácticas se realizan con agujas que constantemente son utilizadas en los rituales por los presentes, estimulándose con profundas incisiones.

Otras teorías sugieren que en los años setenta las relaciones entre los países africanos subsaharianos y Haití fueron especialmente fluidas. Se cree que el flujo de africanos al Caribe y a Haití permitió que la infección pasara de África a las Islas Caribeñas. En Europa, los primeros casos se registraron en Francia y Bélgica, países de gran influencia en toda África.

Algunas teorías señalan que un grupo de varones homosexuales norteamericanos pasaron sus vacaciones en Haití manteniendo relaciones sexuales con población autóctona. Probablemente se infectaron y luego importaron la enfermedad a las urbes norteamericanas. Esta teoría no es aceptada por los organismos internacionales, esto se debe según Delgado³² a motivaciones políticas ya que ningún país quiere ser la cuna del Sida.

Para autores como Edery "hoy día la teoría más aceptada es la que plantea que el VIH surgió en África, a partir de una mutación genética en entidades virales preexistentes"³³

Dentro de la misma línea pero sin establecer el origen, el Plan Nacional de Sida, en Uruguay señala que el VIH forma parte de una familia de virus que han existido previamente en la naturaleza.

Las técnicas desarrolladas para detectar la infección de la sangre han permitido comprobar (estudiando sangre almacenada de los años cincuenta) que los VIH existieron desde hace tiempo y han ido cambiando su comportamiento a través de mutaciones, siendo en éstos momentos capaz de producir enfermedad en el ser humano.

³² Delgado Rubio Op. cit. pág. 22

³³ David Edery Op. cit. pág. 24

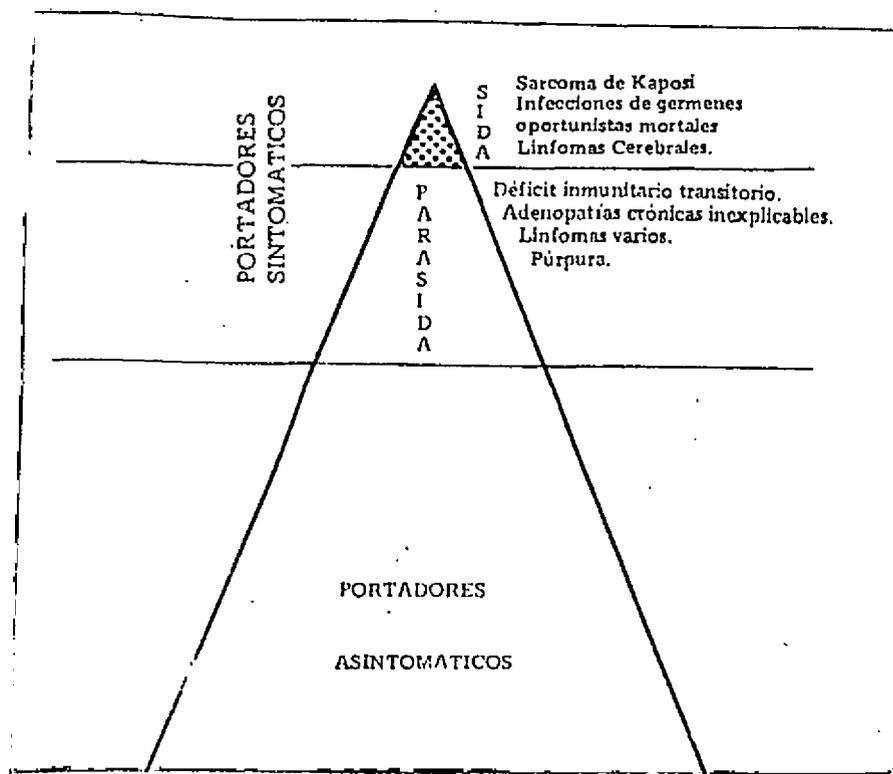
-ELEMENTOS SOCIALES ASOCIADOS A LA PANDEMIA EN LAS DISTINTAS TESIS

Con el Sida la actitud tomada por la sociedad ha sido la de creer que el mal viene de los otros, de los diferentes a nosotros. También explica el temor al otro, ese otro que es fuente de contagio y de "vicios". Se calificó a la enfermedad como "la plaga del siglo" o "el contagio divino". Desató el señalamiento y discriminación de grupos específicos llamados "grupos de riesgo". Fue la "peste rosa" o la enfermedad de "drogadictos" y "prostitutas". Estos grupos rompen con todos los valores morales, pautas y modelos de comportamiento sustentados por la sociedad, sacando a luz distintos mitos y tabúes. Son grupos con prácticas que en un primer momento fueron encuadradas en la noción de "estilos de vida" y posteriormente se consideraron como "conductas de riesgo". Esta asociación entre conductas y grupos determinados de población sigue vigente implícitamente para muchos actores sociales que construyen cotidianamente la noción de Sida. Algunos términos específicos son construidos por distintos actores como por ejemplo la noción de "bilateralmente fiel". En un principio se habló de fidelidad cuando la Iglesia planteaba la castidad. Finalmente se construyó el término "bilateralmente fiel" para hacer referencia a la responsabilidad conjunta de la pareja ante la posibilidad de contraer la enfermedad.

El conocimiento de las formas de contagio han ido permitiendo la pérdida del miedo. Las formas de prevención nos permiten hablar de "sexo seguro". No obstante el miedo existe, el preservativo es un símbolo de aislamiento del cuerpo en el momento culminante de su relación íntima con otro cuerpo, pero es a la vez, una forma de proteger la salud, valor fundamental en nuestra sociedad, una sociedad que fomenta la salud personal y colectiva. Un miedo donde "el preservativo" o "condón" como

elemento para la prevención fué resistido en su explicitación en los medios de comunicación.

En las relaciones sociales se produce un cambio, se actúa con mayor cautela ya que existen portadores asintomáticos que resultan tan provocadores de enfermedad como los enfermos propiamente dichos. En efecto como lo demuestra el cuadro a continuación:



Fuente: E. Sukman "¿Qué sabe ud del Sida?" Ed. Mu-Su pág118

una pirámide o "iceberg" significa : la punta del iceberg es "lo que se ve" y lo oculto representa el parasida y los portadores asintomáticos. Estos últimos constituyen el mayor número de afectados, es entonces el grupo hacia el cual se deben enmarcar las acciones que se emprendan para frenar la pandemia.

Otro aspecto a tener en cuenta es la voluntariedad del examen. La Organización Mundial de la Salud señala que el examen de detección del VIH-Sida debe hacerse en forma voluntaria y con el consentimiento expreso de la persona, basado en una decisión informada, con asesoramiento antes y después de la prueba y guardando la

confidencialidad. Se produce un enfrentamiento entre el derecho individual y el derecho colectivo. Cabe preguntarse hasta donde esta postura es correcta ya que está en juego la salud de toda la comunidad. Se piensa que es posible tomar medidas sanitarias que llendo más allá de la confidencialidad y voluntariedad pongan freno a la pandemia.

Biagini y Sánchez³⁴ establecen que el estudio epidemiológico del VIH-SIDA atravesó tres etapas caracterizadas por paradigmas causales tales como el de una enfermedad gay (de 1981 a 1982) El de una enfermedad de grupos de alto riesgo (de 1982 a 1984) y el de un problema de conductas de alto riesgo (de 1985 a la fecha). Las dos primeras etapas aquí planteadas consideraban redes causales en las que las memberships a grupos específicos se concebían como factores de riesgo, aunque en la segunda etapa se sospecha que un agente infeccioso desconocido constituye un elemento clave. La tercera etapa coincidente con la amplia aceptación del VIH como una causa necesaria del Sida y la disponibilidad comercial de una prueba serológica, determinaron la reorientación del interés epidemiológico hacia determinantes de la infección por VIH, trabajando en modelos causales en los que las conductas de riesgo y los marcadores de promiscuidad (número de compañeros sexuales, ETS previas, etc) constituían un factor fundamental.

-DESCRIPCION Y ANALISIS DE SPOTS PUBLICITARIOS SELECCIONADOS Y SU CORRESPONDENCIA CON LAS TESIS

Los medios masivos de comunicación social no pueden estar ajenos a la pandemia. Deben informar, traducir información clara sobre lo que la sociedad debe hacer. Nadie pone en tela de juicio la incidencia de la publicidad en los valores sociales, las pautas de comportamiento, las

³⁴ Biagini y Sánchez Op. cit. pág. 33

modas y modos de vivir, así como su capacidad de sugestión sobre lo que se debe comprar y amar y lo que debe aborrecerse. La publicidad genera prejuicios, necesidades, expectativas, fomenta o acalla ideologías porque además de productos vende modelos de vida y de relaciones sociales. El spot o comercial es una película transmitida en los bloques establecidos a tal fin y cuya duración oscila entre los 10 a 60 segundos.

Se toman para el presente punto de análisis tres fechas básicas para el estudio de distintos spots publicitarios. Las fechas corresponden al año 1984, 1991 y 1996, y se corresponde cada una con un momento científico y social determinado, y con una tesis en particular.

Es de fundamental importancia el análisis de éstas publicidades ya que los medios de comunicación no solo vehiculizan información sino que forman opinión e influyen a los receptores en su percepción de la realidad y modifican su comportamiento.

El spot correspondiente al año 1984 mostraba a un hombre con traje de buzo que se lanzaba al agua mientras el slogan señalaba "si vas a tirarte al agua, debes estar protegido". Se utilizaba una metáfora y únicamente se trataba el tema tangencialmente. Este tipo de publicidad confundió a la población que no estaba preparada para analizar la metáfora y actuar en consecuencia "previniéndose" del Sida. Corresponde este tipo de planteos a un momento científico e histórico en el que todavía quedaba mucho por saber respecto de las formas de transmisión del VIH-Sida (recordemos que en nuestro país el primer caso de Sida surge en 1983) También se corresponde con una situación socio-cultural donde aún prevalecía el tabú de lo sexual como tema a ser tratado socialmente y reservado al ámbito privado.

El spot que fué publicitado en 1991 mostraba un planteo más directo del tema y se asocia con la tercera etapa planteada por Biagini y

Sánchez en el punto anterior en el que se hace referencia a las llamadas conductas de alto riesgo. Se corresponde también con un momento histórico específico en el que la transmisión sexual es la causa principal de transmisión del flagelo.

El spot muestra a una pareja en primera instancia y posteriormente se toma el rostro de uno de ellos mientras una voz señala "Si te acuestas con ella no creas que estarán a solas, porque él se acostó con ella y ella se acostó con él ..." y se van sucediendo diferentes rostros. Finalmente aparece la imagen de un preservativo y la recomendación de su uso. Este spot muestra la importancia de la protección especialmente para aquellas personas que no tienen pareja estable y ya no se trata de señalar grupos de riesgo sino conductas de riesgo, aparece la responsabilidad que cada uno debe asumir frente al tema y frente a su propia salud. Se resalta el derecho individual a la salud. Por otra parte se cree que la sociedad ya está pudiendo asumir el tema de la sexualidad que hasta el momento no se había abordado. Pero sigue dejando de lado otros aspectos fundamentales y es que la enfermedad en cuestión, afecta a grupos etáreos caracterizados por la búsqueda del amor y la pareja, la cual no siempre está caracterizada por la estabilidad. Hacia finales de 1996 surgen nuevos spots "un muchacho llega a casa de la chica y cuando le presentan al padre; de un bolsillo de la camisa del chico se cae un preservativo. Ahí tras un momento de suspenso compartido por los actores y los espectadores, el padre acepta la situación y con un gesto afectuoso hacia la chica cierra diciendo "mañana hablamos" Sosa el creador de esta publicidad señala que "existía la necesidad de un cambio de enfoque en la publicidad contra el Sida ya que los resultados obtenidos hasta el momento de acuerdo a manifestaciones de jerarcas de Salud Pública no dejaban saldos

positivos".³⁵ Se vio la necesidad de hacer un planteo más directo del tema y se involucró a toda la familia que hasta el momento había sido olvidada.

Se recordó que el tema de la protección ante la enfermedad involucra a toda la sociedad. Se participa sin violencia de la problemática y desde un lugar de afecto, comprensión y diálogo.

No se plantean metáforas porque el grupo de mayor riesgo es de 15 a 14 años, así que las metáforas no llegan, llega el lenguaje directo, hablar claro y en forma contundente y entre todos.

Se aprecia además, que la "situación de riesgo" se visualiza más claramente en los dos últimos spots analizados. Esa situación tiene expresión y piel sensible, tiene rasgos de ternura y de pasión, tiene impulsos de deseo y vitalidad emocional, es un nombre y es un cuerpo y una historia de vida, es un rostro, el de otro pero que como espejo se refleja.

³⁵ Artículo "El SIDA sin metáforas" Revista 3 Año I N° 50 Mdeo. 10 de enero de 1997

TRABAJO SOCIAL
Y SIDA

LA ENFERMEDAD COMO REVELADOR DE COMPORTAMIENTOS SOCIALES

Hablar de la repercusión de la infección en la estructura psicoemocional de cada uno, del portador y del enfermo, hablar del sacudón que opera en la trama del relacionamiento social y familiar remite a evidenciar las imágenes, actitudes, fantasías y discursos que se elaboran y se construyen en torno al Sida en la sociedad.

La aparición de la infección impactó de lleno el imaginario simbólico cultural de nuestra sociedad sacudiendo el conjunto de valores, ideas y certezas dominantes sobre el amor, el cuerpo, la pareja y sobre todo la sexualidad. El impacto cultural del Vih-Sida puede explicarse por su articulación con una situación social concreta ya existente: la infección revela y amplifica los vacíos en la protección legal, algunos desfasajes en el sistema educativo, carencias de la atención de la salud, deterioro de los niveles de vida. Situaciones de marcada desigualdad social que definen diferencialmente las posibilidades que tienen los uruguayos de enfrentar la vida y la muerte.

La sociedad a nivel global ha ido evolucionando en sus reacciones de acuerdo a los descubrimientos científicos y médicos. En un primer momento se vió que la significación discriminatoria que se basaba en la categoría "grupos de riesgo", el Sida se contrae por negligencia, por abusos o devíos en la sexualidad o del consumo de estupefacientes. De ahí la necesidad de castigo y aislamiento de los transgresores. Esta posición esconde prácticas estigmatizadoras más antiguas, reforzadas y confirmadas por el discurso médico y las ciencias. Las primeras denominaciones que se dieron a la enfermedad (GRID) lo demuestran. Al decir de Goffman "construimos una ideología para dar cuenta del peligro que representa esa persona"³⁶ y de esa manera justificamos el rechazo y

³⁶ Erving Goffman Op. cit. pág. 15

los actos discriminatorios. Es el caso de muchos despidos del trabajo por el solo hecho de tener un examen positivo, las resistencias de algunos centros de asistencia a proporcionar drogas antivirales, la expulsión de niños VIH positivos de los colegios, la falta de apoyo y acompañamiento por parte de la familia y pareja del enfermo. Todo configura una realidad social concreta que afecta el estado de Salud-enfermedad de estas personas. Ser enfermo de VIH-Sida genera nuevos mecanismos de exclusión que intersecta espacios culturales de la vida cotidiana. Como lo plantea la OMS aislar y segregar genera la falsa certeza que "nosotros" estamos por fuera, la infección por VIH está allá contenida, lejana, sintiéndonos liberados de toda responsabilidad por el autocuidado de nuestra salud y la de nuestro entorno familiar y social. El respeto pleno por los Derechos Humanos es el unico criterio capaz de combatir con eficacia el Sida.

El conocimiento sobre las formas de contagio ha hecho retroceder poco a poco el miedo. No obstante paradójicamente la sociedad ha creado organizaciones de defensa de los Derechos estableciendo declaraciones como la de Derechos Fundamentales de las personas que viven con el VIH Sida. En ella se establecen derechos básicos como el derecho a una información clara y fundada científicamente, derecho a asistencia y tratamiento, a la libertad, a no ser sometidos a aislamiento, a participar en todos los aspectos de la vida social, a recibir sangre y hemoderivados, a conocer su estado de salud y comunicarlo solo a las personas que desee, a la continuación de su vida civil, profesional, sexual y afectiva, entre otros.

La sociedad también crea sus propios términos en la medida en que se hacen necesarios. Se construye a partir del año 1994 el término "bilateralmente fiel" para hacer referencia a que la prevención pase por

la fidelidad mutua en la pareja. No sirve la fidelidad de una sola parte; como tampoco sirvió el intentar imponer la abstinencia sexual

Teniendo en cuenta que los datos epidemiológicos muestran que el grupo más propenso a infectarse está entre los 15 y 24 años, edades de mayor actividad sexual y menor estabilidad en la pareja, se pone énfasis en las campañas publicitarias y de prevención específicas para este grupo de población en el uso del preservativo, uso que intenta ser generalizado a igual ritmo que la pandemia.

Cuando la gente siente temor reacciona negando que el problema planteado sea el suyo o rechaza a quién lo tiene. Si modifican su conducta es por un corto tiempo porque pasado el miedo se vuelve a conductas anteriores. Pero si las personas cambian porque desean disfrutar de su sexualidad o porque desean proteger a sus seres queridos, el cambio es perdurable. Hoy las conductas sexuales se están modificando. El tema se habla más directamente incluso en ámbitos como , medios de prensa, centros educativos y religiosos entre otros.

El examen de detección del VIH marca un punto clave de análisis de las reacciones que se generan tanto desde el paciente como de los familiares.

El resultado positivo marca profundamente al paciente. Es un shock que plantea un antes y un después. En general cuando la persona protagoniza episodios circunstanciales de riesgo, la presión emocional del examen genera un cambio de actitud o por lo menos una preocupación por no caer en situaciones similares.

Este examen tiene características particulares ya que diagnostica una infección hasta el momento incurable, que conlleva un pronóstico de deterioro psíquico progresivo, con implicancias psicológicas graves "y un correlato de discriminación, aislamiento y soledad"³⁷. Enfrenta de

³⁷ David Edery Op. cit. pág. 50

forma inmediata con la muerte. Cuando el individuo va a consulta llega con ansiedad y angustia y con la seguridad de un resultado negativo. El enfrentamiento al informe positivo es traumático y estresante. Las reacciones son tan diferentes como personas existen, y depende de circunstancias tales como si se está en una etapa inicial en la que existe una esperanza de sobrevida importante, o si se está en etapa avanzada. Siempre el común denominador es el miedo, miedo a la muerte, a estar hospitalizado, impotente, deteriorado, a contagiar a otros, a la discriminación y el rechazo por parte de la familia, la pareja, laboral, a la sexualidad, a la soledad y abandono. Como señala Eddery³⁸ la convivencia a nivel familiar y de la pareja resulta muy dificultosa. La familia puede sobreproteger al enfermo, lo cual crea tensiones. En caso de que la angustia sea muy intensa aparecen mecanismos psicológicos de defensa como discriminación y rechazo que son soluciones frente al Sida.

La enfermedad interrumpe el proyecto de vida de la persona y se vivencia culpa por la conducta adoptada. En muchos casos algunos niegan estar infectados, rechazando o evitando el tema.

-PRINCIPALES ASPECTOS A INTERVENIR POR EL TRABAJO SOCIAL EN EL TENA.

Para la solución de los distintos problemas enfrentados con el Sida, cada disciplina aplica sus metodologías y técnicas para el logro de una solución.

El trabajo Social es una disciplina que ha ido encontrando su espacio de actuación profesional dentro del área de la salud. Ya desde sus orígenes mismos si bien sus primeras prácticas aparecen ligadas a la caridad y la filantropía (recordemos la formación de la "COS" Sociedad de Organización de la Caridad en 1869) éstos se desempeñaron en el campo de la salud. En América Latina la primer Escuela de Servicio Social es

³⁸ Eddery David Op. cit. pág. 50

fundada en 1925 por un médico chileno (Alejandro del Río) quien se preocupara profundamente de los problemas sociales.

El descubrimiento del cuerpo y los derechos de la salud en el siglo XX hicieron crecer el poder y el saber médico y fueron abriendo poco a poco una brecha para el Trabajo Social en esta área, que en sí misma puede ser considerado como la más tradicional en la disciplina.

El Trabajo Social juega, entonces, un papel muy importante en el área de la salud; como señala Manuel Carballo (Jefe de la Unidad de Investigación y comportamiento social de la OMS FMS) los Trabajadores Sociales deben estar involucrados activamente en una estrategia mundial para :

- 1) Prevenir la futura propagación del VIH
- 2) Desarrollar políticas no discriminatorias con relación al VIH
- 3) Desarrollar y suministrar consejo y amplios servicios de ayuda a la gente afectada por el VIH-Sida.

Los Trabajadores Sociales en virtud de su formación, su particular visión del individuo dentro de una constelación familiar y comunitaria, junto con la amplia gama que abarca el Trabajo Social en la salud y el bienestar social, se encuentran en una posición óptima para jugar un papel efectivo en el esfuerzo global para tratar con la epidemia y la habilitación de aquellos que están afectados.

Al enfrentarse con este fenómeno, los Trabajadores Sociales se enfrentan al problema de como mantener y reforzar los principios de los derechos humanos y los valores, en los esfuerzos mundiales por erradicar el VIH-SIDA, ya que esta enfermedad "examina los sistemas de valores esenciales de compañerismo de los seres humanos y de los Trabajadores Sociales ".³⁹ De alguna manera se entrelazan los principios filosóficos y

³⁹ Documentos políticos .Federación Internacional de Trabajadores Sociales.Oslo 1991. pág 2

éticos disciplinarios con metas cuyo impacto social será mucho más positivo y favorable.

Se debe reforzar la aceptación de los grupos expuestos e infectados. La propagación del Sida influye y cambia las relaciones interpersonales a todos los niveles. La convivencia a nivel familiar e individual puede ir logrando una compensación en los vínculos y en las relaciones que se tornen conflictivas a causa del Sida. Esta área de abordaje es competencia de los Trabajadores Sociales que buscan la solución de los conflictos a partir del mejoramiento de las formas de comunicación y comprensión personal y familiar. El modelo de difusión del virus refuerza los patrones existentes de injusticia, opresión y discriminación, los cuales fueron siempre preocupación del Trabajo Social .

En este sentido los principios sobre los cuales la DMS basa sus esfuerzos están de acuerdo con los valores tradicionales del Trabajo Social. La FITS (Federación Internacional de Trabajadores Sociales), propugna: Trabajar para la prevención del VIH-SIDA, emprender campañas o programas educacionales que informen a la comunidad, concientizar a la población sobre la importancia del problema, realizar un exámen de los prejuicios existentes, luchar contra la discriminación, asesoramiento y servicios a quien padezca la enfermedad, contención del enfermo y de sus familiares, consejos pre y post análisis para detección del VIH SIDA, búsqueda del cambio, involucrar a las directivas políticas para que asuman los problemas sociales del Sida, asegurarse de que los servicios se entreguen equitativamente, movilizar organizaciones existentes, crear redes de apoyo de DNGs.

La tarea principal radica en la necesidad de prevenir y contener la propagación del VIH-SIDA. Es fundamental educar para la prevención y

contraatacar los efectos no deseados de la epidemia sobre la estructura social y de la población.

Prevenir es la única forma posible con la que contamos para frenar la epidemia.

Partiendo de los postulados éticos del Trabajo Social defendemos los derechos de la gente, a la autodeterminación, a una ocupación con sentido y a un domicilio, a disfrutar de buena salud y servicios de bienestar, a trabajar y ganarse la vida, a recibir el respeto y la estima de la sociedad que lo rodea, a viajar libremente dentro y fuera del país, a la educación, a la confidencialidad, a la protección contra todas las formas de discriminación, a un asesoramiento previo y posterior a las pruebas de VIH SIDA, a una información cuidadosa.

Poco a poco, "sin abandonar el miedo y la represión se comienzan a abrir fronteras hacia la información y la educación como formas legítimas de prevención de la enfermedad".⁴⁰ Surgen en Uruguay diferentes instituciones que encaran el tema desde ópticas particulares. Cabe destacar organizaciones tales como IELSUR que se encarga de los aspectos legales y de derechos humanos en cuanto al VIH SIDA, ASEPO (Asociación de ayuda al sero positivo) que trabaja con el sujeto infectado o enfermo directamente y sus familiares brindando asesoramiento y asistencia, IDES (Instituto de Desarrollo Económico y Social) que trabaja en el área de la prevención, entre otras. También en el interior del país existen diferentes organizaciones que trabajan la problemática, además de los centros estatales y dependencias del Ministerio de Salud Pública.

Desde 1990 ADASU (Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay) planteó sus lineamientos generales a partir de los cuales se trabaja

⁴⁰ Conferencia Mundial de Trabajadores Sociales. "Sida del miedo y la represión a la educación. Un desafío para el Trabajador Social" Bs. As. 1990 pág2

combatiendo la desinformación y el miedo paralizante sobre la base de la concientización, y esclarecimiento de la enfermedad. Se incluye al SIDA dentro de un enfoque globalizador, en una educación sexual que debe inscribirse en un marco de valores éticos definidos y expresamente comprometidos con una conciencia crítica, liberación de prejuicios y tabúes, responsabilización y compromiso personal.

El trabajo Social constituye entonces un punto de encuentro de componentes educativos, asistenciales, de prevención, de vigilancia epidemiológica. El Trabajador Social actúa como nexo con los recursos comunitarios existentes. El estudio de la situación familiar, laboral y de pareja cobra vital importancia. Así el Trabajo Social contribuye a que el paciente mantenga y desarrolle sus actividades laborales y su vida socio familiar habitual. Es fundamental la coordinación y conexión ya que el apoyo social tiene un efecto directo sobre el estado global del infectado.

El Trabajador Social es además, pieza fundamental para colaborar en la comprensión y abordaje de la complejidad de esta infección, intentando recrear un espacio psicosocial para poder convivir con los enfermos e infectados, ya que de esta manera, se contribuye en la búsqueda de una sociedad más sana, en la medida que sea más humana, más justa y más solidaria.

De acuerdo a la OMS, 20 millones de hombres, mujeres y niños están infectados por el VIH. De este número se estima que 4,5 millones han progresado al Sida y 2,5 millones han muerto.

Este organismo predice 10000 nuevos infectados VIH cada día, la mayoría de ellos en países en desarrollo, donde las medidas preventivas existentes en el primer mundo resultan prohibitivas por su alto costo. Como señala el Dr Franf Lee "La vacuna con virus vivo atenuado podría

estar disponible para el año 2000. Sin embargo la concertación de políticas económicas y de salud aplazarán la distribución masiva hasta el 2002",⁴¹

Lo logrado hasta el momento por parte de los doctores Gullick y Ho es la fabricación de un triple-plan de drogas. Los fármacos combinados (AZT, 3TC y Ritonavir) demostraron ser 100 veces más potentes que el AZT. Con este triple plan se ha logrado que desaparezca el virus de la sangre pero aún no se logra que desaparezca también en los nódulos linfáticos.

Las investigaciones continúan, la cura para el VIH-Sida aún no llega. Habrá que ver si el virus no logra mutar y hacerse resistente a los fármacos. Este triple-plan químico reduce en 100 veces el ritmo de reproducción del virus e infirió su proceso natural de mutación

Algo está claro, el problema de los costos puede ser un obstáculo en la carrera contra la enfermedad ya que 9 de cada 10 enfermos de VIH-Sida viven en países en vías de desarrollo y no pueden pagar el costo de un tratamiento que tal vez tengan que mantener durante toda su vida. Así mismo la pandemia genera un doble impacto a nivel social: afecta la estructura demográfica en sí misma al afectar a los grupos más jóvenes, con todas sus derivaciones y paralelamente en lo sanitario puede llegar a provocar un verdadero crack económico frente al alto costo de los tratamientos en cualquiera de las etapas o fases

Cuando el mundo busca desesperadamente una vacuna contra el virus hay una vacuna al alcance de todos que cambiaría muchas cosas, la vacuna de la prevención con solidaridad, educación, información clara y precisa, desmistificando los mitos y estigmas de la sexualidad. Reedificar mitos y ritos de la vida del hombre en sociedad, dando un lugar diferente al placer, pero también a la muerte. Expresiones

⁴¹"Disponibilidad de la vacuna contra el Sida" Revista Descubrir N° 52 Febrero 1997 pág25

*extremas que significan de alguna manera la polarización de la Salud-
enfermedad del hombre.*

CONCLUSIONES

"De aquí al 2000 el 90% de los casos de Sida se manifestarán en los países del tercer mundo. Sin embargo a pesar de la mortalidad actual, los estragos que está causando el Sida no pueden apreciarse hasta dentro de 5 o 10 años".⁴² Más que el impacto demográfico que se verá más a largo plazo, hay que prever una grave repercusión económica puesto que la enfermedad afecta a una población básicamente de adultos jóvenes. La pirámide de edades estará trastocada, siendo dominada por ancianos y se acentuará en el caso uruguayo. El Sida es cada vez más joven, más pobre y más femenino. El número de niños afectados por la enfermedad aumenta con el paso del tiempo.

Esta enfermedad deja al desnudo los problemas económicos, políticos y sociales que enfrenta el mundo moderno dejando en evidencia las diferentes oportunidades que cada sociedad tiene de enfrentar la vida y la muerte, la salud y la enfermedad. Muestra los vacíos en los sistemas de salud y jurídico legales existentes, y genera distintas reacciones en los seres humanos. Por un lado el rechazo y la estigmatización de ciertos grupos y personas, por el otro la solidaridad y la lucha por mejores condiciones de vida para los enfermos e infectados.

La desintegración de las familias hace que los efectos del VIH SIDA se expandan en círculos concéntricos a la sociedad toda.

El Sida obligó a la sociedad a hablar el tema de la sexualidad desde los ámbitos comunitarios y a repensar a partir de la realidad del contexto social de cada uno, en la defensa de los derechos individuales y colectivos, en afirmar la libertad y el respeto por las diferentes opciones sociales y sexuales. El Trabajo Social es de fundamental importancia para educar y concientizar a la población; para que la pandemia no continúe cobrando más víctimas. Intervenir en la

⁴²Montagnier Luc. Tomado de Internet 4/3/97 Montagni.Monta.HTML.

desmitificación de las causas en un trabajo tanto a nivel micro con los portadores y sus familiares , como a niveles organizacionales y macro

Es necesario ser creativos y elaborar estrategias conjuntas y coordinadas entre ONGs e instituciones estatales, de prevención, educación y atención de las personas infectadas para lograr, con los pocos recursos económicos de que se dispone, mas eficacia e impacto.

La prevención constituye una forma para no contraer la enfermedad, en definitiva la educación y la prevención deben enmarcarse en la lucha por la vida y en el desafío colectivo de aprender a convivir con el Sida.

El miedo ante la pandemia, a pesar de la información recibida, no desaparece, y aunque ha disminuido a nivel global, la conceptualización de la enfermedad como castigo sigue presente en gran parte del imaginario colectivo. Este tipo de reacciones las ha manifestado la sociedad de igual forma ante otras pandemias (sífilis, tuberculosis). El terror, la estigmatización y el miedo al otro han sido características comunes a varias epidemias.

El origen desconocido del Sida dió surgimiento a distintas tesis o teorías las cuales respondieron en su momento a situaciones concretas (conocimientos que sobre la enfermedad se tenían, intereses de los investigadores, etc) que pretendieron explicar y justificar el fenómeno y en algunos casos encontrar un "responsable"

El número de infectados por vía sexual y por la utilización de jeringas contaminadas, sigue en aumento lo que habla de que la sociedad no está siendo eficaz en la prevención.

Algunos aspectos son objeto de preocupación en este momento en que la prevención aún no logra poner freno a la pandemia.

¿Cómo se realizará el seguimiento de los sujetos VIH positivos asintomáticos si nunca asisten a un centro para realizarse el examen de detección VIH ?

¿Podrá la sociedad cargar con el peso económico que genera la atención de cada vez más enfermos de Sida? ¿Podrá hacerse cargo de la situación de miles de niños y adolescentes huérfanos y con Sida ? ¿ ¿Qué alternativas podrá ir encontrando para la atención de éstos niños y jóvenes que son la cara del futuro ?

¿ Hasta cuándo el miedo nos hará seguir estigmatizando a los enfermos y portadores cuando más necesitan el apoyo de la sociedad ? Ante la ausencia de respuestas claras por parte de la medicina cabe buscar la forma de aumentar el promedio de vida de los portadores, buscar una alternativa para realizar el seguimiento de los portadores asintomáticos y mejorar la calidad de vida de los enfermos.

Quedan planteadas estas preguntas esperando que con el tiempo la sociedad y las ciencias encuentren alternativas y soluciones dignas que mejoren las condiciones de vida a nivel mundial; como lo hizo en otras pandemias.

Desde el Trabajo Social la sistematización y recopilación constituyen una forma de comprender mejor el fenómeno para actuar más eficaz y eficientemente en las distintas problemáticas sociales que plantea el VIH-Sida como enfermedad social. Con ello la disciplina estaría aportando otras formas explicativas

BIBLIOGRAFIA

- BARRAN José. Medicina y Sociedad en el Uruguay del 900 Tomos I y II
Ed Banda Oriental Montevideo. 1993
- Historia de la Sensibilidad en el Uruguay Tomo I Ed Banda
Oriental.
- BIAGINI Graciela y Sánchez María del Carmen. Actores sociales y
Sida ¿ Nuevos movimientos Sociales ? ¿ Nuevos agentes de
salud ? Ed Spacio. Buenos Aires, 1985.
- CARAMBULA A. , J Ferrando y A Hein. Uruguay Marginado : voces y
reflexiones sobre una realidad oculta. Ed Trilce
Montevideo 1995
- CASSUTO JP , A Pesce y F Quaranta. Sida , como se manifiesta ,
como prevenirlo , como tratarlo. Ed Paidós , 1987.
- DELGADO Rubio Alfonso. Sida : todo lo que la sociedad necesita
saber. Ed Mensuales Fundación Welcome. España , 1994
- DWYER John M. El cuerpo en guerra. Nuestro sistema inmunológico. Ed
Pomares-Corredor. Barcelona , 1992.
- EDERY David Aspectos Sociales y de Salud Mental. Revista de Trabajo
Social Vol 7 Nº13 Uruguay, 1994 (pág 11 a 14).
- EDERY David Psicopatología del Sida. Aspectos Psicosociales. Ed
Eppal. Montevideo , 1992
- GOFFMAN Erving Estigma : la identidad deteriorada. Ed Amorrortu
Buenos Aires Abril 1993.
- GUIMARE Claudia. El rol del Estado Uruguayo visto a través del
discurso respecto del Sida. Taller de Sociología
de la Salud. Facultad de Ciencias Sociales Nº
94112 Montevideo, 1996.
- GUIMARE Claudia Entrega Final Segundo semestre. Taller Sociología

- HILLER Claudia. "Conviviendo con el Vih" "La República" 27/7/97 pág 6,7 y 8
- MONTAGNIER Luc. Internet 4/3/97 (monta.html) Montagni.
- Dr.PALACIO, GUERRERO, ACUNA "Sexo en los adolescentes" Ed Cinco.1986 Bogotá Colombia.
- FESCE Leda. Cuadernos de Salud N23 VIH/SIDA y ETS. Buenos Aires , 1995. Ed. Taller Permanente de la Mujer.
- SERRA Margarita , Vidal J, Basso J. Información Básica. Plan Nacional de Sida. Montevideo , 1995
- SWENSON Robert. Las Epidemias , La Historia y el Sida. Publicación Facetas (us) Separata N21 (pág 16 a 22)
- SUKMANN Eduardo y colaboradores ¿ Qué sabe ud de Sida ? Ed Mu-Su Buenos Aires, 1985.
- VENEGAS Jorge. " Análisis científico de la Salud-Enfermedad en las sociedades modernas" Bol IIN Vol 59 (jul/dic1985) N2224.
- Todos contra uno: la batalla anti-Sida en Uruguay. Tomos I y II Montevideo. Diciembre 1991. Ed " La República " Autores varios.
- Documentos Políticos. Federación Internacional de trabajadores Sociales. Oslo , 1991
- Revista de Ciencias Sociales N258 Universidad Católica de Costa Rica. Aspectos Sociales del Sida , 1992
- Hablando de Sida. Una guía para trabajar en Comunidad. Federación Internacional de Planificación de la Familia , 1990.
- Sida, del miedo y la represión a la educación. Un desafío para el Trabajador Social, 1990. Conferencia Mundial de Trabajadores Sociales. Buenos Aires.
- Declaración de los Derechos Fundamentales de la persona que vive con el virus VIH -SIDA. Internet. Conferencia de Montréal , 1988

- E.L.I.S.A. Vida Mia. Revista Guambia Nº 294 Julio , 1996.pág 38,39 y 40. Montevideo. Uruguay.
 - Conferencia Mundial sobre el Sida ¿ Al borde de la Cura ? Revista 3 Montevideo, 19 de Julio de 1996.
 - El Sida sin metáforas Año I Nº 50 Revista 3 Montevideo , 10 de enero de 1997.
 - Tercer encuentro de trabajadoras Sexuales Revista 3 (pág 16) 11 de abril de 1997. Montevideo.
 - Disponibilidad de la vacuna contra el Sida Revista Descubrir. Nº52. Febrero de 1997.
 - Análisis epidemiológico nacional. " La propuesta y el reencuentro" San José . Noviembre 16 de 1996.
 - Sida : una luz al final del túnel. " Posdata " 17 de enero de 1997. Montevideo pág 84.
 - Sida , número de adultos contaminados supera 25 millones. "Los Principios". San José 18 Junio 1996.
 - Conciencia Latinoamericana Vol II Nº 4 Oct-Nov-Dic 1995
 - " La Educación Sexual de los jóvenes " Montevideo.
 - Investigación Diagnostica del Vih en el Uruguay.
- NIP I .Prof.Coordinador : Cristina Rovira.
- Universidad de la República
- Facultad de Ciencias Sociales
- Departamento de Trabajo Social