

EL IMPACTO SOCIAL DEL SIDA EN EL SIGLO XX

*** Gunther Balarezo López**

RESUMEN

El SIDA fue un problema de salud que tuvo un fuerte impacto social por la desinformación de las personas, lo cual conllevó a la discriminación de los enfermos y sus familiares. En tal sentido, se hizo una revisión bibliográfica sobre algunos aspectos sociales del SIDA a finales del siglo XX, analizándose y resumiendo los aspectos más relevantes de diversas publicaciones. Se resalta que los medios de comunicación jugaron un rol fundamental en la información que se brindó a la sociedad, la cual fue en muchos casos fatalista, afectando a diversos grupos poblacionales, mediante la discriminación. Pero el enemigo más terrible no era el virus en sí, sino los prejuicios, los valores y la ignorancia de la sociedad que tenía con respecto a esta enfermedad.

Palabras clave: SIDA, discriminación, medios de comunicación y grupos poblacionales.

ABSTRACT

AIDS was a health problem that had a strong social impact by misinformation of the people, which led to discrimination against patients and their families. In this regard, it became a literature review on some social aspects of AIDS in the late twentieth century, analyzing and summarizing the most relevant aspects of various publications. It is emphasized that the media played a crucial role in the information society, which was often fatalistic, affecting different population groups, through discrimination was provided. But the most terrible enemy was not the virus itself but prejudices, values and ignorance of society who had regarding this disease.

Key words: AIDS, discrimination, media and population groups.

Estaba comprobado que el SIDA no era una enfermedad que se transmitía por el contacto social cotidiano como darse la mano, jugar o comer juntos, besar en la mejilla, bailar, abrazarse, tocar a las personas, ir al cine, bañarse con infectados (duchas, piscina), ir al gimnasio, recibir amigos, ir al médico, visitar un hospital, tocar dinero, usar un teléfono público, utilizar los baños públicos (inodoro, jabón, toalla, etc.), utilizar cubiertos (taza, plato, cuchara, vasos, etc.), utilizar la misma ropa o ropa interior, viajar en el mismo vehículo, compartir el lugar de trabajo, convivir en una misma casa, compartir la clase en la escuela, conversar muy de cerca, estornudar, toser, dormir en la misma cama, picaduras (zancudo, mosquito, avispa, etc.), contacto con animales

*** Sociólogo y Magíster en Salud Pública. Docente de la Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.**

domésticos (perro, gato, etc.), contacto con fluidos corporales (lágrimas, saliva, sudor), etc. Aun así las personas, por el desconocimiento que tenían acerca de la enfermedad, discriminaban a los enfermos del VIH/SIDA; para ello, la epidemia se convirtió en una “*excusa*” para discriminar a las personas.¹⁻⁶

En tal sentido, a continuación se presenta algunos aspectos sociales como la discriminación, los medios de comunicación y aspectos relacionados poblacionales al SIDA, que se dieron durante las dos últimas décadas del siglo XX.

1. Discriminación

En el caso del SIDA como en el de otras enfermedades de gran impacto social como la peste, el cólera, la sífilis, la lepra, las enfermedades mentales, la tuberculosis o el cáncer, además de asumir las condiciones sociales generales a toda enfermedad, adquirió otras modalidades como el rechazo y la marginación social. Pero el estigma atribuido a ser diagnosticado con SIDA era mayor y significativamente diferente a ser diagnosticado con cualquier otra enfermedad.^{7,8,9}

La discriminación contra las personas con la infección por VIH se convirtió en un fenómeno mundial, desuniendo naciones y grupos sociales. Por ejemplo, en el plano internacional, los norteamericanos culpaban de la epidemia a Haití y a África; los africanos a los europeos; los japoneses a los extranjeros; la “*derecha*” francesa a los inmigrantes árabes; los conservadores norteamericanos a los ex-soviéticos; los ex-soviéticos al occidente decadente; los chinos a los turistas extranjeros; en Etiopía a los refugiados, marineros y trabajadoras sexuales. De lo que se trataba era buscar a un culpable para justificar la conducta sexual de la población.¹⁰⁻¹⁵

Esta infección también se empleó como razón para excluir a las personas de muchas actividades sociales y sufrir prejuicio y discriminación de empleo, vivienda, educación, acceso a los servicios de atención de salud y restricciones de viaje e inmigración.^{8,9,16,17}

A muchos niños con VIH se les cerró las puertas de la escuela, a los empleados se les despidió de su trabajo y se les negó la cobertura del seguro de vida o de enfermedad y a los pacientes con SIDA se les privó del tratamiento apropiado. Además, en muchos países las personas con SIDA no podían acudir a los centros de salud y tuvieron que

buscar otro tipo de cuidado, ya que el miedo a la discriminación desanimaba la búsqueda de tratamiento. Esto condujo a que el afectado prefiriera sufrir la enfermedad en la clandestinidad, lo que dificultaba la prevención y el control de la epidemia, multiplicando no sólo el sufrimiento del enfermo o portador, sino también los peligros de la enfermedad para la sociedad en general.^{13,16,18-22}

Dentro de las manifestaciones discriminatorias más frecuentes se encontraba la negación de atención médica y hospitalaria; pérdida del empleo; expulsión de la escuela; inconvenientes en el lugar de la vivienda y separación del grupo familiar. Mientras que las violaciones más comunes al derecho de la autonomía tenían que ver con la obligatoriedad de las pruebas de detección del VIH exigidas para ingresar o permanecer en el trabajo o en entidades educativas, para viajeros internacionales, reclusos, trabajadoras sexuales, etc.²⁴⁽²³⁾

Para el Dr. Jonathan Mann, Profesor de Salud y Derechos Humanos del Centro Internacional sobre el SIDA de la Universidad de Harvard (EEUU), la discriminación era *“una tendencia social que, si no se recibía tratamiento, facilitaba y promovía la difusión del VIH. El SIDA era una cuestión que atañaba a las personas, sus interacciones y las maneras en que eran tratadas por la sociedad, más que una cuestión del virus”*. Aislando a los portadores del VIH y los enfermos de SIDA nunca se solucionaría el problema porque dichas personas se alejarían del sistema de salud, estarían menos informados y no recibirían los cuidados y la atención necesaria, con lo cual la epidemia tendría menos control.^{3,17} Para Berer²⁰ *“El SIDA atacaba al cuerpo, los prejuicios atacaban el espíritu. El primero era causado por un virus, los segundos por la ignorancia. Ambos mataban”*. El enemigo más terrible no era el virus, sino los miedos, prejuicios y falsas concepciones ético-morales. Lo que sí estaba comprobado era que aquellas personas que discriminaban o estigmatizaban desconocían muchos aspectos relacionados al SIDA.^{7,23(24)}

De otro lado, ciertos grupos exigieron que las personas con SIDA sean puestas en cuarentena, que se identificara a sus portadores por medio de un símbolo o señal visible, aislarlos en *“leprosorios”* y en algunos países los inmigrantes debían presentar una prueba de análisis de sangre para evitar que la enfermedad se siga propagando.³ En otras

ocasiones, algunos empleadores introdujeron la aplicación rutinaria de la prueba de detección del VIH para sus empleados o para personas que solicitaban empleo.¹⁹ Por ejemplo, en Brasil el Código Penal consideraba como un crimen el acto de exponer a alguien al SIDA y si la persona infectada lo sabía, podría tener una pena de detención de entre 3 y 12 meses o una multa; en el caso que se comprobara que la persona infectada había tenido intencionalidad de contagiar a otra, la pena era de prisión de uno a cuatro años y una compensación económica para la víctima. En China, las leyes prohibían a las personas infectadas con VIH/SIDA estar en empleos en donde la diseminación de la enfermedad podía ser difícil de controlar. Las leyes sobre el SIDA autorizaban a las autoridades de salud a aislar y detener para brindar tratamiento a toda persona con VIH/SIDA y personas que tuvieran un “*contacto cercano*” con personas con SIDA. Cualquier persona que contravenga estas disposiciones, estaba sujeta a una multa o responsabilidad legal por “*propagar el SIDA*”. Además, se restringió la inmigración a los extranjeros solicitando a toda persona una “*declaración de salud*”. Los extranjeros que solicitaban la residencia permanente o planeaban residir por más de un año en China, debían realizarse un examen serológico. En Alemania, de acuerdo a una decisión de la Corte Suprema en 1988, si una persona sabía que tenía la infección/enfermedad y transmitía el virus a otra persona a través del acto sexual, era sujeto a una pena de más de 5 años de prisión; en Austria, Francia, Alemania y España, a todos los usuarios de drogas en prisión se les ofrecía una prueba del VIH y los hombres tenían acceso a condones gratuitos.⁷

Según una encuesta realizada en 1995 por el British Foreign and Commonwealth Office sobre la migración y el SIDA, se encontró que por lo menos 49 países y territorios tenían reglas que limitaban la entrada a personas que tenían el VIH. La rigurosidad de las restricciones variaba para cada país, como por ejemplo: Estados Unidos no admitió participantes VIH positivos en la Conferencia Mundial sobre el SIDA que tuvo lugar en San Francisco en 1990; los artistas no podían trabajar en Grecia sin antes pasar por un examen de VIH; Singapur requería que todos los trabajadores extranjeros sean VIH negativos; los empleados extranjeros de la Defensa Egipcia debían llevar consigo un certificado del examen de VIH; Corea del Sur requería que el turista varón esté libre del VIH si planeaba permanecer en el país sin su esposa por más de 90 días; Israel decidió imponer a partir de 1993, un diagnóstico precoz del virus del SIDA a todos los extranjeros que deseaban residir en su territorio por más de tres meses (los diplomáticos

no estaban incluidos en esta disposición); en Bélgica y Grecia los presos estaban obligados a someterse a una prueba del VIH y la India, los Estados del Golfo, Sudáfrica e Irak instituyeron controles fronterizos de diverso tipo. Pero los controles en las fronteras eran ineficaces y sólo crearon un falso sentido de seguridad y distrajeron la atención a la necesidad de reducir el comportamiento sexual arriesgado dentro del país.^{25,26,27}

En gran parte del Medio Oriente, existían impedimentos para el regreso de los ciudadanos nacionales a sus respectivos países y para la entrada de estudiantes y empresarios extranjeros infectados por el VIH. En Europa Oriental y en la ex-Checoslovaquia, se castigaba la transmisión intencional con tres años de cárcel y la exposición a otros por descuido con un año de cárcel o una multa. En la ex-Unión Soviética, se castigaba la exposición inconsciente de otra persona al virus del SIDA con “*privación de libertad*” de cinco años y la transmisión intencionada del virus del SIDA con “*privación de libertad*” de ocho años.¹³

El método más coercitivo en relación al SIDA se adoptó en Cuba, donde se tomó la decisión de examinar a toda la población, siendo los primeros grupos las personas que habían viajado al exterior desde 1975, los que tenían contacto regular con extranjeros que ingresaban al país, los estudiantes que llegaban, los pacientes en tratamiento por alguna enfermedad de transmisión sexual y los contactos sexuales cuya infección se había comprobado. Todas las personas con el resultado de la prueba positivo, ingresaban a un centro de cuarentena en las afueras de La Habana. Los padres de familia infectados eran separados de sus hijos sanos; también se separaba a las parejas casadas cuando uno de sus integrantes estaba infectado.¹³

En una reunión llevada a cabo en Abril de 1988 en Oslo (Noruega) y organizada por la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para debatir en forma amplia sobre el SIDA, no se recomendó la búsqueda de portadores asintomáticos con el VIH y se criticó fuertemente a los países que exigían un resultado negativo del examen de sangre para el ingreso de viajeros. De igual manera, se denunció el rechazo a atender enfermos con el VIH/SIDA, el abandono de casas donde hubiera fallecido un enfermo con SIDA, pérdida del valor de la propiedad por iguales razones, expulsión de arrendatarios que nadie quisiera recibir y luchas raciales manifestadas por rechazo a

ciertos grupos. La OMS estableció que “*desde que la infección estaba presente en todas las regiones y las grandes ciudades del mundo, cualquier exclusión de viajeros y/o extranjeros no iba a prevenir la introducción y expansión del VIH*”.⁸ Además se desaconsejaba las pruebas obligatorias de detección del VIH porque sin el consentimiento informado y la confidencialidad, eran una violación de los derechos humanos. Las pruebas obligatorias podían inclusive aumentar la propagación del VIH si se usaban agujas no estériles para extraer sangre para el análisis al infectar a las personas que estaban examinando. A ello se sumaba que no existían indicios de que por medio de dichas pruebas se lograban las metas de salud pública.^{27,28}

Según los expertos, en la única circunstancia en que sería justificado el uso de alguna forma de cuarentena, era en el caso de un individuo que sabía que era portador del virus VIH y que con pleno conocimiento de lo que hacía, continuaba exponiendo a otros individuos por medio del contacto sexual o al compartir drogas intravenosas. En estas circunstancias, las autoridades locales tendrían que decidir qué hacer, ya que cada caso era particular.^{3,29}

Puesto que el SIDA cruzaba las fronteras políticas y geográficas, era evidente que ningún país podía darse el lujo de considerar la enfermedad como un “*problema ajeno*”. Todos los países necesitaban identificar sus grupos que tenían conductas de riesgo y las vías de transmisión del VIH entre ellos y de éstos a otros grupos de población.²⁸

2. Medios de Comunicación

Los medios de comunicación son de importancia para señalar a las autoridades y a la misma comunidad la existencia de un problema y la posibilidad de hacer algo para resolverlo. Contribuyen a suscitar y mantener el apoyo público y a promover los cambios sociales y económicos para mejorar la salud de las personas. Además, tienen una rentable relación costo-beneficio en la distribución de información, promoción de normas y cambios de conducta. Por lo tanto, era necesario que los periodistas tuvieran acceso a la información acerca del SIDA y la asimilaran para poder transmitirla al público en forma adecuada.^{30,31}

Los efectos que tuvieron los medios fueron fundamentales, ya que intervinieron en las dinámicas de percepción social, influyendo en el proceso de socialización, en la definición de conceptos de la realidad y en la formación de opiniones. La prensa (tanto hablada como escrita), jugó un papel fundamental en la difusión del conocimiento de la epidemia del SIDA, pero no siempre con los mejores propósitos. Jugó un rol demagógico ofreciendo al público la información más impresionante y escandalosa posible, lo cual ayudó a una construcción social negativa de la enfermedad. La prensa pasó la información acerca de esta epidemia del dominio médico a la esfera pública. Con la censura y las noticias sensacionalistas en la mayoría de los casos, las personas se enteraron por primera vez del SIDA a través de ellos.^{32,33}

Los mensajes atemorizantes tuvieron un efecto limitado en motivar la modificación del comportamiento. Un cierto nivel de amenaza y temor pudo ayudar a elevar el nivel de conciencia sobre la necesidad de cambiar el comportamiento. Sin embargo, si el temor era muy grande podía ser contraproducente para ayudar en el esfuerzo de cambio. Mucho temor podía causar que la gente niegue que corre riesgo, sufra de ansiedad, justifique su actitud señalando a otros que han practicado comportamientos dañinos para la salud y sobrevivieron o adoptaban una actitud fatalista, eliminando algunas veces la búsqueda del cuidado médico. Los mensajes sobre el SIDA que inspiraron temores extremos atrajeron la atención, pero no estaba claro todavía en que medida contribuyeron a modificar el comportamiento de riesgo.^{33,34,35}

Muchos de los primeros programas de prevención del SIDA comenzaron de un día para otro, de modo que a menudo se omitieron las investigaciones preliminares, la planificación cuidadosa y los planes de evaluación, por lo que basaron sus campañas en mensajes amenazantes y atemorizantes, mostrando a menudo ataúdes, cementerios y calaveras con los huesos en cruz, aunque los afiches y folletos con mensajes amenazantes a menudo alentaban a las personas a sospechar. Sin embargo, el miedo no pareció resultar en cambios significativos del comportamiento sexual u otras actividades riesgosas como el uso de drogas intravenosas.^{33,34} Otra forma de mensaje público instó a aceptar a quienes ya han pagado sus culpas con el sufrimiento físico y moral, utilizando sus testimonios para llamar a la castidad, a la represión de la homosexualidad y a la fidelidad.³⁶

La segunda generación de programas para el público gozó de más tiempo para investigar, planear y realizar pruebas preliminares. Además, varios programas contaron con el apoyo de las autoridades, los órganos de información pública y los profesionales de la salud, haciendo que la información fuera la correcta y fidedigna.³³ Por eso, las campañas de prevención bien diseñadas y cuidadosamente orientadas, consiguieron detener o invertir las tendencias del VIH, interviniendo simultáneamente en mucho niveles; aumentaron los conocimientos sobre la infección por el VIH y sobre cómo evitarlo; crearon un entorno donde se pudo discutir los comportamientos sexuales y el consumo de drogas; facilitaron servicios como los de análisis para detectar la infección por el VIH, de tratamiento de otras enfermedades de transmisión sexual (que si no se trataban aumentaban el riesgo de transmisión del VIH) y de distribución de preservativos y ayudaron a las personas a adquirir los conocimientos necesarios para protegerse a sí mismos y a sus compañeros/as.³⁷

Por otro lado, el chiste, la metáfora, el rumor, las conversaciones, las novelas, etc., eran discursos cotidianos con mucho poder de influencia social y permitieron analizar las dudas, los temores, los conocimientos, los prejuicios, los rechazos, el estigma, lo que se creía y lo que se deseaba colectivamente; es decir, permitió comprender la respuesta social ante el problema, y asimismo permitió conocer el impacto, la utilidad, la aceptación o el rechazo de las instancias oficiales que se dieron para atender el problema del SIDA.³⁸

Según Aggleton,³⁹ el mejor programa de prevención del VIH era la combinación de la persuasión y la capacitación. La persuasión significaba dar a la personas la información correcta y motivarlos para que cuiden su salud. Esto incluyó fomentar en las personas que estaban en bajo riesgo de contraer el VIH en no cambiar de comportamiento. Por otro lado, la capacitación consistió en facilitar a las personas los conocimientos para cuidar su salud cuando estaban en la práctica. Esto incluyó la disponibilidad de condones, la accesibilidad a los servicios de salud y la modificación de leyes y políticas.

La estrategia de intervención social debió propiciar la participación y el enfoque multidisciplinario para abordar de manera integral la problemática de las personas que convivían con el VIH, pues se observó que la mayoría de pacientes tenían una atención

predominantemente biomédica.⁴⁰ En tal sentido, las políticas de intervención se basaron en el conocimiento y las formas de transmisión del VIH, siendo la medida más importante el informar a las personas acerca de los casos de SIDA. Dicha información tuvo tres objetivos: 1- enseñar al público en general sobre el efecto del SIDA; 2- enseñar al individuo sobre los comportamientos de riesgo y cómo prevenir la infección y 3- contrarrestar o neutralizar la ansiedad de la población y las personas infectadas con el VIH.⁴¹ Un estudio mostró que el conocimiento sobre el SIDA estaba asociado con la edad, el género y el nivel educativo; siendo aquellas personas que estaban generalmente mejor informadas las personas jóvenes, personas con un alto nivel educativo y personas adineradas.⁴²

Asimismo, la educación debía empezarse en el hogar y la escuela primaria, ayudando a adquirir la información y los conocimientos prácticos para que los niños crezcan sabiendo la(s) conducta(s) que debían evitar para protegerse de la exposición al virus del VIH y para negociar un comportamiento más seguro a lo largo de su vida. La amenaza de este virus brindó la oportunidad para que los padres y maestros inculcaran valores éticos y morales a sus hijos y alumnos respectivamente.^{3,37}

Para la Comisión Médica Cristiana (CMC) del Consejo Mundial de Iglesias, la transmisión del SIDA dependía de determinadas acciones de la persona a nivel individual y por lo tanto la educación para la prevención era la única forma disponible de detener la transmisión. También reconocía que esta enfermedad estaba en gran medida relacionada con el estado de salud en el momento de la exposición y de que existieran o no servicios básicos de salud. Dicha Comisión sugirió que era necesario que se abandonara el comportamiento de riesgo y se adoptara un comportamiento sexual responsable.²

3. Grupos Poblacionales

Se cayó en la tentación de proclamar que el SIDA era una enfermedad de la pobreza porque la mayoría de países más afectados figuraban entre los más pobres del mundo. De igual manera, como muchas de las poblaciones más afectadas se contaban entre las menos instruidas del mundo, se afirmaba que el SIDA era una enfermedad de la ignorancia.³⁷

Por ello, en la Décima Conferencia Internacional del SIDA, realizada en Yokohama (Japón) en Agosto de 1994, se acordó luchar contra los factores que permitían la diseminación del virus VIH que eran: la pobreza que determinaba malos niveles de salud y de educación, la inestabilidad social y política, la migración hacia las grandes ciudades que permitía el comercio y turismo sexual, la dependencia a las drogas y el tráfico ilícito de ellas y el bajo status de la mujer.⁴³

Para la ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud,³⁷ el VIH avanzó impulsado por los comportamientos individuales que pusieron a las personas en situaciones de riesgo de infección. Estos comportamientos pudieron a su vez estar fomentados por la pobreza, por las relaciones desiguales entre los hombres y las mujeres o entre las personas mayores y los jóvenes, o por normas culturales y religiosas que daban a las personas un control limitado sobre su exposición al virus. Las situaciones sociales, económicas y culturales que generaron esta clase de vulnerabilidad a la infección por el VIH, no se estudió o explicó adecuadamente.

Con respecto a la migración, en los países en desarrollo y desarrollados por igual, ha sido históricamente una vía importante de propagación de enfermedades. Las enfermedades transmisibles generalmente se propagaban más lejos y más rápidamente a medida que las carreteras y los medios de transporte mejoraban. La característica de la propagación siguió las carreteras más importantes y pasaron a través de los aeropuertos y puertos marítimos internacionales.²⁷

Por lo común, el VIH apareció primero en las zonas urbanas y luego se extendió a las zonas rurales, propagándose rápidamente en condiciones de pobreza, impotencia e inestabilidad social a través de las migraciones de los camioneros y otros empleados de transporte, trabajadoras sexuales y trabajadores agrícolas estacionales y otros migrantes temporales.²⁶

Para varios autores,⁴ el VIH se diseminó a nivel mundial por:

- la enorme intensificación de los viajes que permitieron una mundialización de los microbios
- la liberación de las costumbres sexuales

- la accesibilidad generalizada a la transfusión y distribución de productos derivados de la sangre a través del mundo
- la práctica del uso compartido de agujas y jeringas entre los usuarios de productos inyectables

De otro lado, una noción planteada por expertos en una mesa redonda titulada “*Políticas y Programas de Población: Efectos del VIH/SIDA*” celebrada en Berlín (Alemania) en 1993, era que la epidemia del VIH y el SIDA reduciría apreciablemente, o incluso llegaría a invertir la tendencia del crecimiento de la población.^{14,44} Uno de los más prominentes defensores de esta teoría, el Profesor Anderson de la Universidad de Londres (Inglaterra), afirmó que dentro de los próximos 20 años, el SIDA podría causar un crecimiento demográfico igual a cero o negativo en algunos países. Además, se planteó la idea que como varios organismos internacionales estaban dedicados a los temas demográficos tratando de convencer al mundo sobre el exceso de población, “¿no se estaría dejando progresar al SIDA para controlar la población mundial?”.⁴⁵

Entre quienes afirmaban que el SIDA tendría escasos efectos poblacionales, estaba John Bongaarts, Vice-Presidente y Director de Investigaciones del Population Council, quien manifestó que según sus cálculos, la prevalencia del VIH llegaría a estabilizarse en niveles en que el SIDA tal vez podría desacelerar el crecimiento demográfico en algunos países pero no conduciría a tasas negativas en ninguno de ellos. No obstante, si algunas regiones y unas pocas ciudades experimentaban grandes reducciones demográficas, dichas reducciones quedarían superadas rápidamente por la inmigración de las zonas aledañas. Para que el SIDA tuviera capacidad de reducir a cero el crecimiento demográfico de un país, sería preciso que estuvieran infectados casi la mitad de sus habitantes. Esta interpretación errónea de los efectos demográficos del SIDA pudo haber eliminado las necesidades de los programas de planificación familiar en muchos países en subdesarrollo.^{14,44}

Lo que se sabía era que una característica de la pandemia del SIDA era la muerte de los adultos jóvenes en una época de la vida en que la mayoría de personas formaban una familia y sentaban las bases de su vida profesional. Además, constituían la columna vertebral económica y socialmente de la comunidad y los principales proveedores de la familia (su principal sostén). De ellos también dependía la educación de los niños y el

cuidado de los ancianos.^{37,46} Para Brian Atwood, administrador de U.S. Agency for International Development (USAID), “en los países de África, Asia y América Latina, la infección por el VIH y el SIDA estaba echando por tierra años de progreso logrado por el desarrollo social y económico. La esperanza de vida, que aumentó constantemente en las últimas tres décadas, disminuiría a 40 años o menos en nueve países al sur del Sahara hacia el año 2010”.⁴⁷

En lo que estaban de acuerdo los expertos, era que los principales efectos del SIDA fueron: redujo la esperanza de vida debido a la mayor mortalidad de niños, adultos jóvenes y personas de edades intermedias; obstaculizó el desarrollo económico dado que mataba a las personas en su etapa productiva (20-40 años); sobrecargó los sistemas de salud; causó trastornos en las familias e impuso enormes cambios sociales al privar a las sociedades de muchos de sus adultos jóvenes y de mediana edad, particularmente mujeres; la orfandad de los hijos; discriminación a los infectados con VIH/SIDA y el impacto individual del VIH/SIDA. Todo ello representó una amenaza a la estabilidad política, económica, demográfica, social y de desarrollo de muchos países subdesarrollados con sus consecuencias económicas a escala mundial.^{14,48,49,50}

Conclusiones

Sólo la historia podrá evaluar en el futuro cuales fueron las reales dimensiones del impacto del SIDA en la sociedad, en la medicina, en la sexualidad, en la vivencia de la enfermedad y la muerte, en la ciencia, en lo cotidiano, en las representaciones, en la economía, en la educación, en las comunidades, en la política, en la solidaridad, en los sistemas de seguros médicos y de vida y en la construcción de interacciones comunicativas.^{3,7,20}

La discriminación de la que fueron objeto las personas infectadas con el VIH y la falta de coordinación entre los medios de comunicación y los expertos en el tema, dejó una experiencia que no debe volver a repetirse en los casos de enfermedades relacionada a la sexualidad de las personas, debido a que el mayor perjudicado es la sociedad en general, lo cual ahonda más la falta de conocimiento.

Finalmente, la palabra SIDA significa **S**índrome de **I**mmuno **D**eficiencia **A**dquirida; sin embargo, dicha palabra también tuvo un significado más social donde se resumía lo que la sociedad creía, pensaba y sentía sobre ella y de cómo trataba a sus enfermos con VIH y SIDA:

S ociedad	S entimiento
I ntolerante	I ndiferente
D iscrimina y	D e
A isla	A yuda

Asimismo, en el futuro la definición social del SIDA debería ser:

S ociedad	S entimiento
I ncorpora	I ntegrado
D iscriminados a la	D e
A ctividad	A cción

Referencias Bibliográficas

1. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Por un futuro sin SIDA No te desentiendas. Infórmate, Programa per a la Prevenció i el Control de la SIDA, Generalitat de Catalunya, Barcelona, 1993.
2. Rubenson B. ¿Qué es el SIDA? Manual para agentes de salud, Comisión Médico Cristiana (CMC), Consejo Mundial de Iglesias, Ginebra, 1987.
3. Koop CE. Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (AIDS), Informe del Jefe del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, 1987.
4. Montagnier L, Khoury S, Brunet JE, Griscelli C. SIDA. Los hechos, la Esperanza, Fundación "La Caixa", 1ra. Edición en Castellano, Barcelona, Junio, 1993.
5. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Guía para la Prevención del SIDA, Centro Para el Control de Enfermedades, Estados Unidos, 1990.
6. SI Mujer. Es Tiempo de Actuar!!! Luchemos Contra el SIDA, 2da. Edición Corregida, Managua.
7. Bastos C, Galvão J, Pedrosa JS, Parker R. Introdução, A Aids no Brasil, R. Parker R, Bastos C, Galvão J, Pedrosa JS (eds). Organizadores, Associacao Brasileira Interdisciplinaria de AIDS (ABIA) e Instituto de Medicina Social/UniverSIDAde do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), Relume-Dumará Editores, Brasil, 1994:13-56.
8. Sieghart P. AIDS & Human Rights. A UK Perspective, Brit Med Assoc Foundation for AIDS, London, 1989:83-91.
9. Chliaoutakis & others. Knowledge and attitudes about AIDS of residents of Greater Athens, En: Social Science and Medicine 1993; 37(1):77-83.
10. Appropriate Health Resources & Technologies Action Group. (AHRTAG). Human rights are everyone rights. AIDS Action 1992;17:1.
11. Appropriate Health Resources & Technologies Action Group. (AHRTAG). Self-help groups. AIDS Action 1993;20:2-4.
12. Aller Atucha LM. Aclaraciones necesarias con respecto al SIDA, En: Lugar de Encuentro, SPF, 2, (3-4), Lima, 1988.
13. Bayer R, Gostin L. Aspectos legales y éticos relativos al SIDA, En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, OPS, Bioética Número Especial, 108(5/6), Washington, 1990.
14. DSE. Política y Programas de Población: El Impacto del VIH/SIDA, Informe Mesa Redonda Internacional, Berlín, 1994.
15. McKenna N. ¿Una vacuna contra el SIDA? Pruebas y tabulaciones", En: Populi, FNUAP, 20(11) y 21(1), 1993/1994.
16. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Consejería y Análisis Voluntarios para HIV: Hechos, Temas y Respuestas, Centro para el Control de Enfermedades, Estados Unidos, 1990.

17. Ministerio de Sanidad y Consumo. Desgraciadamente, el SIDA existe. Afortunadamente, la forma de evitarlo también, Plan Nacional sobre el SIDA, España, Noviembre, 1994.
18. Rodríguez G. y otros. Mitos sobre la sexualidad y el SIDA en población adolescente. La comunidad de Santa Fe, Informe de Investigación.
19. Brandt A. AIDS: from social history to social policy. *Journal of Law, Medicine and Ethics* 1986;14(5-6):231-242.
20. Organización Panamericana de la Salud (OPS). SIDA. La epidemia de los tiempos modernos, Comunicación para la Salud No.5, Washington, 1993.
21. Cáceres C, Rosasco AM. Viviendo positivamente. En: *Construyendo una Vida Positiva. Un Manual Informativo para Personas Viviendo con VIH/SIDA y sus familiares y amigos*, Asociación de Lucha contra el SIDA "Vía Libre", Lima, 1992:57-69.
22. Appropriate Health Resources & Technologies Action Group. (AHRTAG). Work against AIDS. *AIDS Action* 1993;18:1.
23. Appropriate Health Resources & Technologies Action Group. (AHRTAG). El SIDA y las fronteras. *AIDS Action* 1993;18:9.
24. Aguirre I. Religión y salud pública: ¿Deben ir de contramano?, En: *Revista DESIDAMOS*, FEIM, VI(1), Buenos Aires, 1998:12-16.
25. Calderón MC Ejercicio de los derechos humanos y prevención del VIH/SIDA, Instituto de Estudio de Población, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 1997.
26. Berer M. La Mujer y el VIH/SIDA, Women and HIV/AIDS Book Project, AHRTAG, Pandora Press, UK, 1993.
27. Gardner R, Blackburn R. Gente en movimiento: nuevo foco de interés de la salud reproductiva, *Population Reports*, The Johns Hopkins School of Public Health, XXIV(3), 1996.
28. ONUSIDA. Política del ONUSIDA Sobre las Pruebas de Detección del VIH y Sobre los Consejos Conexos, Ginebra, 1997.
29. Rahman A & others. Women of the World. Formal Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives, The Center for Reproductive Law and Policy, First Edition, Washington, 1995.
30. Starrs A. Llamado a la acción: maneras de mejorar la salud materna, En: *La Prevención de la Tragedia de las Muertes Maternas, Informe Sobre la Conferencia Internacional Sobre la Maternidad Sin Riesgo*, Nairobi, 1987.
31. Queirolo Bobadilla C. El rol de los medios de comunicación en salud, En: *Ciências Sociais y Medicina. Atualidades e Perspectivas Latino-Americanas*, CEMICAMP, E. Hardy, M.J. Duarte Osis y E. Rodrigues Crespo Editores, São Paulo, 1995.
32. Paicheler G. Society facing AIDS, En: *AIDS: A Problem for Sociological Research*, International Sociological Association, Sage Publications, 40(3), 1992:11-23.
33. Liskin L & otros. Educación sobre el SIDA: un buen comienzo, En: *Population Reports*, The Johns Hopkins University, Vol.XVII, 3(8), Serie L, 1989.
34. Coates T. Principios de la modificación del comportamiento. *Network en Español* 1991;6(2):3-5.
35. Aboagye-Kwarteng T, Moodie R. Answering the questions: HIV prevention and care strategies, En: *Community Action on HIV. A Resource Manual for HIV Prevention and Care*, T. Aboagye-Kwarteng and R. Moodie Editors, AuAID, Victoria, 1995.
36. Donoso M, Sau L. Asignatura pendiente de la transición chilena, En: *Conciencia Latinoamericana, Católicas por el Derecho a Decidir*, VI(3), Montevideo, 1994:18-21.
37. ONUSIDA & Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, Ginebra, 1998.
38. Dudet Lions C. Un proyecto de psicología social ante el problema del SIDA, En: *Boletín AVEPSO*, XIII(2), 1990; 12-16.
39. Aggleton P. What works best. *AIDS Action* 1997/1998;39:2.
40. Posada J. Factores socioculturales que contribuyen a la expansión del VIH/SIDA y su relación con el consumo de drogas, En: *Inventario de Recursos de Investigación en SIDA 1991-1994. América Latina y el Caribe*, Fernando Zacarías y Mercedes Weissenbacher Editores, OPS.
41. Kallings LO. Interventions policies, En: *The Global Impact of AIDS*, WHO, & the London School of Hygiene and Tropical Medicine, Edited by Alan Fleming et al., New York, 1988:335-340.
42. Yelibi S, Valenti P, Volpe C, Caprara A, Dedy S, Tape G. Sociocultural aspects of AIDS in an urban peripheral area of Abidjan. *IDS Care* 1993;5(2):187-197.
43. Sánchez S. Décima Conferencia Internacional del SIDA en Yokohama-Japón, En: *Vía Libre*, 5(16/17), Lima, 1994.
44. O'Haire H. El SIDA y la población: hay que pensarlo dos veces, En: *Populi*, FNUAP, 20(11) y 21(1), 1993/1994:5-6.
45. Cantella Salaverry R. El SIDA en el Perú y el Mundo, En: *Análisis de la Realidad Médica Peruana*,

- Simposio II, Foro Análisis de la Realidad Médica Peruana, Enrique Cipriani Thorne Editor, UPCH, Lima, 1995.
46. Cowal SG. Estrategias de prevención del SIDA y papel de la Iglesia en la respuesta a la epidemia del VIH/SIDA, En: Revista DESIDAMOS 1998;VI(4):13-17.
 47. Family Health International. El VIH afecta a 30 Millones. Network en Español 1998;18(2):2.
 48. Friel P. Los servicios de preservativos para prevenir la transmisión del VIH: ¿Son funcionales?, En: Intercambio, Editorial, Organización Mundial de la Salud, No.3, Ginebra, 1989.
 49. Danziger R. The social impact of HIV/AIDS in developing countries. Social Science and Medicine 1994;39(7):905-917.
 50. De Macedo Rodríguez LG. El SIDA: un problema social y económico, En: SIDAmérica, Panos Institute, Washington, 1994:2-3.