

Culpa y Coraje: Historia de las Políticas sobre el VIH/Sida en el Perú

Marcos Cueto

Consortio de Investigación Económica y Social

Facultad de Salud Pública y Administración “Carlos Vidal Layseca”

Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Edición: Lima, julio de 2001
Impreso en el Perú/ Printed in Peru
© Consorcio de Investigación Económica y Social / Universidad Peruana Cayetano Heredia

Cuidado de edición: Liliana Peñaherrera
Fotografía de la Carátula: Maria Cecilia Piazza
Diseño de carátula: Gabriela de Amat

Hecho el Depósito Legal No.
Impreso por

ISBN

El Consorcio de Investigación Económica y social (CIES) está conformado por más de 25 instituciones de investigación y/o docencia y cuenta con el auspicio del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID), la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) y otras fuentes de cooperación.

El CIES Y LA Universidad Peruana Cayetano Heredia no comparte necesariamente las opiniones vertidas en el presente libro, que son responsabilidad exclusiva de su autor.

CUETO, Marcos

Culpa y coraje: historia de las políticas sobre el VIH/Sida en el Perú. Lima, Consorcio de Investigación Económica / Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2001.

/HISTORIA/POLITICA DE SALUD/ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL/
SIDA/PERU /

CONTENIDO

Índice de Siglas

Prefacio y Agradecimientos

Introducción

I Los primeros años del Sida en Estados Unidos

II Confirmando la epidemia en el Perú

III La ilusión del control: el PECOS

IV Buscando la integración: el PROCETSS

Conclusiones

Bibliografía

Tablas

Tabla I: Prevalencia del VIH/Sida en grupos poblacionales en el

Perú

Tabla II: Número de casos y defunciones por el Sida en algunos

países de América Latina hasta el 30 de Setiembre de 1988

Tabla III: Tasa de incidencia anual de Sida por millón de

habitantes en algunos países de América Latina

INDICE DE SIGLAS

CDC	Center for Disease Control
COPRECOS	Comité de Prevención y Control del Sida, Fuerzas Armadas
ENDES	Encuesta Nacional de Salud
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MHOL	Movimiento Homosexual de Lima
NAMRID	Navy Medical Research Institute Detachment
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PECOS	Programa Especial de Control del Sida
PROCETSS	Programa Nacional de Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida
USAID	Agencia Interamericana de Desarrollo de los Estados Unidos

PREFACIO Y AGRADECIMIENTOS

Desde su aparición hace poco más de veinte años, el Sida ha sido una realidad trágica que ha revelado el pánico moral y el estigma, pero también el valor y el talento de distintos grupos de personas e instituciones. Una enfermedad que ha superado largamente sus complicadas características biológicas e historia natural, revelando las raíces y expresiones del prejuicio y del callado heroísmo que coexisten, dividiendo y acercando a nuestra sociedad. Por ello su historia es importante y fascinante.

La culpa y el coraje no son necesariamente dos etapas en las que se puede resumir la historia del Sida. La culpa, y la percepción de la enfermedad como un castigo merecido que pudo evitarse de no haber tenido una conducta censurada por la sociedad, ha sido y sigue siendo una manera común de manifestar e interiorizar el estigma. Asimismo, la culpa todavía representa un obstáculo para conocer la extensión de la enfermedad, acceder a tratamientos, promover la comunicación con las personas viviendo con el VIH/Sida y hacer que las políticas de salud tengan algún impacto.

Si bien es cierto que la culpa, la discriminación, la negación y el prejuicio, primaron con mayor intensidad en las primeras reacciones a la enfermedad, también entonces existieron casos admirables de empatía con los enfermos y de lucha contra las adversidades biológicas, sociales y políticas. Científicos, médicos, investigadores, activistas, pacientes, familiares y funcionarios del Estado y de organizaciones internacionales, tuvieron el coraje de decir que era una enfermedad grave que existía en el Perú y sobre la cual era urgente hablar claro y en voz alta para promover la

prevención y la protección de la comunidad así como la solidaridad con los pacientes y sus familiares.

A pesar que el Perú tuvo una ley y un programa oficial modernos con respecto al Sida desde mediados de los años noventa, el estigma –inclusive en los establecimientos de salud- no desapareció. Mas aún, la continuidad de los logros alcanzados en la lucha contra el VIH/Sida parecen estar en peligro. Por ello, la culpa y el coraje son las dos caras del Sida. Si bien parecen ser reacciones sociales extremas, a veces se reflejan en las personas, las instituciones y las políticas de salud sobre el VIH/Sida. Este libro es una historia de estas últimas.

Analizo aquí el origen y desarrollo de las políticas públicas y las actividades oficiales dirigidas a estudiar, diagnosticar, controlar y prevenir el VIH/Sida en el Perú desde 1983, en que apareció el primer caso en el país, hasta el año 2000. Estas políticas enfrentaron -y a veces reflejaron- el estigma asociada a la enfermedad del Sida. También revelaron la labor abnegada de diferentes instituciones, profesionales, pacientes y funcionarios que trataron de que prevalezca la prevención de la salud y la cooperación entre individuos e instituciones diversas.

Este trabajo está inspirado en uno de los objetivos del Consorcio de Investigaciones Económica y Social: estudiar las políticas públicas así como la interacción entre los diferentes actores (Estado, comunidad académica, sector privado y ONGs) que hacen estas políticas. El CIES apoyó la investigación que hizo posible este libro gracias al concurso de proyectos que viene organizado desde hace un par de años con el auspicio del ACDI – IDRC, la agencia de cooperación del Canadá. Debo agradecer a sus directivos, Carlos Eduardo Aramburú y Javier Portocarrero quienes me dieron libertad para llevar adelante el estudio y me brindaron valiosas sugerencias.

Agradezco también la dedicación y el cuidado de Jorge Lossio, quien fue no sólo asistente de la investigación sino que aportó a la versión final del texto y la bibliografía. Gracias a Gabriela Caro, la bibliotecaria del Centro de Documentación “Carlos Enrique Paz Soldán” de la oficina de Lima de la Organización Panamericana de la Salud, quien me proporcionó referencias, ponencias y publicaciones producidas en el Perú y el extranjero. Agradezco asimismo a Virginia García, bibliotecaria del Instituto de Estudios Peruanos, por la ayuda prestada con la cordialidad y espíritu de servicio que la caracterizan su persona y la mencionada casa de estudios.

El ser profesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, donde se produjeron muchos de los hechos decisivos en la historia del Sida en el Perú, me permitió acceder a información, publicaciones, tesis, conversaciones, cuestionamientos e impresiones, que muchas veces parecían provenir de los entretelones de la historia pública del Sida. Ciertamente debo agradecer a los directivos, los profesores, investigadores y estudiantes de la Facultad de Salud Pública y Administración, quienes me permitieron ensayar y pulir mis ideas. Del valioso grupo administrativo de esta Facultad debo agradecer especialmente a Mariela Laulen, quien me brindó apoyo logístico y secretarial para hacer este trabajo lo mejor posible y para cumplir con otras obligaciones administrativas.

La recopilación y lectura de las últimas publicaciones sobre el Sida así como la redacción final de este trabajo la pude realizar durante el primer semestre del año 2001 en que fui profesor invitado del Center of Latin American and Caribbean Studies de New York University ubicado en la ciudad de Nueva York. Debo agradecer a Christopher Mitchell, el notable director de este Centro, por todo el apoyo recibido durante ese semestre.

Varias bibliotecas, personas e instituciones me han brindado datos, documentos, interpretaciones y comentarios extraordinarios. Voy a mencionarlos brevemente y repetir que ninguno de ellos es responsable de las ideas, interpretaciones y eventuales errores y omisiones de este texto. Quiero reconocer el valioso aporte de Jorge Alarcón, Eduardo Blume, Jorge Bracamonte, Carlos Cáceres, Julio Castro, Gloria Chauca, David Chiguana, Jesús Chirinos, Víctor Echeandía, Aníbal Escalante, Carmen Estacio, Joe Gilman, Pedro Goicochea, Eduardo Gotuzzo, Víctor Linares, Manuel Luján, Guido Mazzotti, Walter Mendoza, Oscar Mujica, Juan Pablo Murillo, Alejandro Padrón, Sandro Patrucco, Rosario de Patrucco, Carlos Alberto Paz, Ana María Rosasco, Jorge Sánchez, Jesús Sánchez-Hoyos, Víctor Soto, David Tejada, Edgar Torres, Oscar Ugarteche, Aldo Vivar, Douglas Watts y Eduardo Zárate. Quiero agradecer también a Liliana Peñaherrera, Myriam Arriola y a Javier Portocarero por el minucioso cuidado puesto en la edición del libro.

Finalmente quiero dedicar este libro a mi padre, Carlos Cueto Fernandini.

INTRODUCCIÓN

En 1983, aproximadamente dos años después que surgiera en los Estados Unidos, apareció el primer caso de Sida en el Perú. Entonces, unos pocos médicos peruanos sabían que era una enfermedad terrible que destruía la inmunidad natural de los seres humanos, que desataba prolongadas fiebres nocturnas, diarreas crónicas, desfiguraba la piel, precipitaba neumonías fulminantes y, sobretodo, que no tenía cura y mataba rápidamente. A pesar que el registro epidemiológico es aún impreciso, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimaba que a fines de 1999 el número de peruanos viviendo con VIH/SIDA llegaba a las 44,200 personas ^{1/}.

A nivel mundial, las cifras del Sida son mucho más graves. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a fines de 1999 había poco más de 36 millones de adultos y niños viviendo con VIH/Sida ^{2/}. Algunos países llevan el mayor peso de la epidemia, como India que tiene más de cuatro millones de personas viviendo con la enfermedad o Zimbabwe donde se estima que 25 de cada 100 personas están infectadas ^{3/}. En América Latina y el Caribe, hasta 1999 habían muerto 557,000 personas por el Sida y se estima que alrededor de un millón y medio de personas vive actualmente con VIH/Sida. Uno de los países más afectados en la región es nuestro vecino, Brasil, donde hasta diciembre de 1999 existían oficialmente 170,078 personas con Sida, y se

^{1/} OPS (2001):3.

^{2/} Regional Program on AIDS and STI, Pan American Health Organization and World Health Organization, en "*AIDS Surveillance in the Americas, Biannual report, February 2,000*", Página Web www.paho.org; OPS (2001); Kalipeni (2000); Parker (1999).

^{3/} Slutkin (2000): 524-533.

estimaba en medio millón el número de personas infectadas con el VIH ^{4/}. Cada país de América Latina es en realidad un mosaico de epidemias donde coexisten diversas formas de transmisión y poblaciones afectadas con diferente grado de intensidad. Se considera que la zona andina, que para las organizaciones de salud comprende a Venezuela, Colombia, Ecuador, Bolivia y Perú, tiene una epidemia "escondida pero creciente" ^{5/}.

A pesar que la situación del Perú parece menos dramática que la de otros países de la región, existió y existe la sospecha entre los especialistas de que el número de enfermos y muertes no registrados ha sido mucho mayor, y que en países pobres como el nuestro la propagación del VIH/Sida se acelera dramáticamente. Más aún, aunque parezca ir contra la corriente de la opinión pública y oficial, es fundamental decir que la muerte de una sola persona que sufra de un mal prevenible es una tragedia, que la falta de compasión hacia un solo enfermo es una vergüenza, y que hay que pensar e intervenir seriamente, independientemente del perfil epidemiológico del país que podría sugerir que los principales males de la población son la tuberculosis y las diarreas. De hecho, muchas personas e instituciones han venido actuando contra los diferentes problemas que presentó el Sida en el Perú.

El Sida significó un doble reto para los científicos, los médicos, los salubristas y la población en general. En primer lugar era una enfermedad sobre la que no se sabía nada, es decir no existían medios de diagnóstico, tratamientos, formas de prevención o políticas específicas. En segundo lugar, apareció íntimamente ligada a la discusión

^{4/} Regional Program on AIDS and STI, Pan American Health Organization and World Health Organization, "AIDS Surveillance in the Americas, Biannual report, February 2,000", Página Web www.paho.org. Cahn (2000); Parker (1999).

^{5/} OPS (2001): 9.

pública sobre la sexualidad, un tema privado difícilmente tratado en público en cualquier sociedad. Más aún, el Sida estuvo ligado a formas de sexualidad, como la homosexualidad, consideradas como una desviación de la norma y estuvo relacionado al deterioro de órganos, fluidos y tejidos corporales que consideramos esenciales y privados como la piel, la sangre y el semen.

Por ello, los primeros estudios y acciones contra el Sida tuvieron que enfrentar los retos derivados de los misterios biológicos y médicos y del estigma social a grupos e individuos marginalizados de la sociedad. Es realmente admirable como en poco tiempo diferentes personas, grupos e instituciones, ubicadas dentro y fuera del Estado, se sobrepusieron a la escasez de recursos, la exclusión y el prejuicio para dedicar su esfuerzo y talento para entender, combatir y prevenir el Sida^{6/}.

Comprender cómo ocurrió esta historia es una empresa académica fundamental, necesaria, y si me permiten agregar, cautivante. Es importante no sólo para describir la emergencia de respuestas a un problema de salud nuevo y con características culturales saltantes, sino también para entender la interacción de las políticas de salud con las agencias de salud internacionales, las ONGs, las universidades y la comunidad en general. Es fascinante porque las políticas sobre el VIH/Sida, así como la elaboración y el impacto de las mismas, nunca se redujeron a asuntos técnicos sino que implicaron dimensiones humanas como la resistencia a la adversidad, la enfermedad y la muerte, y un trabajo voluntario muchas veces heroico.

Actualmente, muchos consideran que los problemas de salud de un país pobre como el Perú no van a ser resueltos sólo por la intervención del gobierno. Sin embargo,

^{6/} A partir de 1984 cuando se registraron 4 casos, el número creció aceleradamente llegando a 372 casos en 1990 y a 1,187 casos en 1996. Página Web: www.minsa.gob.pe/PROCETSS.

poco se sabe de las experiencias, los logros y las dificultades de la interacción de los organismos oficiales de salud con otros actores institucionales dedicados al cuidado y promoción de la salud. Este estudio quiere contar una historia que en sí misma es esencial al desarrollo de las acciones oficiales de salud en el país durante los últimos años, y reflexionar sobre el origen y la relación de las políticas de salud del Estado con otras instituciones que cumplieron un papel destacado en el tema del VIH/Sida.

La Historia del Sida

Puede parecer inusual que un historiador incursione en un tema actual, reservado a epidemiólogos, inmunólogos, clínicos y antropólogos. Sin embargo, hay varias justificaciones para hacerlo. El tema de las epidemias siempre ha despertado el interés de los historiadores, ahí están por ejemplo los estudios sobre la peste de la edad media o la sífilis del siglo diecinueve. Los mismos trabajadores e investigadores de salud utilizan referencias históricas para encontrar conductas, políticas y campañas de salud apropiadas y efectivas. Un ejemplo temprano de esta actitud en América Latina es el título "Sida y sífilis: las lecciones de la historia" que fue usado en 1988 en el *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud* para resumir el artículo de un historiador norteamericano publicado en *Science*^{7/}. Es interesante anotar que el título original de ese artículo fue algo más sobrio: "La epidemia de sífilis y su relación con el Sida."

El interés por la historia del Sida también existe porque es una enfermedad percibida por la sociedad como una de las más terribles de nuestros días y una

^{7/} El resumen apareció en la sección "Instantáneas", donde se reseñan artículos de interés para la salud pública de la región, en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* (1988): 272-273. El artículo hacía referencia al trabajo de Brandt (1988).

característica del fin del siglo. Según las palabras de un destacado epidemiólogo peruano: "Es probable que, en el aún lejano día en que la dolorosa pandemia del SIDA pueda ser adecuadamente controlada, la respuesta a la misma por parte de la humanidad pase a la historia de la salud pública en un lugar especial" ^{8/}. Probablemente esta cita nos dice que cualquier experiencia que es vivida intensamente acentúa la inclinación natural de los seres humanos por poseer una imagen del pasado.

La necesidad de esta imagen del pasado se incrementa en el caso del Sida porque es un problema que aun cuando no tiene todavía una resolución, existe entre nosotros desde hace unos veinte años, una cantidad de tiempo que para su mejor comprensión requiere las herramientas del historiador curioso e interesado por la vida cotidiana de sus contemporáneos. El desarrollo de las políticas sobre el VIH/Sida ha enfrentado problemas similares a los que han encontrado por años otras políticas e instituciones de salud en el Perú, como por ejemplo: las respuestas temporales, insuficientes y punitivas a las emergencias de salud; la culpabilización de los grupos marginales; la tensión recurrente entre la intervención del Estado y los derechos individuales; la artificialidad de la separación entre las tareas de prevención y las de curación; la difícil interacción entre las agencias de salud internacionales y los servicios de salud locales; la poco respetada confidencialidad de las pruebas médicas de los pacientes; la problemática participación de los pacientes y familiares en el cuidado de la salud; y el prejuicio que recurre a argumentos médicos y científicos. Las respuestas que se han dado a estos problemas han sido y siguen siendo valiosas para comprender y mejorar las políticas y el trabajo en salud en general.

^{8/} Cáceres (1999):217.

Además de su intención de comprender el origen del Sida y el de las políticas sobre salud en el Perú, otro motivo que inspira este libro es la aparición en los últimos años de recuentos y análisis históricos sobre el Sida en diferentes partes del mundo. Algunos tienen como único propósito registrar los hechos, a veces en forma novelada, mientras que otros ponen énfasis en las técnicas y la interpretación del historiador ^{9/}. Estos trabajos han demostrado que una investigación sobre la historia de las políticas sobre una enfermedad contemporánea es una empresa académica legítima por las inmensas ventajas que ofrece una perspectiva de larga duración para nuestra comprensión de la enfermedad, la salud y la sociedad.

Las ventajas del análisis histórico no radican en la búsqueda de supuestas e inexistentes “lecciones de la historia”, ni en proféticas predicciones, ni en la presentación de los hechos del pasado como la validación o crítica a alguna política del presente. Tampoco pueden ser muy productivas las analogías con el pasado, ya que cada epidemia debe ser considerada y comprendida en si misma. La riqueza de la historia hay que buscarla en las características del oficio del historiador: el orden y la narración cronológica; la búsqueda de los nexos e interacciones entre estructuras, procesos y biografías; el contraste y negociación entre los discursos y las prácticas de diferentes actores sociales; la capacidad para contribuir a una memoria del pasado seleccionando e interpretando los hechos que tienen mayor relevancia para el mediano y el largo plazo; el uso crítico de diversas fuentes de información; el escepticismo ante los reclamos de los políticos y funcionarios que anuncian el inicio de una nueva época; y las interacciones entre las dimensiones biológicas y culturales en la construcción

^{9/} Una de las primeras y más fascinantes historias del Sida fue hecha por el periodista Shilts (1987). Posteriormente surgieron trabajos notables hechos por historiadores: Fee y Fox (1988); Grmek (1990); Fee y Fox (1992); Berridge (1993).

social de la enfermedad. Finalmente, la historia es entretenida, quizás la más entretenida de todas las ciencias sociales y humanas, y esta es una característica apreciada por el público lector. Por todo ello, la perspectiva histórica puede contribuir tanto a las ciencias sociales como a los encargados de elaborar políticas sociales y a la sociedad en general.

Es necesario, sin embargo, reconocer las características y limitaciones de este estudio. En primer lugar, es lo que el título y subtítulo dicen, es decir, una historia de las políticas contra el Sida, principalmente las políticas oficiales, prestándose también atención al papel de las agencias de salud internacionales, las acciones de las ONGs y el trabajo de los investigadores universitarios. No es, lamentablemente, una historia que incluya el punto de vista de las personas viviendo con VIH. Las poderosas experiencias y propuestas de los diversos grupos de ayuda mutua de enfermos y personas seropositivas, es decir de las personas que son portadoras del virus y de grupos religiosos ligados a diferentes iglesias, no aparecen con mucho detalle. Por ejemplo, la labor abnegada que realiza el Hogar San Camilo en Lima que desde 1996 alberga a seropositivos o el encomiable trabajo del Departamento Episcopal de Pastoral de Salud de la Conferencia Episcopal Peruana en este trabajo es apenas reseñado.

No es tampoco una historia de la sexualidad en el Perú, otro tema importante ligado a la historia del Sida. Algunos aspectos históricos de la discusión sobre el origen del VIH en el África o América y la evolución de sus dimensiones biológicas y clínicas son brevemente reseñados aquí, y el lector interesado deberá buscar mayores detalles en algunos de los trabajos que aparecen en la bibliografía.

Sobre las fuentes es conveniente mencionar que la mayoría son fuentes publicadas y entrevistas. Por fuentes publicadas me refiero a los artículos académicos, libros, boletines, artículos periodísticos, tesis, debates en el congreso y leyes relacionadas al tema de estudio de este trabajo. Las entrevistas fueron hechas a más de treinta personajes que participaron en la lucha contra el Sida en el Perú. Para proteger su confidencialidad, en las referencias sólo aparecen sus cargos y una numeración. Una relación de la correspondencia entre los números y los nombres, así como el texto completo de los entrevistados, es conservada en el Centro de Documentación de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y puede ser consultada con el permiso del autor y del entrevistado.

Otra fuente útil y ciertamente inusual para un historiador ha sido el Internet. Varias instituciones, bibliotecas y revistas en salud del Perú y del extranjero han elaborado informadas páginas web donde aparecen sus datos básicos, contienen artículos y documentos o son "buscadores" (como *Lilacs*, *Medline*, *AIDSLINE*, *Revista Virtual de Salud*, *Scielo*) que permiten acceder a bases de datos especializadas donde se encuentran las referencias o documentos relacionados a la historia del VIH/Sida.

Lamento no haber podido acceder a documentos internos de las organizaciones oficiales que aparecen en este trabajo, un defecto inevitable en un trabajo de historia contemporánea. Comprendo la resistencia de funcionarios y del mismo Estado a no poner a disposición estos documentos a los investigadores hasta pasados algunos años, una práctica común a casi todos los países del mundo. También entiendo, y en parte acepto, lo que muchos historiadores piensan; que un recuento histórico requiere de la tranquilidad y la distancia que da la lejanía en el tiempo.

Sin embargo, insisto en que el historiador no sólo responde a las necesidades de descubrir, representar, o contruir el pasado sino que también aplaca las inquietudes de la época en que vive donde muchas personas e instituciones requieren tener una imagen del pasado inmediato y comprender el presente. Por ello creo que se justifica el tipo de historia que se ensaya en este libro. De cualquier forma, esta historia tendrá alguna validez mientras que otro investigador no aparezca con un estudio basado en nuevas fuentes -idealmente fuentes manuscritas producidas en instituciones oficiales- y, por supuesto, en nuevas interpretaciones.

Las etapas de las políticas sobre el VIH/Sida en el Perú

Este libro sigue la evolución de las políticas dirigidas a identificar, controlar, y prevenir el VIH/Sida en el Perú. Para su mejor comprensión empezaré con un breve recuento de los inicios de la epidemia en los Estados Unidos, el país donde se registraron los primeros casos de esta enfermedad. Posteriormente analizaré las tres etapas, las cuales muchas veces se sobreponen, por las que atravesaron las políticas sobre el VIH/Sida en el Perú. Aunque las políticas fueron en ocasiones intermitentes y precarias, éstas tuvieron su propia dinámica, marcada por el contexto social, político y periodístico en que aparecieron así como por los estudios y las actividades de diferentes personas e instituciones, que no fueron sólo nacionales. Varias organizaciones internacionales tuvieron una marcada influencia en la elaboración y aplicación de las políticas oficiales sobre el VIH/Sida en el Perú.

Muchas veces las personas e instituciones no representaban una comunidad definida por objetivos claros, socializada uniformemente, con lazos de solidaridad, formas de expresión comunes y perspectivas propias, sino que más bien reflejaban la

dedicación y el trabajo abnegado de una o más personas. Esto es particularmente cierto para los científicos que no sólo en los temas del Sida, sino también en otros temas, no llegan a ser una comunidad organizada en el país debido en parte a la precariedad del apoyo estatal a la investigación. Los investigadores en el Perú, incluyendo a los investigadores médicos, viven una existencia insegura, con una identidad de grupo erosionada, una sobrecarga docente que deja poco tiempo libre para el laboratorio, y con la necesidad de hacer frecuentes incursiones en las funciones públicas, en servicios de salud y en labores administrativas de diverso tipo de instituciones y proyectos. Por ello, la labor de algunos individuos es vital para comprender la historia de las políticas sobre el VIH/Sida. La fragilidad de las identidades y las fronteras institucionales es también clave para entender tanto el antagonismo como la permeabilidad, así como los logros y los retrocesos que se manifiestan en las actividades oficiales en salud pública.

Una primera etapa de la historia de las políticas del VIH/Sida cubre los años de 1983 hasta 1987, cuando se crearon hasta dos comisiones y un programa del Estado para estudiar el problema del Sida. En esos años las actividades de médicos, científicos, y periodistas influenciaron marcadamente las decisiones oficiales. Los medios de comunicación difundieron el pánico y la amenaza de un mal que casi siempre parecían provenir del exterior o de grupos considerados marginales, como los homosexuales y las prostitutas. Los médicos y científicos confirmaron la presencia de la enfermedad en el país, explicaron la historia natural y los medios de diagnóstico de la misma y eventualmente hicieron un contrapunto con los medios de comunicación al señalar la "promiscuidad" y los "estilos de vida" como causas del Sida. Un actor institucional

poderoso e inesperado en las primeras actividades oficiales de identificación del VIH fue un moderno laboratorio de la marina norteamericana instalado en Lima.

El supuesto principal de las actividades oficiales de entonces fue que el Sida era un problema biomédico que debía ser controlado por especialistas que realizarían pruebas de diagnóstico y prevalencia, crearían las medidas de bioseguridad en los establecimientos de salud y aconsejarían a la población para evitar "grupos" y "conductas" de riesgo". Como se demostró posteriormente, el intento de confinar el Sida a una dimensión biomédica, y la misma noción de "riesgo", fueron superados por la realidad. Otra dificultad que tuvieron que enfrentar quienes trabajaban en el Sida fue la minimización de la enfermedad al compararla con las Tasas de Morbilidad y Mortalidad del país. Entonces, y aun ahora, muchos pensaron que el Sida no debía ser una prioridad de la salud pública peruana que ya estaba sobrecargada de problemas que eran más extendidos en la población, menos costosos de resolver, y más fáciles de tratar.

Una segunda etapa se inició en 1988, cuando se creó el Programa Especial de Control del Sida (PECOS), y culminó en 1996. En esos años aparecieron los primeros funcionarios del Estado dedicados al Sida y los primeros activistas y voluntarios, algunos de ellos familiares de o enfermos del Sida y portadores del VIH. Estos últimos generalmente se agregaban alrededor de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) que proporcionaban servicios a los pacientes. En esta segunda etapa la influencia local de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de su brazo regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se hizo más marcada. Funcionarios nacionales e internacionales, así como miembros de ONGs, se sumaron a los médicos y científicos que venían estudiando y actuando sobre el Sida, en un contexto donde el interés

periodístico por la enfermedad disminuía y la crisis política y económica del país aumentaba. Las limitaciones del PECOS fueron consonantes tanto con un Estado que se desmoronaba, como el que existió en el país a fines de los años ochenta; como con un Estado que se recomponía en base a las políticas de ajuste estructural a comienzos de la década del noventa.

La aparición de nuevos actores institucionales no estuvo libre de conflicto. Algo singular en esta segunda etapa fueron las peleas entre el PECOS y una ONG dedicada al Sida, Vía Libre, que tenía entre sus miembros a destacados médicos e investigadores universitarios. Esta historia de tensión entre el Estado y otras instituciones de salud privadas, sugiere los problemas de un trabajo conjunto en salud en el Perú. Aunque la intervención sanitaria oficial fue débil, es posible distinguir uno de los supuestos del PECOS. Este era la convicción, o mas bien la "ilusión", de que la difusión de la información adecuada sobre la enfermedad era suficiente para crear conductas racionales, especialmente entre los "grupos de riesgo." Las políticas oficiales de entonces no sólo redujeron la difusión de información sino que incluyeron -como se reflejó en la Ley de 1990- el control de los que se consideraban como potenciales víctimas o causantes de la enfermedad.

Una tercera etapa se inició en 1996 con la creación del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (PROCETSS), aunque los primeros logros de este Programa estuvieron precedidos por las actividades de los últimos directores de PECOS. En este período se produjo una inyección de recursos económicos al Programa; se plasmó en claros documentos, normas y procedimientos que debían seguir los profesionales de salud; existió una relación más fluida con las ONGs, en especial con Vía Libre; se permitió una mayor participación de los investigadores

universitarios; se siguieron con mayor rigurosidad las recomendaciones de las agencias de salud internacionales y se dió una Ley moderna que evitaba la discriminación, establecía la obligatoriedad de la consejería antes y después de las pruebas, y protegía la confidencialidad de los enfermos del Sida.

Aunque no desapareció el maltrato a los enfermos en los establecimientos de salud, empezaron a considerarse otros aspectos cruciales para el éxito de la intervención sanitaria, como la capacitación de profesionales especializados en Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), la comprensión de las percepciones y prácticas sexuales de los adolescentes, los riesgos físicos y culturales que exponían a las mujeres pobres a la infección, y la elaboración de propuestas que buscaban modificar las conductas de una manera más inteligente y persuasiva.

La mayor parte de los cambios que se produjeron entonces fueron producto de la incorporación -o cooptación- de varios miembros directivos de Vía Libre a la dirección del PROCETSS. Indudablemente esta medida explica la eficiencia, modernidad y crecimiento de las medidas oficiales sobre el VIH/Sida. Sin embargo, esta incorporación no ha estado libre de críticas. Para algunos malogró la dimensión política que habían querido impregnarle los activistas a la lucha contra el VIH/Sida en el período anterior. Para otros existió un manejo cerrado del Programa que empezó a acaparar muchas actividades que antes se hacían en distintas instituciones. Finalmente, existe un cuestionamiento político que considera que en el largo plazo son inviables y carentes de sustentabilidad programas de salud que funcionen como islas de modernidad en regímenes autoritarios, como lo fue el del Presidente Alberto Fujimori.

Para comprender estos problemas hay que empezar por el origen de la epidemia en los Estados Unidos.

I LOS PRIMEROS AÑOS DEL SIDA EN ESTADOS UNIDOS

En Mayo de 1981 el principal organismo de vigilancia epidemiológica de los Estados Unidos, El *Center for Disease Control* (CDC), recibió una información alarmante e inusual del doctor Michel Gottlieb que trabajaba en el Hospital de Los Angeles: cinco hombres jóvenes habían sido tratados en los hospitales de Los Angeles por una forma extraña de neumonía (*Pneumocystis carinii*). Hasta entonces este mal sólo era registrado en pacientes con una severa deficiencia de su sistema inmunológico. El 5 de junio de ese año, el Boletín semanal del CDC –*Morbidity and Mortality Report*- informó de estos casos que habían sido identificados y tratados entre octubre de 1980 y mayo del año siguiente ^{10/}.

Poco tiempo después, casos parecidos fueron denunciados por médicos de Nueva York y San Francisco. Un ingrediente nuevo de estos últimos fue el sarcoma de Kaposi, un cáncer poco frecuente que también ocurría en personas con el sistema inmunológico deprimido y en pacientes adultos. Asimismo, algunos presentaban *Toxoplasmosis*, un hongo que ataca el cerebro de personas mayores. Hacia diciembre de 1981, el CDC informó que se habían registrado en diferentes ciudades del país 200 casos de *Pneumocystis carinii*, sarcoma de Kaposi o ambos. El gobierno norteamericano la definió inicialmente como una “epidemia de inmunosupresión” ^{11/}.

Un factor en común que tenían muchos de estos casos era la homosexualidad de los pacientes. Este hecho llevó a los médicos a hacer las primeras asociaciones entre la enfermedad y “el estilo de vida” de quienes adquirirían la enfermedad, generalizando

^{10/} Grmek (1990).

^{11/} Kinsella (1989): 260.

sobre los “riesgos” de la “promiscuidad” sexual de la comunidad *gay* o el uso de drogas recreacionales como los nitritos de amilo, utilizadas como estimulantes sexuales conocidas como *popers*.¹² El nombre derivaba del sonido que hacían estas drogas al abrirse: “pop”. Los *popers* eran vasodilatadores y relajantes diseñados originalmente para ayudar a los pacientes con asma y que acabaron siendo usados por los homosexuales de los Estados Unidos para lograr un mayor disfrute de la relación sexual. Debido a que los primeros pacientes con Sida tenían en común el haber inhalado *popers*, se llegó a pensar que éstos eran la causa de la enfermedad y se prohibió su uso en los Estados Unidos.

Sin embargo, a pesar de que no existía ninguna relación biológica entre las drogas mencionadas, la orientación sexual y la enfermedad, estas generalizaciones se difundieron ampliamente debido al prejuicio, permitiendo la asociación entre la enfermedad y el castigo, y revelando la falta de conocimiento sobre el origen, la forma de transmisión y las medidas de prevención efectivas de la enfermedad. Un reflejo de la combinación de incertidumbre y prejuicio que existió entonces fueron las diferentes definiciones clínicas de lo que era un caso de Sida y los nombres que tuvo inicialmente la enfermedad, algunos hostiles como: “cáncer *gay*”, “neumonía *gay*”, “peste *gay*”, o GRID (*Gay Related Immune Deficiency* o Inmunodeficiencia Relacionada con los *Gay*)^{13/}.

Sólo desde septiembre de 1982 el CDC de los Estados Unidos empezó a utilizar la denominación Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) que poco después fue castellanizado bajo el término Sida, con el que se quiso evitar el estigma y subrayar la pérdida de la defensa inmunológica de los enfermos. Se adoptó también una definición

^{12/} Berridge y Strong (1993): 48-83.

de caso de Sida que trataba de ajustarse a las evidencias clínicas e incluir a nuevos pacientes que inicialmente no habían sido considerados, como las mujeres y las personas heterosexuales. La definición clínica de lo que se comprendía bajo el nombre de Sida cambió varias veces en parte porque el Sida en sí mismo es una definición paraguas que cubre cualesquiera de 27 enfermedades particulares y síntomas, generalmente conocidas como “oportunistas”, que son las que en realidad destruyen la vida de los pacientes. Estas enfermedades son causadas por microorganismos que frecuentemente existen en el cuerpo humano o en el ambiente, pero que sólo producen una enfermedad severa en las personas que tienen las defensas del organismo deprimidas debido a, por ejemplo, el empleo de quimioterapia o la avanzada edad.

La denominación tuvo y tiene una connotación altamente técnica. “Síndrome” es una definición médica clásica para el conjunto de signos y síntomas que caracteriza a una enfermedad. “Inmuno” se refiere al complicado sistema inmunológico encargado de defender al cuerpo de las infecciones. “Deficiencia” quiere decir que este sistema no funciona y “Adquirida” quiere señalar que la condición no es heredada sino provocada por un microorganismo. Inicialmente la mayoría de médicos y periodistas escribían la palabra “SIDA” con mayúsculas. Posteriormente, y más recientemente -algo que se sigue en este trabajo-, la enfermedad empezó a ser escrita como Sida, como una manera de reconocer que el acrónimo había tomado vida propia y tenía significados públicos que trascendían a las definiciones médicas ¹⁴/.

De cualquier forma, la denominación Sida no erradicó el estigma. La enfermedad empezó a asociarse con grupos marginales y a ser llamada la enfermedad de “las cuatro H.” Por este nombre se referían a los homosexuales, los heroinómanos, los

¹³/ Arrizabalaga (1997): 169-182.

hemofílicos y los haitianos (la presencia de la enfermedad entre hemofílicos e inmigrantes haitianos en Miami y otras ciudades norteamericanas se registró en 1982). La relación entre estos grupos sociales y la enfermedad construyó la denominación de los así llamados “grupos de riesgo”, una concepción que se extendió a las trabajadoras sexuales y a los hombres internados en prisiones y que posteriormente se mostró limitada para comprender y detener el progreso de la enfermedad. Sin embargo, el estigma a los “grupos de riesgo” no desapareció por completo. Sólo a mediados de 1985 el CDC removi6 a los haitianos como un “grupo de riesgo”, reconociendo que no había nada intrínseco en las personas de esa nacionalidad que pudiera ser identificado como un riesgo de contraer el Sida ^{15/}.

En realidad, el énfasis en los “grupos de riesgo” se convirtió en una forma de obliterar los factores sociales y culturales implicados en la enfermedad y en culpabilizar a las víctimas de la misma. Al mismo tiempo surgió la idea de que existían “víctimas inocentes” de la enfermedad como las mujeres que eran parejas de hombres bisexuales que estaban infectados, las criaturas que nacían de esas mujeres, y los pacientes de hospitales que habían recibido una transfusión de sangre contaminada.

Un detalle que siempre intriga y despierta pasiones en una epidemia es el origen de la misma. Al hacerlo los individuos y las sociedades parecen aligerar su responsabilidad en la causalidad y en el tratamiento, al atribuir la culpa a algo o alguien diferente, externo o lejano. En el caso del Sida existieron, y aún existen, diversas especulaciones sobre el posible origen de la enfermedad: caribeño, norteamericano, africano e incluso a través de los primates. Otro aspecto de este interés fue la temprana

^{14/} Montiel (1995).

^{15/} Krieger (1994): 21

obsesión por identificar al "paciente zero", es decir el primer caso de la epidemia en Norteamérica.

Según algunos investigadores del CDC, se trataba de un joven atractivo y homosexual que trabajaba como *purser* en Air Canada. Se llamaba Gaetan Dugas. Se decía que podía cumplir funciones sexuales como una pareja activa o receptiva y que viajaba frecuentemente en sus vacaciones a diferentes ciudades donde frecuentaba bares y salones de baño concurridas por homosexuales. Dugas había sido compañero sexual de nueve de los primeros diecinueve casos de Los Angeles, de veintidós casos de Nueva York y nueve casos en otras ciudades. Se estimaba que había infectado a por lo menos 248 norteamericanos antes de abril de 1982.¹⁶

Recién en junio de 1980, Dugas cayó enfermo de sarcoma de Kaposi y en noviembre de 1982 fue diagnosticado como enfermo de Sida. Sin embargo, rehusó cambiar su estilo de vida y se negó a usar medidas de protección. Más aún, se creó una leyenda, cuya veracidad no está demostrada, según la cual Dugas sólo advertía a sus compañeros sexuales de su condición después de consumado el acto con una frase dramática: "tengo el cáncer *gay*, voy a morir y tú también" ¹⁷/ . Murió en marzo de 1984 a los 32 años de edad. La narración y el estudio de este caso sirvió para reforzar los prejuicios y la caricatura de la enfermedad, pero también para confirmar la idea de que podían transmitir la infección personas que no mostrasen ningún síntoma.

Hacia 1983 el Sida se extendió rápidamente en los Estados Unidos: de los 200 casos registrados en 1981, se llegó a 750 para fines de 1982. A fines de 1983, 3,086 casos de Sida se habían registrado oficialmente, de los cuales el 48 por ciento (1,478

¹⁶/ Ibid: 18.

¹⁷/ Ibid: 19

personas) había muerto ^{18/}. Aunque 44 de los cincuenta estados de los Estados Unidos habían reportados casos de Sida, la ciudad de Nueva York albergaba la mitad de todos los casos del país. La epidemia también se extendió a nivel mundial. Según la OMS, de los 408 casos que inicialmente se registraron en 1982, se pasó a más de 5,000 en 1983 y a 12,174 en 1984. Para 1987 la OMS había recibido información sobre 44,652 casos de Sida en 99 países de todos los continentes. Aunque la mayoría provenía de los Estados Unidos, en poco tiempo el África comenzó a liderar la epidemia ^{19/}. Para el año siguiente la cifra creció espectacularmente. Según la OMS, en 1988 había 111,000 casos registrados de Sida en todo el mundo ^{20/}.

Un evento esencial para la comprensión e identificación de la enfermedad fue el incremento de enfermos de Sida entre las mujeres. Las mujeres eran esposas o copañeras de hombres bisexuales. También se daba el caso que sus parejas o ellas mismas eran usuarios de drogas endovenosas o hemofílicos que requerían de frecuentes transfusiones de sangr. La transmisión heterosexual confirmó el supuesto que la enfermedad no se reducía a la homosexualidad. Inicialmente se pensó, equivocadamente, que las mujeres podrían tener un mecanismo hormonal que les permitiría no desarrollar el Sida. Con la aparición de la enfermedad en las mujeres, aparecieron también los primeros bebés y niños enfermos de Sida.

Un hecho de gran impacto en el público fue la confesión y posterior deceso de la estrella del cine norteamericano Rock Hudson en octubre de 1985. Esta muerte alentó las sospechas que la homosexualidad –y la enfermedad- podían tener una extensión mucho mayor a la inicialmente pensada. Hudson era uno de los símbolos de la

^{18/} Stine (2000): 35; Grmek (1990): 41.

^{19/} “La OMS hace frente a la amenaza del Sida” (1987): 638-645.

^{20/} Página web: <http://aidshistory.nih.gov/timeline>.

masculinidad del celuloide desde los años cincuenta, había estado casado, y el mismo año de su muerte protagonizó *Dinasty*, una de las series más vistas de la televisión norteamericana. Confesó su condición de enfermo de Sida poco antes de morir, haciendo sentir inseguros a algunos de sus compañeros de trabajo y haciendo sospechar a muchos que otros hombres podían tener una vida sexual “secreta” y ser portadores de la infección. También es importante resaltar que poco después de la muerte de Hudson, en septiembre de 1985, el Presidente conservador Ronald Reagan, habló por primera vez en público sobre el Sida, cuatro años después de su aparición.

En realidad, la primera preocupación de Reagan no fue promover la investigación del Sida, ni reducir el estigma social, ni tampoco desarrollar una política de prevención. Su intervención trató de apaciguar a los padres de familia de varias escuelas de los Estados Unidos que amenazaban con extender un boicot por un miedo generalizado e irracional a que existieran niños infectados con Sida que contagiaran a sus hijos. Reagan aseguró que no había nada de qué preocuparse porque la enfermedad se mantenía confinada a los *gay* y a los usuarios de drogas intravenosas.

De cualquier forma, fue sintomático que el Presidente de Estados Unidos reconociera la existencia de este mal. Al mismo tiempo, y por recursos y negociaciones de los propios científicos, médicos, salubristas, políticos y activistas norteamericanos, se lograron acumular más fondos para apoyar la investigación de la enfermedad (un total de 234 millones de dólares en 1986) ^{21/}. También en el año de 1985 los departamentos estatales y locales de salud de todos los Estados Unidos recibieron recursos y materiales para implementar programas de prevención del VIH. Dos años después se realizó la primera campaña oficial sobre el Sida en todas las escuelas del

^{21/} Fee y Fox (1988): 135.

país y en 1988 se distribuyó por correo a todos los hogares el folleto “Entendiendo el Sida” que había sido preparado por el Cirujano General con la colaboración del CDC. De esta manera la enfermedad pasó a convertirse en un asunto público^{22/}.

Con estos hechos, la creencia de que el Sida era una enfermedad exclusiva de los *gay* se fue erosionando, por lo menos entre la mayoría de los científicos, y más rápidamente en el extranjero que en el Perú. También con estos descubrimientos se fueron perfilando en el país los estereotipos de los enfermos de Sida, que en términos generales se dividían en dos grandes bandos: los “portadores culpables” como los homosexuales y las prostitutas; y las “víctimas inocentes” como las mujeres monogámicas y los niños.

Un descubrimiento que impactó al mundo científico, y permitió comprender e identificar mejor la enfermedad, ocurrió en mayo de 1983 cuando un grupo de virólogos del Instituto Pasteur de París, dirigidos por Luc Montaguier, describieron un retrovirus (un tipo de virus desconocido para los seres humanos hasta hace unos años que inserta su material genético en el de las células que infecta) en los ganglios de un paciente con linfadenopatía, al que denominaron Virus Asociado a Linfadenopatía o LAV (la linfadenopatía es una condición persistente que consiste en tener las glándulas linfáticas inflamadas).

El comportamiento de este retrovirus era inusual y sorprendente para los científicos. Al penetrar las células el retrovirus transforma su material genético en ADN mediante una enzima conocida como transcriptasa inversa. El nuevo ADN se integra al material genético de la célula huésped y ésta copia los genes del virus cada vez que se reproduce. Las células preferidas del VIH son las piezas claves del sistema inmunitario

^{22/} Krieger (1994): 25

de los seres humanos: los linfocitos T llamados CD4 y que se producen en la médula osea.

Un año después, en mayo de 1984, un equipo de investigadores del Instituto Nacional de Cáncer de Washington D.C., encabezados por Robert Gallo, aislaron un retrovirus en los cultivos de Linfocitos T al que llamaron HTLV-III (Virus T-Linfotrópico Humano tipo III; como una forma de distinguirlo de los retrovirus HTLV-I y II que originaban leucemia en seres humanos y que habían sido identificados previamente por el equipo de Gallo) ²³/. Según sus descubridores, el HTLV-III era el retrovirus que producía el Sida.

Posteriormente, y luego de sonadas disputas de prioridad entre científicos franceses y norteamericanos, se determinó que ambos virus eran similares y en 1986 la OMS asumió el nombre de VIH para el nuevo virus. La generalización del nombre de Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) vino a reemplazar a varias denominaciones, entre ellas la de “virus del Sida”, y permitió distinguir a las personas que portaban el VIH de las que habían desarrollado Sida. También en 1986 se descubrió un segundo Virus de Inmunodeficiencia Humana, denominado VIH-2, en la sangre de pacientes de África Occidental (no ha sido encontrado en América Latina). Este parecía tener menor severidad que el primero (sin embargo, el virus anteriormente descrito siguió llamándose VIH y no VIH-1).

La resolución del conflicto entre los investigadores del Grupo de Gallo y Montaguier requirió la intervención del Presidente Reagan y del Primer Ministro Francés Jacques Chirac. Su intervención revela no sólo la lucha por la prioridad de un descubrimiento sino por los beneficios que implicaba el uso de las patentes de las

pruebas diagnósticas diseñadas para identificar el VIH. Con el descubrimiento de la causa biológica del Sida se empezó a buscar anticuerpos que reaccionaran al retrovirus con ciertas proteínas específicas como una forma de detección temprana de la enfermedad. Cuando se encontró que un alto porcentaje de los individuos aparentemente sanos que tenían estos anticuerpos desarrollaban la enfermedad, se consolidó la denominación de VIH y Sida, y se idearon los primeros sistemas de diagnóstico, conocidos como las pruebas ELISA (la abreviación de *Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay* en inglés ó Ensayo Inmuno Enzimático Absorbente en español) y la más precisa de Western Blot (ambos existieron desde 1985 y se generalizaron en 1987). Estos exámenes eran rápidos, relativamente baratos y efectivos. Ello permitió organizar el control de las donaciones, los bancos de sangre y las transfusiones en establecimientos de salud de Estados Unidos, Canadá y varios países de Europa Occidental.

El Sida apareció en los países industrializados en un momento de complacencia con respecto a las enfermedades infecciosas. Los antibióticos, las sulfas, la penicilina y las vacunas, que se habían generalizado después de la Segunda Guerra Mundial, parecían haber derrotado a este tipo de enfermedades. Un ejemplo de la autoconfianza de la ciencia y el etnocentrismo se remonta a los años sesenta, cuando el connotado inmunólogo MacFarlane Burnet, quien había recibido el premio Nobel en 1960, declaró que a mediados del siglo XX se había producido uno de los acontecimientos médicos fundamentales de la historia: la virtual eliminación de las enfermedades infecciosas ^{24/}. Esta confianza se derrumbó con la llegada del Sida. Además del VIH, otras nuevas enfermedades fueron identificadas en los años setenta, ochenta y noventa, como por

^{23/} Grmek (1990).

ejemplo el Ebola, que revelaron que las enfermedades infecciosas nunca habían desaparecido de los países más pobres, donde vivía la mayor parte de la población mundial.

Es importante tomar en cuenta también que en el momento en que aparece el Sida se vivía un momento de hegemonía política y reemergencia del conservadurismo en Estados Unidos e Inglaterra. Este movimiento también conocido como “nueva derecha” o “neoliberalismo”, trató de disminuir la presencia del Estado en la economía, reducir el gasto fiscal y liberar las trabas al capital privado, lo que conllevó una restricción de los gastos en salud. Estos cambios fueron parte de la promoción de una cultura familiar e individual basada en la virtud y el auto control y la condena moral a la liberalidad en temas sexuales.

Una de las manifestaciones de la combinación del conservadurismo con la homofobia, es decir la aversión irracional hacia la homosexualidad, fue la declaración en 1986 del padre Charles Stanley, quien era el líder de la más grande iglesia protestante en los Estados Unidos. Según Stanley, el Sida indicaba la desaprobación divina de la homosexualidad. En un lenguaje más crudo se expresó el político republicano y asesor de Ronald Reagan, Patrick Buchanan, quien caracterizó el Sida como la revancha de la naturaleza contra la homosexualidad ²⁵/ . Lo más grave fue que estas declaraciones fueron acompañadas o seguidas por acciones contra los homosexuales, algunas violentas por parte de grupos extremistas como el Ku Klux Klan y otras más sutiles como el despido intempestivo del trabajo.

Para entonces, sin embargo, la sociedad norteamericana había experimentado modificaciones en la sexualidad que serían difíciles de cambiar por los conservadores.

²⁴/ Stine (2000): 7.

Entre estos cambios se encontraban una mayor tolerancia a las relaciones prematrimoniales, la comunidad *gay*, la educación sexual escolar y el divorcio. Es decir, cierta secularización de las creencias y las prácticas sexuales y una pérdida de la influencia de la religión que tuvo uno de sus momentos más intensos en la “revolución sexual” de los años sesenta, el crecimiento del feminismo y la lucha por los derechos civiles ^{26/}.

Uno de los resultados de estos cambios fue el empoderamiento de las organizaciones *gay* que cumplieron un rol destacado en la prevención y control de la enfermedad. Asimismo surgieron grupos de personas viviendo con VIH y Sida, a veces denominados *People with Aids* (PAWs), que desataron una vigorosa campaña política, secularizaron el conocimiento científico, empoderaron a los pacientes para que exigieran los mejores tratamientos, y lograron crear una connotación positiva para las personas viviendo con VIH. Este esfuerzo fue fundamental porque conforme pasó el tiempo, el lapso entre la infección inicial con VIH y la aparición de Sida fue aumentando.

Una de las primeras organizaciones de esos años fue *Gay Men's Health Crisis* que fue creado por seis personas en la ciudad de Nueva York a comienzos de 1982 y acabó convirtiéndose en modelo de la respuesta organizada de la comunidad. Una de sus primeras actividades fue organizar un servicio telefónico (conocido en inglés como *hotline*) dirigido a calmar los temores infundados, brindar información adecuada y orientar a los interesados a servicios clínicos especializados.

Otra organización norteamericana importante fue *Project Inform* creada en 1985 para brindar el diagnóstico de la enfermedad y difundir información acerca de los

^{25/} Citados en Krieger (1994): 17.

^{26/} Berridge y Strong (1993): 17-36.

mejores tratamientos médicos ^{27/}. Ellos también crearon un servicio de atención a llamadas telefónicas. En poco tiempo *Project Inform* logró crear una comunicación fluida y un trabajo en conjunto con los CDC y con la agencia norteamericana *Food and Drug Administration*, encargada de la aprobación de los medicamentos y las pruebas de diagnóstico.

La organización *Act Up* (también conocida como *AIDS Coalition to Unleash Power*) formada en marzo de 1987 en la ciudad de Nueva York, criticó la negligencia oficial sobre el Sida, protestó contra las compañías farmacéuticas que no hacían más accesibles los medicamentos para tratar la enfermedad, organizó sonadas manifestaciones públicas con su lema "Silence=Death" y presionó al gobierno y a las autoridades de salud de los Estados Unidos a tomar acciones más decisivas con respecto al financiamiento de la investigación médica, la disseminación de información sobre las vías de transmisión y la lucha contra la discriminación ^{28/}. La primera manifestación se realizó poco después de su fundación, en Wall Street, el centro financiero de la ciudad de Nueva York.

En los años siguientes organizaron manifestaciones en varias ciudades de Estados Unidos y en las Conferencias Internacionales del Sida, la primera de las cuales fue organizada en Atlanta en 1985 por el CDC, entre otros organismos, y que tuvieron inicialmente una regularidad anual para pasar a ser bianuales a partir de 1994 ^{29/}. Estas organizaciones actuaron en medio de las primeras predicciones de la enfermedad, que fueron catastróficas. En marzo de 1987, basándose en los casos registrados y en la rapidez con que se extendía la enfermedad, la OMS predijo que en

^{27/} Página web www.projectinform.org

^{28/} Página web, www.actupny.org

^{29/} Stine (2000): 17

1990 habría entre 50 y 100 millones de infectados ^{30/}. Aunque como veremos más adelante estas predicciones nunca se cumplieron, tuvieron un impacto en la construcción social de la enfermedad en el Perú.

II CONFIRMANDO LA EPIDEMIA EN EL PERU

El proceso de recepción y respuestas al Sida en el país integró la influencia de los conocimientos, herramientas, imágenes y estigmas elaboradas en el Perú y el extranjero, la historia natural de la enfermedad, y el contexto histórico y social que vivió el país a mediados de la década del ochenta y comienzos del nuevo milenio. La enfermedad surgió en un momento en que el país empezaba los años duros de la hiperinflación, el desgobierno y la violencia política.

La relación entre la pobreza y la aparición del Sida es compleja, quizás más compleja que otras enfermedades infecciosas, donde las dimensiones biológicas y sociales parecen tener perfiles más definidos. Sin embargo, esta relación existe y tiene características particulares que son parecidas tanto para el Sida como para otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). La pobreza y el desempleo llevó a muchos jóvenes a la prostitución, alimentó el hacinamiento y la promiscuidad, permitió la agresión sexual doméstica, y erosionó las relaciones familiares.

Asimismo, la pobreza obligó a muchos varones a trabajar en lugares distantes de su hogar, donde muchas veces conocieron a parejas sexuales ocasionales. También acompañó a algunos de los enemigos de la prevención: la ignorancia y el prejuicio con respecto a la salud sexual, y la baja autoestima de grupos subordinados o marginales

^{30/} “Una década de epidemia de SIDA, 1990”, en *El Comercio*, enero 9, 1990.

como los homosexuales, las mujeres y los adolescentes. Finalmente, la pobreza prácticamente anuló la capacidad de respuesta de los servicios de salud, que durante la década del ochenta “colapsaron”, según la expresión de Juan Arroyo^{31/}.

Existe un factor social adicional que al parecer tuvo importancia al comenzar otras epidemias latinoamericanas, pero que en el Perú no fue decisivo: el turismo. Según la interpretación de Alvarez Peña, la disminución del turismo proveniente del extranjero durante los años ochenta limitó la difusión de la epidemia y actuó para que el país tuviese un escenario epidemiológico distinto a Brasil^{32/}. Parece plausible pensar que el Perú violento de los años ochenta, frecuentemente interrumpido por apagones y asesinatos, no fue un lugar atractivo para los visitantes extranjeros. Sin embargo, posteriormente la enfermedad puede haber tenido cierto impacto en algunas ciudades como Cusco, donde hay un frecuente contacto sexual entre los visitantes extranjeros y los jóvenes residentes locales.

La pobreza, que existía antes de la década de los ochenta, tuvo otra relación con la aparición de la enfermedad en el territorio peruano. La miseria sumada a la intolerancia impulsaron a muchos peruanos *gay* a emigrar al extranjero, inmigrantes que después de unos años regresaron a su tierra. Como miles de otros peruanos, ellos salieron del país buscando oportunidades de trabajo y realización personal en las grandes ciudades de los Estados Unidos. En ese sentido es importante subrayar que varios de los primeros casos de Sida en el Perú fueron de peruanos que habían residido en los Estados Unidos (véase más adelante la sección sobre las investigaciones de Raúl Patrucco).

^{31/} Arroyo (2000).

^{32/} Alvarez Peña (1995): 67-76.

En un contexto social y político de enfrentamiento entre peruanos fue fácil el predominio de las peores respuestas a la epidemia: la discriminación, la falta de solidaridad y la lentitud, debilidad e intermitencia de las políticas públicas. Según el prejuicio más común, la enfermedad era sólo un problema -o un castigo- de grupos marginales y moralmente condenables como homosexuales, drogadictos y prostitutas. Sin embargo, casi al mismo tiempo que la discriminación, la hostilidad y el sensacionalismo, surgieron los primeros estudios académicos sobre la enfermedad.

Se considera que el primer caso de Sida en el Perú fue diagnosticado en 1983 por el doctor Raúl Patrucco, investigador de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, una universidad privada conocida como un centro de formación en medicina ^{33/}. Se trataba de un paciente homosexual de Lima que había vivido varios años en Nueva York donde fue diagnosticado y de donde regresó en 1982 para morir en su tierra natal. Aunque Patrucco no publicó inmediatamente un informe de este primer caso, casi todos los especialistas reconocen la prioridad de Patrucco en identificar y tratar al primer enfermo de Sida en el país.

Es interesante especular sobre el retraso entre la identificación del primer caso y su registro en las revistas médicas locales. Este puede deberse al misterio científico que envolvió a la enfermedad durante los primeros años, a la percepción de que era un problema de los países desarrollados, y al prejuicio en tratar una dolencia íntimamente asociada a un ejercicio clandestino de la sexualidad como la infidelidad y la prostitución, o condenado moralmente, como la homosexualidad y la bisexualidad. El investigador de

^{33/} Sanabria Rojas (1991): 48 y Guerra y Bonavia (1988): 30-32

Cayetano se refirió a esta primera persona enferma en los trabajos académicos que publicó a partir de 1985 y en entrevistas periodísticas ^{34/}.

En dichas entrevistas Patrucco se encargó de subrayar, en un lenguaje académico y técnico, las características del paciente, explicar las pruebas de ELISA y Western Blot, y describir cómo envió la muestra de sangre del enfermo a los Estados Unidos para reconfirmar el diagnóstico. Parte de estos aspectos están tratados en una de sus entrevistas:

El primer caso de Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) lo vimos en 1983 en el Hospital Cayetano Heredia. Fue un paciente homosexual, varón, quien residió durante muchos años en Estados Unidos. No se sabe si allá se le hizo el diagnóstico, pero enfermó y decidió regresar al Perú... Para entonces ya habían llegado las noticias en revistas científicas y diarios... Los primeros estudios inmunológicos realizados en nuestro laboratorio demostraron alteraciones en la sangre, en el patrón normal de células blancas y linfocitos que son características del SIDA. La reacción en los médicos al plantearse esta posibilidad fue de lo más diversa. Desde la incredulidad hasta la aceptación ^{35/}.

Es fundamental enfatizar que el reconocimiento de que el Sida existía en el Perú fue hecho por un inmunólogo que tenía un alto grado de preparación técnica, que pertenecía a la universidad de ciencias médicas más prestigiosa del país y que podía usar pruebas de sangre que no hacía mucho habían aparecido a nivel internacional.

^{34/} Por ejemplo: "Catorce portadores de Sida en Lima", donde Patrucco informa que atiende a 14 personas portadoras del virus del Sida "que aún no han desarrollado la enfermedad", en *La Razón*, septiembre 27, 1986.

Cuando Patrucco realizó sus primeras investigaciones –hacia 1983- la enfermedad parecía haber develado gran parte de sus misterios epidemiológicos y biológicos. Para la época en que publicó sus trabajos, el clima social homofóbico que reducía la enfermedad al estilo de vida de los *gay* estaba disminuyendo en Estados Unidos y Europa, y agencias internacionales de salud como la OMS habían iniciado una campaña en contra de la discriminación y por la educación del público.

Ello le permitió a él y a otros investigadores peruanos tener un marco general de dónde recoger modelos e ideas para adaptarlas a los estudios clínicos e inmunológicos que realizaban en Lima y para hacer recomendaciones generales sobre las medidas preventivas. El conocimiento de la literatura especializada, la preparación académica y la autoridad científica de Patrucco, así como el prestigio médico del Hospital Cayetano Heredia, contribuyeron a convencer al público y al resto de profesionales de la salud de la presencia de la enfermedad en el país.

Patrucco era un destacado inmunólogo, profesor principal en medicina e investigador del Instituto de Medicina Tropical “Alexander Von Humboldt” y del Instituto de Altura, ambos centros científicos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Oriundo de Argentina, donde realizó sus primeros estudios escolares, se trasladó posteriormente al Perú donde siguió la secundaria. Egresó en la primera promoción de Medicina de Cayetano Heredia y se especializó en una de las mejores universidades médicas de los Estados Unidos: la John Hopkins University. Durante los primeros años de la epidemia fue en el Instituto de Medicina Tropical y en el Hospital de Apoyo de la

^{35/} “Flagelo del Sida crece en el Perú, Dr. Raúl Patrucco confirma 15 casos”, en *La Razón*, Especial septiembre 27, 1986: 12.

Universidad, donde se atendieron la gran mayoría de los pacientes de Sida y donde se mantuvo un registro de todos los casos que se presentaban en el país.

Patrucco fue el autor de las primeras publicaciones científicas sobre el Sida en el Perú. En uno de sus artículos de 1985, describió los primeros nueve casos de Sida diagnosticados y estudiados en el país, poniendo especial énfasis en las reacciones clínicas e inmunológicas que desarrollaban los pacientes durante la evolución de la enfermedad ^{36/}. La mayoría de los casos había atravesado por acentuados episodios de fiebre prolongada, escalofríos, diarrea persistente, depresión y pérdida de peso, antes de morir. De los pacientes estudiados, ocho eran homosexuales y uno era hemofílico - que se había infectado al recibir una transfusión de sangre contaminada. Sus edades oscilaban entre 26 y 65 años. Siete de los pacientes considerados homosexuales eran peruanos. De ellos, cinco residieron mucho tiempo en Estados Unidos. Algunos habían regresado con la enfermedad avanzada para morir con sus familias y aseguraron que no habían desarrollado actividad sexual al volver al Perú. Los otros dos, aunque nunca salieron fuera del país, confesaron haber tenido frecuentes contactos con homosexuales extranjeros. Otros habían vivido un tiempo en el país con la enfermedad en un estado asintomático y mantuvieron relaciones sexuales con otros homosexuales y en un caso, también con trabajadoras sexuales.

A pesar de no tener una relación directa con la enfermedad, Patrucco se preocupó de subrayar que: “casi todos los pacientes homosexuales fueron drogadictos, utilizando simultáneamente cocaína, marihuana, LSD, nitritos, anfetaminas... e igualmente alcohol” ^{37/}. Sin embargo, no se trataba de usuarios de drogas por vía endovenosa, un

^{36/} Patrucco (1985): 122-124.

^{37/} Los otros trabajos de Patrucco fueron: “Alteraciones inmunológicas en homosexuales asintomáticos y oligosintomáticos seropositivos para anticuerpos anti HTLV-III/LAV

grupo que en otros países se convirtió en una de las víctimas preferidas de la epidemia, hecho que no ocurrió en Perú. Probablemente era una forma sutil de enfatizar la marginalidad de los primeros enfermos y el confinamiento de la enfermedad a grupos

sociales minoritarios. Un llamado valiente que hizo Patrucco en este trabajo fue: “poner en evidencia que el problema de amplia y grave difusión mundial, se encuentra también en nuestro país” ^{38/}.

La presencia del Sida en el Perú fue corroborada cuando más médicos de Cayetano Heredia se interesaron en el tema. Entre 1985 y 1988, 42 casos de Sida fueron atendidos en el Hospital de Apoyo Cayetano Heredia por un grupo de médicos, psiquiatras e infectólogos de la Universidad, entre los que destacaban Eduardo Gotuzzo, Guido Mazzotti y Jorge Sánchez. Ellos iniciaron una serie de actividades nuevas para un establecimiento de salud en el Perú: el establecimiento de las primeras medidas de bioseguridad, la consejería a los pacientes (quienes al conocer su estado sufrían un severo impacto psicológico), la elaboración de una ficha clínica específica, la capacitación de personal médico y la rotación de los estudiantes de las diversas

(ELISA)”, en *Diagnóstico* (enero 1987): 5-12. “Situación actual del síndrome de inmunodeficiencia adquirida en el Perú” en *Revista Peruana de Epidemiología* Vol.2, No. 1, (1987): 5-22; y el capítulo siete titulado “Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA, AIDS)” en su libro *Inmunodeficiencias* (Lima: UPCH, 1986): 156-190. También publicó dos artículos sobre el tema con otros autores: Teodoro Peralta, Oscar Pichilingue, Wilson Ruiz, Alfredo Chahuad, Juan Alcántara, Raúl Patrucco, “Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Reporte de un caso” en *Revista Gastroenterológica del Perú* No.5, (1985): 139-145; Oscar Frisancho, César Sangay, Carlos Contardo, Nahúm Tamayo, Gustavo Liendo, Jorge Romero, Luis Ayala, Teresa Castillo, Alvaro Celestino, Hernán Espejo, Rolando Figueroa, César Soriano, Pedro Chacón, Jesús Navarrete, Raúl Patrucco, Franco Atanasio, Aldo Gómez y William Prado, “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida): predominancia de las manifestaciones digestivas en su perfil clínico de presentación en Lima” en *Revista de Gastroenterología del Perú* Vol.7, No.1, (1987): 23-40.

^{38/} Patrucco (1985): 122-124.

especialidades médicas para que conozcan la enfermedad y se sensibilicen con los pacientes con Sida. Este trabajo permitió la elaboración de las primeras investigaciones que fueron publicadas en revistas médicas nacionales y extranjeras.

Según un estudio, de los primeros 42 casos atendidos en el Hospital Cayetano Heredia, la orientación homosexual y bisexual entre los hombres enfermos era muy alta, 83 por ciento. Más aún, la vía sexual era considerada el principal factor de riesgo. Otra característica reveladora era que el 33 por ciento de los enfermos habían adquirido la infección fuera del país ³⁹/. Finalmente, todos los pacientes residían en Lima.

Al mismo tiempo que aparecían los primeros trabajos científicos en el país sobre el Sida, se elaboraban las primeras tesis de medicina sobre esta enfermedad, siendo una de las primeras y más destacadas la de Gustavo Rojas titulada: "Sífilis y otras manifestaciones en hombres homosexuales de Lima", que fue elaborada en 1985 para obtener el grado de bachiller en Medicina en la Universidad Cayetano Heredia ⁴⁰/. Aunque el trabajo se ocupa sobre todo de la sífilis, es la primera tesis universitaria en que se trata el tema del Sida. El autor estudió una población homosexual y bisexual de 98 personas, identificando las ETS más comunes que los afectaban. Su trabajo incluyó un llamado al personal médico para que dejen de lado el temor infundado al contagio accidental en la atención a los pacientes *gay*.

Rojas estuvo enfermo de Sida y murió al poco tiempo de concluida la tesis. Esto sugiere que su condición influyó en la elección del tema de estudio y explica por qué su trabajo se convirtió en un obligado punto de referencia para otros investigadores. Otro aspecto trascendental de su trabajo es que los materiales recogidos para su tesis sirvieron para elaborar el primer artículo académico publicado en inglés sobre el Sida

³⁹/ Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales (1989): 49.

en el Perú. Este artículo apareció como una carta al editor en la prestigiosa revista *Annals of Internal Medicine* en septiembre de 1986. Según este estudio, 11 individuos de un total de 98 fueron positivos a las pruebas de ELISA y Western Blot, lo que sugería un alto porcentaje de infección por VIH entre homosexuales asintomáticos en el Perú ⁴¹/.

Otra tesis valiosa de los primeros años del Sida en el Perú fue la de Carlos Cáceres, realizada en 1988. Esta trató sobre la frecuencia de anticuerpos de VIH en un grupo de 124 homosexuales asintomáticos que vivían en Lima. El trabajo introdujo el concepto de “factores de riesgo”, un concepto nuevo en los estudios médicos que se hacían en el país que permitió acercarse a las conductas sexuales relacionadas a la enfermedad ⁴²/.

Uno de los hallazgos de su investigación fue encontrar un porcentaje de infección por VIH de 6.5 por ciento (8 de 124 individuos). Este porcentaje era algo menor a lo que había encontrado Rojas en su estudio antes citado pero no dejaba de ser una cifra significativa y preocupante.

En comparación con lo que sucedía en países industrializados, estos resultados sugerían que el Sida se hallaba en el Perú en una fase inicial. Pruebas similares hechas en grupos de homosexuales de Estados Unidos o Europa registraban una variación mayor de entre 20 y 70 por ciento de infección. Por otro lado, Cáceres concluyó que el mayor número de compañeros sexuales y el reclutamiento de parejas en lugares públicos o la calle eran los principales factores de riesgo para contraer el VIH.

Los estudios de Patrucco, de los médicos de Cayetano Heredia, de Rojas y de Cáceres, confirmaron la idea que el Sida se inició en el Perú entre varones

⁴⁰/ Rojas (1985).

⁴¹/ Rojas et al. (1986): 465-466.

⁴²/ Cáceres (1988).

homosexuales que habían vivido por varios años en ciudades del exterior donde la epidemia tenía una alta incidencia y donde adquirieron la infección. La vía de transmisión más frecuente fue –y sigue siendo- la sexual (cerca del 96 por ciento de los casos de Sida registrados entre 1983 y abril del 2,000 se infectaron por esta vía).

Posteriormente aparecieron casos “nativos”, es decir entre hombres *gay* que no habían viajado o residido en el extranjero. Hacia 1990 los pacientes “nativos” correspondían a más del 90 por ciento del total de casos. Como en otros países, en el Perú el Sida era una enfermedad urbana, pero en nuestro caso parecía ser además limeña. Los primeros casos registrados en provincias parecen haber sido el de dos varones en Arequipa en 1987. Para 1989 la cifra de infectados en esta ciudad había llegado a ocho ^{43/}.

Aunque inicialmente no era significativa la presencia de personas bisexuales entre los primeros infectados, el número fue creciendo. En gran parte por ello, el número de mujeres también creció. En 1986 se registraron los dos primeros casos de mujeres con Sida, cifra que se iría incrementando hasta llegar a 33 en 1990; 221 en 1995 y 242 en 1998 (del total de enfermos de Sida registrados en el Perú entre 1983 y abril del año 2000, el 18 por ciento son mujeres) ^{44/}. En un proceso corolario aparecieron las primeras criaturas peruanas que nacieron infectados con VIH. El primer caso fue registrado en 1987 y para 1999 se habían notificado 276 niños ^{45/}.

^{43/} Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales (1989): 58.

^{44/} Cardich (1997), pp. 147-154. “Gráfico 3: casos de Sida: distribución por sexo y grupo étnico” y “Gráfico 2: casos de Sida: distribución por sexo y grupo étnico, Perú, 1983-2000”. Página web: www.minsa.gob.pe/procetss/.

^{45/} PROCETSS (1999): 13.

Las investigaciones realizadas en Cayetano Heredia fueron el inicio de una serie de estudios en grupos de población en el país que se consideraban estaban más expuestos a la infección. En principio muchos de estos estudios tenían la intención de comparar la incidencia y la prevalencia del VIH. Sin embargo, algunos empezaron a explorar sobre la epidemiología y las conductas sexuales asociadas a la enfermedad. La siguiente tabla resume los resultados de los primeros estudios y algunos de años más recientes, señalando el año y la ciudad en que se realizó, el número de casos infectados sobre el total de la muestra de población analizada y la prevalencia de la infección.

Tabla I: PREVALENCIA DEL VIH/SIDA EN GRUPOS POBLACIONALES EN EL PERÚ

Primer autor	Año	Ciudad	Población	Número/Muestra	Prevalencia
G. Rojas et al.	1985	Lima	Homosexuales/ Bisexuales	11/98	11.2
D.T. Golenbock et al	1986	Callao	Trabajadoras sexuales registradas	0/140	0
C. Cáceres et al	1987	Lima	Homosexuales/ Bisexuales	8/124	6.5
J. Alarcón et al	1988	Callao	Trabajadoras sexuales registradas	2/636	0.31
D. Muñoz et al	1990	Lima	Trabajadoras sexuales clandestinas	1/80	1.25
L. Pérez et al	1990	Arequipa	Trabajadoras sexuales	0/160	0
J. Sánchez et al	1991	Lima	Certificados de salud	1/600	0.15
J. Sánchez et al	1992	Lima	Trabajadoras sexuales	3/400	0.75
J. Vidal et al	1992	Lima	Drogadictos que no usan vía endovenosa	2/98	2.04
Reyes et al+	1992	Callao	Drogadictos que no usan vía endovenosa	3/50	6
Alarcón et al+	1993	Callao	Trabajadoras sexuales registradas	4/351	1.14
Garrido et al+	1993	Pisco	Homosexuales	5/103	4.9

S. Zurita et al	1993	Cuzco	Trabajadoras sexuales	0/51	0
			Homosexuales/ Bisexuales	1/48	2.1
			Clínica de ETS	0/47	0
			Mujeres embarazadas	0/211	0
J. Moya et al	1995	Chimbote	Trabajadoras sexuales clandestinas	1/103	1.2
P. Dieguez et al	1996	Lima	Policia Nacional	80/ 22,818	0.35
Cáceres et al (1998)	1997	Chiclayo	Adolescentes	2/437	0.45
	1997	Cusco	Adolescentes	0/405	0
	1997	Iquitos	Adolescentes	1/432	0.23

Nota: ETS son las siglas por Enfermedades de Transmisión Sexual.

+ Comunicación personal

Fuente: Jorge Sánchez y Eduardo Gotuzzo, "Epidemiología del Sida en el Perú", en Jorge Sánchez, Guido Mazzotti, Luis Cuellar, Pablo Campos, y Eduardo Gotuzzo (eds), *Sida, epidemiología, diagnóstico, tratamiento y control de la infección VIH/Sida*. (Lima: OMS/OPS/Ministerio de Salud/Asociación Vía Libre, 1994): 25-32, en p. 30; y bibliografía de este trabajo.

El rol de los medios de comunicación

Los resultados de estos trabajos se fueron filtrando hasta los periódicos de Lima donde se combinaban con las noticias internacionales de la enfermedad ^{46/}. De estas últimas, una noticia que tuvo un gran impacto, como ya dijimos, fue la muerte del actor Rock Hudson. Entre 1985 y 1987, los periódicos peruanos publicaron con regularidad y estridencia noticias sobre el Sida. Los artículos seguían, combinaban o adaptaban despachos producidos por las agencias noticiosas internacionales de los Estados Unidos y Europa.

En muchos casos, las noticias desarrollaban un contenido sensacionalista, al vincular la enfermedad con homosexuales, travestis y prostitutas. En otros casos, la tónica era más solemne, especialmente cuando reproducían las declaraciones de algún

^{46/} "El cáncer *gay* llegó al Perú: la homosexualidad, algo más que un problema médico", en *La República*, octubre 20, 1984.

especialista como Patrucco, a quien los medios de comunicación escrita, radial y televisiva sometieron a un riguroso régimen de entrevistas que se iniciaba a las 7 de la mañana en su casa ^{47/}. Patrucco asumió estas actividades convencido que tenía la misión de alertar al país, enfatizando la gravedad que iba adquiriendo la enfermedad ^{48/}.

A pesar del cuidado de Patrucco en mantener la prudencia, explicar la irracionalidad de los temores infundados con respecto al contagio accidental, rechazar las propuestas de segregación de los enfermos y, en general, evitar el sensacionalismo de los medios de comunicación, no siempre sus esfuerzos dieron resultado. El sensacionalismo se mantuvo a pesar que la percepción del Sida como una enfermedad nueva, inesperada y letal empezó a declinar en otras partes del mundo a fines de la década de los ochenta ^{49/}. Este hecho se debe en parte a que las noticias internacionales y nacionales así como los prejuicios locales, fueron adaptados a un contexto local de aguda crisis económica y política.

Un ejemplo del pánico apocalíptico que se desató en el Perú, en parte motivado por la muerte de Rock Hudson y en parte por el descubrimiento científico del VIH en la saliva a fines de 1985, fue un artículo periodístico del escritor Guillermo Thorndike:

Habría tal vez, que echarse a descifrar las profecías de Nostradamus o perseguir en los versos del Apocalipsis el sombrío galope de la peste y calcular el tiempo que nos queda. Quizás no sea una locura decir que ya empezó la cuenta final del hombre sobre la tierra o imaginar otra humanidad futura, subterránea, enferma, en mutación, sólo Dios sabe hacia que nuevas y atroces

^{47/} "Rock Hudson y el SIDA" y "Confirmado: ¡Llegó al Perú!", en *Oiga*, octubre 7, 1985. Entrevista 19, febrero 2, 2000.

^{48/} "Flagelo del Sida crece en el Perú, Dr. Raúl Patrucco confirma 15 casos", en *La Razón*, Especial, septiembre 27, 1986:13.

^{49/} Fee y Krieger (1993).

formas de vida....Ahora se acepta que el contagio se produce a través de todos los fluidos orgánicos...hay quienes advierten que el Sida también puede ser transmitido por contacto con la saliva...y acaso, por qué no, a través del sudor^{50/}.

Inclusive las declaraciones de los especialistas fueron reelaboradas en función del contexto de crisis y el sensacionalismo de los medios. Algunos periódicos interpretaron el énfasis de Patrucco en los peligros de la promiscuidad sexual como una condena moral a ciertos “estilos de vida” que predominaban entre los que entonces se denominaban “grupos de riesgo” como los *gays*, bisexuales, trabajadoras sexuales, travestis y drogadictos que usaban la vía endovenosa. En realidad, el énfasis en los “estilos de vida” era una forma de reduccionismo que evitaba hablar de las complejidades del contexto social que propiciaban la infección y las conductas sexuales que la alimentaban.

Un ejemplo donde el sensacionalismo se combina con el estigma es un encarte especial del diario *La República* de agosto de 1985 titulado: “Cáncer *gay*; ¡El Flagelo del siglo!”^{51/}. La situación llevó a que los periódicos celebrasen una real o imaginaria “baja en la afluencia de ‘clientes’ en los prostíbulos del Callao y...disminución del número de travestis exhibiéndose en el Parque Universitario”^{52/}. Para un suplemento especial de un periódico titulado: “SIDA, la plaga infernal”, la solución era clara y drástica: “Nos queda un sólo camino: la profilaxis masiva y el control mediante el análisis de toda la

^{50/} Guillermo Thorndike, “Sida: el sombrío galope de la peste”, en *La República*, noviembre 17, 1985.

^{51/} “Cáncer *gay*: ¡El flagelo del siglo!”, en *La República*, agosto 4, 1985.

^{52/} “Exclusivo, comenzó operación SIDA”, en *Visión reportaje*, diciembre 1, 1985.

población, una política agresiva de control médico fundamentalmente en fronteras y puertos”^{53/}.

El hecho de que los primeros casos de Sida en el Perú fueran de personas que habían vivido mucho tiempo en el extranjero, alimentó la percepción sobre el origen externo que generalmente se atribuye a las epidemias. Esta tendencia a señalar una causa exterior llevó a un periódico a difundir una noticia muy poco verosímil y menos probable: que el virus del Sida había sido creado como un arma secreta por los militares norteamericanos y se había “escapado del Pentágono” o que un equipo de médicos rusos manipuló un ser extraterrestre que trajo el VIH a la tierra^{54/}.

La aparición de los primeros casos, el desarrollo de las primeras investigaciones y la resonancia que en los medios de comunicación locales iba adquiriendo la epidemia, llevaron a que se tomen las primeras medidas oficiales con respecto al Sida.

La intervención del Estado

El Estado comenzó a hacer algo sobre el VIH/Sida en noviembre de 1985 cuando mediante una resolución ministerial se formó una “Comisión Oficial” dirigida por el doctor Gottardo Agüero. En esta Comisión destacaba Raúl Patrucco de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, quién ya era reconocido tanto en los medios científicos como en los medios de comunicación, como el primer investigador en identificar la enfermedad en el Perú^{55/}. En realidad esta Comisión no desarrolló muchas actividades.

^{53/} “SIDA, la plaga infernal”, en *El Nacional*, abril 12, 1987.

^{54/} “SIDA, la plaga infernal”, en *El Nacional*, abril 12, 1987. El rumor de los rusos apareció en “Medias verdades que matan tanto como la ignorancia, Sida...o no da?”, en *La República*, diciembre 3, 1993.

^{55/} Otros miembros de la Comisión eran: César Delgado Sayán y Aníbal Escalante. Posteriormente, el 19 de febrero de 1987, se integraron los doctores Santos Hinostroza, Eduardo Gotuzzo, Enrique Fernández, Alejandro Padrón y Oscar Frisancho.

En los siguientes años la iniciativa sobre la enfermedad siguió partiendo de un grupo pequeño de médicos, científicos y de periodistas, estos últimos generalmente ávidos de noticias sensacionalistas.

Algo cambió hacia abril de 1987 –cuando el Sida ya había atacado en el Perú a por lo menos 31 personas- y la primera Comisión fue substituida por dos organismos: la Comisión Técnica de Certificación, Calificación y Registro y el Programa Nacional Multisectorial para la Prevención y Control del Sida ^{56/}. El primero de estos organismos, la “Comisión Técnica”, estuvo presidida por Patrucco y estaba encargada de evaluar, hacer estadísticas y seguir la evolución de los casos de Sida en el país. Estos organismos eran resonancias débiles de las decisiones adoptadas por la OMS a comienzos de ese año, que impulsaron la creación de un Programa Global del Sida y promovieron la formación de programas nacionales para combatir la enfermedad.

La influencia de la OMS y de la OPS fue evidente cuando, a comienzos de 1988, los dos organismos peruanos dedicados a combatir el Sida organizaron un seminario taller con el objetivo de presentar un proyecto con lineamientos para el mediano plazo de acuerdo a las estrategias propuestas por el Programa Global de la OMS y sometido a la consideración de la OPS. Luego de ser aprobado en Washington D.C., la sede de la OPS, este organismo envió a Lima un consultor para resolver los términos de la cooperación de estas instituciones con el Perú ^{57/}.

La Comisión peruana sufrió un duro revés con el inesperado y lamentable deceso de Patrucco en junio de 1987, mientras asistía al Décimo Congreso Latinoamericano de Microbiología en la ciudad de Trujillo. Aníbal Escalante, quien era encargado de bancos

“Antecedentes del Programa Nacional Multisectorial para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida“, en *El Peruano*, abril 5, 1987.

^{56/} “Gobierno inicia guerra frontal contra el SIDA“, en *La República*, abril 6, 1987.

de sangre y asuntos inmunológicos en el Hospital Edgardo Rebagliati del Instituto Peruano de Seguridad Social, IPSS, fue nombrado como el nuevo presidente de la Comisión ^{58/}.

El IPSS tuvo un temprano interés en el tema ya que en algunos de los hospitales que tenía a su cargo se trató a los primeras personas afectadas por la enfermedad. Por ejemplo, el Hospital Rebagliati, el hospital más grande del país (1,400 camas) registró el primer paciente en 1984. La Dirección, el Servicio de Medicina Preventiva y los médicos de ese Hospital formaron en 1987 una Comisión de Sida -que en 1988 se transformó en el Comité Permanente del Sida-, para regular la atención de los pacientes con Sida y garantizar las medidas de bioseguridad ^{59/}. Asimismo, en el Hospital Nacional Guillermo Almenara de la Seguridad Social se atendieron, entre noviembre de 1986 y julio de 1989, 98 pacientes portadores del VIH ^{60/}.

El perfil biomédico de la Comisión Técnica es evidente en el Decreto Supremo de su formación, que en su artículo primero señalaba que trataría sobre “dolencias de etiología virósica que afecten el sistema inmunitario de las personas, en forma crónica o permanente y especialmente el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.” Asimismo, en su artículo quinto señalaba que la Comisión –que funcionaría en el Ministerio de Salud- estaría formada por “profesionales especialistas en epidemiología, clínica de enfermedades virósicas e inmunología y otros campos conexos” ^{61/}.

^{57/} Luján y Saba (1988).

^{58/} Dicha Comisión estuvo formada además por Eduardo Gotuzzo, Alejandro Padrón, Santos Hinojosa, José Gálvez, Oscar Misad, Guillermo Contreras y Miguel Campos.

^{59/} “Ocho casos de Sida detectan en Lima”, en *El Comercio*, noviembre 30, 1986. IPSS (1995): 2.

^{60/} Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales (1989): 49.

^{61/} Presidencia de la República (1987).

Es decir, durante los primeros años de presencia de la enfermedad en el país, el Sida fue percibido como un problema médico y científico, inesperado pero de alcance limitado, la denominación de la enfermedad como “virósica” era rebuscada y confusa, o quizás se eludía llamarlo directamente por su nombre. Aparentemente no fue considerado una emergencia y el no nombrarlo era una forma de evitar el pánico que había generado en otros lugares. Era también una forma de considerarlo como un fenómeno biológico que no tenía una relación directa con las condiciones sociales particulares o con las culturas y prácticas sexuales del país, a pesar que en esos años la OMS presentaba al Sida como la combinación de tres tipos de epidemias: la biológica, la clínica, y la de las reacciones sociales. Los esfuerzos hechos en el Perú se limitaron a las dos primeras dimensiones de la enfermedad.

Como se ha mencionado, en 1987 se creó junto a la Comisión Técnica el “Programa Nacional Multisectorial de Prevención y Control de Sida.” Este Programa tuvo como objetivos educar, asistir, estudiar y evaluar los casos de Sida en el país ^{62/}. Asimismo, se esperaba que el Programa contribuyese a controlar y restringir las transfusiones sanguíneas y educar a la población sobre las medidas de prevención ^{63/}. Sin embargo, la Comisión y el Programa tuvieron poca capacidad proactiva en el único terreno en el que entonces podía lucharse contra la enfermedad: la prevención.

^{62/} Gottardo Agüero, quien dirigió dicha comisión, fue nombrado Director del Programa Nacional Multisectorial. Ministerio de Salud (1987a).

^{63/} Las funciones de dicho Programa están especificadas en el artículo 2º de la *Resolución Suprema No 011-87-SA*: “a) informar, comunicar y educar a la población en todas las acciones y medidas tendientes a la prevención de estas enfermedades virósicas; b) detectar, asistir y vigilar los casos que se produzcan, para ejercer su permanente control, vigilancia epidemiológica, estudio, estadística social y demás requeridos; c) ejecutar encuestas sobre la prevalencia de los agentes causantes de estas dolencias”, en *El Peruano*, abril 5, 1987.

En general, fueron tímidos los llamados en esa época a practicar “sexo seguro” o usar condón por parte de las autoridades sanitarias, debido probablemente al temor de levantar la protesta de la jerarquía de la Iglesia Católica, que condenaba explícitamente el uso de preservativos, y de los grupos conservadores que consideraban estas medidas como un llamado abierto a la promiscuidad. También es necesario tomar en cuenta que entonces existían científicos que cuestionaban la diversidad y legitimidad de

algunas conductas sexuales, como la homosexualidad o la “promiscuidad”, y proponían medidas restrictivas para controlar la enfermedad como la abstinencia, las relaciones sexuales sólo en el matrimonio, la monogamia, y la fidelidad.

La falta de claridad sobre las funciones de la Comisión se trasluce en los periódicos de entonces. Según un informe periodístico, una de sus funciones era “hacer análisis a homosexuales, bisexuales, prostitutas y drogadictos, así como chequeo a internados en penales y centros de readaptación donde la homosexualidad es frecuente ^{64/}. Señalaba también que según la Comisión, el origen principal de la epidemia era el extranjero, por lo que la mayor actividad se iba a realizar en “ciudades de mayor atracción turística”.

Sin embargo, estas medidas, como muchas otras de control que aparecían en los diarios, nunca se llevaron adelante. Su función parece haber sido más bien la de confirmar estereotipos y prejuicios, inscribir el Sida en la pendiente catastrófica por la que se deslizaba el país, y reconocer la costumbre de las autoridades políticas en general y sanitarias en particular, de anunciar medidas efectistas.

^{64/} “Gobierno inicia guerra frontal contra el SIDA”, en *La República*, abril 6, 1987.

A pesar que el Programa se denominó “Multisectorial”, pues se esperaba un trabajo conjunto entre los Ministerios de Justicia, Presidencia, Interior, Salud y Educación, y que la aprobación del Programa fue hecha con la rúbrica de los entonces ministros de éstas cinco áreas, fue poco el trabajo “multisectorial” que se produjo durante los primeros años de lucha contra la epidemia ^{65/}. En realidad, los problemas de la Comisión y el Programa estaban dentro del mismo gobierno. Éstos eran la falta de respaldo político y los argumentos en contra de la asignación significativa de recursos del Estado a la lucha contra el Sida.

El Sida y el Estado

Uno de los problemas que tuvo que enfrentar esta Comisión fue que el Sida no era entonces una prioridad política. En esos años, los principales funcionarios del Ministerio de Salud estaban empeñados en elaborar una ley orgánica de salud que emergiera de un consenso entre diferentes grupos políticos. Este esfuerzo estuvo dirigido por el Ministro de Salud, David Tejada de Rivero, en el gobierno del Presidente Arista Alan García Pérez, quien gobernó entre 1985 y 1990. Tejada ocupó el cargo entre julio de 1985 y junio de 1987 y por segunda vez desde mayo de 1988 hasta mayo de 1989.

Tejada había cumplido una destacada trayectoria de once años como subdirector de la OMS y organizador de una famosa conferencia en el pueblo de Alma Ata, ubicado en el sur de Rusia, que fue realizada en 1974 y en donde se estableció un concepto fundamental de la salud pública internacional: la Atención Primaria de Salud ^{66/}. Según este concepto, debía abandonarse la política tradicional de construir hospitales cada

^{65/} Ibid.

^{66/} Entrevista 25. Ex Ministro de Salud, mayo 6, 2000.

vez más especializados y ejecutar sofisticados y costosos programas denominados verticales que atacaban enfermedades específicas mediante intervenciones puntuales de los servicios de salud (como por ejemplo el Servicio Nacional Antimalárico). En cambio debía priorizarse la atención integral a los padecimientos más comunes de los más pobres, y fortalecer los establecimientos que estuvieran más cerca de la población, como los centros de salud.

Según los defensores de la Atención Primaria de Salud, el origen y tratamiento de las principales enfermedades que aquejaban a los pobres era conocido y sólo bastaba implementarlo. Frecuentemente la Atención Primaria se redujo a medidas selectivas de intervención como el monitoreo del peso y talla de los niños, las campañas de inmunización y la capacitación de parteras. La Atención Primaria de Salud, a pesar que tuvo y tiene aspectos válidos para el Sida, como la participación de la comunidad en la definición de sus necesidades, fue diseñado para sociedades donde se pensaba que el perfil epidemiológico iba a estar dominado por las enfermedades infecciosas que ya habían sido vencidas por la medicina en los países industrializados. El Sida, así como la aparición de enfermedades crónicas y degenerativas en países pobres como el Perú, no estaba previsto en el planteamiento original de la Atención Primaria de Salud.

El Ministro Tejada estaba influenciado por la Atención Primaria, un concepto que él ayudó a desarrollar. Por ello se concentró en la creación de una infraestructura de salud pública básica que atendiese los padecimientos más frecuentes de la población de menores recursos, en la promulgación de una ley moderna de salud y en sortear las rivalidades políticas creadas al interior de su partido, el APRA, por el nombramiento de un peruano que había vivido por muchos años en el extranjero, postergando las

aspiraciones de otros candidatos al puesto de Ministro. Sin embargo, nunca tuvo los recursos políticos y económicos suficientes como para llevar adelante su propuesta.

Es fundamental resaltar que, a diferencia de los Estados Unidos y algunos países europeos, el Sida no apareció en el Perú en un contexto político conservador y neoliberal. Se manifestó en una etapa de desconcierto político donde las propuestas populistas de un presidente elegido por sus cualidades carismáticas no se cumplían y el país se deslizaba en el caos político, la crisis económica y la violencia política. Es decir, el Sida incrementó la sensación de catástrofe sin respuesta que se iba apoderando del país.

En esos años el Ministerio de Salud tuvo que enfrentar a periodistas ávidos de noticias alarmantes. Fue quizás por ello que uno de sus funcionarios negó en 1986 la presencia del Sida en el Perú, ya que –según sus palabras- “de haberse producido algún caso en el país, éste hubiera sido confirmado por la Organización Mundial de la Salud ^{67/}. La negación y la incertidumbre fueron una respuesta común en los primeros años de la epidemia.

Otro problema que tuvo que enfrentar la Comisión era la descoordinación y rivalidad entre las diversas instituciones ligadas al Estado, como los hospitales públicos, la seguridad social y los hospitales militares, así como las organizaciones de salud privadas ^{68/}. Esta rivalidad era típica del sistema de salud fragmentado que por años había arrastrado el Perú. Además del problema político, la Comisión y el Programa afrontaban un problema económico, es decir, disponían de fondos muy escasos. Cuando se crearon la “Comisión Técnica” y el “Programa”, se sabía que las aportaciones del Ministerio de Salud serían mínimas y que sus recursos estarían

^{67/} “No hay Sida en el Perú”, en *Hoy*, noviembre 29, 1986.

sujetos a las donaciones internacionales que pudiesen conseguirse ⁶⁹/. De la precaria situación de las medidas oficiales contra el Sida se quejaba en 1988 un funcionario del Ministerio de Salud: “A nivel político se presiente una especie de incredulidad respecto al desarrollo futuro de la epidemia y su ubicación como problema de salud pública. Frecuentemente se trata de enfrentar masiva y nerviosamente toda la situación de salud nacional contra el SIDA, tratando de soslayar su importancia ⁷⁰/.

El argumento esbozado en la cita anterior fue uno de los principales obstáculos que siempre tuvieron que enfrentar los médicos y voluntarios interesados en hacer del Sida un asunto prioritario de la salud pública. Muchos funcionarios pensaban que era un error destinar recursos a una enfermedad con tan baja morbilidad. Es cierto que entonces las cifras de la mortalidad general y la mortalidad infantil en el país eran impresionantes y opacaban el registro oficial de VIH. Por ejemplo, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) representaban en 1987 el 16 por ciento de la mortalidad general y cerca del 55 por ciento de la mortalidad infantil, respectivamente ⁷¹/. En el caso de la mortalidad infantil, este porcentaje traducía el trágico y prematuro deceso de cerca de 80,000 menores de cinco años. En cambio, según el registro oficial, hasta 1988 se habían confirmado 148 personas infectadas por el Sida y sólo la mitad eran casos “autóctonos” ⁷²/.

Un dato al que recurrían los defensores del argumento de no darle prioridad a la lucha contra el Sida en el país, era la comparación entre la intensidad del Sida en el Perú y en otros lugares de América Latina. La Tabla II presenta el número de casos de

⁶⁸/ Entrevista 9. Ex Directivo del Hospital Rebagliati, mayo 23, 2000.

⁶⁹/ Escutia et al. (1989): 3.

⁷⁰/ Luján y Saba (1988): 2.

⁷¹/ Pinillos Ashton (1989): 18-19.

⁷²/ Ibid: 26.

Sida registrados oficialmente para algunos países de América Latina según la OPS.

Aunque ni entonces ni ahora se tienen cifras claras, a mediados de los noventa parecía que los países más afectados de la región eran Haití, Brasil y México. Como la Tabla III indica, el mayor número de casos se produjo en esos países.

TABLA II:
NÚMERO DE CASOS Y DEFUNCIONES POR EL SIDA EN ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA (hasta el 30 de septiembre de 1988)

	Argentina	Brasil	Colombia	Chile	Haiti	México	Perú
Casos	197	4,153	308	100	1,661	1,642	122
Muertes	112	1,902	70	44	277	319	65

Fuente: "Día Mundial del Sida," *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol.105, No.5-6 (1988): 659.

TABLA III:
TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE SIDA POR MILLÓN DE HABITANTES EN ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

País	1987	1988	1989	1990	1991
Argentina	2.3	5.4	7.1	12.0	14.6
Brasil	15.7	26.7	34.5	44.9	53.3
Colombia	6.0	10.4	13.1	24.0	23.3
Chile	3.5	5.2	6.2	9.5	13.0
Haití	77.6	116.7	71.0	96.8	--
México	9.7	11.4	17.3	27.0	35.0
Perú	1.5	3.1	5.4	6.3	7.0

Fuente: Jorge Murillo y Kenneth G. Castro, "HIV Infection and Aids in Latin America, epidemiological features and clinical manifestations". *Infectious Disease Clinics of North America* Vol.8, No.1 (marzo 1994): 1-12, p. 2.

El argumento en contra de priorizar al Sida no favorecía necesariamente la atención sanitaria de otras dolencias que afectarían a un mayor número de personas, sino que expresaba la costumbre de intervenir –en lugar de prevenir- una vez producidas las crisis sanitarias o los brotes epidémicos. Por otro lado, el argumento levantaba preguntas vitales para el financiamiento y el gasto en salud pública de un país pobre como el Perú: ¿Cómo asignar recursos escasos en salud pública? ¿Es posible prevenir cuando los presupuestos son reducidos y las políticas responden a emergencias? ¿Es preferible no democratizar las decisiones del gasto social para no levantar falsas expectativas? El supuesto de que las intervenciones de salud deben ser selectivas según la magnitud que alcanza una enfermedad, se basaba en la práctica tradicional de campañas verticales en las que se percibía las enfermedades como eventos biológicos dramáticos pero aislados, y se organizaba el trabajo alrededor de alguna innovación tecnológica.

Los defensores de dar prioridad al Sida en la desordenada agenda de la salud pública peruana esgrimieron dos argumentos. Primero, que había un subregistro debido a que no existían laboratorios adecuados y suficientes para las pruebas y que por lo tanto la verdadera dimensión de la epidemia era mucho mayor a la conocida. En segundo lugar, que no se habían encontrado formas eficaces de control o de cura, siendo el tratamiento costoso, y por lo tanto, más adecuada la prevención y la promoción de la salud. Según un funcionario que estaba en favor de desarrollar una campaña activa, el trabajo preventivo era fundamental en un país como el Perú porque

el Sida era “como un misil” en situaciones de pobreza cuyos efectos se exacerbaban donde la salud y la educación eran deficientes ^{73/}.

La falta de apoyo político y económico al trabajo oficial contra el Sida de esos años se debió también a la práctica inexistencia de organizaciones de homosexuales o de ONGs dedicadas a temas de salud sexual y reproductiva o a la relación de los temas vinculados a la sexualidad con los derechos civiles. Esta fue una diferencia con la reacción institucional a la epidemia que se dió en los Estados Unidos donde los grupos *gay* y portadores del VIH jugaron un rol de liderazgo en las primeras respuestas al Sida, al que dieron una connotación política.

Otros factores que impidieron entonces acciones más consistentes contra la enfermedad en el país fueron el miedo y el silencio como respuestas públicas. Estas eran dos actitudes muy comunes frente a enfermedades que tuviesen una connotación sexual. Un funcionario del Ministerio de Salud describió esta situación en 1988: “Hablar del Sida es incómodo, la gente se pone nerviosa, los padres se perturban, los hijos no se atreven a preguntar, los maestros no saben qué decir...” ^{74/}. Estos factores también nos permiten entender la débil acción del Estado, las declaraciones alarmistas y la recurrencia a medidas de control policiales, más simbólicas que efectivas. Un ejemplo de estas medidas, por demás ineficientes, aparece en el siguiente extracto de un artículo periodístico publicado en 1987:

Para evitar se incremente el contagio del Sida cuyos portadores son numerosos homosexuales en nuestro país, la Prefectura de Lima en coordinación con el Municipio de Lima y la Guardia Civil viene realizando

^{73/} Luján (1988a).

^{74/} Manuel Luján, “Diciembre 1ro, Jornada Mundial de Lucha Contra el Sida”, en *La Republica*, diciembre 1, 1988.

operativos en las casas de cita y centros de masajes clandestinos que existen en pleno centro de la ciudad que son atendidos por homosexuales...Los intervenidos fueron puestos a disposición de la División de Licencias Especiales de la Policía de Investigaciones del Perú para ser sometidos a riguroso examen médico y a la prueba de Elisa para comprobar si tienen Sida ^{75/}.

Estas medidas y las noticias sensacionalistas en los periódicos se repitieron irregularmente en los siguientes años, a pesar que la Comisión Técnica trató de detenerlas ^{76/}. Durante los primeros años del Sida en el Perú se repitieron no sólo las respuestas que se habían dado en otros países, sino que además la presencia de la enfermedad en el país se convirtió en motivo de preocupación de instituciones extranjeras que tenían un radio de acción internacional, como el servicio médico de la marina norteamericana.

El papel del NAMRID

Independientemente de los esfuerzos del gobierno peruano existió una institución que en los primeros años del Sida en el país jugó un papel fundamental: el Instituto Médico Naval de Investigación de los Estados Unidos, más conocido como NAMRID (Navy Medical Research Institute Detachment). Este era un organismo de investigación médica de la Armada Norteamericana cuya sede estaba en Forest Glen, Maryland y

^{75/} “Allanan casas de cita de travestis”, en *Extra*, octubre 14, 1987.

^{76/} La Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud organizó en 1988, con la Comisión Técnica, un seminario sobre el Sida y el periodismo. “Temible Sida sigue avanzando en nuestro país”, en *El Comercio*, octubre 20, 1988.

que en Lima funcionaba desde 1983 en el Centro Médico Naval, uno de los más importantes hospitales de la ciudad.

Establecimientos similares de la armada norteamericana sólo existían en Jakarta, el Cairo, Banckok, Nairobi y Río de Janeiro. Para 1985, el NAMRID ya había instalado modernos laboratorios en las ciudades de Lima e Iquitos, donde trabajaba un selecto grupo de no más de diez investigadores norteamericanos. Sus objetivos principales eran vigilar y estudiar los brotes epidémicos de enfermedades infecciosas que representaran un peligro potencial para las fuerzas armadas norteamericanas y la población norteamericana en general. Progresivamente sus miembros se fueron involucrando en proyectos de investigación científica y de salud pública con instituciones peruanas. La habilidad y personalidad de los directores científicos de este establecimiento, permitieron incorporar y capacitar a investigadores peruanos en diferentes estudios.

A fines de 1985 el NAMRID inició en el Perú un gigantesco estudio de prevalencia del VIH en muestras de sangre tomadas de sectores de la población peruana considerada en “riesgo”, y también las que no estaban en “riesgo”, de contraer la enfermedad. Este interés reflejaba las prioridades de investigación de los científicos norteamericanos que para entonces realizaban estudios similares en distintas partes del mundo. Para hacer el estudio que se había propuesto, el NAMRID contó con la participación del Ministerio de Salud, de los principales hospitales de Lima y de provincias y de la Universidad Peruana Cayetano Heredia^{77/}.

A pesar de la existencia en el país de las pruebas de ELISA y de Western Blot, las instituciones peruanas no podían entonces usarlas masivamente, principalmente debido

a su alto costo. La intervención del NAMRID indica que la difusión mundial del Sida era un asunto de seguridad nacional para los militares norteamericanos. También reflejaba la compleja combinación de intereses de protección de conacionales y prestigio académico que usualmente han sido asignados a las empresas de imperialismo médico que han sido estudiadas por los historiadores sociales de la salud.

Al contrario de lo que pensaban los investigadores norteamericanos y peruanos, cuando se realizó el estudio del NAMRID el Sida no era considerada por las autoridades sanitarias peruanas como una verdadera amenaza. Muchos contrastaban los casos de Sida que habían en el país, que no llegaban en 1986 a medio centenar, con los 57,372 casos que se habían registrado en el resto del mundo. Tampoco había una presión de activistas y voluntarios en favor de un mayor trabajo del Estado por controlar el Sida. A pesar que el conocimiento científico y la opinión pública internacional probaban lo contrario, en el Perú la percepción popular era que la enfermedad era un mal de homosexuales de otros países o de peruanos que habían vivido en el extranjero. Muchos médicos creían que hacer la prueba de descartar de Sida, por ejemplo en una población de donantes de sangre en Lima, no se justificaba debido a su alto costo^{78/}.

Con recursos muy superiores a los de cualquier institución científica peruana, el NAMRID examinó, en Lima y en otras ciudades del país, muestras de sangre de homosexuales, pacientes en hemodiálisis, pacientes con otras ETS, pacientes con síntomas que sugerían el haber contraído el Sida y donantes de sangre. Posteriormente se incorporó a las pruebas a trabajadoras sexuales, hemofílicos, heterosexuales,

^{77/} NAMRID (1987). Entrevista 29, investigador del NAMRID, junio 15, 2000. Entrevista 6. Investigador del NAMRID, junio 15, 2000.

^{78/} Yuen Morán (1988): 2.

militares donantes de sangre y los bancos de sangre de los hospitales más grandes del país ^{79/}. La prueba era anónima y voluntaria. El NAMRID proporcionaba gratuitamente jeringas, agujas, tubos de sueros, trasvasadores, fichas epidemiológicas y brindaba capacitación para el personal de salud.

La dimensión gigantesca del estudio la sugiere uno de nuestros entrevistados, cuando señaló que en 1986 se recibían en el local de Lima del NAMRID de 600 a 800 muestras de sangre diariamente ^{80/}. Para octubre de 1987 se habían examinado 28,000 muestras de sangre de las cuales 165 era positivas después de tres exámenes de ELISA y uno de Western Blot. A fines de 1987 la Tasa de Infección en el grupo homosexual era alta, de 7 a 8 por ciento ^{81/}. Asimismo, 99 casos eran individuos asintomáticos. Para octubre de 1988 el número de muestras analizadas se elevó a 78,828, dando como resultado un total de 351 casos positivos ^{82/}. A fines de la década de los ochenta esta prueba fue considerada como la más grande realizada en un país latinoamericano. Su costo se estimaba, hasta 1988, en un millón de dólares ^{83/}.

Dos grandes problemas que revelaron las pruebas del NAMRID fueron las serias deficiencias en el sistema de donación de sangre y en el control de los bancos de sangre en los hospitales. Para el año de 1987 se sabía que por lo menos cuatro casos de Sida en el país se habían producido por transfusión de sangre contaminada ^{84/}. El asunto era crítico como lo sugiere un informe de la OPS que indica que no existían medidas adecuadas de control de la sangre en los establecimientos de salud a pesar

^{79/} NAMRID (1987); McCarthy et al. (1996).

^{80/} Entrevista 6. Investigadora del NAMRID, junio 15, 2000.

^{81/} Cáceres (1988): 5.

^{82/} Yuen Morán (1988): 1.

^{83/} Ibid: 2.

^{84/} PROCETSS (1999): 15.

que en 1987 se realizaron un total de 72,203 transfusiones de sangre (y se consideraba que existía un déficit de 24,000 transfusiones) ^{85/}.

Según un funcionario peruano, los resultados de las pruebas del NAMRID señalaban la peligrosa presencia del VIH en los donantes y bancos de sangre. La interpretación de este funcionario fue que éstos “no representaban a la población en general” sino que más bien “perteneían a los grupos de alto riesgo para SIDA ^{86/}. Aunque esta afirmación estuvo dirigida a evitar el pánico, la verdad era que las bolsas de sangre de los hospitales podían estar contaminadas.

Cuando este mismo funcionario quiso encontrar una relación entre la infección por VIH y la orientación sexual, encontró que sus definiciones no eran las mismas que usaba la gente. Con sorpresa el funcionario señaló que muchas personas que se hicieron la prueba declaraban que no eran homosexuales, pero al interrogarlos con mayor cuidado aceptaban, sin considerarlo una contradicción, haber tenido contacto sexual con homosexuales. El asunto parecía complicado porque: “los homosexuales podrían no declarar su condición y prefieren usar la condición de bisexuales” ^{87/}.

Algo similar encontró un funcionario peruano del Ministerio de Salud en 1988. En el extracto de una ponencia preparada para un seminario en Lima afirmó que el Sida estaría posiblemente revelando aspectos escondidos de la sexualidad en el país:

La bisexualidad es un fenómeno sexual silente entre nosotros y además...muchos hombres con conducta homosexual esconden su preferencia sexual en una bisexualidad más tolerable social y psicológicamente. Una atrevida propuesta que tal vez tengamos que digerir conforme aumente el

^{85/} Escutia et al. (1989): 20

^{86/} Esta es la opinión de Alberto Yuen Moran que era miembro de la Comisión Nacional de Sida del Hospital Nacional Guillermo Almenara. Yuen Morán (1988): 2.

impacto del Sida en la sociedad peruana, es que la poligamia y la bisexualidad sean más la regla que la excepción ^{88/}.

Estos comentarios indican que casi desde el comienzo de la epidemia en el Perú el concepto de “grupos de riesgo”, como identidades sexuales atribuidas y rígidas, se mostró insuficiente para explicar la relación entre la orientación sexual y la transmisión del Sida. En la cultura machista del país, la identidad homosexual se asociaba a la pareja que era receptiva en un acto sexual con una persona del mismo sexo o que se comportaba en público con ademanes femeninos. Sin embargo, aquellos que practicaban un acto sexual activo o penetrativo con alguien de su mismo sexo, o quienes lo hacían esporádicamente, no eran considerados homosexuales. Esto se relaciona con la percepción popular latinoamericana de la bisexualidad como algo difuso y diferente a la homosexualidad, tema que ha sido estudiado por antropólogos médicos, especialmente Richard Parker, quién indagó sobre este asunto en el Brasil ^{89/}.

Un efecto crucial del estudio del NAMRID fue que mejoró el cuidado y control de los bancos de sangre y hemoderivados en los hospitales, alentó la donación voluntaria de sangre y promovió el tamizaje obligatorio de los donantes. Asimismo, la labor del NAMRID inició la restricción de la transfusión innecesaria, a la que muchas veces recurrían despreocupadamente los cirujanos. El sistema tradicional de donación de sangre en el Perú consistía en que todo paciente que necesitaba una transfusión debía acudir al banco de sangre de su establecimiento con uno o varios familiares para donar 500 miligramos de sangre. La donación “profesional” o comercial existía, a pesar que no era permitida oficialmente. Esta consistía en personas que “vendían” su donación de

^{87/} Ibid.

^{88/} Luján (1988a).

^{89/} Parker et al. (1999): 59

sangre a establecimientos de salud informales o a pacientes que la requerían haciéndose pasar por sus familiares. Estas actividades se restringieron significativamente y en abril de 1990 un Decreto Supremo prohibió la comercialización y el lucro en la obtención de sangre y empezó a promover la donación voluntaria, solidaria y altruista ^{90/}.

El impacto favorable de las pruebas del NAMRID se reflejaron en la baja transmisión sanguínea del VIH que existió y que se mantiene en el país, aunque a este hecho también contribuyó el uso infrecuente de drogas endovenosas en la población peruana. En noviembre de 1988 se estableció una medida fundamental en esta dirección: la obligatoriedad de practicar pruebas de despistaje de Sida, Hepatitis B y Sífilis en las bolsas de sangre de los hospitales, previas a todas las transfusiones. Según expertos de la OPS, esta medida fue el resultado de una presión política sobre el gobierno de Alan García ^{91/}.

Otro efecto de las pruebas del NAMRID fue que brindó material y alentó la elaboración de numerosas investigaciones realizadas por peruanos y norteamericanos, publicadas en el país y en el extranjero. Entre los investigadores más productivos sobre el Sida en el Perú se encuentran miembros de NAMRID como Irving Philips, Joel Escamilla, Stephen Wignall y Douglas Watts, así como profesores de las universidades Cayetano Heredia y San Marcos, que trabajaron con el NAMRID, como Eduardo Gotuzzo, Jorge Sánchez, Carlos Cáceres, Carlos Carrillo y Jorge Alarcón ^{92/}. Sin

^{90/} Presidencia de la República (1990).

^{91/} Escutia et al. (1989), p.6. El *Decreto Supremo No 031-88-SA* señala en su artículo primero: “en la realización de transfusiones sanguíneas, sus componentes o hemoderivados, se cumplirá sin excepción, la prueba de tamizaje que excluya la posibilidad de ser transmisores del Sida, Hepatitis B y Sífilis”. Presidencia de la República (1988a).

^{92/} Al respecto véase la bibliografía de este trabajo.

embargo, es necesario señalar que el principal trabajo en inglés que resumía todas estas pruebas recién fue publicado en 1996^{93/}.

Finalmente, otra consecuencia favorable que tuvo el estudio del NAMRID fue que capacitó al personal de salud en elementales medidas de bioseguridad como el uso obligatorio de jeringas y agujas desechables, guantes de jebe, delantales impermeables, cubrebocas y gafas protectoras, el desecho apropiado de agujas, jeringas, sangre u otros líquidos corporales, y el cuidado de las normas de la lavandería de un hospital. Según un miembro de NAMRID, uno de sus éxitos fue vencer la resistencia al uso de los guantes de jebe por parte de médicos, técnicos y enfermeras que aducían sentir incomodidad o perder la sensibilidad cuando los usaban^{94/}. Aún hoy en día, el descuido de las medidas de bioseguridad es un problema persistente que es difícil de resolver especialmente en las salas de emergencia de los hospitales públicos, donde no se cuenta con los recursos suficientes ni se ofrece la capacitación necesaria al personal de salud^{95/}.

Para el NAMRID los resultados de las pruebas podían ser interpretados como que en el Perú había un problema mayor al de los donantes y los bancos de sangre infectados. Según el NAMRID, a pesar que la prevalencia de “grupos” que no eran considerados de riesgo era baja, había una presencia preocupante de heterosexuales y asintomáticos infectados por VIH en la población. Ello “sugería que posiblemente el Perú estaría evolucionando hacia el modelo de transmisión heterosexual africano”^{96/}. Esta conclusión impulsó la elaboración y ejecución de un estudio en trabajadoras

^{93/} McCarthy et al. (1996): 1142.

^{94/} Entrevista 6. Investigadora del NAMRID, junio 15, 2000.

^{95/} Burstein Barazani (1994).

^{96/} NAMRID (1987): 5.

sexuales organizado por la Asociación Benéfica PRISMA y la Universidad de San Marcos, que veremos más adelante.

Las pruebas continuaron y el NAMRID examinó entre enero de 1986 y Diciembre de 1990 un total de 140,976 muestras de sangre de las cuales más de la mitad fueron tomadas en Lima y el resto en todos los departamentos del país. Era una cifra impresionante. Los resultados generales indicaban que 3,345 personas o el 2.4 de las muestras examinadas eran positivas al Western blot ⁹⁷/. En esos años, el NAMRID se convirtió en la práctica en el laboratorio nacional de referencia para el VIH. Durante 1987 y casi todo el año de 1988, los bancos de sangre de los hospitales más grandes de Lima enviaron sus muestras para tamizaje de VIH a los laboratorios del NAMRID. En este mismo lugar se procesaron además algunas muestras provenientes de hospitales de provincias, y de algunos laboratorios privados. Algunas pruebas fueron realizadas en forma esporádica en hospitales del Instituto Peruano de Seguridad Social, el Hospital Cayetano Heredia y el Hospital María Auxiliadora. Salvo estas excepciones, la responsabilidad total del tamizaje fue absorbida por el NAMRID.

La tendencia a incorporar al NAMRID al sistema de salud peruano fue hecha a pesar de la resistencia de algunos de sus directivos. Asimismo es un indicador de la capacidad de apropiación local de los beneficios que ofrecen las instituciones y los proyectos de salud diseñados en el exterior. Una actitud similar a la que ha ocurrido en varias campañas de salud verticales promovidas por agencias internacionales. La situación llegó a tal extremo que cuando en un momento dado el gobierno norteamericano quiso desmantelar la base médico militar de Lima debido al peligro terrorista, no llegó a hacerlo, en parte porque un destacado médico e investigador de

⁹⁷/ McCarthy et al. (1996): 1142.

Cayetano Heredia pidió audiencia y convenció al embajador norteamericano de la importancia de los laboratorios del NAMRID para el Perú ^{98/}.

En enero de 1988, el NAMRID solicitó se trasladara la responsabilidad de las pruebas de sangre por VIH al Ministerio de Salud. Sin embargo, el traslado no se concretó sino hasta finalizar el mes de noviembre de 1988, cuando el NAMRID definitivamente retiró su apoyo como laboratorio de tamizaje, limitando su función a la de confirmación de pruebas durante 1989 y parte de 1990 ^{99/}. En ese momento el Sida en el Perú era mucho más visible. Sólo en 1987 se habían diagnosticado 104 casos y la tendencia indicaba un incremento ^{100/}.

El aumento del número de enfermos y de portadores seropositivos, el desgaste de las Comisiones y el Programa que inicialmente diseñó el gobierno, el retiro del NAMRID como virtual laboratorio nacional de referencia y educador de las medidas de bioseguridad en los establecimientos de salud, y la presión de las agencias de salud internacionales, como la OMS y la OPS, que promovían la formación de programas coherentes nacionales contra el Sida que tuviesen actividades planificadas por tres años, precipitaron un cambio en las políticas oficiales. El Ministerio de Salud decidió formar un sólo órgano directivo responsable del programa del Sida para que éste asumiera tanto la responsabilidad de las pruebas del VIH como la notificación de casos y prevención del Sida.

^{98/} Entrevista 6. Funcionario del NAMRID, junio 15, 2000. Cueto (1997).

^{99/} Escutia et al. (1989): 3.

^{100/} "El Sida en el Perú, magnitud del problema", *Contrasida informa, Boletín informativo del PROCETSS* Vol.1, No.1 (1997): 9.

III LA ILUSION DEL CONTROL: EL PECOS

Una segunda etapa de las políticas del Estado con respecto al Sida se inicia a fines de 1988 y se prolonga hasta 1996. Ese fue un momento de gran actividad de las agencias de salud internacionales, de emergencia de ONGs dedicadas al Sida, de escasez de recursos de las autoridades sanitarias peruanas y de apoyo político precario a las acciones oficiales. Es asimismo un período en que se dan medidas contradictorias y se crea la “ilusión” de que el Sida puede ser controlado concentrando el trabajo en algunos “grupos de riesgo.”

Este período se inicia con la creación del Programa Especial de Control del Sida (PECOS) durante la gestión del Ministro Luis Pinillos Ashton, un destacado oncólogo que formó parte del gabinete del gobierno Aprista de Alan García entre mayo de 1988 y diciembre de 1989 ^{101/}. En esos años, lo peor de la crisis económica y la violencia política empezaba a azotar a los peruanos. Los objetivos principales de Pinillos, y seguramente de la mayoría de la comunidad médica y salubrista de entonces, fueron disminuir la mortalidad infantil y ampliar la cobertura de atención de los servicios de salud ^{102/}. Según la articulada y burocrática norma legal de fundación, el PECOS dependía directamente del Viceministro de Salud y debía programar y difundir a nivel nacional las medidas de prevención y control del VIH, tratar a los pacientes y promover la intervención multisectorial para combatir la enfermedad.

^{101/} El *Decreto Supremo No 033-88-SA* señala “Que tanto la Comisión Técnica de Certificación, Calificación y Registro, como el Programa Nacional Multisectorial tienen...funciones complementarias, razones por las cuales resulta conveniente su integración a fin de evitar posibles implicaciones e interferencias, situación que es necesario evitar”. Presidencia de la República (1988b).

^{102/} Pinillos Ashton (1989).

El PECOS apareció cuando el Sida empezó a ser una preocupación de gobiernos de los países industrializados y las agencias de salud internacionales. La OMS estimó por primera vez en 1988 el número de infectados, muchos de los cuales no presentaban ningún síntoma. La cifra era impresionante: 8 millones de personas en el mundo tenían el VIH. Probablemente la denominación de "Especial" del PECOS estaba inspirada en el Programa Especial de Sida que existía en la OMS desde comienzos de 1987 y que era dirigido por Jon Mann (sin embargo, desde fines de febrero de ese año el organismo dirigido por Mann se empezó a denominar Programa Global sobre el Sida). Fue en gran parte gracias a los esfuerzos de Mann que la OMS inició una campaña internacional que llegó a tener impacto, aunque solo parcialmente, en el Perú.

El papel de la OMS y la OPS

A pesar que era una organización supranacional que no tenía mandato político en los países, la OMS promovía activamente en ese entonces una serie de medidas como formar programas especializados en todos los países, elaborar planes de mediano y largo plazo, explicar al público las formas en que se transmitía la enfermedad, organizar estudios y conferencias sobre la enfermedad, celebrar el Día Mundial del Sida (el primero fue en 1988) y promover la solidaridad nacional e internacional con las personas y los países afectados por el Sida ¹⁰³/. Entre los varios logros del Programa que dirigió Mann en la OMS se encuentran la Cumbre Mundial de Ministros de Salud, celebrada en Londres en 1988 con la asistencia de 114 ministros de todo el mundo, y la

¹⁰³/ Bastos (1999): 63; Slutkin (2000).

formación -en el mismo año- de 150 programas nacionales de Sida, la mayoría de los cuales contó con la asistencia de la OMS en su organización ^{104/}.

El esfuerzo e idealismo de Mann, quien dirigió el Programa Especial de la OMS hasta 1990, se convirtió en la principal fuente de ideas para la cooperación técnica, la difusión de información, la capacitación de personal de salud, la investigación y en general, para proponer medidas humanitarias y preventivas. La marcada influencia local de las agencias de salud internacionales en la lucha contra el Sida fue una diferencia del Perú con la situación de los países adelantados, donde fueron las organizaciones *gay* preexistentes a la enfermedad las que lideraron la lucha contra la misma como parte de la defensa de sus comunidades.

El liderazgo de Mann fue seguido por la OPS, iniciadora de un Programa de Vigilancia del Sida en 1983 que en poco tiempo descubrió que la enfermedad existía en todos los países de la región. En 1987 la OPS organizó la Primera Teleconferencia Panamericana sobre el Sida que desde Quito (Ecuador) llegó a más de 650 universidades y 45,000 personas en ministerios de salud, universidades y otras instituciones de América Latina y el Caribe ^{105/}. Una Resolución del Consejo Directivo de la OPS dictada en setiembre de 1987 instó a todos los países de la región a desarrollar y mantener "fuertes programas nacionales de prevención y control del Sida conforme al modelo recomendado por el Programa Especial de la OMS" ^{106/}. Es interesante señalar que aunque no se cumplió totalmente, esta resolución recomendaba "aprovechar la crisis del Sida para promover los cambios que hagan falta en los servicios de salud." Cabe señalar que no era la primera vez que se recurría a la táctica

^{104/} "El Programa Global de Sida de la OMS", (1988): 666-672.

^{105/} "Las respuestas al Sida en la región de las Américas" (1998): 673-678

^{106/} "Resolución XII: Prevención y Control del Sida" (1998): 678-680.

de usar la lucha contra una enfermedad como un medio para promover un cambio más generalizado en los servicios de salud.

La OPS empezó a publicar y difundir una serie de trabajos sobre el Sida como por ejemplo los pautas y características para formar programas nacionales y guías para esterilizar materiales médicos que tuvieran contacto con personas viviendo con VIH ^{107/}. En 1988, uno de los números del *Boletín* de esta organización, la revista de salud pública en español más conocida y prestigiosa de América Latina, se dedicó totalmente al Sida, tratando sobre las experiencias de distintos países, las formas de transmisión y los aspectos sociales de la enfermedad (posteriormente se editó como un libro titulado *Sida: el perfil de una epidemia*) ^{108/}. Aunque no había ningún artículo dedicado al Perú, debió haber tenido impacto entre los expertos del país. En el editorial de ese número el director de la OPS decía con una sensación de urgencia: "es tiempo de actuar con decisión, vigor y energía, sin escatimar esfuerzos ni recursos. Debe quedar muy claro que lo que hagamos o dejemos de hacer en estos momentos redundará inevitablemente en la magnitud de la epidemia del Sida" ^{109/}. Este mensaje y las medidas promovidas en la OMS tuvieron cierto impacto en el Perú.

Las debilidades del PECOS

Una de las características principales del PECOS fue su débil fuerza institucional que se manifestó en el frecuente cambio de sus directores. En sus 8 años de existencia tuvo 10 directores, es decir, en promedio tuvo menos de un director por año ^{110/}. Las

^{107/} OMS (1988a); OMS (1988b).

^{108/} OPS (1989).

^{109/} Guerra de Macedo (1998), p. i.

^{110/} Los Directores de PECOS fueron: Aníbal Escalante (en dos períodos diferentes); Herminio Taboada, Gottardo Agüero, Manuel Luján, Juana Antigoni, Alejandro Padrón,

limitaciones del Programa se explican en gran parte por la falta de personal calificado o de personal calificado que estuviese dispuesto a trabajar en el Estado en los agitados años de fines de la década de los ochenta y comienzos de la del noventa. Asimismo, por un buen tiempo, el director de PECOS no fue un funcionario del Ministerio de Salud sino alguien comisionado, en calidad de préstamo, del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) ^{111/}. Este fue el caso de Juana Antigoni, directora del PECOS en 1992, que era jefa del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Edgardo Rebagliati del IPSS.

La denominación de “Especial” de este Programa (algo que conservó hasta fines de 1994) significó en la práctica un financiamiento extra-presupuestario del Ministerio de Salud, básicamente a través de fondos de cooperación externa ^{112/}. Ello implicó que fuera percibido por otros funcionarios de salud como algo diferente del resto de programas y direcciones del Ministerio, es decir, casi como un programa independiente que tenía sus propios proyectos y fuentes de financiamiento. A ello se sumaba la equivocada percepción de que el PECOS manejaba recursos millonarios y no estaba obligado a rendir cuentas precisas. Según un funcionario del Ministerio, existía una dependencia de la cooperación de las agencias internacionales: “Todo lo que se hizo en la década de los 80’s fue a través de estos proyectos. Lo bueno, lo malo y lo feo” ^{113/}. Estas percepciones y prácticas revelaban y reafirmaban el carácter fragmentado de los diferentes programas en el Ministerio de Salud.

Oscar Mujica, Hugo Manrique y Jorge Sánchez. Entre los que se mantuvieron por más tiempo en el cargo estuvieron Antigoni y Mujica.

^{111/} Escutia et al. (1989): 3.

^{112/} Entrevista 31. Ex-director del PECOS, marzo 20, 2000.

^{113/} Entrevista 14. Ex -funcionario del Ministerio de Salud, mayo 5, 2000.

Otra diferencia entre el PECOS y otros programas del Ministerio era que tradicionalmente la intervención sanitaria se basaba en la aplicación vertical de medicamentos, vacunas y otras tecnologías biomédicas definidas de antemano en cuidadosos protocolos, guías y manuales. En cambio, el programa de Sida tenía que diseñar nuevas normas y actividades para una enfermedad para la cual la tecnología no era lo más importante. Por otro lado, debía tratar temas que eran extraños para los médicos y considerados tabúes para la sociedad peruana, como la homosexualidad, la homofobia y la prostitución.

A pesar de tener que ocuparse de una enfermedad cuya prevención tenía una alta connotación educativa y cultural, el PECOS nunca pudo coordinar eficazmente sus actividades con otros Ministerios fuera del de Salud ^{114/}. A las dificultades anteriores se sumaron la duplicación de esfuerzos y la fragmentación institucional dentro del mismo Estado. El 15 de junio de 1992, se creó por resolución ministerial el “Comité Consultivo del PECOS”, bajo la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud ^{115/}. Este era un órgano “cuasi-paralelo” cuya actuación fue muy criticada por restar poder a los directores del PECOS ^{116/}.

En parte para continuar con la labor de pruebas que había iniciado el NAMRID, el PECOS formó una red de laboratorios para el diagnóstico del Sida, conocida como VIH-RELABINS. Al frente de esta red estaba el Instituto Nacional de Salud del Ministerio de Salud. Las instituciones que integraban esta red eran cinco de los hospitales dependientes del Instituto Nacional de Salud, dos hospitales del Instituto Peruano de Seguridad Social, uno de los hospitales de las Fuerzas Armadas y el Laboratorio

^{114/} Entrevista 9. Ex -directivo del Hospital Rebagliati, mayo 23, 2000.

^{115/} Ministerio de Salud (1992).

^{116/} Entrevista 31. Ex -director del PECOS, marzo 20, 2000.

Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud ^{117/}. De esta manera, los exámenes de anticuerpos del VIH se hicieron regulares y accesibles en varios establecimientos de Lima y de provincias.

Durante los años en que el PECOS dirigió la lucha contra el Sida, la enfermedad creció rápidamente en el país. En 1988 se registraron 177 casos nuevos de Sida. Para 1996 la cifra se había elevado a 1,187 enfermos. En total, en los ocho años de existencia del PECOS se registraron oficialmente 5,513 casos nuevos. En 1992 se calculaba que el promedio de sobrevivencia de un paciente con Sida en el país era de apenas 18 meses ^{118/}. En ese año el director de PECOS describió el perfil de la epidemia: "...el Sida en el Perú es un problema urbano que afecta principalmente a Lima y el Callao, que es más frecuente en varones, jóvenes y la vía sexual es la principal vía de transmisión...el riesgo de la mujer va en aumento" ^{119/}.

También hacia 1992 se sabía cuál era el contexto latinoamericano. Cerca de la mitad de los casos de Latinoamérica y el Caribe estaban en Brasil. Los países que le seguían en número de casos eran México y la zona del Caribe. En la región andina el Perú ocupaba el tercer lugar, después de Colombia (244 casos) y Venezuela (207). En esta región, seguían al Perú, Ecuador y Bolivia ^{120/}. El incremento en el número de personas viviendo con Sida alentó a nuevas instituciones y personas a comprometerse en la lucha contra esta enfermedad.

^{117/} Escutia et al. (1989), p. 8.

^{118/} "Gráfico 1: casos de Sida según año de diagnóstico". Página web: www.minsa.gob.pe/procetss/; PECOS (1992): 1.

^{119/} Ibid.

^{120/} Ibid: 1-19.

PRISMA y el crecimiento de otras ONGs

Durante el período del PECOS se desarrolló un valioso proyecto de colaboración entre la Organización No Gubernamental PRISMA y el Instituto de Medicina Tropical “Daniel A. Carrión” de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos: el Programa de Diagnóstico Confidencial y Consejería en Enfermedades Virales (PRODICEV). PRISMA era una dinámica ONG creada en 1986 para desarrollar proyectos en nutrición, salud, planificación familiar, agricultura y desarrollo social. El proyecto fue diseñado para que la investigación fuese hecha por los profesores de San Marcos y para que PRISMA administre los fondos, que fueron generosamente brindados por Population Council, una fundación privada sin fines de lucro con una oficina central en Nueva York dedicada al estudio y mejoramiento de la salud reproductiva, aunque algún apoyo también fue otorgado por el NAMRID. Las actividades se iniciaron a mediados de 1988 en San Marcos, donde se instaló el PRODICEV. La existencia del Programa se prolongó hasta comienzos de la década de los noventa.

El proyecto tenía como metas reducir la incidencia de la infección por VIH y otras ETS, promover el uso del condón, incrementar el conocimiento con respecto al SIDA, realizar pruebas de despistaje de VIH y brindar servicios ginecológicos. El Programa estuvo dirigido principalmente a las aproximadamente 630 trabajadoras sexuales que laboraban en los burdeles y bares del Callao. Dos aspectos novedosos eran, en primer lugar, la confidencialidad de las pruebas, es decir el compromiso de dar información del resultado de las pruebas sólo a la persona involucrada y a quienes ella autorizara para evitar cualquier forma de discriminación. En segundo lugar, la consejería o la obligación de orientar a toda persona que desear practicarse la prueba de detección del VIH y también para aquellos que hubiesen recibido un resultado positivo o dudoso. La

motivación científica del proyecto estaba enlazada con los resultados del estudio de seroprevalencia del NAMRID que sugerían que la prostitución podía difundir rápidamente la enfermedad entre la población heterosexual, tal como había ocurrido en el África.

PRODICEV tuvo que enfrentar varios problemas. En primer lugar, los términos VIH o Sida habían sido evitados en la denominación del Programa para eludir cualquier estigma (algo parecido a lo que había ocurrido en las instituciones oficiales durante los primeros años de la enfermedad). Ello no evitó que los empleados y trabajadores -no investigadores- del Instituto de Medicina Tropical cuestionaran el proyecto cuando éste se inició, ya que no estaban advertidos de antemano en qué iban a trabajar y temían ser infectados. Otro problema que superó el proyecto fue que para la Universidad de San Marcos de entonces era inusual recibir fondos del exterior o trabajar con proyectos impulsados desde el exterior. Las dirigencias estudiantiles radicalizadas se habían opuesto en el pasado a cualquier proyecto que les pareciera una intervención del “imperialismo científico norteamericano.” Finalmente, era una de las primeras veces que trabajaban juntas una ONG, acostumbrada a acciones rápidas y rendiciones de cuentas precisas, y una Universidad, que tenía una burocracia con trámites lentos y confusos. Felizmente estos problemas se fueron superando y el proyecto se implementó.

El trabajo de PRODICEV no confirmó el supuesto del NAMRID según el cual en el Perú podían aumentar las infecciones de VIH en heterosexuales. Estudios hechos por miembros de PRODICEV y otras investigaciones similares, mostraron por el contrario que existía una incidencia muy baja entre las trabajadoras sexuales (en diferentes

estudios realizados entre 1987 y 1993 la prevalencia de infección era cercana al 1 por ciento tanto en trabajadoras sexuales registradas como clandestinas)^{121/}.

Algunos atribuyen este resultado a la misma campaña realizada por el PRODICEV entre las trabajadoras sexuales. Al parecer esto puede ser cierto ya que en sus informes el Programa mostraba la modificación de conocimientos y actitudes con respecto al SIDA, el aumento del uso del condón y la reducción de la prevalencia de gonorrea entre las trabajadoras sexuales^{122/}. Sin embargo, la valoración y uso del condón en trabajadoras sexuales no registradas y en provincias parecía ser menor. Un estudio realizado en Chimbote a mediados de la década de los noventa mostraba cómo a pesar que la mayoría de trabajadoras sexuales conocía los riesgos de transmisión sexual del VIH, sólo el 35 por ciento de una muestra de 130 mujeres usaban regularmente preservativos y sólo el 6 por ciento lo hacía con sus parejas^{123/}. Una de las razones para no usar el condón era la exigencia de los clientes que muchas veces pagaban más a las trabajadoras sexuales por no usar ninguna protección.

Entre 1989 y 1993 se desarrolló otro proyecto importante entre PRISMA y el Movimiento Homosexual de Lima (MOHL), una organización de gays y lesbianas creada en 1982, que fue una de las pocas ONGS que relacionaba la lucha contra el Sida con la afirmación de una identidad sexual alternativa. Este proyecto contó con un financiamiento de la Agencia Interamericana del Desarrollo (AID) de los Estados Unidos con el que pudieron organizar talleres sobre sexo seguro y consejería al que asistieron más de 1,200 individuos, establecer un servicio de respuesta a llamadas telefónicas en

^{121/} Sánchez et al. (1994): 25-32, 31.

^{122/} Los resultados de este proyecto aparecen en Alarcón (1991): 16-24; y en Alarcón et al. (1990). Un estudio que comprueba el uso de condones entre trabajadoras sexuales de Lima es: Trujillo et al. (1999): 115-118.

^{123/} Moya et al. (1999): 9-18.

el MOHL que atendió a más de 3,000 personas, y crear un programa de promotores que distribuyó cerca de un millón de folletos y una cantidad similar de condones ^{124/}.

Estos Programas fueron valiosos porque educaron a sectores de la población sobre lo que es el Sida, las vías de transmisión de la enfermedad y los modos de prevenirla, y porque abrieron un espacio en algunos colegios y familias para dialogar sobre estos temas. Entonces existían muchas percepciones erradas con respecto a la enfermedad y el tratamiento. Un ejemplo es que un buen número de llamadas telefónicas atendidas por miembros del MHOL eran hechas por personas que creían que las pruebas de sangre podían ser alguna forma de vacuna ^{125/}. Muchas personas temían – equivocadamente- que cualquier tipo de contacto con una persona viviendo con VIH o con Sida podía transmitir casualmente la enfermedad: estar cerca del estornudo o la tos de un paciente, darle la mano o un beso, utilizar los mismos utensillios de cocina, usar la misma ropa, sentarse en el mismo asiento e incluso a través de la picadura de insectos.

Aunque gracias a estas actividades la información sobre el Sida mejoró en algunos grupos de la población, el conocimiento básico sobre la enfermedad y los medios de prevenir la infección eran incompletos o errados. Por ejemplo, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática en 1996 indicaba que a pesar que el porcentaje de personas que había oído de la enfermedad era alto (89 por ciento en mujeres y 96 por ciento en hombres) un 22

^{124/} MOHL (1993a): 12.

^{125/} Ibid:13.

por ciento de las mujeres y un 14 por ciento de hombres no sabían cómo se podía evitar contraerla ^{126/}.

Por otro lado, en estas campañas se descubrió un hecho que en los años siguientes sería crucial en las campañas de prevención del Sida: conocimiento no era sinónimo de modificación de conductas sexuales. El descubrimiento vendría a erosionar algunos de los supuestos en los que se basaba la salud pública. Uno de esos supuestos era la presunción de que la difusión de información adecuada podía modificar prácticas individuales consideradas riesgosas para la salud y ayudar a crear conductas de salud racionales. Eventualmente se fue haciendo más importante conocer el contexto cultural en que eran recibidos, adaptados, interpretados y usados los mensajes informativos ^{127/}.

La discriminación hecha ley

Uno de los hechos más trascendentes de la época del PECOS fue la promulgación, el 24 de julio de 1990, de la Ley No 25275, donde se declaró “de interés nacional y... prioritario dentro de la política nacional de salud a la prevención y lucha contra el Sida” ^{128/}. Mediante esta Ley se obligó a notificar los “casos de Sida diagnosticados por los profesionales médicos que laboran en el sector público y no público”.

Asimismo –con poca consideración a la confidencialidad de las pruebas y el consentimiento informado del paciente- se estableció la obligatoriedad de realizar el examen serológico de detección del Sida para: “las personas que soliciten residencia en

^{126/} INEI (1997): 20.

^{127/} Mere (1999): 140-151.

^{128/} La propuesta de ley fue presentada a la Cámara de Senadores para su discusión en octubre de 1988.

el Perú con cargo a hacer pruebas periódicas durante su permanencia”; “contraer matrimonio”; “todos los que concurran a atenderse en algún centro asistencial del sector público”; “toda mujer gestante” y “las poblaciones epidemiológicamente consideradas en condiciones de riesgo” /.¹²⁹. La última frase seguramente se refería a los homosexuales, ya que la presencia de los otros “grupos de riesgo” en el Perú, como los usuarios de drogas endovenosas y hemofílicos era poco significativa. Eventualmente se fue demostrando lo contraproducente que era el querer revelar la identidad de los enfermos o de las minorías sexuales, como los homosexuales, bajo el supuesto que eran una amenaza para el resto de la población.

Esta fue una Ley aprobada sin debate, el 24 de octubre de 1988, y recién se promulgó el 24 de julio de 1990, esto quiere decir, que la Ley apareció cuando apenas faltaban cuatro días para que acabe el gobierno de Alan García Pérez. En ese período, el país estaba inmerso en una de las peores crisis económicas y políticas de su historia, los servicios y programas del Ministerio de Salud estaban colapsados y eran presa fácil de cualquier iniciativa personal o de grupo. La violencia política desatada por Sendero Luminoso y respondida por el Estado acentuaba la curva de atentados, homicidios y venganza.

Volviendo a la Ley, los mismos miembros de PECOS no estaban advertidos de antemano de su contenido, ni estuvieron de acuerdo posteriormente con sus enunciados. Una interpretación de lo que llevó al gobierno de García a dar la Ley fue la intervención de un grupo de médicos conservadores católicos en un momento de desconcierto en la administración pública y cuando algunos funcionarios del régimen saliente tenían la intención de dejar obstáculos al nuevo gobierno. Sin embargo, como

¹²⁹/ Artículos 2, 3, 4, 5, 6 y 7 de la Ley 25275. Presidencia de la República (1990).

lo señala un funcionario del Ministerio, la Ley: “felizmente nunca se puso en práctica, quedó ahí flotando, más como referente de lo que no debe hacerse” ^{130/}. Aunque es cierto que la Ley nunca fue cumplida en su integridad, alentó actitudes discriminatorias en diversos centros laborales cuyos propietarios exigían el despistaje de Sida a sus trabajadores.

La Ley también reflejó las aspiraciones de distintos grupos sociales y profesionales que tenían la ilusión de que la imposición de un control médico riguroso detendría el Sida. Ello había ocurrido, por ejemplo, en octubre de 1987 en el Concejo Provincial de Arequipa, que decidió instalar un laboratorio especializado que realizaría un “control anti-sida” a todos los turistas extranjeros que llegasen a esta ciudad ^{131/}. En ese mismo año el Presidente de la Asociación Nacional de Médicos del Ministerio de Salud sostenía la necesidad de someter a despistajes periódicos a la población homosexual y prostitutas, así como rigurosos exámenes médicos a los extranjeros ^{132/}. A pesar de la persecución, la ilusión del control y el estigma, se produjeron esfuerzos admirables en esos años por responder al Sida con solidaridad, aunque los medios eficaces para enfrentarla fuesen casi inexistentes.

Salud en la adversidad

Uno de los casos más notables del trabajo voluntario en favor de los enfermos del Sida en el Perú fue el de Víctor Ortíz, quien aún en mayo del 2001, continuaba adelante con su abnegada labor. Hacia mediados de la década de los ochenta Ortíz comenzó a

^{130/} Entrevista 14. Ex -funcionario del Ministerio de Salud, mayo 5, 2000.

^{131/} “Nadie visitará Arequipa sin control anti-sida, temen que turistas lleven el virus”, en *Ojo*, octubre 25, 1987.

^{132/} “Gobierno inicia guerra frontal contra el SIDA”, en *La República* abril 6, 1987.

recibir a amigos y pacientes con Sida en su peluquería –que era también su casa– ubicada en Villa María del Triunfo, uno de los pueblos jóvenes de Lima. Muchos de estas personas habían sido rechazadas por sus propias familias. El modesto establecimiento empezó a denominarse “Albergue Ayudémonos” y Ortiz fue más conocido como “el doctorcito”. Ortiz fue también en busca de pacientes. Según sus propias palabras: “...alquilaba un micro y recogía a todos los travestis de la Avenida Arequipa, Javier Prado y los llevaba, bajo amenaza, para que se hagan la prueba de Elisa en el hospital” ¹³³/.

Según una noticia periodística de 1992, el trabajo de Ortiz educaba a la comunidad, había permitido asistir a poco más de 100 enfermos y replanteaba el significado de la atención médica, tradicionalmente dirigido a curar: “Como el Sida no tiene ningún remedio, la labor del ‘doctorcito’ concluye no cuando el paciente sana sino cuando fallece” ¹³⁴/.

Según la misma noticia, la labor de Ortiz incluía la adquisición del féretro y el entierro. Para Ortiz, ayudar a morir era parte esencial de la asistencia a un enfermo desahuciado, una obligación que generalmente parece no ser parte de la formación médica profesional.

Otro caso notable, donde paradójicamente la enfermedad transformó a una persona, fue el de Sulma, un homosexual de 30 años que a comienzos de 1992 descubrió que estaba infectado del VIH. Sulma era además un travesti que se prostituía en las noches recogiendo a sus clientes de la Avenida Arequipa ubicada en la ciudad de Lima. Sulma se hizo la prueba pero no fue a recoger los resultados y siguió ejerciendo la prostitución. Según sus palabras “huyó de un posible resultado positivo.” Sin embargo, uno de sus amigos lo ubicó algunos meses después y le dio las malas noticias, es decir,

¹³³/ “Víctor Ortiz, El Ángel Guardián de los Sidosos”, en *La República*, Agosto 19, 1992.

le contó que el resultado había sido positivo. La reacción de Sulma fue comprometerse más con una comunidad religiosa de homosexuales de Yerbateros (una zona pobre de Lima) donde encontró consuelo, autoestima, alivio y aliento a su condición, a diferencia de su familia que se desentendió de él en cuanto supo de su enfermedad.

Según Sulma: “todo ese apoyo psicológico...ayuda a ser más fuerte, a seguir viviendo. En cambio, cuando nos rechazan, nosotros mismos nos tratamos de esconder y rechazarnos a nosotros mismos.” Siguiendo el consejo de sus compañeros y los médicos, Sulma se retiró de la prostitución y cambió su vida. Empezó a organizar encuentros con otros homosexuales para prevenirlos de los riesgos que para la salud tenía la prostitución ^{135/}. Estos dos casos muestran la importancia y variedad de las acciones de solidaridad que se hicieron más frecuentes desde comienzos de la década del noventa.

El estigma, la discriminatoria Ley y hasta el mismo PECOS fueron rechazados o cuestionados con argumentos más consistentes por una organización no gubernamental sin fines de lucro formada en mayo de 1990 por seis profesionales de salud y una persona viviendo con VIH/Sida que se habían conocido en el Hospital Cayetano Heredia. La ONG se llamó: “Vía Libre, Asociación de lucha contra el SIDA” y empezó a funcionar en una refaccionada casa del centro de Lima.

^{134/} Ibid.

^{135/} “Temible Sida ataca a niños y amas de casa”, en *La República*, agosto 19, 1992.

Vía Libre

Vía Libre se propuso atender, proteger y defender a las personas viviendo con VIH/Sida, informar a la población sobre la realidad de esta enfermedad y capacitar al personal de salud para lidiar con los enfermos del Sida. Lo primero era relativamente nuevo aún en países más desarrollados como los Estados Unidos donde recién en 1987 se dieron las primeras normas de consejería a los pacientes y sólo en 1990 el Congreso dió una Ley protegiendo a los enfermos de Sida. En el Perú de entonces eran pocos los que ofrecían los pocos recursos médicos disponibles a los pacientes, atendiendo además sus dimensiones psicológicas ya que frecuentemente éstos tenían baja autoestima y severos episodios de depresión. Muchos pacientes reaccionaban como algunas personas responden al saber que tienen cáncer, y pasaban por etapas de negación, resentimiento, desesperación, regateo y aceptación del diagnóstico. Eventualmente el trabajo de Vía Libre se transformó en una defensa de los derechos humanos de los enfermos de Sida.

Los primeros años de la ONG fueron muy activos. Organizaron talleres y cursos de información, algunos generales dirigidos al público en general y otros más especializados para las personas viviendo con VIH, y para profesionales de salud. Al mismo tiempo publicaron manuales, folletos, trípticos y rotafolios, elaboraron y recopilaron videos y programas de la televisión que trataran el tema del Sida, contribuyeron a la celebración de los días mundiales de Sida cada primero de Diciembre e instalaron los pabellones itinerantes en diferentes distritos de Lima y diversas ciudades del país. Los pabellones fueron una ingeniosa estrategia para atraer al público; consistían en una gran carpa colocada en alguna plaza o parque donde

consejeros y voluntarios de Vía Libre brindaban charlas informativas, repartían folletos educativos y mostraban videos.

Otras actividades de Vía Libre fueron la creación de una línea telefónica de información, el apoyo a grupos de autoayuda que formaban los enfermos, y la organización de un centro de documentación (llamado Gonzalo Rey de Castro en memoria del creador del Grupo de Ayuda Mutua “El Hongo” y primer presidente de la Junta Directiva de Vía Libre). Con el tiempo, Vía Libre brindó asistencia médica ambulatoria, servicios de consejería familiar, nutricional, pre y post exámenes, y administró un servicio de drogas como la zidovudina (AZT). Este medicamento, que por varios años fue la piedra angular de la terapia antiretroviral, prolongaba la supervivencia de las personas que tenían la infección del VIH, al disminuir la cantidad de VIH, permitiendo cierta restitución del sistema inmunológico y la resistencia a las enfermedades “oportunistas” que inicialmente mataban a los infectados ^{136/}. Al mismo tiempo, miembros de esta ONG participaron en programas de televisión tratando de modificar el estigma asociado a la enfermedad.

Sus actividades fueron apoyadas económicamente por la OPS y una fundación holandesa, HIVOS, lo que le permitió una estabilidad administrativa, aunque buena parte de su trabajo se realizaba gracias a la labor desinteresada de voluntarios y de instituciones privadas peruanas, como el Diario *Correo*.

Los miembros de Vía Libre realizaron investigaciones importantes sobre el Sida. Los *Boletines* de Vía Libre se convirtieron en un medio de divulgación de algunos de estos trabajos científicos (otros a veces eran traducidos especialmente), y permitieron la difusión de los resultados de eventos internacionales donde participaban miembros de

^{136/} Mazzotti (1992): 1-4.

la institución, como los Encuentros Latinoamericanos de Personas Viviendo con VIH/Sida y las Conferencias Internacionales del Sida, que habían empezado a celebrarse en 1985.

Estas Conferencias Internacionales tuvieron un gran impacto en el estudio y tratamiento de la enfermedad debido a que eran encuentros interdisciplinarios, que no sólo incluían a médicos y científicos sino que incorporaron a trabajadores sociales, científicos sociales, voluntarios, líderes comunitarios, personas seropositivas y delegados de los países pobres. A diferencia de los tradicionales eventos académicos donde las ponencias eran presentadas sobria y formalmente, las Conferencias Internacionales del Sida se caracterizaron por promover un diálogo informal e intenso entre sus participantes ^{137/}. Asimismo, estos eventos fueron un medio para que la OMS promoviera el diálogo e intensificara su influencia en los activistas, voluntarios y profesionales de los países menos desarrollados, como los miembros de Vía Libre.

El *Boletín* de Vía Libre sirvió para identificar a los médicos especializados en Sida y los hospitales y clínicas en que trabajaban. Según un “aviso” de 1990, existían 14 profesionales que laboraban en 12 establecimientos de Lima. También las páginas del *Boletín* sirvieron para proponer una política que integre la lucha contra el Sida con el control de las ETS ^{138/}. Esta medida ampliaba el trabajo al asociarlo a la salud sexual y reproductiva, un tema de creciente interés en la salud pública.

Vía Libre era la expresión más visible de una serie de ONGs y grupos de autoayuda donde se reunían activistas y personas viviendo con Sida entre los que se

^{137/} Bastos (1999): 55.

^{138/} Sánchez (1992) y (1994).

encontraban: El Hongo, Generación, Germinal, el MHOL, Ayudémonos, entre otros.¹³⁹⁹⁰

Estas organizaciones tenían grandes ventajas: se basaban en el trabajo voluntario y desinteresado, sus miembros eran parte o estaban muy cerca de las personas y las comunidades a las que estaban dirigidas, y eran rápidas y flexibles en sus gastos y actividades. Para fines de 1992 sumaban 25. Convirtieron cada primero de diciembre, cuando se lleva a cabo el Día Mundial del Sida, en una jornada de reuniones, charlas, marchas y actividades públicas ¹⁴⁰/. La conmemoración de 1993, cuyo lema internacional fue “El Tiempo de Actuar”, fue sentidamente anunciada por un periodista:

Por la noche se realizará el acto más emotivo cuando más de 200 personalidades invitadas, familiares de pacientes portadores del virus y público en general, formen una cadena de solidaridad en el Parque Municipal de Barranco...Portando velas blancas con cintas rojas, los participantes se solidarizarán con los portadores del mal y recordarán a las personas que fallecieron por este flagelo ¹⁴¹/.

Vía Libre también se propuso combatir la discriminación a los enfermos del Sida. Existía entonces el temor equivocado de que se podía contraer la enfermedad por contacto casual, es decir por un estornudo, un beso o un apretón de manos. Ello llegaba al extremo del despido laboral y el maltrato en los hogares, escuelas y lugares de reunión donde se conocía la condición de las personas infectadas del VIH. A veces existía discriminación no por la condición de salud de una persona sino por su

¹³⁹/ A inicios de los años 90 surgieron en el Perú los dos primeros Grupos de Autoayuda Mutua (GAM) en los hospitales Cayetano Heredia y Guillermo Almenara.

¹⁴⁰/ “Pese a labor de prevención, casos de Sida se duplican en el Perú cada año”, en *El Comercio*, diciembre 1, 1992.

¹⁴¹/ “Es hora de actuar. Día Mundial del Sida se conmemora hoy”, en *El Comercio* diciembre 1, 1993.

orientación sexual, la que era percibida como un riesgo de infección para el resto de las personas. Estas actitudes también existían entre los médicos.

En un artículo del *Boletín* de Vía Libre se criticó lo que debe haber sido una actitud común entre el personal de salud de entonces: el temor a los enfermos del Sida. Estos eran tratados como “pacientes de segunda clase” ^{142/}. Para los miembros de Vía Libre era un requisito modificar las actitudes del personal de salud para promover cualquier cambio en la población en favor de los enfermos. Un voluntario de la ONG relataba de forma dramática cómo fueron tratados dos pacientes:

Llega un paciente a Vía Libre, su estado de ánimo lo dice todo, pero cuando habla sobre lo que le han dicho en un laboratorio de la Av. Arequipa me sublevo y me indigno: ‘Usted tiene SIDA, tiene quince días de vida, arregle sus papeles’. ¿Eso se le está diciendo a personas con un ELISA positivo y asintomáticas? Me pregunto estupefacto: ¿Ese príncipe de laboratorio tiene bola de cristal para saber cuánto tiempo vivirá un ser humano asintomático?

Un paciente tiene un accidente y tiene el valor y la calidad humana de advertir al médico sobre su seropositividad: no fue operado, quedó cojo hasta su muerte. ¿Qué se logrará con esto? ¿Que para ser atendidos nieguen su status y pongan en riesgo a otras personas? ^{143/}.

Como estas citas sugieren, durante los primeros años de la epidemia la mayoría del personal de salud se resistía a tratar a los enfermos de Sida o a realizar autopsias en personas que habían fallecido por esta enfermedad, por prejuicio o temor de

^{142/} “Editorial”, en *Boletín Vía Libre* Vol.1, No.2 (diciembre 1990): 1.

^{143/} Eduardo Blume, “La prueba del Sida y cómo el Sida nos prueba”, en *Boletín Vía Libre* Vol.4, No.12 (junio 1993): 5-6.

contraer accidentalmente la infección. Tal fue la discriminación y la hostilidad, que en un momento dado algunos médicos quisieron crear pabellones segregados para enfermos de Sida en algunos hospitales públicos ^{144/}. El rechazo se debía además al sobreesfuerzo psicológico que implicaba tratar a enfermos de Sida, generalmente jóvenes, atacados de varias infecciones y que no tenían curación. Uno de los resultados de esta actitud fue la dificultad de conocer la verdadera extensión de la epidemia. Un profesor de San Marcos escribió en esos años en el editorial de la *Revista Peruana de Epidemiología*:

Es necesario también educar a los profesionales de la salud, tanto de las instituciones públicas como las privadas, sobre la responsabilidad que tienen frente a los enfermos de Sida e infectados. De nada sirve ocultar información o minimizar el problema, pues son actitudes que afectan a la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad y perjudican todas las acciones de prevención y control ^{145/}.

Según la tesis de Ana María Rosasco de 1990 –que además fue miembro de Vía Libre-, el temor del personal de salud estaba extendido y los profesionales con mayor conocimiento acerca de las formas de transmisión del VIH no necesariamente asumían actitudes más positivas hacia los pacientes ^{146/}. En algunos establecimientos de salud, como el Hospital Cayetano Heredia, que se hicieron conocidos por recibir enfermos de Sida, se dispuso la atención de estos pacientes sólo por las tardes porque algunos profesionales y el público “no quería que hubiera homosexuales en la sala de espera

^{144/} Entrevista 9. Ex Directivo del Hospital Rebagliati, mayo 23, 2000.

^{145/} Alarcón (1993), p.4.

^{146/} Rosasco (1990). Entrevista 21. Directivo de Vía Libre, febrero 16, 2000.

junto a las madres de familia”^{147/}. El problema continuó en los años siguientes y diversos estudios señalaron el bajo grado de conocimiento sobre el Sida que existía entre algunas especialidades médicas como la odontología, la contradictoria relación entre el conocimiento adecuado sobre el VIH y el predominio de actitudes negativas o indiferentes en otras especialidades como la enfermería^{148/}.

La crítica de Vía Libre a las autoridades del Ministerio de Salud fue dura. En un editorial de 1992 se decía: “¿Qué debe pasar con los ineptos, malversadores o aventureros responsables de la situación actual de la lucha contra el Sida en el Perú? ¿Apoyará el Gobierno a la actual administración del PECOS para una buena labor? ¿Le serán asignados los recursos adecuados?”^{149/}. Las críticas de Vía Libre a las autoridades del Ministerio se fueron perfilando alrededor de algunos grandes temas: la inexistencia de un verdadero organismo rector eficiente, la magra asignación de recursos económicos, la frágil promoción del condón como un medio de prevención, la falta de integración del programa contra el Sida a otros programas del Ministerio de Salud y la débil articulación del programa con otros organismos del Estado, especialmente con el sector educación. También recibió críticas la Ley 25275 de 1990 por ser discriminatoria y atentar contra los derechos humanos de los pacientes^{150/}.

En un momento dado, las críticas sirvieron para señalar la crisis económica de fines de la década de los ochenta y para cuestionar la orientación política neoliberal del gobierno de Alberto Fujimori, que recortaba los gastos en salud. Un editorial del *Boletín* comentaba con una ácida ironía que quizás era tarde para “actuar” debido a que:

^{147/} Entrevista 22. Ex Director del PROCETSS, julio 27, 2000.

^{148/} Adachi Muranaka (1993) y Acuña (1994).

^{149/} “Editorial”, *Boletín Vía Libre* Vol.3, No.9-10 (octubre-diciembre, 1992): 1-2.

^{150/} Guido Mazzotti, “El Sida y la Ley”, *Boletín Vía Libre* Vol.3, No.7-8 (marzo-junio 1992): 1-4.

...países como el nuestro tienen 'otras prioridades'...intentan cambios dizque 'liberal' que harían palidecer al propio Mengele¹⁵¹ o sumirían en el arrepentimiento al espartano más liberal. Se tendría entonces que enseñar con mucho detalle la teoría darwiniana y sus derivados a muchos latinoamericanos y en especial a los peruanos, para que encuentren totalmente natural que un ser querido o ellos mismos se mueran (ya!) porque no tienen trabajo, no tienen dinero suficiente para 'invertir en salud, o porque se ha destrozado una ya endeble y semiderruida estructura de salud (todo peruano cuyo nivel de nutrición le permita tener memoria y raciocinio no debe olvidar jamás lo acontecido con los servicios de salud entre 1987 y 1989). Se debe recordar que a un pueblo sumido...en un proteccionismo de los servicios de salud y educación...no lo podemos someter a cambios radicales generados en lustrosos escritorios dizque 'académicos' cuando no en cubículos de delincuentes o saqueadores de la salud en nuestro país (léase 'servis', 'privatizaciones', 'racionalizaciones' entre otros) ¹⁵²/.

En el enfrentamiento entre Vía Libre y el Estado podían usarse términos más fuertes que aquellos que aparecen en la cita anterior. Según un artículo publicado en el *Boletín* de la ONG era necesario devolver a "algunos aventureros a sus claustros teóricos", recomendar para otros "tratamiento a sus insanias" y poner "a los más entre rejas para evitar un deterioro mayor de la salud y la educación" ¹⁵³/.

¹⁵¹/ El nombre alude a Josef Mengele, el cruel médico Nazi del Campo de Concentración de Auschwitz, conocido como "El Ángel de la Muerte".

¹⁵²/ "Editorial", *Boletín Vía Libre*, Vol.4, No.14 (diciembre 1993): 1-2.

¹⁵³/ Ibid.

Las críticas al Estado no sólo provenían de Vía Libre. También opinaron sobre el Sida y las políticas del Estado, personajes y voceros de grupos conservadores de la sociedad. Según un periódico, la opinión de un médico que no tenía relación con las ONGs que trabajan en el Sida era que al programa peruano contra el Sida le faltaba liderazgo, capacidad de convocatoria y de decisión. Él exigía un nuevo programa que fuese un organismo supra-ministerial dirigido directamente por el Presidente de la República ^{154/}.

Las respuestas del Estado

En parte por las críticas que recibían de las ONGs, y en parte por la desconfianza tradicional de los programas del Ministerio de trabajar con instituciones no estatales, no existió una política oficial ni un esfuerzo sostenido de los funcionarios del PECOS por trabajar con organismos privados.

Para los trabajadores del Estado la responsabilidad de esta falta de articulación entre el sector público y privado recaía en las ONGs. Las críticas no sólo iban desde las ONGs al Estado. Según un ex-director del PECOS, las organizaciones privadas sufrían de una serie de problemas:

la existencia de diversos discursos, pugnas hegemónicas, territorialidad, protagonismo, intereses particulares e incluso oportunismo entre diversos actores no gubernamentales, en especial la falta de reconocimiento por parte de las ONGs, cuando no la descalificación del trabajo de otras ONGs, sumados a las propias dificultades organizativas y presupuestales

^{154/} Raúl Cantella, "Fujimori debe presidir lucha antisida", en *La República*, diciembre 1, 1991.

del Ministerio de Salud, impidieron la puesta en práctica de un acuerdo nacional multisectorial y consensuado ^{155/}.

Según otro director del Programa Nacional Contra el Sida, el problema era que las ONGs que se dedicaban al Sida no eran grupos de presión “fuertes”, estaban limitadas por una visión local que no incorporaba la perspectiva nacional, y trabajaban con presupuestos reducidos, lo cual las obligaba a concentrar sus esfuerzos y recursos en sobrevivir.¹⁵⁶ Asimismo, el interés por el Sida creó oportunidades de conseguir en el exterior el financiamiento para una variedad de proyectos que no se articulaban con los existentes y acentuaban la fragmentación del trabajo de Salud. Más aún, de acuerdo a uno de nuestros entrevistados, la actitud de las ONGs en los concursos públicos organizados para realizar estudios o actividades ligadas al Programa era la siguiente:

mientras ganen sus concursos ellos están felices, pero si pierden, critican. El que gana el concurso es el que está de acuerdo con el gobierno, pero el que pierde está en contra. Hay una suerte de perversidad en el razonamiento que no depende de la estrategia que siguen sino depende de hacia dónde van los fondos ^{157/}.

Una de las dificultades para trabajar coordinadamente entre el Estado y las organizaciones no gubernamentales privadas era la falta de identidad y perspectivas de largo plazo de estas últimas. Muchas pugnaban por sobrevivir, y cuando crecían un poco, trataban de monopolizar las actividades de investigación, prevención y control de VIH/Sida, perdiendo la perspectiva de más largo plazo sobre cuál era su misión y su complementariedad con otras instituciones en la lucha contra la enfermedad.

^{155/} Entrevista 31. Ex Director del PECOS, marzo 20, 2000.

^{156/} Entrevista 22. Ex Director del PROCETSS, junio 27, 2000.

Mientras se produjeron los enfrentamientos entre Vía Libre y el PECOS, en otras instancias del Estado, menos expuestas a la crítica pública, el control del Sida iba ganando espacios. Una iniciativa de la Doctora Juana Antigoni, directora del PECOS, alentó la participación de los militares peruanos en la lucha contra el SIDA, una valiosa participación que se inició en la Fuerza Aérea.

Los militares y el Sida

El Hospital de la Aviación había registrado el primer caso de Sida entre los militares en 1986. Posteriormente, en 1988, se registraron los primeros casos en el Ejército y en la Policía y un año después en la Marina de Guerra ^{158/}. Todo ello creaba preocupación entre los uniformados no sólo por el machismo asociado a la formación en los institutos armados sino porque las ETS entre los soldados habían sido siempre una de las preocupaciones de la medicina militar.

En 1991, por intermedio de la Unidad de Atención Integral del PECOS, se formaron Comités de Lucha contra el Sida en los hospitales de las Fuerzas Armadas entre los que destacó el Comité del Hospital Las Palmas de la Fuerza Aérea, una de las más grandes unidades militares de Lima. Este Hospital fue designado como “centro piloto de prevención y control del VIH/SIDA” en la Fuerza Aérea e inició un programa agresivo entre el personal militar y sus familiares. Este programa incluyó la capacitación al personal de salud, la información al personal militar, la distribución de condones y un estudio seroepidemiológico del VIH/Sida en la Fuerza Aérea ^{159/}.

^{157/} Ibid.

^{158/} Alva (1995a).

^{159/} Alva (1995b): 4-8.

Estas actividades llevaron a la organización de un taller dirigido a integrar a las otras fuerzas militares que fue denominado “Aspectos médicos, éticos y legales del VIH/SIDA en las Fuerzas Armadas y Policiales”. De este taller surgió la idea de crear un organismo central de prevención y control del VIH/Sida en las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, el que se apoyó en el trabajo previo que se hacía en el Laboratorio Clínico del Hospital Militar Central desde 1991, donde se venía realizando la detección de anticuerpos para el VIH. Estos y otros esfuerzos se oficializaron en mayo de 1993, cuando se formó el Comité de Prevención y Control de Sida (COPRECOS) en las Fuerzas Armadas.

Las funciones principales del COPRECOS fueron proponer las normas de prevención y control del Sida, coordinar el diagnóstico y tratamiento de los portadores y enfermos, realizar exámenes, estudios y capacitaciones, e implementar un laboratorio central de referencia ^{160/}. Con el tiempo, sus actividades incluirían al personal uniformado –superior, subalterno y de tropa- a sus familiares, y al personal civil que trabajaba en las instituciones militares. El promotor principal del COPRECOS fue el Teniente General de la Fuerza Aérea del Perú Juan Alva Lescano, quien llegó a ser presidente del Comité Central de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú. Según Alva, otra labor del COPRECOS fue la distribución gratuita de condones “sobre todo para (la) tropa que está acuartelada casi todo el tiempo y sólo sale un fin de semana. A ellos se les entrega dos o tres preservativos a su salida, previa información ” ^{161/}.

^{160/} Ibid.

^{161/} “Militares y civiles juntos para enfrentar el VIH”, *Contrasida informa, Boletín informativo del PROCETSS*, Vol.1, No.3 (1997): 14-15.

Aunque por el carácter de la institución es difícil saber sobre el respeto a los derechos de los pacientes con Sida en las Fuerzas Armadas, en una entrevista Alva describió: “Al inicio, cuando no se conocía bien el Sida, se marginaba a los pacientes y había la tendencia a darles de baja, pero ahora no, de acuerdo a nuestra directiva todo paciente portador se mantiene activo en su especialidad, salvo algunas excepciones.” Este cambio incluía atender a los pacientes hasta que llegarán al estadio más grave de la enfermedad, es decir el Sida, luego de lo cual se les daba de baja ^{162/}.

Estas actividades se siguieron institucionalizando y hacia 1996 existía un activo Comité de Prevención y Control de ETS y VIH/Sida en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú. Inclusive, para entonces, se programaban actividades con otras instituciones con ocasión del Día Mundial de Lucha contra el Sida y existía un Grupo de Ayuda Mutua en la Policía ^{163/}. Asimismo, se brindaban charlas de capacitación sobre prevención de las ETS y el VIH/Sida y consejería a los enfermos, se estableció una red de laboratorios bien equipados, y se alentaba la donación altruista y voluntaria de sangre. Paralelamente siguieron activos los comités de lucha contra el Sida en los principales hospitales del Ejército, la Marina, y la Fuerza Aérea.

A pesar de estos valiosos esfuerzos, hacia 1994 la presencia de la enfermedad entre los uniformados había crecido. Los casos acumulados en el Ejército eran 680, en la Marina 97, en la Fuerza Aérea 90 y en la Policía Nacional 124. El grupo poblacional más afectado estaba entre los 20 y 40 años de edad y la mayoría eran hombres que pertenecían al personal subalterno y a la tropa. Sólo en el caso de la Fuerza Aérea se

^{162/} Ibid.

^{163/} *Boletín, Comité de Prevención y Control del VIH/Sida de la Policía Nacional del Perú* 2 (1996).

había experimentado un descenso del número de casos a partir de 1992 ^{164/}. Según un estudio de prevalencia realizado en 1996 entre 22,818 oficiales y subalternos de la Policía Nacional a los que se les tomó las pruebas de Elisa y Western Blot, existían 80 casos positivos (o 0.35 por ciento), la gran mayoría de los cuales eran hombres, solteros y suboficiales ^{165/}.

Sin embargo, en gran parte debido a la reserva de la actividad militar, no fueron muchas las actividades de coordinación y articulación en la lucha contra el Sida con otras instituciones del Estado o de la sociedad y el trabajo sanitario de los institutos armados era un ejemplo que era difícil de conocer en mayores detalles.

Los años finales del PECOS

Una medida importante que se tomó en los últimos años de existencia del PECOS fue el Decreto Ley No 25779 de 1994, donde se exigió que los productos farmacéuticos derivados de sangre humana presenten un Certificado Analítico de Negatividad de VIH ^{166/}. Para entonces ya se había mejorado el control de la donación de sangre y se evitaba la donación “profesional” que -como se ha mencionado anteriormente- era hecha generalmente por personas de pocos recursos que podían estar infectadas.

A partir de mediados de la década del noventa la extensión del Sida en el Perú se hizo más evidente (sólo en 1994 se registraron 793 casos de Sida y en 1995 la cifra creció a 1,072 nuevos casos). Esto se debió en parte a la significativa mejora del registro de la enfermedad. Por ejemplo, en 1994 sólo 18 establecimientos de salud

^{164/} Alva (1995a).

^{165/} Dieguez et al. (1997).

^{166/} *Decreto Ley No 25779*, “Adicionan inciso al artículo 4º del Decreto Ley No 25596”. En esta Ley se añade un inciso mediante el cual se exige a los productos farmacéuticos

reportaron casos de Sida mientras que al año siguiente 82 establecimientos hicieron lo mismo ^{167/}. Sin embargo, seguía existiendo cierto retraso en el registro y el subregistro, por lo que era difícil conocer con certeza su extensión en el país (en 1993 se estimaba que el subregistro estaba entre el 50 y el 100 por ciento) ^{168/}.

Ello ocurría porque era muy difícil obtener resultados confirmatorios según las pruebas conocidas, la ley de 1990 ahuyentaba a los posibles infectados, y la complejidad de la ficha de reporte impidió que fuera usada para retroalimentar la información a los servicios de salud ^{169/}. Según las cifras oficiales habían ocurrido en total poco más de 3,400 casos de Sida entre 1983 y 1994. Otra estimación de 1994 señalaba que eran 5,000 los casos acumulados de Sida en el país y 60,000 el número de personas infectadas por el VIH, la mayoría de las cuales no presentaba ningún síntoma ^{170/}.

Mayores complicaciones para el control y la prevención de la enfermedad surgieron cuando se hizo evidente que el Sida era una enfermedad donde la transmisión heterosexual podía ser tan importante como la homosexual. Según los especialistas, el puente entre la población homosexual y la heterosexual se inició con hombres que mantenían relaciones sexuales tanto con mujeres como con hombres. El problema era complicado y tenía dimensiones sociales porque con la crisis económica aumentó la prostitución masculina y apareció un nuevo tipo de trabajadores sexuales conocido

derivados de sangre humana un Certificado Analítico de Negatividad de los virus VIH y hepatitis virales A y B. Presidencia de la República (1992).

^{167/} PROCETSS (2000): 36.

^{168/} Antogni (1993): 209-210.

^{169/} "Actualización epidemiológica", en *Boletín Vía Libre* Vol.5, No.18 (diciembre 1994): 15.

^{170/} Sánchez et al. (1994), pp. 359-381. Cardich (1997): 147.

como: “fletes.” Estos eran varones jóvenes de estratos medios y bajos que vendían sus servicios tanto a hombres como a mujeres.

El crecimiento de la infección en personas bisexuales fue paralelo al incremento del Sida en las mujeres. Para entonces ya se sabía de la mayor vulnerabilidad de las mujeres por razones en parte anatómicas (como el hecho que la carga viral es mayor en el semen que en las secreciones vaginales) y en parte culturales y sociales (como el menor acceso a la información o el hecho de no poder siempre exigir a su pareja el uso de preservativos). La situación de inferioridad de la mujer era claramente explicada por una ex-directora del PECOS:

El machismo determina que ella no pueda negociar con su pareja ¿cómo? ¿cuándo? ni ¿En qué? condiciones tener relaciones sexuales...Culturalmente se le ha inculcado que una mujer ‘decente’ no tiene que gozar con el sexo necesariamente, sino tolerarlo pues su deber es satisfacer a su pareja, a veces a pesar de ella. Es así como tolera el coito anal, la infidelidad de su pareja, que no use condones con ella, o que la embarace sin ella desearlo ^{171/}.

Sobre este mismo tema el siguiente dato es elocuente: en 1993 el 75 por ciento de las mujeres infectadas con el VIH en el Hospital Cayetano Heredia eran monógamas pero se habían infectado al ser parejas de hombres bisexuales ^{172/}. Un estudio más detallado del perfil epidemiológico de las mujeres que acudieron al Programa de Sida del Hospital Cayetano Heredia entre enero de 1989 y diciembre de 1996 es aún más revelador: el 47.8 por ciento habían tenido una sola pareja sexual en toda su vida, el 55.6 por ciento eran amas de casa y el 70 por ciento dijo que nunca usaba

^{171/} Antigoni (1993): 8.

^{172/} Sánchez et al. (1994): 28.

preservativos en las relaciones sexuales con su pareja ^{173/}. En 1987 se reportó una mujer con Sida por cada 15 hombres mientras que en 1992 esa proporción se había reducido a una mujer por nueve casos masculinos ^{174/}.

La vergüenza, incomprensión y desconcierto que sufrían algunas mujeres afectadas por el Sida es evidente en el siguiente testimonio periodístico de una joven paciente de Lima de 21 años que fue internada en el pabellón especializado de un importante Hospital donde cabían otros veinte enfermos de Sida. Ella y su conviviente habían descubierto que tenía el VIH después que su hijo de ocho meses murió repentinamente. Según el periodista que la entrevistó:

Apareció arropada en una bata rosa con el nombre del Hospital Dos de Mayo bordado en el pecho, y se sentó friolenta en el escritorio del médico para hablarnos de su vida. Parecía una niña de treinta años. En el pabellón para enfermos del Sida, donde ingresamos luego de innumerables trámites, fue el único paciente que aceptó dar un testimonio. El citomegalovirus* atrofiándole el ojo derecho no había logrado quitarle vitalidad, y hasta se le veía bien si la comparamos con las siluetas consumidas y pensativas, rodeadas de familiares, que yacían en las camas continuas del pabellón. “Pon que me llamo Juana” dice “no quiero salir con mi propio nombre” /.¹⁷⁵

Aunque el periodista no menciona nada con respecto a la condición económica de los enfermos, al final de su reportaje escribió una frase que debió y debe seguir siendo

^{173/} Solari Zerpa (1998).

^{174/} Antigoni (1993): 209-210.

* El citomegalovirus es una denominación para uno de los virus oportunistas del VIH que es parte de la familia de los herpes. Las infecciones por este virus pueden producir debilidad y crecimiento ganglionar.

^{175/} “Drama”, en *El Comercio*, noviembre 30, 1996.

verdad: “El Pabellón del Sida...En el primer plano la silueta de Juana....el virus se ensaña con los pobres.”

Como lo indica el caso de “Juana”, con el incremento de casos femeninos de Sida creció peligrosamente el riesgo de la transmisión conocida con el nombre de vertical o perinatal, es decir, la que se transmitía de madre a hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia ^{176/}. A pesar que este tipo de infección no era muy alta, el número de casos podía crecer ya que existía una probabilidad de 30 por ciento de que un bebe de una madre infectada nazca también con el VIH ^{177/}.

Los cambios en la enfermedad repercutieron en la posición de Vía Libre frente al Estado. Esta organización empezó a asumir otra actitud con respecto a las carencias oficiales. Ello se refleja claramente en la siguiente cita:

no tenemos nada nuevo o efectivo para la prevención y tratamiento de la infección VIH/SIDA; en otras palabras, nada está probado como efectivo en el campo de las vacunas, ni en el de mejorar la acción de los retrovirales; tenemos Sida para rato. Las protestas de aquéllos afectados por la infección VIH/SIDA parecen haber perdido fuerza; las limosnas (y el esperarlas) sólo refuerzan las miserias; al parecer ya es tiempo de dejar las protestas estériles y la espera de la dádiva, a cambio de trabajo con objetivos claros y contundencia de respuesta a las deficiencias estatales o de otras instituciones: tenemos trabajo para rato ^{178/}.

^{176/} Gotuzzo (1994): 51-53

^{177/} “Vías de Transmisión del VIH, cifras de transmisión vertical y sanguínea”, *Contrasida informa*, en *Boletín informativo del PROCETSS* Vol.1, No.2 (septiembre 1997): 2.

^{178/} “Editorial, especial ETS”, *Boletín Vía Libre* No.16-17 (junio-diciembre 1994): 1-2.

El editorial anterior acabó haciendo un llamado al Estado y a las empresas privadas para un trabajo “conjunto, honesto y con la exigencia de un norte definido”. El nombramiento en octubre de 1993 de Oscar Mujica -un médico peruano que trabajaba como consultor en la oficina de Lima de la OPS- como Director de PECOS, fue el preludeo para una mejora significativa de la relación entre Vía Libre y el Programa del Ministerio de Salud. Fue también parte de una cierta recuperación de los servicios de salud del Estado que habían estado postrados, sin iniciativa, personal ni recursos, por varios años debido a la crisis económica y el terrorismo.

Durante la gestión de Mujica se mejoró la vigilancia epidemiológica, la consejería a los pacientes y a las personas que se tomaban las pruebas, la supervisión de los bancos de sangre, la comunicación social, la investigación promovida desde el Estado, y lo que se empezó a denominar “mercadeo del condón”, que era el término usado para promover el uso de preservativos en los medios de comunicación.

Mujica tuvo además la habilidad de promover la colaboración del Estado con las ONGs y de conseguir recursos de la OPS, la Comunidad Económica Europea y del propio Estado peruano. Por ejemplo, se consiguió financiar con fondos del Tesoro Público la adquisición de nueve millones de preservativos para una distribución nacional que era parte de un programa más amplio de promoción del uso del condón. Asimismo, contando con 280 millones de soles del Tesoro, se reconstruyó el Centro Antivenéreo de Lima para convertirlo en una institución modelo de actividades de prevención y entrenamiento en VIH/SIDA/ETS y se dió algunos recursos a los emergentes programas subregionales que se organizaban en ciudades como Huancayo, Piura, Huaraz, Chimbote, Arequipa y Tacna ¹⁷⁹/. Hasta entonces los centros antivenéreos de

¹⁷⁹/ Entrevista 31. Ex Director del PECOS, marzo 20, 2000.

Lima y Callao recomendaban el uso de condones pero no los ofrecían gratuitamente ni tampoco ofrecían consejería a los enfermos de alguna ETS.

En julio de 1994 ocurrió un pequeño gran cambio. En los espacios para los comerciales de un partido de fútbol en el que jugaba la selección peruana por la Copa América, apareció en las pantallas de televisión un anuncio publicitario que hacía propaganda a los condones de marca 'Piel'. De esta manera se empezó a vencer la resistencia de los propietarios de los medios de comunicación que retrasaba la difusión de los preservativos y se inició “el mercadeo social” de condones que continuó en los años siguientes. Mayor resistencia mostraron los prejuicios en contra del uso del condón que existían en el público. Estos se reflejaban, por ejemplo, en la connotación negativa hacia las mujeres que llevaran un condón en su cartera.

Con Mujica, el PECOS se trató de abrir a la comunidad académica y promover más investigaciones. Sin embargo, el contacto no siempre fue fructífero. Los más entusiastas en buscar el apoyo del Estado eran los autores de propuestas de dudosa rigurosidad científica como un estafalario estudio sobre la aplicación de una “vacuna mental” contra el Sida basada en el calendario chino. Investigaciones más serias se dieron cuando el programa organizó, con fondos de la Comunidad Económica Europea, un valioso estudio de ciencias sociales sobre las percepciones y prácticas sexuales de los jóvenes, quizás el primero de su tipo en el país. Esta fue la investigación que concluyó en el libro de Imelda Vega Centeno, socióloga de la Universidad Católica, titulado *Amor y Sexualidad en los Tiempos del SIDA: los Jóvenes de Lima*

Metropolitana donde se describían y analizaban las ideas, prejuicios y conductas de los jóvenes con respecto a la sexualidad y al Sida ¹⁸⁰/.

La colaboración entre organismos no gubernamentales, la universidad y el Estado fue clara también en la publicación, en 1994, del libro *SIDA, Epidemiología, diagnóstico, tratamiento y control de la infección VIH/SIDA* editado por Jorge Sánchez, Guido Mazzotti, Luis Cuellar, Pablo Campos y Eduardo Gotuzzo ¹⁸¹/.

El origen de esta publicación fue el Primer Curso de Actualización sobre Infección VIH/Sida que organizó la Asociación Vía Libre en 1991. El proceso de convocatoria, elaboración y entrega de los 29 capítulos escritos por 38 autores fue un poco más lento.

Entre los autores se encontraban 20 peruanos y dos investigadores residentes en el Perú. Algunos eran profesores de las universidades Cayetano Heredia o San Marcos; otros eran miembros de diversos servicios ligados al Ministerio de Salud o directivos de ONGs, mientras que entre los autores extranjeros se encontraban cinco profesores de la Universidad de Seattle, Washington, un centro académico que formó a varios de los profesionales peruanos en VIH/Sida. La publicación fue posible gracias al apoyo de la OPS, el Instituto de Medicina Tropical “Alexander von Humboldt” de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, la Asociación Vía Libre e HIVOS.

Esta obra vino a resumir para un público peruano el conocimiento médico y científico sobre esta enfermedad. Es importante subrayar que la elaboración de un libro no es un hecho común entre científicos y médicos peruanos pues la mayoría prefiere publicar sus estudios y observaciones en forma de artículos y en revistas especializadas. La importancia que tenía la enfermedad favoreció la publicación de este valioso trabajo que divide los artículos entres grandes grupos.

¹⁸⁰/ Vega-Centeno (1994).

La primera sección del libro es una descripción del perfil epidemiológico mundial del Sida en las Américas y en el Perú. La segunda sección está dedicada a los conocimientos científicos esenciales que se debe tener para comprender y tratar esta enfermedad. Finalmente, la última sección establece los mejores sistemas de consejería y de tratamiento clínico que se conocían hasta la fecha, incluyendo temas nuevos y relevantes como el tratamiento de los pacientes, las posibilidades de crear una vacuna, las necesarias medidas de bioseguridad, y los aspectos éticos y legales relacionados con la enfermedad.

Hacia 1994 se crearon las condiciones para el cambio de la denominación y la amplitud del Programa PECOS. De “Especial” se modificó el nombre a Programa Nacional de Control de VIH/SIDA/ETS. Sin embargo, en algunos documentos la denominación de PECOS se siguió usando. Este cambio implicó una perspectiva de trabajo diferente en el control del Sida y fue el inicio de cambios importantes en las actividades oficiales sobre el VIH/Sida.

La asociación de la lucha contra el Sida con el control de las ETS, como señalamos antes, había sido reclamada antes por Vía Libre. Desde comienzos de los años noventa se fue creando un consenso entre los expertos alrededor de esta relación que se consolidó en la Décima Conferencia Internacional sobre el Sida celebrada en la ciudad de Yokohama, Japón, en agosto de 1994 ^{182/}. Este consenso se basaba en la evidencia médica que demostraba que las ETS, que generalmente causaban úlceras genitales (típicas en la sífilis, el chancro y el herpes), facilitaban la propagación del Sida. Asimismo, se consideraba que las labores de educación y prevención sobre el Sida

^{181/} Sánchez et al. (1994).

^{182/} Gutiérrez Tudela (1998): p. 249.

serían mas integrales y efectivas si se presentaban como parte de la promoción de la salud sexual y reproductiva.

La relación entre Vía Libre y el gobierno siguió mejorando cuando a comienzos de 1995 se nombró como Director del PECOS a Jorge Sánchez, miembro de la directiva de esta ONG. Sánchez era un destacado y talentoso médico infectólogo que había atendido a algunos de los primeros pacientes de Sida en el Hospital Cayetano Heredia a fines de los años ochenta. Formado en la Universidad Cayetano Heredia con Eduardo Gotuzzo, posteriormente siguió la maestría de salud pública en la Universidad de Washington-Seattle y regresó al Perú hacia 1993. Como veremos en la siguiente sección, durante la permanencia Sánchez en el cargo de director del programa contra el Sida se transformó el PECOS.

Estos cambios marcaron el fin del segundo período de políticas contra el Sida en el Perú, un período signado por el trabajo voluntario, la presión de organismos internacionales para que el país adopte políticas de salud más coherentes, los inicios de una acción estatal más organizada y la percepción pública que la enfermedad era una emergencia que podía afectar a cualquier persona. Fue la combinación de estos factores los que permitieron pasar a una nueva etapa de las políticas con respecto al Sida.

Esta nueva etapa de trabajo contra el Sida en el Perú se vió también favorecida por una decisión de organismos internacionales. En 1996 varias agencias importantes como UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura), la OMS y el Banco Mundial, establecieron el Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el Sida (ONUSIDA).

Esta decisión buscaba coordinar y complementar sus actividades, como una agencia interinstitucional, para reducir la duplicación de esfuerzos, a la vez que revelaba la creciente influencia del Banco Mundial en las políticas internacionales de salud, y la generalización del método de "planificación estratégica" en los programas de salud para reducir costos, hacerse más efectivos y tener objetivos claros en el mediano y largo plazo. A la cabeza del programa estaba Peter Piot, un reconocido médico y microbiólogo belga que había codescubierto el virus del Ebola. ONUSIDA vino a reemplazar el Programa Especial contra el Sida que había creado Mann.

Sin haberse deshecho por completo de la noción de "grupos de riesgo", en esos años el ONUSIDA aún clasificaba en tres tipos las epidemias de Sida que había en el mundo. En primer lugar se encontraban las epidemias "incipientes", donde la infección estaba focalizada en individuos con "comportamiento de riesgo" y era menor al 5 por ciento en cualquiera de los grupos de riesgo. En segundo lugar estaban las epidemias "concentradas", como el caso del Perú, donde el Sida se había extendido a la población en general y era mayor al 5 por ciento en los grupos de riesgo. En tercer lugar estaban las epidemias "generalizadas", como el caso de Haití, donde las redes de intercambio sexual en la población en general podían sostener la epidemia. Cada clasificación iba acompañada de políticas específicas. Para las epidemias incipientes se recomendaba las intervenciones dirigidas a modificar comportamientos de riesgo en determinados grupos sociales, es decir "de riesgo." En las epidemias concentradas, se recomendaba además de las intervenciones, ampliar los estudios, la vigilancia y la educación a la

población en general. Finalmente para el último tipo de epidemias se intensificaban las recomendaciones a la población en general ^{183/}.

El año de 1996 marcó un giro en la actitud del Estado frente al Sida. Entonces se inició una tercera etapa con la creación del PROCETSS y una nueva ley referente a la enfermedad. Asimismo, este cambio permitió que se estableciera una relación mucho más armoniosa entre las ONGs y el Estado, algo que no había ocurrido en la etapa anterior.

IV BUSCANDO LA INTEGRACIÓN: EL PROCETSS

El 21 de Febrero de 1996, una resolución ministerial modificó la denominación del Programa Especial de Control del Sida (PECOS) por Programa Nacional de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (PROCETSS) ^{184/}. Para entonces existía cierto consenso entre los especialistas sobre el hecho de que la difusión del Sida en el país se había acelerado peligrosamente y se sabía también que existía un “período ventana” cuando se contraía la infección del VIH. Esto quería decir que durante las primeras semanas el virus podía estar en el organismo pero no ser identificado en algunas personas por el examen Elisa, ya que ellas aún no producían anticuerpos. Todo ello hacía pensar que la presencia de la enfermedad era extendida.

^{183/} El PROCETSS utilizaba la clasificación en el año 2000. PROCETSS (2000): 13.

^{184/} Ministerio de Salud (1996a).

Según un documento del PROCETSS, hasta febrero de 1996 se habían registrado oficialmente 3,994 personas en el Perú viviendo con Sida, estimándose que el número real debía estar entre 7,000 y 10,000 enfermos y el número acumulado de infectados por el VIH entre las 50,000 y 70,000 personas. Esto quería decir que entonces, en promedio, ocurrían tres nuevos casos de Sida cada día ¹⁸⁵/.

El PROCETSS se convirtió en uno de los cuatro Programas de la Dirección del Programa de Enfermedades Transmisibles que dependía de la Dirección General de Salud de las Personas que a su vez rendía cuentas al Viceministro de Salud. El cambio se vió corroborado el 2 de abril de 1996, por otra resolución ministerial que aprobó un moderno instrumento normativo cuidadosamente elaborado denominado “Doctrina, normas y procedimientos para el control de las ETS y el Sida en el Perú” .

Este documento brindaba identidad, herramientas y perspectiva a los funcionarios del Estado que trabajaban en esta área. Las resoluciones ministeriales anunciaban una coordinación entre el Ministerio, las ONGs y las Universidades, al explicar que era “necesario uniformizar los principios y criterios de operación de las instituciones públicas y no públicas, conformantes del Sector Salud” ¹⁸⁶/ . Otra disposición moderna que continuó un trabajo previo fue adoptada pocos años después: “Doctrina, normas y procedimientos del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre”, elaborada con el objetivo de obtener sangre segura en los hospitales y centros de salud ¹⁸⁷/ . Para entonces los principales establecimientos de salud del Ministerio de Salud, la

¹⁸⁵/ PROCETSS (1996): 1.

¹⁸⁶/ *Justificación de la Resolución Ministerial No 235-96-SA/DM*. Ministerio de Salud (1996b).

¹⁸⁷/ Un decreto de 1995 creó el programa pero éste no se instaló sino hasta algunos años después. “Aprueban instrumento normativo denominado Doctrina, normas y

Seguridad Social, las Fuerzas Armadas y las clínicas privadas, realizaban el tamizaje de todas las donaciones de sangre, órganos y tejidos de forma regular ^{188/}.

Un factor importante en favor del Programa fue la continuidad de Sánchez en el cargo. Rompiendo la costumbre del frecuente cambio de directores del programa estatal del Sida, y contando con el crucial apoyo del Viceministro de Salud, Alejandro Aguinaga, Sánchez cumplió su labor directiva por cerca de cinco años (sumado el período que fue director de PECOS), para luego pasar a ser el último Ministro de Salud del régimen de Fujimori. Según Sánchez, Aguinaga: “tomó la bandera del Sida” ^{189/}.

Una nueva ley

Otro elemento de suma trascendencia al comenzar esta etapa fue la promulgación, el 19 de junio de 1996, de la Ley 26626, por la cual, “Se encarga al Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el Sida y las Enfermedades de Transmisión Sexual”. En esta Ley se plantea la creación de CONTRASIDA, un plan que debía elaborar el Ministerio de Salud con el fin de: “a) coordinar y facilitar la implementación de las estrategias nacionales de control del VIH/SIDA y las ETS; b) Promover la cooperación técnica y económica nacional y extranjera destinada a la prevención, control y asistencia del VIH/SIDA y las ETS; y c) Proponer los cambios legislativos que faciliten y garanticen el adecuado desarrollo de la lucha contra el VIH/SIDA y las ETS en el país” ^{190/}.

procedimientos del Programa de Hemoterapia y Bancos de Sangre”. (1998). Página web MINSA.

^{188/} PROCETSS (2000): 43

^{189/} Entrevista 22. Ex Director del PROCETSS, junio 27, 2000.

^{190/} Artículo 2º de la Ley 26626. Congreso de la República (1996).

En realidad los miembros de Vía Libre habían estado buscando esta ley desde por lo menos 1994. En ese año, la ONG empezó a trabajar con el médico congresista Julio Castro, miembro del Congreso Constituyente Democrático, que funcionó entre fines de 1992 y 1995, donde llegó a ser presidente de la Comisión de Salud, Población y Familia. Gracias a este trabajo se fue generando un ambiente político en favor del trabajo del Sida y se elaboró un documento que proponía la creación de un “Programa de Control de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual” que tuviese un alcance nacional, involucrase a organizaciones no estatales y cuyo liderazgo dependiese directamente del Ministro de Salud ^{191/}.

Aunque el proyecto de ley elaborado por Castro y Vía Libre sufrió varios cambios en el camino, los miembros de Vía Libre siguieron promoviendo la ley, el debate sobre la misma e hicieron *lobby* en el Congreso, comprometiendo en favor de la ley a varios congresistas de diferentes tendencias políticas. Estos esfuerzos rindieron sus frutos cuando se debatió la Ley en el pleno del Congreso y las bancadas oficialistas y opositoras estuvieron de acuerdo en sus postulados esenciales. Un representante de la mayoría partidaria del Presidente Alberto Fujimori criticó la ley anterior calificándola como “restrictiva, policíaca y persecuidora” y defendió el nuevo proyecto en los siguientes términos: “ahora hemos dicho: pongamos la ley al lado del paciente.”¹⁹² La discusión de la Ley fue también una ocasión para revelar posiciones conservadoras de algunos pocos legisladores con respecto a lo que consideraban las causas del Sida y las ETS: la “promiscuidad”, el “sexo seguro” y la pornografía. Felizmente estas opiniones no encontraron entonces eco entre el resto de parlamentarios.

^{191/} Asociación Vía Libre, “Aportes técnicos para un proyecto de ley sobre el problema VIH/SIDA/ETS en el Perú”, *Boletín Vía Libre* Vol.5, No.15 (marzo 1994): 5-7.

Aunque el texto final tuvo y tiene sus críticos, que señalaron que no se incorporaba los pedidos de algunos parlamentarios de la oposición al régimen fujimorista, como Javier Diez Canseco y Roger Guerra García, que exigían la formación de una comisión nacional que articule diferentes dependencias públicas y privadas y la creación de un fondo especial, la Ley de 1996 fue definitivamente un avance con respecto a la de 1990 ¹⁹³/.

El reglamento de la ley fue aprobado casi un año después, el 17 de junio de 1997, por un Decreto Supremo. En este reglamento participaron activamente Jorge Sánchez, Guido Mazzoti, y Eduardo Gotuzzo. Los dos primeros eran miembros de Vía Libre y los tres eran profesores de la Universidad Cayetano Heredia. Gracias a su labor se logró incorporar varios asuntos que no habían sido incluidos en la Ley. Algunos de estos logros fueron, por ejemplo: “que las pruebas diagnósticas de infección por VIH sólo podrán realizarse luego de consejería y autorización escrita de la persona”, que “no podrá condicionarse ningún tipo de atención médica o quirúrgica a la realización previa de exámenes diagnósticos de infección por VIH” y “que la prueba de diagnóstico de VIH no debe ser requerida como condición para iniciar o mantener una relación laboral, o educativa” ¹⁹⁴/.

Finalmente, durante esta etapa se aprobaron otros documentos valiosos para el trabajo del personal de salud dependiente del Estado que establecían los procedimientos, los flujogramas y los tratamientos que debían seguirse con los pacientes como: la “Guía Nacional de Consejería en ETS/VIH/Sida”; la “Guía Nacional

¹⁹²/ Intervención del señor Ruiz Dávila (Cambio 90-Nueva Mayoría). Congreso de la República (1996): 1645-1661, p. 1651.

¹⁹³/ Entrevista 15. Directivo de Vía Libre, enero 26, 2000.

de Manejo de Casos de ETS”; la “Guía Nacional de Atención Integral del Paciente con Infección VIH/Sida”; y la "Guía Nacional de Manejo del Niño Infectado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana" ^{195/}.

Mayores recursos para el PROCETSS

Uno de los cambios más importantes que se dieron con el PROCETSS fue el significativo incremento de los fondos del Estado. El crecimiento del presupuesto fue impresionante. En 1995 el presupuesto del Programa fue de US\$ 300,000 dólares, mientras que en 1997 la cifra llegó a los US\$ 2'300,000 dolares ^{196/}. Más de las dos terceras partes de ese dinero era proporcionado por el Estado peruano. La cifra del presupuesto aprobado destinado a combatir el SIDA siguió creciendo y en 1999 alcanzó los US\$ 6'450,000 dolares (aunque aún entonces se consideraba insuficiente) ^{197/}.

Paradójicamente, el incremento acentuó la discusión sobre los problemas más generales de la salud pública en un país pobre como el Perú, problemas que persiguieron a los que trabajaron contra el Sida desde el comienzo: ¿Cómo priorizar los gastos en salud teniendo en cuenta que el presupuesto del Ministerio de Salud es y será insuficiente? ¿Quién tiene derecho al tratamiento? ¿Cómo tomar decisiones sobre la asignación de recursos que, a pesar de los esfuerzos, son escasos? Según Sánchez “si gastáramos los seis millones en tratamiento (retroviral) podríamos atender a unas

^{194/} Artículos 11, 14 y 15 del *Reglamento de la Ley 26626*. Congreso de la República (1996).

^{195/} *Resolución Ministerial No 306-98-SA/DM* del 13 de agosto de 1998. Ministerio de Salud (1998a). *Resolución Ministerial No 428-98-SA-DM* del 6 de noviembre de 1998. Ministerio de Salud (1998b). *Resolución Ministerial No 081-99-SA-DM* del 18 de febrero de 1999. Ministerio de Salud (1999). PROCETSS (1999a); PROCETSS (1999b).

^{196/} “El Sida: hay 23 millones de peruanos en riesgo de contraerlo” en *El Comercio* diciembre 1, 1995; y “El año 2000 el Perú tendría 70 mil pacientes con SIDA” , en *Gestión Médica* octubre 28 a noviembre 10, 1996.

500 personas de las miles que hay. Es una decisión política muy difícil”^{198/}. En una declaración parecida, y donde había cierta ironía, las declaraciones de Gotuzzo fueron descritas de la siguiente manera por una revista:

En el Hospital Cayetano Heredia es gracias a las donaciones de algunos ex alumnos, gestionadas por el Doctor Gotuzzo, que contados pacientes reciben uno o dos medicamentos de manera gratuita. El resto debe ser adquirido por ellos...Para el doctor Gotuzzo es la ética del naufragio del *Titanic* la que explica el por qué un paciente de un hospital del Ministerio de Salud no recibe un buen tratamiento ‘Hay 1,500 pasajeros pero sólo botes para 100’^{199/}.

En realidad, el Perú quedó a la zaga de otros países latinoamericanos como Brasil y Argentina que brindaron tratamiento antiretroviral gratuito para todas las personas infectadas por VIH. Las autoridades sanitarias de estos países justificaron esta medida no sólo por razones humanitarias sino como una forma de ahorro de los gastos de hospitalización y asistencia médica que significan las enfermedades "oportunistas" que generalmente acompañan al Sida y como una manera de reducir la aparición de nuevos casos de infección por VIH.

En Brasil, por ejemplo, se gastó unos US\$ 300 millones de dólares en 1999 para suministrar estos medicamentos a alrededor de 75,000 personas^{200/}. Más importante aún fue el hecho que los trabajadores de salud de Brasil demostraron que eran equivocadas las objeciones que se hacían a la difusión de la terapia antiretroviral en los países pobres. Entre estas objeciones estaban el costo, la precariedad de las redes de salud oficial, y la falta de disciplina de los pobres para seguir un tratamiento riguroso de

^{197/} *El Comercio*, diciembre 3, 1998.

^{198/} Entrevista 22. Ex Director del PROCETSS, julio 27, 2000.

^{199/} *Caretas*, agosto 13, 1998

pastillas ^{201/}. De esta manera el trabajo de los salubristas en el Brasil se ha convertido en un ejemplo internacional de lo que puede hacerse con pocos recursos.

En el Perú, la disculpa que se dió, muchas veces desde el mismo programa, fue que las tareas eran más costosas y complicadas. Según un estudio, la provisión de un paquete de tratamiento antiretrovial activo podía llegar a los US\$ 13,800 dólares anuales por persona ^{202/}. De otro lado, las infecciones oportunistas típicas en los casos del Sida y su asociación con infecciones que son endémicas por el hacinamiento y la miseria urbana en algunos lugares de Lima (como la tuberculosis, resistente a los fármacos), significan tratamientos prolongados y costosos ^{203/}.

El PROCETSS empezó a canalizar la valiosa ayuda de organismos internacionales para tareas distintas al tratamiento, generalmente ligadas a la prevención. Por ejemplo, en 1997 el Programa llevaba adelante un proyecto de un millón de dólares (iniciado en 1996 y que concluiría en 1999) financiado por la USAID y que había formado en 1991 ADISCAP, una subagencia dedicada al Sida. Esta organización junto con el FHI (*Family Health International*), una fundación privada creada a comienzos de los años setenta, iniciaron una intervención que tenía como propósito apoyar la articulación del trabajo conjunto de los sectores públicos y privados en materia de prevención ^{204/}. A este

^{200/} PROCETSS (2000): 14.

^{201/} Tina Rosenberg, "How to solve the world aids crisis", en *The New York Times Magazine*, enero 28 2001: 26-31.

^{202/} Izazola (1999): 24.

^{203/} Cervantes y Aguilar (1998).

^{204/} Página Web. U.S. AID. "Objetivo estratégico No 3: Mejorar la salud, incluyendo planificación familiar, de la población de alto riesgo" y USAID, AIDSCAP, *Rapid Assesment of HIV/Aids in Peru, september 1986*. Página Web de Family Health International, FHI.

proyecto se sumó otro de la Unión Europea con una donación por un monto parecido^{205/}.

Otro de los avances notables que se dieron con el nuevo programa fue la publicación, a partir de 1997, de *Contrasida informa, Boletín informativo del PROCETSS*. Esta publicación se logró en gran medida gracias al auspicio de USAID. Los artículos usaban términos menos hostiles y estigmatizadores para los grupos que tradicionalmente habían sido asociados a la epidemia. Se erradicó, por ejemplo, el término “sidoso” por su connotación peyorativa y se empezó a hablar de personas viviendo con Sida. En lugar de homosexuales o bisexuales se hablaba de “hombres que tienen sexo con otros hombres”, en lugar de presos se decía “personas privadas de su libertad” y en vez de prostitutas, “trabajadoras sexuales.” Estos ya no eran denominados “grupos de riesgo” sino “grupos con elevada prevalencia de ETS y Sida” (GEPETS). Asimismo, se empezó a hablar de “conductas de riesgo” en lugar de la denominación de “grupos de riesgo” que había existido al comienzo de la epidemia^{206/}.

En su primer número, el Boletín definía las nuevas actividades que desarrollaba el PROCETSS:

...atención integral...intervenciones para cambios de comportamiento, inteligencia epidemiológica y fortalecimiento institucional...conocer los esfuerzos de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, de

^{205/} “El año 2000 el Perú tendría 70 mil pacientes con SIDA” en *Gestión Médica*, octubre 28 a noviembre 10, 1996.

^{206/} El uso de estos términos aparece en la entrevista al Viceministro de Salud “Alejandro Aguinaga, Estado versus Sida”, en *Contrasida informa, Boletín informativo del PROCETSS* Vol.1, No.3 (noviembre 1997): 2-4

base comunitaria, incluyendo a personas viviendo con VIH/SIDA y de agencias donantes en favor de la lucha contra las ETS/VIH/SIDA ^{207/}.

Posteriormente estos objetivos fueron la base para la creación de cuatro unidades en el PROCETSS: Fortalecimiento Institucional, encargada de mejorar la capacidad de gestión y las coordinaciones intersectoriales; Atención Integral, que abarcaba la atención al paciente en las áreas biomédicas y psicosociales; Intervenciones para cambios del comportamiento, dirigida a promover nuevas técnicas de información, educación y comunicación para la prevención; e Inteligencia Epidemiológica, que significaba la recolección permanente y crítica de información sobre las ETS y el VIH/Sida ^{208/}.

Entonces empezaron a cobrar fuerza en el Perú y en el resto del mundo intervenciones preventivas persuasivas que tomaran en cuenta el contexto cultural en que vivían las personas. Por ejemplo, se comenzó a elaborar programas educativos que enfocasen las formas, habilidades y capacidades locales para tomar decisiones, resistir la presión negativa de los pares, tener acceso a y difundir el uso de los condones, comunicarse y negociar prácticas sexuales saludables con las parejas y promover un desarrollo individual y social integral.

El trabajo con jóvenes y mujeres

El PROCETSS dirigió su atención a los adolescentes, hombres y mujeres de Lima y de las principales ciudades del interior. Al inicio de la epidemia el grupo etáreo más afectado en el Perú fue el de los mayores de 30 años, pero con el tiempo la infección se

^{207/} Sin título, *Contrasida informa*, *Boletín informativo del PROCETSS* Vol.1, No.1 (1997): 1.

fue presentado en personas más jóvenes (en la actualidad la mayor proporción de infectados está entre los 25 y 29 años, lo cual sugiere que por lo menos algunos contrajeron la infección cuando eran adolescentes). También se empezaron a presentar casos entre los adolescentes, es decir aquellas personas comprendidas entre los 13 y 19 años de edad. Hasta 1997, se habían registrado en el PROCETSS 219 casos de Sida en adolescentes. Dos años después, en 1999, el 36 por ciento de los casos de Sida registrados en el país correspondió a jóvenes cuyas edades oscilaban entre los 20 y los 29 años ^{209/}.

Trabajar con los adolescentes se planteó como una necesidad debido al creciente número de adolescentes que iniciaban sus relaciones sexuales a edades tempranas y a la desinformación y falta de protección que existía en ellas, lo que se refleja en la elevada prevalencia de ETS como la gonorrea en este segmento de la población. Combatir las concepciones erradas sobre el SIDA que persistían en algunos jóvenes, especialmente entre los sectores de menores recursos, en parte por la miseria, la falta de educación y la costumbre predominante de padres, maestros y adultos de no hablar sobre temas de sexualidad con ellos, se hacía imperativo.

En la conmemoración del Día Mundial del Sida de 1996, un periodista recogió dos testimonios que sugieren que aún persistían el error, la indiferencia y la impunidad:

“¡Sida a mi ni hablar!. Esa enfermedad sólo ataca a homosexuales y lesbianas” exclama Carla (16 años) mientras pasea con sus amigas por el Parque Central del distrito de Miraflores. Al otro lado de la ciudad, sentado en la sala de espera

²⁰⁸ “Las cuatro unidades del PROCETSS”, en *Contrasida informa, Boletín informativo del PROCETSS* Vol.2, No.4 (febrero 1998): 3.

^{209/} Rocío Valencia, “El Sida y los jóvenes”, en *Contrasida informa, Boletín informativo del PROCETSS* Vol.2, No.8 (1999): 14.

de un Organismo No Gubernamental, nervioso y aturdido, Rodolfo (28 años) conversa en voz baja con una de las promotoras voluntarias de la organización.

-¿Vienes a ver los resultados? Interroga la mujer amablemente. El joven asiente con la cabeza.

-¿Has venido con alguien? Vuelve a preguntar.

-“Si, con un amigo,” contesta, “pero, por si acaso, no soy maricón”^{210/}.

Al interior del país la desinformación y el temor también era preocupante. Un estudio hecho en Piura y publicado en 1998, mostraba que 75 por ciento de los jóvenes creía –equivocadamente- que las picaduras de insectos podían ser una vía de contagio del Sida, la mitad creía que el contagio era posible por el contacto casual con una persona viviendo con VIH, el 29 por ciento creía que la enfermedad era exclusiva de los homosexuales y poco más del 17 por ciento ignoraba la posibilidad del contagio heterosexual^{211/}. Otro estudio hecho en la misma época en la ciudad del Cuzco, entre estudiantes de academias que se preparaban para el ingreso a la universidad, indicaba que los jóvenes tenían conocimientos insuficientes, actitudes de indiferencia frente al Sida y practicaban, sin mayor preocupación por las consecuencias, conductas de riesgo en el inicio de sus actividades sexuales^{212/}.

Resultaba evidente que el desarrollo sexual de los adolescentes estaba sujeto a expectativas y presiones contradictorias. Por un lado existe una presión familiar y social para mantener la virginidad en las mujeres y evitar el embarazo no deseado, y por otro lado se espera que los jóvenes varones inicien su vida sexual a una edad muy precoz

^{210/} “Prevenir el Sida requiere de un cambio de actitud”, en *El Peruano*, diciembre 2, 1996.

^{211/} Véase Kornblit (1999): 129-139; y Agüero (1998): 251-257.

^{212/} Contreras et al. (1997): 1-10.

²¹³/. Los adolescentes reciben además mensajes de los medios de comunicación que los alientan a descubrir y disfrutar de su cuerpo, situación que resulta en una tendencia a ejercer su sexualidad furtivamente, poniendo muchas veces en riesgo su salud.

Otra dimensión de la sexualidad específica de los adolescentes que tiene que ver con el Sida es el desfase entre lo racional y lo afectivo. Aunque este desfase existe también en los adultos, parece ser más marcado en los jóvenes. Muchos adolescentes, aun teniendo información a su alcance sobre cómo prevenir el Sida, no siempre la utilizan. En parte porque el cuidado de la salud no es lo primero que se toma en cuenta al tomar una decisión sexual, pero sobre todo por las prácticas asociadas a sus comportamientos sexuales: búsqueda del placer, uso de drogas y alcohol, multiplicidad y rotación de parejas, tendencia a experimentar, una falsa percepción de invulnerabilidad o una actitud de resignación o indiferencia frente a los riesgos ²¹⁴/.

El PROCETSS empezó a trabajar con este grupo poblacional sabiendo que la sola difusión de la información no era suficiente para modificar conductas de riesgo, especialmente conductas ligadas a la sexualidad ²¹⁵/. Además, como lo demostraron varios estudios, siempre existe un grupo de personas de bajos recursos a los que no les llegan los mensajes educativos ni las campañas de Salud. Inclusive algunas personas viviendo con VIH tienen concepciones y “conductas” sobre la higiene, el reposo, el sueño y la nutrición que atentan contra su salud ²¹⁶/. Sumado a esto, la mayoría de personas con acceso a la información adecuada, la reinterpreta y adapta a su propio contexto cultural y social y a su red de relaciones personales. Por ejemplo, en lugar de

²¹³/ Ampuero (1999) y Yong (1998).

²¹⁴/ Kornblit (1999); Mere (1999).

²¹⁵ Cogna (1996); Cáceres, Yon (1998).

²¹⁶ Ochoa Rivera, (1997).

usar “condón” en toda relación sexual, ponen más cuidado en la selección de sus parejas, lo que ciertamente no los libra de una infección por VIH ²¹⁷/.

El trabajo con los jóvenes era crucial pero complicado ya que se trata de una población formada por individuos que muchas veces atraviesan por problemas de autoestima, desempleo o pobreza. Según un estudio, las prácticas sexuales inseguras eran muy altas entre jóvenes *gay* de distritos pobres de Lima, y muchos de los que sabían cómo evitar contraer la enfermedad no ponían en práctica las medidas de prevención ²¹⁸/.

La tarea no era nada fácil y en muchos sentidos sigue pendiente. No sólo se trata de promover una sexualidad responsable y segura entre los adolescentes, sino de romper con la costumbre de no hablar de los riesgos de la sexualidad en las familias y en la pareja, y de mantener como el medio principal de consultas sobre ETS y sexualidad a los amigos, también adolescentes. Para ello es necesario capacitar a los maestros e integrar a los padres de familia en la educación sexual de sus hijos.

La mayor vulnerabilidad hacia el Sida era especialmente cierta en el caso de las mujeres. El número de casos de Sida en mujeres había aumentado preocupantemente de 104 infectados en 1993 a 250 en 1996. La relación entre hombres y mujeres con Sida también varió en esos años. En 1992 había siete hombres por cada mujer enferma con Sida, mientras que en 1996 la relación había bajado a cuatro y en 1998 descendió un poco más, a tres hombres por cada mujer enferma de Sida ²¹⁹/.

Hacia entonces, felizmente, parecía claro que la transmisión vertical (de madre a hijo) había

²¹⁷ Kornblit (1999): 129-139.

²¹⁸/ Callenova Huamani y Solís Montoya (1994).

²¹⁹/ "Razón Hombre/Mujer para casos de SIDA", en *Contrasida informa, Boletín informativo del PROCETSS* Vol.2, No.4 (febrero 1998): 15. "Gráfico 3: Casos de Sida: Distribución por sexo y grupo étnico", Página Web www.minsa.gob.pe/procetss/.

disminuido y se estaba controlando ^{220/}. Sin embargo, la epidemia ya no sólo se registraba en Lima sino que se había extendido a otras ciudades del país, especialmente en el Callao, Chiclayo, Iquitos, Ica y Piura.

Otra complicación que presentaba la epidemia en el Perú era la relación de los enfermos de Sida con la tuberculosis, una enfermedad extendida entre la población más pobre en ciertas regiones de Lima y del país. Para entonces ya se sabía que los pacientes de Sida eran altamente susceptibles de adquirir tuberculosis (en América Latina uno de cada cinco casos de Sida está asociado a la tuberculosis) y que las reacciones adversas a medicamentos, las recaídas y la mortalidad son más frecuentes en pacientes tuberculosos infectados por VIH que en los no infectados ^{221/}. Por estos motivos, desde 1998, el PROCETSS empezó a trabajar en conjunto con el Programa de Control de Tuberculosis del Ministerio de Salud ^{222/}.

Cambios en la sexualidad

Más complicado era insertarse en el complejo contexto cultural sobre la sexualidad que fue apareciendo en el país durante esos años. Los años finales de la década del noventa fueron testigos de un marcado cambio en las percepciones y representaciones públicas de la sexualidad, sobretodo en las grandes ciudades como Lima. La tolerancia a la iniciación sexual antes del matrimonio, la multiplicación de hostales destinados a atender parejas que tenían relaciones sexuales al paso, la

^{220/} "Disminución en la Transmisión Vertical", en *Contrasida informa, Boletín informativo del PROCETSS* Vol.2, No.7 (noviembre 1998):10-11.

^{221/} Cahn (2000): 185; García et al. (1994):547-565.

^{222/} "Editorial: TBC-VIH/SIDA", en *Contrasida informa, Boletín informativo del PROCETSS* Vol.2, No.6 (setiembre 1998): 2. Sobre la tuberculosis ver Asencios et al. (1993) y (1996).

aparición de programas en la televisión donde proliferaban personajes que caricaturizaban a homosexuales y travestis, e inclusive la emergencia de una literatura académica *gay*, fueron expresiones de este proceso.

Con respecto a los hostales que funcionaban en el centro de Lima, muchos eran dirigidos por propietarios que permitían la prostitución clandestina al amparo de un discutido Decreto Legislativo 705 o Ley de Promoción de la Microempresa y Pequeña Empresa. Esta disposición, todavía vigente, faculta a abrir cualquier negocio con la sola presentación de una solicitud simplificada de la licencia municipal hasta por 12 meses. Muchos de estos establecimientos no tenían las mínimas condiciones higiénicas ^{223/}. Hacia 1999, las autoridades municipales estimaban en 100 los prostíbulos clandestinos que existían en el Centro de Lima ^{224/}.

De otro lado, personajes que trabajaban con los medios de comunicación masiva infectados por VIH supieron superar el estigma de la enfermedad, crear actitudes positivas y de empatía hacia los enfermos. Este fue el caso del jugador de Universitario Eduardo Esidio y del actor Ernesto Pimentel, que habían contraído el VIH. Un factor importante en su favor fue la actitud franca y positiva con que asumieron su enfermedad. Por ejemplo, Ernesto Pimentel reveló en un programa transmitido en vivo su condición de seropositivo y organizó una ONG de solidaridad con los enfermos de Sida.

A comienzos de 1998 el jugador brasileño Eduardo Esidio legó al Perú con la ilusión de jugar en un club importante como es Universitario de Deportes. Fue sometido a un examen de Sida, entre otras pruebas médicas, sin que éste lo supiera y fue

^{223/} "Hostales", en *El Comercio*, noviembre 15, 1999.

^{224/} "Muchos hostales abrieron al amparo del polémico D.L. 705", en *El Comercio*, noviembre 15, 1999.

informado de los resultados en una reunión a la que asistieron dos médicos, el presidente del club y el entrenador argentino. Según Esidio, le dijeron que ya no podría jugar en el Perú. Impactado por la noticia, el jugador viajó a Brasil. Su ausencia fue la excusa para buscar la rescisión del contrato por parte de las autoridades del club deportivo.²²⁵ Posteriormente, con valor encomiable, Esidio retornó a Lima para hacer respetar su contrato, algo a lo que finalmente accedió el club. En poco tiempo, el deportista se convirtió en uno de los mejores jugadores del fútbol peruano y en uno de los símbolos de la lucha contra la discriminación laboral que sufrían las personas viviendo con VIH.

Sin embargo, la discriminación laboral e incluso médica no desapareció en el país, aún en los mejores momentos del PROCETSS. En 1996 un directivo de Vía Libre declaraba a un periódico: “Muchos médicos rechazan a pacientes con el VIH o Sida por temor a contagiarse...se niegan a operar a una persona infectada que sufre de apendicitis...”²²⁶/.

Los cambios en la forma de entender la sexualidad que se dieron en el país también se reflejaron en la literatura. El escritor y periodista Fernando Ampuero realizó un análisis de la literatura *gay* en el Perú que lateralmente ofrece un panorama de la construcción cultural de la enfermedad en la década de los noventa. Ampuero se concentró en cuatro novelas: *Salón de Belleza* de Mario Bellatín, *No se lo digas a nadie* de Jaime Bayly, *Instrucciones para atrapar un ángel*, de Javier Arévalo, y *Las dos caras del deseo* de Carmen Ollé. Estas obras trataron temas diferentes pero parecidos: los estragos del Sida, la búsqueda de una identidad sexual en un medio adverso, las

²²⁵/ *El Comercio*, marzo 9, 1998.

²²⁶/ Sin título, *La República* agosto 18, 1990.

agonías culposas ante la condena social y la aventura de la opción lésbica como una forma de exilio social. Según Ampuero, en estos libros “todo está contado desde adentro.” Al hacerlo pusieron en discusión “los avatares de una comunidad que había sido marginada por su naturaleza o sus preferencias” ^{227/}. La sola aparición de estas novelas revela la complejidad que la temática y la identidad sexual estaba adquiriendo para los peruanos con o paralelamente al Sida.

Las ONGs

Cuando el PROCETSS inició sus actividades, varias ONGs con experiencia en trabajo en Sida se habían consolidado y coordinaban sus acciones. Este trabajo devino en la “Red Sida Perú” creada en mayo de 1997 ^{228/} e incluía ocho organizaciones: el Centro de Estudios de Problemas Económicos y Sociales de la Juventud (CEPESJU) que había desarrollado actividades en relación al Sida desde 1992; Germinal creada en 1988; el Instituto de Educación y Salud organizado en 1991; la Asociación Kallpa fundada en 1990 (con oficinas en Lima, Cuzco, Ayacucho e Iquitos); el MOHL una organización de *gays* y lesbianas creada en 1982; la Asociación Benéfica PRISMA organizada en 1986; el Programa de Soporte a la Autoayuda de Personas Seropositivas (PROSA) creado en 1991 (conformado por personas viviendo con VIH, tenía una gran experiencia en la formación de Grupos de Ayuda Mutua); y Vía Libre, que, como ya se mencionó, fue organizada en 1990. En gran medida, fue gracias a este apoyo que los

^{227/} Fernando Ampuero, “La Teoría de la Malagua”, en *El Dominical de El Comercio* noviembre 19, 1999.

^{228/} En 1997 eran nueve las organizaciones de la Red pues se incluía a la Asociación de Investigación Social e Información para la Salud (ISIS). Al año siguiente las actividades de la Red fueron llevadas adelante por las ocho organizaciones citadas, en *Boletín Informativo Red Sida Perú*. No 1, mayo 1998.

Grupos de Autoayuda siguieron creciendo, y para mediados del 2,000 sumaban 21 en todo el país ²²⁹/.

Uno de estos grupos era “Solas y Unidas”, creado a fines de los noventa y que reunía a mujeres afectadas por el VIH. Un evento singular organizado por PROSA y el PROCETSS fue el Primer Encuentro Nacional de Mujeres Viviendo con VIH/Sida realizado en Lima, entre el 15 y el 17 de octubre de 1998. Este evento se realizó en el Instituto Materno Perinatal (la antigua Maternidad de Lima), lugar donde acudían a tener hijos una gran cantidad de madres jóvenes de pocos recursos. La reunión estaba dirigida a fortalecer las organizaciones de mujeres y empoderarlas a través del intercambio de información y experiencias. Contó con la participación de personal médico, activistas y personas seropositivas de Tumbes, Piura, Trujillo, Chimbote, Ica, Arequipa, Tacna, Huaraz, Iquitos, Pucallpa, Cusco, Huancayo y Lima.

Una institución de origen religioso que empezó a brillar entonces por su compasión y atención a personas viviendo con VIH/Sida fue el Hogar San Camilo en Lima. Los padres Camilos, una orden religiosa fundada en el siglo XVI, albergaron personas con VIH y Sida desde 1996 en el claustro de lo que antiguamente era el convento de la orden. Una de las principales actividades que realizaban, y que continúan realizando, es la alimentación y lactancia adecuada de madres y niños seropositivos.

La articulación entre el Estado y las ONGs se dió también por investigaciones operativas. Así eran denominados los estudios, de relativamente corta duración, que se elaboraban con el objeto de mejorar la oferta de un servicio de salud para la población que lo necesitaba, poniendo particular atención a las necesidades del usuario. Entre

²²⁹/ “Terapia vivencial en grupos de HIV”, en *Gestión Médica* julio 23, 2,000: 9.

mayo de 1997 y septiembre de 1998 se promovieron concursos que resultaron en la ejecución de cinco investigaciones operativas.

Estas investigaciones incluyeron el estudio de las “Razones para prácticas inseguras entre hombres que tienen sexo con otros hombres”, que llevó adelante el MOHL; el “Manejo sindrómico –es decir a través de signos y síntomas- de las ETS en la clínica de INPPARES” ejecutado por el Instituto Peruano de Paternidad Responsable, INPPARES (Una organización que venía trabajando en la salud sexual y reproductiva por cerca de dos décadas); la investigación sobre el “Itinerario de obtención del condón entre los jóvenes,” elaborada por KALLPA; el “Estudio sobre ETS en San Juan de Lurigancho” realizado por PRISMA; y la “Investigación participativa sobre prevención de ETS/Sida con participación de peluqueros homosexuales”, ejecutada por Germinal ²³⁰/.

Algo que provocó la crítica al Programa de tener cierto favoritismo hacia Vía Libre fue el hecho de que se llevaron adelante varias investigaciones entre esta ONG y el PROCETSS. Entre 1988 y 1999 Vía Libre realizó 18 proyectos de investigación/acción de los cuales 13 fueron apoyados por el PROCETSS ²³¹/. Los más importantes fueron el “Estudio de evaluación de la calidad de atención de los servicios de ETS en el Perú”, elaborado entre 1997 y 1998; el que se inició en 1988 titulado “Seguimiento, supervisión y monitoreo de la intervención para el cambio de comportamiento en hombres que tienen sexo con otros hombres del Callao, Lima-Norte, Lima-Sur, Lima-Este y Lima-Ciudad” (este proyecto contó además con la participación de PROSA); el “Estudio para la aplicación de una intervención para el cambio de comportamiento en población de hombres que tienen sexo con hombres en 8 departamentos del Perú” de 1999; una

²³⁰/ “Investigación operativa para la prevención de Sida y otras ETS”, en *Contrasida informa, Boletín informativo del PROCETSS* Vol.2, No.4 (febrero 1998): 19-21.

²³¹/ Vía Libre (1999): 9-13.

“Encuesta epidemiológica a miembros de una cohorte de hombres que tienen sexo con otros hombres” iniciado en 1999; y un “Seguimiento, supervisión y monitoreo para el cambio de comportamiento con trabajadoras sexuales en 8 departamentos del Perú”, ejecutado en 1999.

El PROCETSS extendió la labor del Estado en provincias, donde la ausencia de vigilancia epidemiológica, el retraso en la notificación y el subregistro era mayor, y la importancia asignada al Sida por el personal de salud era baja. Se crearon oficinas del PROCETSS en todo el país -algo que se había iniciado con el PECOS - y se logró que en 1998, en 30 de las 33 regiones y subregiones de Salud, empezaran a desarrollarse campañas de prevención y comunicación en VIH/Sida. Estas oficinas llevaban un registro epidemiológico paralelo y muchas veces ligeramente disonante con el que llevaba el organismo central del Ministerio de Salud, la Oficina General de Epidemiología conocida como OGE.

La extensión del programa fuera de Lima no sólo estuvo dirigida a la investigación de características locales de la infección y a mejorar la capacitación de los profesionales de salud, sino que también incluyó campañas de difusión en eventos donde concurrían un gran número de jóvenes, como el Festival de la Cerveza en el Cuzco, la Feria de San Juan en Iquitos, el Festival de la Primavera en Trujillo, la Fiesta de la Vendimia en Ica, el Festival de la Amistad en Piura, y el Festival de la Juventud en Arequipa. Todas estas reuniones eran conocidas por la gran asistencia de jóvenes de distintas partes del país.

En un plano más científico, el Programa organizó en Lima el XI Congreso Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual que era al mismo tiempo la

V Conferencia Panamericana de Sida durante la primera semana de Diciembre de 1997. Los organizadores del evento eran profesores de Cayetano Heredia y directivos del PROCETSS o Vía Libre: Jorge Sánchez dirigía el Comité Organizador, Guido Mazzotti era secretario general del mismo y Eduardo Gotuzzo era coordinador general del comité científico. La reunión fue inaugurada por el presidente Alberto Fujimori, un gesto inusual entre los presidentes de la región, lo cual contribuyó para que quienes trabajaban en este campo se sintiesen respaldados ^{232/}. También inusual fue que la ceremonia inaugural se celebrase en una hermosa iglesia colonial del centro de Lima.

El evento contó con la asistencia de 1,366 destacados profesionales, investigadores y activistas de los cuales más de la mitad eran extranjeros, entre los cuales se encontraban Peter Piot y Robert Gallo. La reunión se realizó conjuntamente en el elegante Hotel Oro Verde y el cómodo auditorio del Colegio Santa Ursula, dos ubicaciones magníficas de Lima. Los más de 600 trabajos que se presentaron se agruparon en cuatro grandes temas: ciencias básicas, ciencias clínicas, epidemiología y salud pública y ciencias sociales y salud comunitaria ^{233/}.

Los logros del PROCETSS recibieron un reconocimiento internacional. En la XII Conferencia Mundial del Sida realizada a mediados de 1998 en la ciudad de Ginebra, Peter Piot, Director ejecutivo de ONUSIDA declaró en una entrevista concedida a la agencia española EFE, acerca del: “suficiente y adecuado compromiso de las autoridades del Perú para enfrentar la epidemia del Sida.” Según Piot, el Perú era junto a Brasil y Chile, una de las excepciones en América Latina donde por lo general los

^{232/} “Gobierno no se da abasto para atender a los enfermos del Sida”, en *El Comercio* diciembre 4, 1997. *XI Congreso Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual* (1997).

gobiernos se comportaban como “avestruces” frente a la enfermedad ^{234/}. Parecía que mucho había cambiado desde que se formaron las primeras comisiones y programas oficiales contra el Sida en el país. Sin embargo todavía existían asuntos sin resolver.

Aunque la creación y las actividades del PROCETSS y la dación de la moderna Ley de 1996 - aun vigente- significaron un avance con respecto a los organismos y las actividades oficiales que existieron en los años anteriores, el Programa oficial no estuvo exento de críticas, amenazas e incertidumbres, sobretudo en los últimos meses del año 2000. Las críticas más frecuentes señalados por algunos de nuestros entrevistados fueron tres: que la importancia del programa no guardaba relación con la importancia del Sida en el perfil epidemiológico del país; que el programa manejaba recursos millonarios; y finalmente, que existía un manejo cerrado, poco democrático, que monopolizaba el trabajo en salud y favorecía a pocas instituciones fuera del Estado.

En realidad las dos primeras críticas fueron parte de una discusión que apareció al comienzo de la historia del Sida en el Perú y que probablemente continúe en el futuro. La tasa de morbilidad que en el Perú produce el Sida es ciertamente menor a la que exhiben las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) o la malaria. Este era un argumento muy parecido al que se usó para cuestionar la acción durante los primeros años de las políticas oficiales sobre el Sida. Un elemento nuevo que alimentó este argumento a fines de los años noventa fue que

^{233/} "Notas sobre el IX Congreso Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual y V Conferencia Panamericana de SIDA", en *Contrasida informa, Boletín informativo del PROCETSS* Vol.2, No.4 (febrero 1998): 6-8.

^{234/} Jorge Sánchez, "Ginebra", en *Contrasida informa, Boletín informativo del PROCETSS* Vol.2, No.7 (noviembre 1998): 1. "La Naciones Unidas critican la política del avestruz frente al Sida en América Latina", en *Contrasida informa, Boletín informativo del PROCETSS* Vol.2, No.7 (noviembre 1998): 12.

no se cumplieron las predicciones catastróficas que se habían realizado en los años anteriores sino que por el contrario se produjo un descenso del número de casos nuevos oficialmente registrados.²³⁵ Aunque los datos epidemiológicos no son aún del todo seguros en el Perú, en 1996 se registraron un total de 1,189 nuevos casos, número que disminuyó ligeramente en los siguientes años (1997: 1,095; 1998: 1,044; 1999: 1047 y en el 2000 925 casos nuevos)²³⁶/.

Contradictoriamente, este descenso fue señalado por algunos partidarios del Programa como la demostración del efecto positivo de sus medidas. Estas cifras, y sobretodo el manejo de las mismas, contribuyeron a generalizar cierta conformidad en la opinión pública peruana y del exterior que aceptaba el Sida como un hecho natural de la vida, una realidad “cada vez más cotidiana”²³⁷/.

Esta conformidad era también promovida desde el exterior. Durante la década del noventa los organismos internacionales corrigieron sus primeros pronósticos sobre el crecimiento del Sida. Por ejemplo, en 1987 la OMS había previsto que en 1990 el número de casos oscilaría entre los 50 y 100 millones. Sin embargo, en 1990 la cifra fue “reajustada” a sólo un décimo de la predicción original, entre 5 y 10 millones de infectados²³⁸/. En los países industrializados se logró controlar o reducir la mortalidad por el Sida gracias a la fuertes campañas en favor del uso de preservativos, la aparición y difusión de terapias efectivas (conocidas en inglés como HART por *Highly Active*

²³⁵/ Por ejemplo, según una proyección realizada en 1993, en el año 2,000 habrían en el Perú 18,000 casos de Sida y alrededor de 200,000 a 350,000 personas infectadas. IPSS (1993): 9.

²³⁶/ “Gráfico 1: Casos de Sida según año de diagnóstico. Perú, 1983-2001” , Página web: www.minsa.gob.pe/procetss/.

²³⁷/ Jorge Sánchez, “Editorial”, en *Contrasida infroma, Boletín informativo del PROCETSS* Vol.2:, No.8 (1999): 1.

²³⁸/ “Una década de epidemia de SIDA, 1990”, en *El Comercio*, enero 9, 1990.

Antiretroviral Therapy) que revierten la enfermedad en pacientes graves y prolongan la vida de los infectados, la calidad de la atención médica, y la fundada esperanza de que el uso de una vacuna está cerca. Estos elementos han reconfigurado el Sida en los países del primer mundo, disminuyendo la sensación de emergencia y pánico moral que inicialmente generó.

Como han señalado los historiadores Fee y Krieger, el Sida comenzó a ser percibido en los Estados Unidos durante los años noventa como una dolencia crónica que no es altamente infecciosa ni tampoco fácilmente transmisible. Un estudio similar de Berridge para Inglaterra, señala cómo al pánico, voluntarismo y acción oficial que surgieron inicialmente, sucedió una “normalización” de las políticas sobre la enfermedad que la empezaron a tratar como una dolencia no prioritaria de la agenda de salud ^{239/}.

Otra de las críticas esgrimidas contra el PROCETSS fue que manejaba cuantiosos recursos económicos. Sin embargo, es necesario recordar que no todas las oportunidades ofrecidas por agencias del exterior fueron utilizadas. Cuando la representante del Banco Mundial asistió al XI Congreso Latinoamericano de ETS antes mencionado, para sorpresa de un periodista, respondió: “que el Perú no ha solicitado ningún crédito específico para combatir y prevenir el Sida, en comparación a otros países latinoamericanos” ^{240/}. En cualquier caso, no sorprende que un programa que tuvo la habilidad de gestionar grandes fondos, la mayoría de los cuales provino de la cooperación internacional, despertara envidia en el Ministerio de Salud. De acuerdo con un voz autorizada, el programa era el segundo en importancia después del programa de

^{239/} Fee y Krieger (1993), Berridge (1996).

^{240/} “Perú no ha pedido al Banco Mundial ningún crédito para luchar contra el Sida sostuvo la representante de ese organismo Marta Aisworth”, en *El Comercio*, diciembre 5, 1997.

vacunación y contaba con el 14 por ciento del total del presupuesto de todos los programas del Ministerio ^{241/}.

Según uno de sus ex directores, los principales enemigos del programa estaban dentro del propio Ministerio de Salud, ya que muchos pensaban que le sobraba “poder, dinero y prestigio” ^{242/}. Como lo señaló uno de nuestros entrevistados que trabajó en el Estado, los “celos” al PROCETTS reflejaban la fragmentación del Ministerio en distintos programas que mantienen recelos y envidias entre sí, y en parte por ello actúan autónomamente y con cierta secrecía, lo que obviamente revela la ausencia de una conducción general y debilita las posibilidades de cualquier trabajo articulado con otros programas del Ministerio, con otros Ministerios o con la sociedad ^{243/}.

El Ministerio de Salud no ha exhibido una gran vocación para trabajar en conjunto, muchas veces ni siquiera consigo mismo, y frecuentemente menos para comprometer la asistencia de otras instituciones públicas o privadas. Las resistencias del Ministerio a complementar sus actividades con las de organismos fuera del Estado, refuerza la tradición del trabajo en Salud donde cada programa acaba convirtiéndose en un pequeño feudo de sus directivos y donde el temor a la remoción del cargo provoca el sigilio, la acaparación de responsabilidades y la desconfianza.

La tercera crítica esgrimida contra el PROCETTS, una conducción y decisiones restringidas a pocas personas e instituciones, implica una reflexión sobre la naturaleza misma del régimen de Alberto Fujimori. Quizás nadie estaba más preparado en el país que los miembros de Vía Libre en el momento que se formó el PROCETTS y seguramente que muchos aceptaron los cargos pensando que desde el Estado podrían

^{241/} Ibid.

^{242/} Ibid.

hacer mejor y en mayor escala lo que hacían en su ONG. Y en cierta medida lo hicieron, como los valiosos documentos y actividades que desarrollaron lo prueban.

Sin embargo, su ingreso al Estado no fue producto del establecimiento de nuevas alianzas institucionales o claras coaliciones sociales en favor de una lucha moderna contra la enfermedad. Fue, en todo caso, una cooptación de un gobierno dictatorial que así como integró a destacados profesionales en distintas áreas técnicas del gobierno, despolitizó cualquier tema social o de salud que pudiese servir para cuestionar al régimen. Los años finales de Fujimori estuvieron caracterizados por instituciones estatales que rehuían trabajar en conjunto con instituciones civiles por el temor a ser criticados. Lo que subyacía a ese temor era la obsesión por no compartir el liderazgo y los recursos en ciertas áreas sociales. Para muchos, el trabajo en el Estado se fue volviendo cada vez más rutinario y comprometido no con los pacientes, sus familiares y los adolescentes, sino con los vericuetos de la burocracia del Estado.

Un área donde al parecer no se notaron muchos cambios fue en las prisiones, donde la actividad sexual era y es alta y violenta. Entre fines de 1998 y mediados de 1999, la ONG Médicos Sin Fronteras de Holanda obtuvo permiso para realizar una investigación sobre Tuberculosis y las Enfermedades de Transmisión Sexual incluyendo el Sida. Los resultados son estremecedores. Entonces existían en el país 27,200 personas privadas de su libertad distribuidos en 86 penales que originalmente fueron construidos para una población de 19,991 presos ²⁴⁴/. De estos establecimientos, el penal de Lurigancho era único en el país y probablemente en América Latina: albergaba al 25 por ciento de la población penitenciaria. El documento es terrible por la cruda

²⁴³/ Entrevista 30. Ex Director de Salud General de las Personas en el Ministerio de Salud, octubre 20, 2000.

²⁴⁴/ Médicos sin Fronteras (1999).

descripción del hacinamiento, violencia, insalubridad, falta de acceso a preservativos, intermitente atención médica y miseria en que vivía la mayoría de los reclusos.

Otro asunto ligado al Sida, y que no pudo desarrollarse plenamente por el PROCETSS, fue el concepto de “vulnerabilidad” en reemplazo de las diferentes versiones “de riesgo”, que tradicionalmente habían sido usadas para confinar la enfermedad a ciertos “grupos de riesgo” o para señalar ciertas “conductas de riesgo.” El concepto había sido consagrado en el Congreso Internacional de Sida realizado en la ciudad de Vancouver de 1996. Aunque la vulnerabilidad es un concepto que continúa siendo construido por los activistas de salud, y necesita de indicadores precisos que permitan disminuir el “grado de vulnerabilidad”, el término ha sido usado para explicar una situación estructural de inequidad que afecta a toda una población, o para referirse a ciertos grupos etéreos, como los adolescentes, o poblacionales, como los migrantes, las mujeres pobres en zonas urbanas marginales y las minorías sexuales^{245/}.

Muchos funcionarios en el PROCETSS priorizaron la eficiencia de sus subordinados, la existencia de lazos con organismos técnicos internacionales y la pronta ejecución de las disposiciones que emitían. En cambio, no consideraban importante la búsqueda de consensos, la participación en las decisiones que se hacían de instituciones que no fueran parte del Estado, y la elaboración de un plan coherente y complementario de lucha y prevención del VIH/Sida. Según uno de nuestros entrevistados, a pesar de los avances del PROCETSS, uno de los obstáculos principales era el “modelo de régimen autoritario...que no entiende que los problemas

^{245/} Wolffers (2000).

de salud deben formar parte de una política nacional... Una concepción que no entiende la eficacia en términos sociales”^{246/}.

Christina Ewig ha elaborado un brillante análisis sobre la forma en que se procesaron muchos de los cambios en salud durante el régimen de Fujimori sugiriendo la íntima relación que existe entre la secrecía y el autoritarismo:

Las reformas son concebidas y diseñadas por pequeños equipos de técnicos, quienes tienen influencia de las fuentes internacionales, que escriben la propuesta política y la pasan al Ministro...en la mayoría de los casos, la política pasa directamente al Presidente para su promulgación bajo la forma de un Decreto Supremo o Decreto Legislativo^{247/}.

Segun Ewig este método no buscaba generar consensos ni permitía mecanismos de rendición de cuentas o *accountability*, obstaculizando las posibilidades para la interacción con y la posterior reversión de estas políticas por parte de la sociedad civil. Fue precisamente esta ausencia de una visión política integral formulada por distintas instituciones, lo que pudo contribuir a la falta de compromiso en favor del Programa de otras instituciones que estaban fuera del Estado y conspirar contra la continuidad del programa dirigido por Sánchez. El desenlace revela la íntima relación entre la discontinuidad, la verticalidad y la fragmentación del trabajo en Salud. Un problema que para empezar a resolverse necesita ser conversado con calma y con una perspectiva histórica.

Algunos de los cambios más recientes en el PROCETSS y en el Ministerio de Salud --cambios a veces intempestivos, inexplicables e inexplicados- pueden poner en peligro los logros alcanzados hasta ahora, como la salida de Jorge Sánchez del

^{246/} Entrevista 22. Ex Director del PROCETSS, junio 27, 2000.

PROCTSS, ocurrida poco antes que cayera el régimen autoritario de Alberto Fujimori. Descifrar estos cambios y saber qué va a ocurrir en el futuro va más allá de la aspiración de este estudio y de la capacidad del autor.

Por ello me limitaré, en las conclusiones de este trabajo, a realizar un recuento de la historia de las políticas oficiales y a señalar algunos problemas de fondo que creo interrumpen una relación fluida entre las autoridades oficiales de salud y las organizaciones civiles y privadas, como las universidades, las agencias internacionales de salud y las ONGs.

²⁴⁷/ Ewig (2000): 513.

CONCLUSIONES

A pesar de los problemas pendientes, el riesgo de la fragmentación, y la amenaza de discontinuidad de las políticas y las actividades oficiales y no oficiales dirigidas a entender, atender y prevenir el Sida, lo analizado en este libro ha sido un capítulo notable en la historia de la salud del Perú sobre el cual es fundamental reflexionar y seguir actuando ya que no es una historia acabada.

Seguir trabajando en el Sida es importante debido a los miles de personas afectadas y amenazadas en el país. Según la voz autorizada de Guido Mazzotti, Presidente de Vía Libre, el registro oficial del Ministerio de Salud arrojaba 11,602 casos nuevos de Sida (entre 1983 hasta marzo del 2001) y estimaba que el número total de portadores asintomáticos oscilaba entre 50,000 y 70,000 personas^{248/}.

No sólo eso, el diseño y ejecución de políticas sobre el VIH/Sida se ha convertido en los últimos años en un indicador para las agencias internacionales sobre el interés que un Estado tiene en reducir las inequidades sociales, defender los derechos humanos de las minorías sociales y en lograr un desarrollo social y económico integrado.

En la historia del Sida en el Perú se manifestaron con singular intensidad algunos de los problemas más graves que aquejan a las políticas de salud y que aún siguen pendientes: el estigma asociado al concepto de “riesgo” (ya sea que se refiera a grupos o conductas); la necesidad de una comunicación clara entre el conocimiento científico, la educación y el periodismo; la compleja relación entre información, persuasión y cambios de comportamiento en salud; el empoderamiento de personas viviendo con VIH o Sida y los voluntarios en los asuntos de salud; las dificultades por integrar los

^{248/} Guido Mazzotti, “El Problema del VIH/Sida” mayo 2001. Pagina web de Vía Libre.

proyectos de las agencias internacionales a un plan de salud nacional y coherente; la existencia de inequidades sociales que hacen más vulnerables a la enfermedad a algunas personas; la débil identidad institucional de los diferentes actores que participan en el cuidado de la salud; y la tradición de laborar fragmentadamente, con cierto sigilo, sin objetivos intersectoriales y poca preocupación de la consistencia, convocatoria y continuidad del esfuerzo en el tiempo.

La historia del Sida nos da también otra lección sobre la percepción pública y política de las enfermedades en un país pobre como el Perú. A pesar que el número de enfermos de Sida es mayor ahora que en el pasado, no parece existir mayor urgencia en resolver el problema. Es necesario recordar que en el país no existen tratamientos gratuitos (aunque una medida positiva reciente del Ministerio de Salud ha sido reducir el precio de los medicamentos antiretrovirales), ni campañas permanentes de prevención y que tampoco ha desaparecido el estigma y el prejuicio infundado con respecto al VIH/Sida. Inclusive la moderna Ley que fue dada en 1996 ha sufrido el infeliz destino de casi todas las buenas leyes peruanas que frecuentemente acaban por no ser cumplidas ni respetadas. Según un ex Ministro de Salud, en el Perú sólo falta una ley: una que diga que todo el resto debe cumplirse.

Inicialmente, el pánico moral y las actividades oficiales tuvieron impacto en la generación de un esfuerzo algo desordenado por controlar la llegada sorpresiva de una epidemia que era desconocida y letal. A pesar que ahora parece haberse atenuado el temor irracional y la estridencia de los medios de comunicación, la conformidad parece ser una secuela necesaria a la miedo que existió cuando empezó la historia del Sida. Esta secuela es tan o más grave que el pánico moral inicial porque contribuye a que la sociedad y las autoridades toleren la presencia de enfermedades infecciosas graves.

Esta tolerancia parece permitir que el Sida crezca siempre y cuando lo haga silenciosamente y no se produzcan brotes epidémicos violentos que generen escándalos periodísticos, desórdenes sociales o reacciones políticas ²⁴⁹/. Esta conformidad también contribuye a la banalización de los estragos que producen las enfermedades infecciosas o transmitidas sexualmente, a la rutinización de las actividades de salud y a la resignación de la población hacia enfermedades que antes no se conocían en el país.

El estudio de las políticas sobre el VIH/Sida también nos permite entender mejor cómo se formulan las decisiones y los programas de salud oficiales en el país, los que surgen generalmente por la combinación de una crisis local, la iniciativa de un grupo de personas y la presión de agencias de cooperación internacional. Esta manera de formular políticas a veces alcanza logros notables pero tiende a crear soluciones temporales, hace difusa la identidad institucional, no asegura la articulación del trabajo de organizaciones diferentes y pone en peligro la continuidad de los avances en salud.

Quedan varias tareas pendientes en las políticas de salud del país para superar la fragmentación y la discontinuidad, entre ellas la creación de incentivos para promover la confianza, el dialogo, el consenso y el respeto a las identidades y funciones diferentes; el abandono de los intentos de imponer a los investigadores universitarios criterios absurdos como la aplicabilidad inmediata o la rentabilidad de sus estudios; la búsqueda por parte de los investigadores, médicos y profesores universitarios de hacer que sus experiencias y hallazgos sean claros y relevantes y que además se traduzcan en políticas; y la participación de los medios de comunicación, activistas y grupos religiosos en el diseño y lanzamiento de campañas de salud. Para ello las personas e

²⁴⁹/ Cueto (1997)

instituciones, tanto públicas como privadas, deben vencer la inercia de sus tradiciones, modificar sus expectativas sobre los otros actores institucionales, no temer a convocatorias abiertas para enfrentar los problemas, y buscar una forma de trabajo coordinado, complementario y consensuado.

Queda también mucho por hacer en términos de la democratización de las decisiones, la distribución coherente de responsabilidades, el acceso a tecnologías apropiadas y de bajo costo, la participación de los pacientes, familiares y amigos en el cuidado y la promoción de la salud, la provisión de medicamentos, la construcción de estrategias de consenso y el establecimiento de redes locales, nacionales e internacionales donde las relaciones sean horizontales. Espero que este trabajo histórico pueda contribuir a que algunas de estas tareas pendientes se vayan resolviendo.

La desaparición total de la culpa, tanto en las percepciones sobre las personas viviendo con alguna enfermedad infecciosa como sobre grupos sociales diferentes, puede parecer en el Perú –parafaseando a Rene Dubos- un espejismo lejano que siempre nos va a eludir. Sin embargo, es legítimo y necesario sostener el coraje y la esperanza que los peruanos podemos hacer salud en la adversidad, disminuir el estigma, convivir con nuestras diferencias, trabajar con una visión de largo plazo y reducir la vulnerabilidad que expone a cada vez más peruanos a enfermedades que podemos controlar y prevenir como el VIH/Sida.

BIBLIOGRAFIA

Esta bibliografía contiene la referencia de las normas legales, trabajos científicos y publicaciones periódicas, principalmente publicadas en el Perú o que tratan del Sida en el Perú, que hemos ubicado en diferentes bibliotecas de Lima y Cusco. También se incluyen algunas referencias de otras partes del mundo que son relevantes para este trabajo.

NORMAS LEGALES

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

- 1996 Diario de Debates. Segunda legislatura ordinaria de 1995 Tomo III. Ley 26626. *Encargan al Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmuno Deficiencia Humana, el Sida y las Enfermedades de Transmisión Sexual*. Lima, junio 19.
- 1990 Ley 25275. *Declaran de interés nacional y asígnase carácter prioritario dentro de la política nacional de salud a la prevención y lucha contra el Sida*. Lima, julio 24.

MINISTERIO DE SALUD

- 1999 *Resolución Ministerial 081-99-SA/DM*. Aprueba la Guía Nacional de Atención del Paciente con Infección VIH/Sida. Lima, febrero 18.
- 1998a *Resolución Ministerial 306-98-SA/DM*. Aprueba Guía Nacional de Consejería en ETS/VIH/Sida. Lima, agosto 13.
- 1998b *Resolución Ministerial 428-98-SA/DM*. Aprueba la Guía Nacional de Casos de ETS. Lima, noviembre 6.
- 1996 *Resolución Ministerial 235-96-SA/DM*. Aprueba el instrumento normativo 'Doctrina, normas y procedimientos para el control de las ETS y Sida en el Perú'. Lima, abril 2.
- 1996 *Resolución Ministerial 107-96-SA/DM*. Modifica denominación del programa establecido en el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio. Lima, febrero 21.
- 1992 *Resolución Ministerial 0428-92-SA/DM*. Crea Comité Consultivo del Programa de Control de Sida de la Dirección General de Salud de las Personas. Lima, junio 15.
- 1987a *Resolución Vice-Ministerial 0160-87-SA/DVM*. Fija acciones a desarrollarse para la prevención y control del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. Lima, diciembre 16.
- 1987b *Resolución Suprema 011-87-SA*. Aprueba el Programa Nacional Multisectorial de Prevención y Control del Sida. Lima, abril 2.

1987c *Resolución Vice-Ministerial 020-87-SA/DVM*. Se amplía la Comisión Oficial, encargada de estudiar el Sida. Lima, febrero 19.

1985 *Resolución Vice-Ministerial 005-85-SA/DVM*. Se nombra la primera Comisión Oficial que estudiará la incidencia del Sida en el Perú. Lima, noviembre 25.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

1995 *"Reglamento de la Ley 26454. Decreto Supremo 03-95-SA"*, Lima, julio 30.

1992 Decreto Ley 25779. *Adicionan inciso al artículo 4º del Decreto Ley No 25596*. Lima, octubre 14.

1990 Decreto Supremo 004-90-SA. *Aprueban Proyecto de Reglamento de Bancos de Sangre*. Lima, abril 19.

1988a Decreto Supremo 033-88-SA. *Integra en el mismo ámbito del sector salud, a la Comisión Técnica de Certificación, Calificación y Registro*. Lima, diciembre 1.

1988b Decreto Supremo 031-88-SA. *Establece obligatoriedad de practicar pruebas de despistaje de Sida, Hepatitis B y Sífilis, previas a todas las transfusiones de sangre*. Lima, noviembre 21.

1987 Decreto Supremo 013-87-SA. *Declara de necesidad y utilidad pública y social, el control, notificación, certificación, calificación y tratamiento de las dolencias de Etiología Virósica*. Lima, abril 2.

LIBROS, ARTÍCULOS Y MANUALES

ABADIE DEMARCHI, Roberto

1999 "¿Sueñan los junkies con jeringas descartables? Percepción y gestión de riesgo de VIH en los consumidores de drogas inyectables", en *Nueva Sociedad* No.159 (enero- febrero), pp. 110-119.

ALARCÓN, Jorge

1993 "A propósito del Día Mundial del Sida", en *Revista Peruana de Epidemiología* Vol.6, No. 2, pp. 3-4.

ALARCÓN, Jorge, Olga PALACIOS y Abelardo TEJADA

1988 *¿Puede un programa de planificación familiar servir a las necesidades de salud reproductiva de un grupo especial de mujeres de alto riesgo?* Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Biblioteca OPS-Lima.

ALARCÓN, Jorge, Abelardo TEJADA y James FOREIT

1989 *Impact on an Educational Program on HIV Education Among Registered Prostitutes in Callao, Peru*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Biblioteca OPS-Lima.

ALARCÓN, Jorge, Olga PALACIOS, Abelardo TEJADA, James FOREIT, Julia PISCOYA, Stephen WIGNALL e Irving PHILLIPS

1991 "Investigación operacional de prevención del Sida en prostitutas del Callao, Lima-Perú, 1988-1989", en *Revista Peruana de Epidemiología* Vol.4 No.1, pp. 16-24.

ALARCÓN, Jorge, Pedro GARCÍA, Julio CHÁVEZ, Ramiro MERCADO, Julio PORTELLA, Alfonso MEDINA y Juan DÍAZ

1999 "Complicaciones perinatales y factores de riesgo obstétricos asociados", en *Revista del Instituto Materno Perinatal* No.6 (mayo), pp. 24-31.

ALVA, Juan

1995a "Situación del VIH/Sida en las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú", en *I Seminario Internacional sobre el VIH/Sida de las Fuerzas Armadas y Policiales de Latinoamérica. Informe Final. Mayo 22-26*. Lima: s.i.

1995b "Reseña histórica del Comité de Prevención y Control del VIH/Sida de las FF.AA. y PNP-COPRECOS", en *COPRECOS* Vol.1, No.1, pp.4-8.

ALVAREZ PEÑA, Carlos

1995 "Características epidemiológicas y clínicas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y su impacto en los adolescentes", en *Psicoactiva* No.13, pp. 67-78.

AMPUERO, Adhara

1999 *Sexualidad y deseo, hablan adolescentes de Ayacucho, Puno, San Martín y Ucayali*. Lima: Manuela Ramos.

ANTIGONI, Juana (ed.)

1993 *Manual de atención integral del paciente VIH/Sida*. Lima, IPSS/Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (2da edición 1995; 1a edición 1993).

1993 "La epidemia del Sida en el Perú", en *Revista Médica Herediana* Vol. 4, No.4, pp.209-210.

ARIAS, Rosario y Carlos E. ARAMBURÚ

1999 *Uno empieza a alucinar: percepciones de los jóvenes sobre sexualidad y acceso a los servicios de salud: Lima, Cusco e Iquitos*. Lima: Redess Jóvenes.

ARRIZABALAGA, Jon

1997 "De la 'peste gay' a la enfermedad de 'los otros': quince años de historia del Sida", en *Papeles, Revista de Investigación Marxista* Vol.8, No.2, pp.169-182.

ARROYO LAGUNA, Juan

2000 *Salud: la reforma silenciosa*. Lima: UPCH.

ASENCIOS, Luis, Hernán SANABRIA, Susana DIAZ y Neyda QUISPE

1996 "Resistencia primaria del *Mycobacterium tuberculosis* a los medicamentos antituberculosos en el Perú", en *Revista Peruana de Epidemiología*, Vol.4 No.2, pp.62-66.

ASOCIACIÓN KALLPA

1994 *Sida*. Lima: Imp. Amarilys.

ASOCIACIÓN VÍA LIBRE

1997 *Manual de legislación peruana sobre VIH/Sida*. Lima: Asociación Vía Libre.

BALLONA, R., M. CASTILLO y J. MILLONES

1998 "Manifestaciones cutáneas de infección por el VIH infantil en el Instituto Nacional del Niño (ISN) en el período 1989-1997", en *Dermatología Peruana* Vol.8, suplemento 1 (diciembre), pp 23-29.

BASCHUK, Claudio

1988 *Análisis del tratamiento de la noticia Sida en la prensa limeña*. Proyecto Sida, Programa Nacional Multisectorial de Prevención y Control del Sida. Lima: Ministerio de Salud. Biblioteca OPS-Lima.

BASIL, F

1995 "Sida: una presencia entre nosotros", en *Ideele* No.85.

BASTOS, Cristina

1999 *Global Responses to Aids, Science in Emergency*. Bloomington: Indiana University Press.

BAYER, Ronald y Larry GOSTIN

1990 "Aspectos legales y éticos relativos al Sida", en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* Vol.108, No. 5-6, pp. 473-488.

BERRIDGE, Virginia

1996 *Aids in the U.K.: The making of policy, 1981-1994*. Oxford: Oxford University Press.

1993 "The History of Aids", en *AIDS* No.7, suppl. 1, S243-S248.

BERRIDGE, Virginia y Philip STRONG (eds.)

1993 *Aids and Contemporary History*. Cambridge: Cambridge University Press.

BISSO, Alan

1998 "Epidemiología del Sida en el Perú", en *Dermatología Peruana* Vol.8, suplemento 1 (diciembre), pp. 50-54.

BRONFMAN, Mario, Ana AMUCHÁSTEGUI, Rosa María MARTINA, Nelson RIVAS y Gabriela RIVERA

1995 *Sida en México, migración, adolescencia y género*. Lima: Colectivo Sol.

CÁCERES, Carlos

1999 "Dimensiones sociales y relevantes para la prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe", en: José Antonio Izazola (ed.) *El Sida en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinar*. México: Fundación Mexicana para la Salud.

1998a *Salud sexual en una ciudad joven: un programa comunitario de salud sexual con y para los jóvenes*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia y Redess Jóvenes.

1998b *Sida en el Perú: imágenes de diversidad, situación y perspectivas de la epidemia en Chiclayo, Cusco e Iquitos*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia y Redess Jóvenes.

1995a "Male bisexuality and AIDS in Peru", en P. Aggleton (ed.) *Bisexualities and AIDS: International Perspectives*. Londres: Taylor and Francis.

1995b "La construcción epidemiológica del Sida", en E. Hardy et al. (eds.) *Ciencias Sociales e Medicina: Actualidades e Perspectivas Latinoamericanas*. Campinas: CEMICAMP.

1992 *Construyendo una vida positiva, un manual informativo y de orientación para personas con VIH/Sida y sus familiares y amigos*. Lima: Asociación Vía Libre.

CÁCERES, Carlos (ed.)

1999 *Nuevos Retos. Investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes en el Perú*. Lima: Redess Jóvenes.

CÁCERES, Carlos y Norman HEARST

1996 "Epidemiology of AIDS in Latin America and the Caribbean: 1995 Update", en *AIDS* suppl. B.

CÁCERES, Carlos y Ana María ROSASCO

1997 "The correlates of safer behavior among homosexually active men in Lima", en *AIDS* Vol.11, suppl 1, s53-s59.

1992a *Para ti que eres joven y quieres saber: un manual de sexualidad responsable para jóvenes*. Lima: Asociación Vía Libre.

1992b *Construyendo una vida positiva: un manual informativo y de orientación para el autocuidado de personas seropositivas*. Lima: Asociación Vía Libre.

CÁCERES, Carlos, Ana María ROSASCO y Pedro GOICOCHEA

- 1990 *Comprendiendo nuestra sexualidad. Manual del estudiante*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- 1990 *Comprendiendo nuestra sexualidad. Manual del docente*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- CÁCERES, Carlos, Eduardo GOTUZZO, Stephen WIGNALL y Miguel CAMPOS
 1991 "Comportamiento sexual y seroprevalencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana Tipo 1 en varones homosexuales peruanos", en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* Vol.111, No. 3, pp.218-230.
- CÁCERES, Carlos, Ana María ROSASCO, Silvia MUÑOZ, Eduardo GOTUZZO, Jeffrey MANDEL y Norman HEARST
 1992 "Necesidades educativas en relación con la sexualidad humana y el Sida entre estudiantes y profesores de escuela secundaria en Lima", en *Revista Latinoamericana de Psicología* Vol.24, No.1-2, pp.109-124.
- CÁCERES, Carlos, Ana María ROSASCO, Jeffrey MANDEL y Norman HEARST
 1994 "Evaluating a school-based intervention for STD/AIDS prevention in Peru", en *Journal of Adolescent Health* Vol.15, No.7, pp.582-91.
- CÁCERES, Carlos, Carmen YON, Walter MENDOZA, Ana María ROSASCO y Carlos CABEZUDO
 1998 "Evaluación rápida de la situación del Sida en tres ciudades de Perú", en José Antonio Izazola Licea (ed.) *Situación epidemiológica y económica del Sida en América Latina y el Caribe*. México: SIDALAL/Fundación Mexicana para la Salud.
- CAMPO, Rafael Y Ernesto SCERPELLA
 1996 "Avances recientes en HIV/Sida: Patogénesis, historia natural y carga viral", en *Revista Médica Herediana* Vol.7, No.4, pp-182-188.
- CASTRO-FARRO, Carlos
 1998 "Actualización de la terapia antiretroviral", en *Dermatología Peruana* Vol.8, suplemento 1, pp.46-49.
- CARDICH, Rosario
 1997 "Sida y mujer en el Perú", 147-155, en Blanca Rico, Susana Vandale, Betania Allen y Ana Luisa Liguori (eds.), *Situación de las mujeres y el VIH/Sida en América Latina*. Cuernavaca: INSP.
- CERVANTES, Jorge Luis, y José AGUILAR
 1998 "Perspectivas de la vacuna contra el VIH" , en *Revista Médica Herediana* Vol.9, No.4, pp.143-150.
- COGNA, Mónica
 1996 "La prevención ETS/SIDA: una mirada sociológica", en *Salud Reproductiva Nuevos Desafíos*, pp- 185-192. Lima: UPCH.

COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ

1988 Consejo Regional VIII. *Informe No 1. Comité de prevención y control del Sida*. Lima: Colegio Médico del Perú.

COLICHÓN, Alejandro, J. GÁLVEZ, E. CAMPOMANES y Raúl CANTELLA

1987 "Investigación de la prevalencia de anticuerpos séricos anti HTLV III en una población nativa de la selva peruana", en *Diagnóstico* Vol.19, No.4, pp.101-107.

COLICHÓN, Alejandro, Raúl CANTELLA, Jorge ROMERO y María Esther SLAVA

1990 "Prevalencia de hepatitis viral B en un grupo de meretrices residentes en Chimbote", en *Revista Gastroenterológica Peruana* Vol.10, No.1, pp. 21-26 (enero-abril).

CONTRERAS, Norma, Arturo DELGADO, Víctor LIZARBE y Juan Carlos YABAR

1997 "SIDA: Conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de estudiantes preuniversitarios en la ciudad del Cusco", en *Situa* Vol.5, No.10, pp. 29-35 (abril-agosto).

CUBA, Juan Manuel

1999 "Sobre los retrovirus humanos y algunos datos referentes al Perú", en *Folia Dermatológica Peruana* Vol.9, No.3, pp. 40-42 (setiembre).

1995 "Aproximación a las enfermedades asociadas al HTLV-I en el Perú", en *Folia Dermatológica Peruana* Vol.6, No.1 (marzo), pp. 21-24.

CUETO, Marcos

1997 *El regreso de las epidemias, salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos

CHAUCA, Eduardo

1992 *El Sida y la odontología: problemática actual en el Perú*. s.i. Biblioteca de la OPS-Lima.

DELGADO, Wilson, Adalberto MOSQUEDA, Eduardo GOTUZZO y Jorge SÁNCHEZ

1989 "Manifestaciones estomatológicas en pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana", en *Práctica Odontológica* Vol.10, No.10, pp. 41-50.

DUBOS,

1986 *El Espejismo de la Salud*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.

EPSTEIN, Steve

1996 *Impure Science, AIDS, Activists and the Politics of Knowledge*. Berkeley: University of California Press.

ESCUTIA, Virgilio, Roberto TAPIA y Rebeca WONG

1989 *Informe técnico conjunto PAHO/WHO y FHI/AIDSTECH: evaluación de los aspectos operacionales y financieros de la capacidad de tamizaje y diagnóstico*

del VIH y transfusión sanguínea en el Perú. s.i.: OPS. Biblioteca de la OPS-Lima.

EWIG, Christina

2000 "Democracia diferida: un análisis del proceso de reformas en el sector salud", en Felipe Portocarrero (ed.) *Políticas Sociales en el Perú: Nuevos Aportes*, pp. 481-518. Lima: Red de Desarrollo de las Ciencias Sociales.

FARFÁN, Gustavo, Julio VIDAL, Irving PHILLIPS y Shirley LLERENA

1989 "Marcadores seriológicos de hepatitis viral B en pacientes drogadictos del Hospital Hermilio Valdizán, Lima", en *Psicoactiva* Vol.3, No.1 (enero-junio), pp. 61-74.

FARMER, Paul

1993 *AIDS and Accusation, Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley: University of California Press.

FEE, Elizabeth Y David M. FOX (eds.)

1992 *AIDS, the Making of a Chronic Disease*. Berkeley: University of California Press.

1988 *AIDS, the Burdens of History*. Berkeley: University of California Press.

FEE, Elizabeth y Nancy KRIEGER

1993 "Thinking and rethinking AIDS: implications for health policy", en *International Journal of Health Services* Vol.23, No. 2, pp.323-346.

FIGUEROA, Rolando

1996 "Virus de la inmunodeficiencia humana y lactancia", en *Ginecología y Obstetricia* Vol.42, No.2, pp.23-25.

FLORES VILLANUEVA, P. y J. RODRÍGUEZ TAFUR

1998 "Conceptos actuales acerca de la infección por VIH y su evolución a SIDA", en *Dermatología Peruana* Vol.8, suplemento 1 (diciembre), pp. 30-38.

FOX, Daniel

1986 "AIDS and the american health policy", en *Milbank Quarterly* No.64, pp.7-33.

FRISANCHO, Oscar, César SANGAY, Carlos CONTARDO, Nahúm TAMAYO, Gustavo LIENDO, Jorge ROMERO, Luis AYALA, Teresa CASTILLO, Alvaro CELESTINO, Hernán ESPEJO, Rolando FIGUEROA, César SORIANO, Pedro CHACON, Jesús NAVARRETE, Raúl PATRUCCO, Franco ATTANASIO, Aldo GÓMEZ y William PRADO

1987 "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida): predominancia de las manifestaciones digestivas en su perfil clínico de presentación en Lima", en *Revista de Gastroenterología del Perú* Vol.7, No.1, pp.23-40.

FRISANCHO VELARDE, Oscar

1991 "Manifestaciones gastroenterológicas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida", en *Revista de Gastroenterología del Perú* Vol.11, No. 2, pp.86-96.

GARCÍA, Carolina

1988 *Informe final de cuatro sesiones focales sobre el Sida, ETS y programa preventivo con prostitutas del Callao*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Biblioteca OPS-Lima.

GARRIDO, Patricia, Rolando ANICAMA, Eduardo GOTUZZO, Gloria CHAUCA y Douglas WATTS

1997 "HTLV-1 en población de alto riesgo sexual de Pisco, Ica-Perú", en *Revista Médica Herediana* Vol.8, No.3, pp.104-107.

GOLENBOCK, D., J. GUERRA, J. PFISTER, R. GOLUBJATNIKOV, A. TEJADA, J. ABUGATTAS, R. KEMPER y D. MAKI

1988 "Absence of infection with human immunodeficiency virus in Peruvian prostitutes", en *AIDS Research on Human Retroviruses* Vol.4, No.6, pp.493-499.

GONZÁLEZ SELANIO, Víctor

1999 "Los tres desafíos del Sida", en *Nueva Sociedad* No.159 (enero-febrero), pp. 120-128.

GOTUZZO, Eduardo

1996a "SIDA en Ginecología y Obstetricia", en *Ginecología y Obstetricia* Vol.42, No.1 (febrero), pp.50-56.

1996b "La educación sexual y el Sida en el Perú. Editorial", en *Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna* Vol.9, No.2, pp.45-46.

1994 "El SIDA en el Perú, una década después. La importancia de la transmisión heterosexual", en *Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna* Vol.7, No.2, pp.51-53 (editorial).

GOTUZZO, Eduardo, Humberto ALVAREZ, Alejandro BUSSALLEU, Juan COMBE y Raúl TELLO

1988 "SIDA y diarrea por coccidia en pacientes con SIDA", en *Revista Gastroenterológica del Perú* Vol.8, No.46-48 (carta al editor).

GOTUZZO, Eduardo, Oscar FRISANCHO, Jorge SÁNCHEZ, Gustavo LIENDO, Carlos CARRILLO, Robert BLACK y Glenn MORRIS

1991 "Association between the acquired immunodeficiency syndrome and infection with salmonella typhi or salmonella paratyphi in an endemic typhoid area", en *Archives of Internal Medicine* Vol.151, No.2, pp.381-382.

GOTUZZO, Eduardo, Joel ESCAMILLA, Irving PHILLIPS, Jorge SÁNCHEZ, Stephen WIGNALL y Juana ANTIGONI

1992 "The impact of human T-lymphotropic virus type I/II infection on the prognosis of sexually acquired cases of acquired immunodeficiency syndrome", en *Archives of Internal Medicine* Vol.152, No. 732 (julio), pp. 1429-14.

GOTUZZO, Eduardo, Jorge SÁNCHEZ, Joel ESCAMILLA, Carlos CARRILLO, Irving PHILLIPS, Luis MOREYRA, Walter STAMM, Rhoda ASHLEY, Erwin ROGGEN, Joan KREISS, Peter PIOT y King HOLMES

1994 "Human T cell lymphotropic virus type I infection among female sex workers in Peru", en *Journal of Infectious Diseases* Vol.169, No.4 (abril), pp. 754-759.

GREMK, Mirko

1990 *History of AIDS, emergence and origin of a modern epidemic*. New Jersey: Princeton University Press.

GUERRA DE MACEDO, Carlyle

1998 "La Epidemia del Sida", en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* Vol.105, No.5/6, pp.678-680.

GUERRA, Humberto y Duccio BONAVIA

1988 "Homenaje a Raúl Patrucco", en *Diagnóstico* Vol.21, No.1, pp.30-32.

GUTIERREZ TUDELA, James

1998 "Las Conferencias Internacionales del Sida en la presente década", en *Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna* Vol.11, pp. 247-250.

HYAMS, Kenneth, Irving PHILLIPS, Abelardo TEJADA, Stephen WIGNALL, C. ROBERTS y Joel ESCAMILLA

1993 "Three-year incidence study of retroviral and viral hepatitis transmission in a Peruvian prostitute population", en *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* Vol.6, No.12 (diciembre), pp. 1353-1357.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

1997 *Población, Mujer y Salud, Lima-Callao. Resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES, 1996*. Lima: INEI.

INSTITUTO DE EDUCACIÓN Y SALUD

1993 *Guía didáctica de educación en sexualidad adolescente y prevención del Sida*. Lima: IES.

INSTITUTO MATERNO PERINATAL

1996 *Manual de Normas y Procedimientos para la atención del Paciente VIH Positivo*. Lima, Ministerio de Salud.

IZAZOLA, José Antonio (ed.)

1999 *El Sida en América Latina y el Caribe una visión multidisciplinaria*. México: Fundación Mexicana para la Salud.

JERI, F. R. y M. L. LUCHO

1995 "Psicopatología Familiar en la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana", en *Revista de Neuropsiquiatría* No.58, pp.54-70.

KALIPENI, Ezequiel

2000 "Health and Disease in southern Africa: a comparative and vulnerability perspective", en *Social Science and Medicine* No.50, pp.965-983.

KINSELLA, James

1989 *Covering the Plague: Aids and the American Media*. New Brunswick: Rutgers University Press.

KORNBLIT, Analía

1999 "El Impacto del Sida en la población, un estudio psicosocial", en *Nueva Sociedad* No.159, pp.129-139 (enero- febrero).

KRIEGER, Nancy y Glen MARGO

1994 *AIDS, the politics of Survival*. Nueva York, Baywood Pub. Co.

LLANOS, Roberto

1990 "Bioética en el Perú". *Boletín de la OPS* Vol.108, No.5-6, pp.565-569.

LUJÁN, Manuel

1988a "Prevención de la Transmisión sexual del VIH", *Seminario Sida: Prevención y medios de comunicación, 19-21 de octubre*. Lima, Comisión Nacional de Sida.

1988b *Sida y Salud Pública en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud. Biblioteca de la OPS-Lima.

1988c *Impacto del Sida*. Lima: Ministerio de Salud. Biblioteca OPS-Lima.

MAZZOTTI, Guido

1996 "Diagnóstico Psiquiátrico actual en una población VIH-Seropositiva de Lima", en A. Perales et al. (eds.), *Anales del XIV Congreso Nacional de Psiquiatría 'Honorio Delgado'*, pp.455-474. Lima: AAP-APAL.

MCCARTHY, Michael, Stephen WIGNALL, Jorge SÁNCHEZ, Eduardo GOTUZZO, JORGE ALARCÓN, Irving PHILLIPS, Douglas WATTS y Kenneth C. HYAMS

1996 "The epidemiology of HIV-1 infection in Peru, 1986-1990", en *AIDS* Vol.10, pp.1141-1145.

MEDICOS SIN FRONTERAS

1999 *Estudio sobre las condiciones de salud en relación a la tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual y VIH/Sida en el establecimiento penitenciario de régimen cerrado de Lurigancho*. Lima: s.i.

MENENDEZ, Eduardo

1998 "Estilos de vida, riesgos y construcción social, conceptos similares y significados diferentes", en *Estudios Sociológicos* Vol.16, No.46, pp.37-67.

MERE, Juan José

1999 "El Estallido de las certezas, los desafíos de la prevención del Sida", en *Nueva Sociedad* No.159 (enero- febrero), pp.140-153.

MOVIMIENTO HOMOSEXUAL DE LIMA

1993a *¿Jugando a la ruleta rusa?* Lima: MHOL.

1993b *Guía básica de información sobre el Sida.* Lima. MHOL.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

1996 *Guía de Educación Familiar y Sexual para docentes y padres de familia.* Lima, Ministerio de Educación.

MINISTERIO DE SALUD

1996 *Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de Política de Salud 1995-2000.* Lima, Ministerio de Salud.

1993 *Manual de Manejo Clínico del Paciente con Infección por VIH/Sida.* Lima, Ministerio de Salud.

1988 *Guía Nacional de Consejería en ETS y VIH/Sida.* Lima, PROCETTS.

1987 *Programa Nacional Multisectorial de Prevención del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida 'Sida'.* Lima, Ministerio de Salud.

MONTAIGNER, Luc

1994 *Sobre virus y hombres, la carrera contra el Sida.* Madrid: Alianza Editorial.

MONTIEL, Luis

1995 "La profilaxis del Sida. Análisis de una estrategia", en *DYNAMIS* No.15, pp. 251-266.

MUJICA, Oscar

1997 "Sida y gestación: epidemiología", en *Actas del XII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, 23-28 de Junio de 1996*, pp.116-123. Lima: s.i.

MUÑOZ, Danny, Luis TRUJILLO y Eduardo GOTUZZO

1997 "Prácticas sexuales de riesgo para la transmisión VIH/Sida y otras enfermedades de transmisión sexual en varones clientes de prostíbulos del Callao", en *Revista Médica Herediana* Vol.8, No.4, pp.142-150.

MUÑOZ, Danny, Luis TRUJILLO, Eduardo GOTUZZO, Martín NIZAMA y Douglas WATTS

1997 "Prácticas sexuales de riesgo y seroprevalencia de infección por VIH-1. HTLV-1, sífilis y hepatitis B en varones drogadictos no endovenosos de Lima", en *Revista Médica Herediana* Vol.8, No.3, pp.92-103.

MOYA, José, Luis SUÁREZ y Luis FERNÁNDEZ.

1999 "Prevalencia de Infección VIH y Prácticas de riesgo en trabajadoras sexuales en Chimbote, Perú", en *Boletín Epidemiológico* Vol.2, No.1, pp.9-18.

NAVY MEDICAL RESEARCH INSTITUTE DETACHMENT
1987 *HIV in Peru*. s.i: NAMRID. Biblioteca de la OPS-Lima.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

1988a *Directrices para el establecimiento de un programa nacional de prevención y control del Sida*. Ginebra: OMS.

1988b *Guidelines on sterilization and high-level methods effective against HIV*. Ginebra: OMS.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (OPS)

1998a *Hacer frente al Sida: prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial*. Washington, D.C.: OPS.

1998b "Resolución Xii: Prevención Y Control Del Sida", en *Boletín de la OPS* Vol. 105, No.5/6, pp.678-680.

1992 "La Batalla Contra El Sida", en *Boletín de la OPS* Vol.113, No.5/6, pp. 554-557.

1989 *Sida: el perfil de una epidemia*. Washington, D.C.: OPS.

1988a "El Programa Global Sobre el Sida de la Oms", en *Boletín de la OSP* Vol. 105, No. 5/6, pp. 666-672.

1988b "Sida y sífilis: las lecciones de la historia", en *Boletín de la OPS* Vol.104, No.3, pp.272-273.

1987 "LA OMS HACE FRENTE A LA AMENAZA DEL SIDA", en *Boletín de la OPS*, Vol.102, No.6, pp.638-645.

PACHECO ROMERO, José

1992 "Enfermedades de Transmisión Sexual", en *Ginecología y Obstetricia* Vol.38, No.13, pp.30-41.

PAMO REYNA, Oscar Y Magali GAMARINA LAZO

1992 "Conocimientos y actitudes de una muestra de la población adulta de Lima sobre el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida", en *Acta Médica Peruana* Vol.16, No. 2, pp.100-105.

PARKER, Richard

1997 "Migration, sexual subcultures and HIV/AIDS in Brazil", en G. Herdt (eds.) *Sexual Cultures and Migration in the era of AIDS: Anthropological and Demographic Perspectives*, pp.55-69. Oxford: Clarendon Press.

1994 *A Construção da solidariedade: AIDS, sexualidad e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinaria de AIDS (ABIA).

PARKER, Richard (ed.)

1997 *Políticas, Instituciones e AIDS, enfrentando a Epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA.

PARKER, Richard y Carlos CÁCERES

1999 "Alternative sexualities and changing sexual cultures among Latin American Men", en *Culture, Health and Sexuality* Vol.1, No.3, pp.201-206.

PARKER, Richard, Cristiana BASTOS, Jane GALVAO y José Stalin PEDROSA

1994 *A AIDS no Brasil: 1982-1992*. Rio de Janeiro: ABIA.

PARKER, Richard, Jane GALVAO y Marcelo SECRON BESSA (eds.)

1999 *Saúde, Desenvolvimento e Política, respostas frente á AIDS no Brasil*. Sao Paulo: ABIA.

PATARCA, Roberto y Pedro O. FLORES-VILLANUEVA

1998 "Algunas reflexiones acerca del VIH", en *Dermatología Peruana* Vol.8, suplemento 1 (diciembre), pp-1-2.

PATRUCCO PUIG, Raúl.

1987a "Situación actual del síndrome de inmunodeficiencia adquirida en el Perú", en *Revista Peruana de Epidemiología* Vol.2, No.1, pp.5-22.

1987b "Alteraciones inmunológicas en homosexuales asintomáticos y oligosintomáticos seropositivos para anticuerpos anti HTLV-III/LAV (ELISA)", en *Diagnóstico* Vol.19, No.1, pp. 5-12.

1986 *Inmunodeficiencias*. Lima: UPCH.

1985 "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el Perú (Sida). Estudios Inmunológicos", en *Diagnóstico* Vol.16, No.5, pp.122-135.

PAUCAR, Javier, Ricardo SOLANO y Carlos UZQUIANO

1988 "Banco de Sangre y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida a propósito de un caso", en *Revista de la Sanidad de las Fuerzas Policiales* Vol.49, No. 2 (julio-diciembre), pp.168-179.

PROGRAMA ESPECIAL DEL CONTROL DEL SIDA

1993 *Manual de Manejo Clínico del Paciente con infección por VIH/Sida*. Lima, PECOS/Ministerio de Salud.

1992 *Taller de Consejería Preventiva*. Lima: PECOS/Ministerio de Salud.

1991 *Manual de Bioseguridad para VIH/Sida*. Lima, PECOS/Ministerio de Salud.

s.i. *Informe*.

PEÑA GUZMAN, Mireya

1999 "El Sida a las puertas del siglo XXI, una paradoja de género", en *Nueva Sociedad* No.159 (enero- febrero), pp.152- 162.

PERALTA, Teodoro, Oscar PICHILINGUE, Wilson RUIZ, Alfredo CHAHUAD, Juan ALCÁNTARA y Raúl PATRUCCO

1985 "Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Reporte de un caso", en *Revista Gastroenterológica del Perú* No.5, pp.139-145.

PESCADOR, Juan Javier y Mario BRONFMAN

1989 "Sociedad y Sida: viejas reacciones frente a nuevos problemas", en Jaime Sepúlveda (coord.) *Sida, ciencia y sociedad en México*, pp.375-390. México: Fondo de Cultura Económica (FCE).

PHILLIPS, Irving, Kenneth HYAMS, Stephen WIGNALL, A. MORAN, Eduardo GOTUZZO, Jorge SÁNCHEZ y C. ROBERTS

1991 "HTLV-1 coinfection in a HIV-1 infected Peruvian population [letter]", en *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* Vol.4, No.3, pp.301-302.

PINILLOS ASHTON, Luis

1989 *La salud en el Perú, estrategia de Gestión*. Lima: s.i.

PLATTS, Mark (comp.)

1996 *Sida: aproximaciones éticas*. Lima: FCE.

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL Y SIDA

2000 Análisis de la situación de la infección por el VIH/Sida en el Perú. Lima: PROCETTS/Ministerio de Salud.

1999a *Guía Nacional del Manejo del Niño Infectado por el VIH*. Lima, PROCETSS/ Ministerio de Salud.

1999b *Guía Nacional de Atención Integral del Paciente con VIH/Sida*. Lima, PROCETSS/ Ministerio de Salud.

1998 *Guía Nacional de Consejería en ETS y VIH/Sida*. Lima, PROCETSS/ Ministerio de Salud.

1997a *Plan de trabajo del MINSA en la ciudad del Cusco*.

1997b *Información Estadística 1983-Noviembre 1997*. Lima, PROCETSS/ Ministerio de Salud.

- 1996 *Doctrina, normas y procedimientos para el control de las ETS y el Sida en el Perú*. Lima, PROCETSS/ Ministerio de Salud.
- PUCCINELLI, Oscar
1998 "Sida, mujer y derechos humanos", en *Derechos Humanos de las Mujeres*, pp. 79-118. Lima: Manuela Ramos.
- RAEZ, Luis Y Patricia GARCÍA
1997 "Abscesos tuberculosos hepáticos en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida)", en *Revista Médica Herediana* Vol.8, No.1, pp.45-48.
- RODRIGUEZ, Juan Luis
1999 "Sida, imagen, y símbolo", en *Nueva Sociedad* No.159 (enero- febrero), pp.163-171.
- RODRÍGUEZ TAFUR, Juan
1998 "Panorama del Sida en el Perú", en *Dermatología Peruana* Vol.8, suplemento 1 (diciembre).
- ROJAS, Gustavo, Eduardo GOTUZZO, Augusto YI y Frederick KOSTER
1986 "Acquired Immunodeficiency Syndrome in Peru, [letter]", en *Annals of Internal Medicine* Vol.105, No.3, p.465.
- SALAZAR CASTRO, Raúl
1997 "Infección por VIH; ¿Cuánto se conoce de su biología y tratamiento?", en *Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna* No.10, p.45.
- SANABRIA ROJAS, Hernán
1991 "Panorama epidemiológico del Sida en el Perú y el mundo", en *Acta Médica Peruana* Vol.15, No. 1 (enero-marzo), pp. 48-55.
- SÁNCHEZ, Jorge
1998 "La prevención de la transmisión vertical del VIH en Perú", en José Antonio Izazola Licea y Carlos Avila Figueroa (eds.) *Situación de la lactancia materna y la transmisión del VIH en América Latina*. México: SIDALAC/Fundación Mexicana para la Salud.
- SÁNCHEZ Jorge, Eduardo GOTUZZO, Joel ESCAMILLA, Carlos CARRILLO, Irving PHILLIPS, César BARRIOS, Walter STAMM, Rhoda ASHLEY, Joan KREISS Y King HOLMES
1996 "Gender differences in sexual practices and sexually transmitted infections among adults in Lima, Peru", en *American Journal of Public Health* No.86, pp.1098-1107.
- SÁNCHEZ, Jorge, Eduardo GOTUZZO, Joel ESCAMILLA, Carlos CARRILLO, Luis MOREYRA, Walter STAMM, Rhoda ASHLEY, Paul SWENSON y King HOLMES

1998 "Sexually transmitted infections in female sex workers: reduced by condom use but not by a limited periodic examination program", en *Sexually Transmitted Diseases* Vol.25, No.3, pp.82-89.

SÁNCHEZ, Jorge, Guido MAZZOTTI, Luis CUELLAR, Pablo CAMPOS y Eduardo GOTUZZO (eds.)

1994 *Sida, epidemiología, diagnóstico, tratamiento y control de la infección VIH/Sida*. Lima: OMS/OPS/Ministerio de Salud/Asociación Vía Libre.

SCERPELLA, Ernesto y Rafael CAMPO

1997 "Avances recientes en VIH/Sida: Terapia antiretroviral", en *Revista Médica Herediana* Vol.8, No.1, pp.23-31.

SHILTS, Randy

1987 *And the Band Played on: Politics, People and the AIDS Epidemic*. Nueva York: The Saint Martin Press.

SLUTKIN, G

2000 "Global Aids, 1981-1999: the response", en *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases* Vol.4, No.2, pp.524-533.

SOBREVILLA Luis y Carlos CÁCERES (eds.)

1993 *Sexualidad humana: un manual para educadores y trabajadores de salud*. Lima: Instituto de Estudios de Población/UPCH.

SOCIEDAD PERUANA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES

1989 Libro de Resúmenes del I Congreso Peruano de Enfermedades Infecciosas y Tropicales (8-10 de Septiembre de 1989). Lima: Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales.

SONTAG, Susan

1988 *AIDS and its Metaphors*. Nueva York: Farrar, Straus y Giroux.

SOTO CÁCERES, Víctor

1999a "Conocimiento sobre ETS/Sida y Conducta sexual de riesgo en adolescentes del Departamento de Lambayeque", en Carlos Cáceres (ed.) *Investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes en el Perú*, pp. 117-131. Lima: Redess.

1999b "Comportamiento sexual de riesgo para ETS/Sida en adolescentes del departamento de Lambayeque", en *Folia Dermatológica Peruana* Vol.9, No.1-2 (marzo-junio).

SOTO, Víctor Y Eduardo GOTUZZO

1996 "Evaluación de conocimientos y actitudes hacia el Sida y prácticas sexuales en estudiantes de colegios secundarios nacionales de Chiclayo", en *Archivos Hispanoamericanos de Sexología* Vol.2, No.2, pp.101-120.

STINE, Gerald J.

2000 *Aids Update 2000, An Annual Overview of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.

TRUJILLO, Luis, Danny MUÑOZ, Eduardo GOTUZZO, Augusto YI y Douglas WATTS
1996 "Prácticas sexuales y seroprevalencia de infección por VIH, HTLV-1 y sífilis en meretrices clandestinas de Lima", en *Revista Médica Herediana* Vol.7, No4, pp.162-171.

UNIÓN PERUANA CONTRA LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

1988 *Memoria del Taller de Sida en el Perú: homologación, sistematización, recomendaciones, Lima 7-11 Noviembre, 1988*. Lima: s.i.

URIBE, Rosario, Mario VALDIVIA y Juan CARRASCO

1997 "Sida y manifestaciones gastrointestinales: Revisión de 100 casos en el hospital Arzobispo Loayza", en *Revista Gastroenterológica Peruana* No.17, pp.214-221.

VALDEZ BORTESI, Hernán, Roberto ADACHI MURANOKA y Eduardo GOTUZZO

1991 "Prácticas sexuales en la población universitaria de Lima: análisis de los factores de riesgo para la transmisión sexual del virus de la inmunodeficiencia humana", en *Revista Médica Herediana* Vol.2, No.1, pp.18-24.

VALDIVIA BLONDET, Luis

1988 "Prefacio", en *Dermatología Peruana* Vol.8, suplemento 1, p.1(diciembre).

VEGA CENTENO, Imelda

1994 *Amor y sexualidad en tiempos del Sida* Lima: Ministerio de Salud.

VIA LIBRE

1999 *Folleto de Presentación*. Lima: Vía Libre.

VILLÁN DURÁN, Carlos

1994 "Los derechos humanos y el Sida", en *Revista IIDH* No.19, pp.141-155.

WIGNALL, Stephen, Kenneth HYAMS, Irving PHILLIPS, Joel ESCAMILLA, Abelardo TEJADA, O. LI, F. LÓPEZ, Gloria CHAUCA, Jorge SÁNCHEZ y C. ROBERTS

1992 "Sexual transmission of human T-lymphotropic virus type I in Peruvian prostitutes", en *Journal of Medical Virology* Vol.38, No.1, pp.44-48.

WOLFFERS, I.

2000 "Biomedical and development paradigms in AIDS prevention", en *Bulletin of the World Health Organization* Vol.78, No.2, pp.267-273

YONG, Carmen

1998 *Género y sexualidad, una mirada de los y las adolescentes de cinco barrios de Lima*. Lima: Manuela Ramos.

YUEN MORÁN, Alberto

1988 "Transmisión sanguínea", *Seminario "Sida: Prevención y medios de comunicación"*, 19-21 de Octubre. Lima, Comisión Nacional de Sida.

Tesis

ACUÑA, Ana, Flor SIANCAS y Myriam YARINGANO

1994 "Nivel de conocimientos y actitud de las enfermeras asistenciales en la atención de pacientes con VIH/Sida en el Hospital Nacional 'Dos de Mayo'" Tesis de licenciatura en Enfermería: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

ADACHI MURANAKA, Erika

1993 "Grado de conocimiento de los odontólogos de Lima Metropolitana sobre la transmisión ocupacional del HIV". Tesis de licenciatura en Cirujano Dentista: Facultad de Estomatología, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

ALARCÓN, Bustinza y Elizabeth IDA

1992 "Comportamiento sexual en varones adolescentes de colegios estatales de Lima, Cusco e Iquitos". Tesis de maestría en Psicología: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

BURSTEIN BARAZANI, Ezra

1994 "Seroprevalencia de Infección por VIH en pacientes atendidos por agresión en la emergencia del Hospital Cayetano Heredia". Tesis de Médico Cirujano: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

CABRERA, María Del Carmen

1989 "Efectos de una campaña masiva de educación en el aprendizaje de conocimientos de prevención y mecanismos de contagio del Sida en escolares de 5to año de secundaria de nivel socioeconómico medio típico y bajo ascendente, ambos sexos". Tesis en la Facultad de Psicología: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

CÁCERES, Carlos

1988 "Frecuencia de anticuerpos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana tipo 1 (VIH-1) en un grupo de varones supuestamente sanos con conducta homosexual en Lima en 1988 y factores de riesgo". Tesis en la Facultad de Medicina: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

1996 "Sexual cultures and sexual health among young people in Lima in the nineties". Doctoral Dissertation: Berkeley, University of California.

CALLENNOVA HUAMANI, Justina y Clara SOLÍS MONTOYA

1994 "Comportamiento sexual y nivel de información en varones homosexuales no organizados de nivel socio-económico bajo en los distritos de Comas, Independencia, Santa Anita, La Victoria y San Martín de Porres, respecto a las

medidas de prevención primaria frente al VIH". Tesis de licenciatura en Enfermería: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

CONTRERAS TURÍN, Mardeli

1999 "Conocimientos sobre VIH/Sida y práctica sexual de los adolescentes en los colegios nacionales Leoncio Prado y Esther Salgado del Rímac en los meses de agosto y setiembre de 1997". Tesis de licenciatura en Enfermería: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

CORNEJO FARFÁN, César

1997 "Conducta sexual de riesgo en pacientes varones con infección por VIH/Sida". Tesis de licenciatura en Medicina: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

CHÁVEZ-FERRER DERTEANO, Leonor

1995 "Soporte Social en Pacientes Portadores del Virus del Sida del Hospital Dos de Mayo de Lima". Tesis de licenciatura en Psicología: PUCP.

DIEGUEZ, Patricia, Sonia LUDEÑA e Irma MEJÍA

1997 "Estudio de la prevalencia de la infección por el VIH en el personal de la Policía Nacional del Perú aparentemente sanos". Tesis de licenciatura en Tecnología Médica: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

GOICOCHEA, Pedro

1989 "Análisis de contenido de las noticias sobre Sida en la prensa de Lima". Tesis de licenciado en Ciencias de la Comunicación: Universidad de Lima.

1999 "How may an intervention targeted at men who have sex with men reduce the incidence of STD/HIV in Lima, Peru?" Londres: School of Tropical Medicine and Hygiene. Department of Public Health and Policy.

LA ROSA, Carmen

1999 "Estudio de hijos de mujeres seropositivas al VIH". Tesis de licenciatura en Medicina: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

MAZZOTTI, Guido

1993 "Diagnóstico Psiquiátrico actual en una población VIH-seropositiva de Lima". Tesis de bachiller en Medicina: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

MUÑOZ, Danny

1995 "Prácticas sexuales de riesgo para la transmisión de VIH/SIDA y otras ETS en varones que acuden a prostíbulos del Callao". Tesis para optar el título de Médico Cirujano: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

OCHOA RIVERA, Gisela

1997 "Conocimientos y Actitudes de las personas infectadas por VIH sobre las necesidades básicas prioritarias de salud, Hospital Nacional Cayetano Heredia, 1997". Tesis de licenciatura en Enfermería: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

RAFAEL CONDORI, Hermelinda

1996 "Conocimientos sobre infección por el VIH y características de la conducta sexual en adolescentes". Tesis de licenciatura en Enfermería: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

RAMÍREZ REYNA, Dina

1998 "Conocimiento y actitudes hacia el infectado con VIH y su relación con la conducta sexual de riesgo en estudiantes de secundaria de los colegios mixtos José Sabogal (Lima) y Mariano Benin (Tingo María)". Tesis de licenciatura en Enfermería: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

REYES DÍAZ, Jorge

1989 "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el Hospital 2 de Mayo, 1987-1989". Tesis de bachiller en Medicina: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

ROJAS, Gustavo

1985 "Sífilis y otras manifestaciones en hombres homosexuales de Lima". Tesis de bachiller en Medicina: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

ROJAS OBLITAS, Milagritos

1996 "Relación entre conocimientos, conductas y presencia del VIH en usuarios del Programa de Sida". Tesis de licenciatura en Enfermería: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

ROSASCO, Ana María

1990 "Conocimientos y Actitudes sobre el Sida de trabajadores asistenciales en tres instituciones de salud". Tesis de bachiller en Humanidades con mención en Psicología: Pontificia Universidad Católica del Perú.

SOLARI ZERPA, Lely

1998 "Características epidemiológicas y clínicas de un grupo de mujeres infectadas con VIH en el Hospital Cayetano Heredia de 1989 a 1996". Tesis de licenciatura en Medicina: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

TRUJILLO, Luis

1995 "Prácticas sexuales y seroprevalencia de infección por VIH, HTLV-I y Sífilis en meretrices clandestinas de Lima". Tesis para optar el grado de Médico Cirujano: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Boletines

Boletín Asociación Vía Libre (1991-1996).

Boletín Contrásida. Procetss. No.1-8 (1997-1999).

Boletín Coprecos 1 (1995).

Boletín Coprecos Latinoamericano 1 (1995).

Diseminación informativa sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH/Sida.

Centro de Documentación Gonzalo Rey de Castro (Asociación Vía Libre), No.1-10, y Calandria, Vol.11, No. 1-11 (1997-2,000).

Boletín Red Sida Perú, No.1-3 (mayo 1998-enero 1999).

Periódicos

Lima:

El Comercio	(1986-1999)
El Nacional	(1987)
El Peruano	(1987-1990)
Expreso	(1995-1999)
Extra	(1986-1995)
Gestión Médica	(1996-2,000)
Hoy	(1986-1987)
La Crónica	(1986-1987)
La Razón	(1986-1987)
La República	(1984-1998)
Ojo	(1987-1998)

Chimbote:

El Faro	(1985)
La Industria	(1995-1999)

Trujillo:

La Industria	(1987-1994)
Satélite	(1985-1992)

Chiclayo:

La Industria	(1997)
--------------	--------

Piura:

El Correo	(1996-1997)
-----------	-------------

Revistas

Caretas (1987-2000)
 Oiga (1987)
 The Sunday New York Times (2001)