

## LA CONSTRUCCIÓ DE LA SIDA: DE LA "PESTA DELS GAIS" A LA MALALTIA DELS "ALTRES"<sup>1</sup>

**Jon Arrizabalaga**

Unitat d'Història de la Ciència, CSIC (Institució "Milà i Fontanals"), Egipcíaques, 15. 08001  
Barcelona

Paraules clau: *SIDA, construcció social de la malaltia, 1981-1995*

Constructing AIDS: From the "gay plague" to the disease of "the others"

*Abstract: This article focuses upon the process of construction of AIDS in Western modern medicine from 1981 to 1995. In dealing with each one of the four simultaneous or successive paradigms (namely AIDS as a syndrome, as a specific entity, as a global pandemic and as a chronic disease) in which this process has crystallized up till now, the close interaction between biological and social factors have been emphasized. Some preliminary sociocultural considerations have been provided in order to help the reader to adequately place this new disease right at the end of the twentieth century.*

Key words: *AIDS, social construction of disease, 1981-1995*

### Introducció

L'any 1981, coincidint amb l'inici de l'ofensiva neoconservadora que l'anomenada "Nova Dreta" ha impulsat a l'Occident desenvolupat durant més d'una dècada, va ser detectat, primer als EUA i poc després a diversos països europeus, un nou fenomen patològic que en el llenguatge mèdic especialitzat hom coneix avui per "Infecció pel Virus de la Immunodeficiència Humana (VIH)", "Síndrome d'Immunodeficiència Adquirida" o, simplement, SIDA. Per les peculiars característiques epidemiològiques i clíniques que té (contagiositat alta, transmissió sexual i sanguínia, ràpida difusió, símptomes molt diversos i severs, caràcter incurable i una taxa de letalitat elevada), la SIDA ha ressuscitat pors que semblaven esvaïdes definitivament a l'Occident, si més no d'ençà de la pandèmia gripal de 1917-18, i assetja, des de fa una dècada, les organitzacions sanitàries internacionals i els serveis de salut de tot el món. El 31 de desembre de 1994 l'Organització Mundial de la Salut (OMS) registrava a nivell mundial, des de l'inici de la pandèmia, un total de 1.025.000

<sup>1</sup> Traducció catalana d'Elena Orriols.

casos de SIDA declarats (amb un increment d'un 20% respecte a l'any anterior), 4,5 milions de casos estimats i uns 19,5 milions d'infectats estimats, dels quals 1,5 milions són infants i 18 milions són adults (13-15 milions vivents) (WHO/OMS, 1995). Pel que fa a Espanya, segons dades acumulatives fins al 31 de març de 1995, proporcionades pel *Registro Nacional de Sida*, el nombre de casos de SIDA declarats era de 31.221, dels quals un 64,5% corresponen a usuaris heterossexuals de drogues intravenoses, un 14,6% a homes amb pràctiques homosexuals i bisexuals, un 8,8% a persones amb pràctiques heterossexuals i un 1,6% a nens i nenes infectats congènitament. Més de la meitat dels malalts declarats ha finat. La SIDA s'ha convertit en la primera causa de mort dels espanyols d'edat compresa entre 25 i 34 anys, superant els accidents de trànsit. Finalment, pel que fa a Catalunya, segons dades acumulatives fins al 30 de juny de 1995, proporcionades pel "Programa per a la Prevenció i Assistència de la Sida" de la Generalitat de Catalunya, el nombre de casos de SIDA declarats era de 7.685, dels quals un 57,5% corresponen a usuaris heterossexuals de drogues intravenoses, un 21,4% a homes amb pràctiques homosexuals i bisexuals, un 10,5% a persones amb pràctiques heterossexuals i un 1,8% a nens i nenes infectats congènitament. El 58% dels malalts declarats ha finat.

Exposaré aquí, a grans trets, el procés de construcció de la SIDA en el si de la medicina occidental contemporània durant els catorze anys que han transcorregut des del 1981 fins a l'hora actual. En presentar cadascun dels quatre principals paradigmes simultanis o successius en què la conceptualització d'aquest nou fenomen patològic ha cristal·litzat fins ara (síndrome, entitat específica, pandèmia mundial i malaltia crònica), he procurat destacar l'estreta imbricació existent entre els factors biològics i els socials. Facilitaré prèviament unes mínimes coordenades socioculturals relatives al context general de la pandèmia, amb la finalitat d'ajudar el lector a situar més adequadament aquesta nova malaltia de les acaballes del segle XX.

#### Una nova malaltia de les acaballes del segle XX

Com ha assenyalat Mirko Grmek, la SIDA és una malaltia nova i específica del món de les acaballes del segle XX, no solament per raó de les condicions biològiques i socials específiques que n'han possibilitat la irrupció, sinó també perquè la seva conceptualització nosològica és inimaginable fora del marc de la medicina occidental dels nostres dies. Vegem succintament aquests dos aspectes.

Una pandèmia de les característiques de la SIDA no sembla factible "abans de la barreja actual de poblacions, abans de la liberalització dels costums i sobretot abans que els avenços de la medicina moderna permetessin controlar la major part de les malalties infeccioses greus i introduïssin les tècniques d'injecció intravenosa i de transfusió de sang" (Grmek, 1990: 187-8). Per explicar-ne la irrupció, Grmek torna al seu vell concepte de "patocenosi" (*pathocénose*): l'eradicació d'una o de varies de les malalties infeccioses que defineixen el perfil epidemiològic d'una població determinada comporta la ruptura de l'equilibri ecològic establert entre els gèrmens presents en una població i obre el camí al sorgiment de noves malalties en "promocionar" la patogenicitat d'altres gèrmens fins aleshores silenciosos en l'ecosistema (Grmek, 1969).

D'altra banda, un estat patològic del caire de la SIDA no podria ni tan sols ser pensat com una malaltia específica abans de l'elaboració d'instruments conceptuals i tecnològics de collita molt recent en les ciències de la salut i de la vida (Grmek, 1990: 186-7). En efecte, des de 1983 sabem que la SIDA és causada pel VIH, un virus que pertany a un grup la patogenicitat del qual en l'espècie humana només es va poder demostrar a partir de 1978. La contaminació pel VIH és usualment seguida d'una fase silenciosa de la infecció que dura un període mitjà de deu anys. Només a partir d'aleshores comencen a aparèixer, com a mostra del deteriorament progressiu del sistema immunitari, els signes biològics i clínics propis de la malaltia. Aquests darrers poden incloure prop d'una trentena de malalties específiques, majoritàriament càncers infreqüents i infeccions oportunistes, és a dir, infeccions provocades per microbis ben tolerats habitualment per l'organisme i que només esdevenen patògens quan minven les defenses. Tal com Grmek (1990: 187) bé recorda, "aquestes infeccions oportunistes són l'única realitat que podia ser observada i conceptualitzada pels metges fa tan sols una vintena d'anys". No cal insistir en la distància conceptual existent entre aquest model de malaltia i el model d'"espècie morbosa" que configurat en el si de la medicina occidental al llarg del segle XIX i començament del XX: "manera d'emmalaltir caracteritzada per unes lesions, unes disfuncions, unes causes, un mecanisme patogènic i un *cursus morbi* específics, és a dir, peculiars i d'una aparició constant en tots els malalts que en pateixen" (López Piñero, García Ballester, 1972: 89). D'aquí ve que hom hagi definit la SIDA com una malaltia "disfressada", és a dir, que es fa aparent a través d'altres malalties, com una "metamalaltia" d'una "decodificació" molt laboriosa i, fins i tot, com "la primera de les plagues postmodernes" (Pressman, 1991: 58).

Es poden encara assenyalat, però, dos elements nous més característics de la SIDA. D'una banda, cal subratllar que la SIDA és la primera pandèmia que colpeja amb força l'anomenat "Primer Món", és a dir, la població dels EUA i Europa, d'ençà de la grip de 1917-1918. Només si hom té en compte aquest fet es pot comprendre plenament la contundent resposta que, amb totes les contradiccions que hom vulgui, han donat al problema els governs i moviments ciutadans dels països desenvolupats, i les organitzacions sanitàries internacionals.

El cas de la malària constitueix un esplèndid contraexemple del doble vessant que regeix l'ordre de les prioritats sanitàries mundials. Amb els més de 5 milions de casos declarats, que en realitat es poden ser multiplicats per 4-5 vegades (la qual cosa significaria que hi ha entre 21 i 26 milions de casos reals), i les 1,5-2,7 milions de morts per any (la major part a l'Àfrica, i un milió acaparat per infants menors de 5 anys) dins d'un total de població sotmesa a un risc de gairebé 2.300 milions (42% de la població humana) —totes les dades segons les estadístiques de l'OMS per a 1992—, la malària continua sent un dels primers problemes socio-sanitaris de la humanitat (WHO/OMS, 1994). Només el fet que aquesta plaga es restringeixi als països de l'anomenat Tercer Món, permet explicar la quantia desproporcionadament baixa de recursos humans i materials que l'OMS dedica anualment als programes de lluita contra la malària en comparació amb allò que inverteix en d'altres problemes sanitaris d'una entitat molt més minsa. L'abandó és particularment greu a l'Àfrica tropical on s'acumula una població sotmesa, al risc de contreure la malària, de 500 milions —el 9% del total de la població mundial— i on pràcticament tot està per fer en aquesta qüestió. Una mera constatació, al cap i a la fi, del fet que el "valor de canvi en el mercat" de la pell dels desposseïts del Tercer Món, particularment de l'Àfrica Negra, és infinitament menor que

el dels habitants del Primer Món, amb l'aggravant addicional que aquest "valor" experimenta una devaluació galopant en l'economia mundial d'ençà de la darrereria dels anys 70.

D'altra banda, cal destacar també que l'inesperat i espectacular esclat de la SIDA va tenir lloc en l'ambient d'exultant optimisme sanitari que des de darreries dels anys 70 irradiava la comunitat internacional, on va caure com un galleda d'aigua freda. El 1977 l'OMS declarava oficialment extingida la verola al món. El 1978, en la Declaració d'Alma Ata, l'OMS proclamava l'atenció primària de salut com a camí per a assolir la "Salut per a Tothom a l'Any 2000" (Morley, Rohde, Williams, 1983). Aquell mateix any, amb la identificació i aïllament del primer retrovirus humà patògen (Gallo, 1991: 99-115) s'obria un futur prometedor per a les investigacions relatives al càncer, les anomenades "infeccions per virus lents" i una sèrie d'enigmàtiques malalties (per exemple, l'esclerosi múltiple i el conjunt de les classificades dins del calaix de sastre de les anomenades "malalties autoimmunes"). Durant un curt lapse va semblar que la humanitat tenia a l'abast de la mà la utopia d'aconseguir una victòria definitiva sobre les malalties infeccioses. És tanmateix irònic que hagi estat precisament un retrovirus el responsable de la pandèmia que, al cap de poc temps, esvairia aquella eufòria sanitària. La SIDA, goso afirmar, ha fet palès de manera dramàtica que hi ha alguna cosa d'essencialment incorrecta pel que fa a la manera de procedir de la supertecnificada medicina occidental en front a les grans plagues epidèmiques de la humanitat. Sens dubte, l'ecologia mèdica ja apunta moltes de les claus per tal de solucionar els nous reptes, i conceptes com ara el de "patocenosi" poden il·luminar la gènesi de la SIDA i d'altres malalties infeccioses noves que sens dubte continuaran colpejant la humanitat.

#### La SIDA (1981-1995): quatre paradigmes

D'acord amb la definició europea actual d'un cas de SIDA (1993), que revisa la nova definició donada l'any 1992 pels serveis federals nord-americans de vigilància epidemiològica, els *Centers for Disease Control (CDC)* d'Atlanta, un individu està infectat pel VIH quan, a més de ser seropositiu, pateix una o varies de les 28 malalties considerades com a indicatives de SIDA. Aquestes malalties són, gairebé totes, infeccions oportunistes i càncers infreqüents, havent estat la tuberculosi, la pneumònia bacteriana recurrent i el càncer invasiu de coll d'úter les tres que s'han inclòs a la llista més recentment.

El caràcter formalment científic d'aquesta definició no ens pot fer ignorar que existeix rera seu un procés de negociació social de la SIDA, que és ben lluny d'estar clos. En aquest procés complex i dinàmic que, en un grau major o menor, és aplicable a qualsevol altra malaltia humana, hi conflueixen, juntament amb arguments derivats de la racionalitat científica, nombrosos interessos de caràcter múltiple (econòmics, polítics, religiosos i científics, entre d'altres), propis dels diferents agents socials implicats en el problema: responsables sanitaris dels governs i de l'OMS; companyies farmacèutiques multinacionals; grups de recerca, institucions privades o públiques, confessionals o laiques, d'assistència als malalts i als seus acostats; moviments ciutadans de sensibilització social i suport als malalts; organitzacions no governamentals, etc.

No ens poden sorprendre, doncs, de cap manera, les profundes transformacions que el concepte de SIDA ha experimentat des que hi van haver les primeres veus d'alarma a

l'entorn d'aquesta malaltia el juny de 1981 fins a l'actualitat. Ara examinarem les transformacions a partir dels quatre principals paradigmes (síndrome, entitat específica, pandèmia mundial i malaltia crònica), que compendien la conceptualització de la SIDA durant els catorze anys transcorreguts.

#### La SIDA com a "síndrome"

La conceptualització de la SIDA com a síndrome cobreix el període comprès entre juny de 1981, data de publicació de la primera veu d'alarma sobre el nou fenomen patològic, i maig de 1983, quan en va ser aïllat el germen causal. La construcció d'aquest primer paradigma va tenir lloc de manera predominant als EUA. Durant aquests dos anys, epidemiòlegs i clínics nord-americans van detectar i caracteritzar la nova malaltia basant-se en criteris estrictament epidemiològics, la qual cosa els va portar a identificar "grups de risc elevat" i a oferir suggestius models i similis (Oppenheimer, 1992: 52-63).

Des de mitjan 1981 el *Morbidity and Mortality Weekly Report*, butlletí epidemiològic setmanal dels *CDC* d'Atlanta, va anunciar de manera reiterada un increment sobtat i gairebé simultani, a Nova York i Califòrnia, en la incidència, des d'uns quants mesos enrera, de dues malalties molt inusuals i pròpies d'individus amb sistemes immunitaris defectuosos (lactants) o severament deprimits (gent gran o pacients subjectes a teràpia immunosupressora): la pneumònia per *Pneumocystis carinii* o pneumocistosi, i el sarcoma de Kaposi. Epidemiòlegs i clínics se sentien també sorpresos perquè totes dues malalties havien aparegut en un grup social inesperat, el dels homes homosexuals (Grmek, 1990: 23-37).

La primera notícia (juny de 1981) deia que des d'octubre de 1980 havien aparegut a Los Angeles cinc casos de pneumocistosi en homes joves (29-36), homosexuals prèviament sans, el sistema immunitari dels quals apareixia severament deprimat en les anàlisis (CDC, 1981a). Un mes més tard, el butlletí dels *CDC* feia referència a un sobtat increment en la incidència del sarcoma de Kaposi, esdevingut durant els trenta mesos anteriors: 26 homes joves (26-51 anys) i de condició homosexual, de les ciutats de Nova York i San Francisco. Diversos individus d'aquest grup presentaven també pneumocistosi i, alguns, fins i tot altres infeccions oportunistes (infecció per citomegalovirus, toxoplasmosi cerebral, candidiasi extensiva, meningitis criptocòcica i infecció per herpes simple) (CDC, 1981b).

En el cas de Los Angeles els mateixos metges que van atendre aquests pacients van alertar els *CDC* sobre l'estranyesa dels casos vistos. A Nova York, en canvi, només els serveis federals de vigilància epidemiològica es percataren en un primer moment de les veritables dimensions del problema, per raó que el total de pacients atesos es va repartir entre un nombre molt més gran d'hospitals universitaris. En aquest segon cas, el detonador de l'alarma epidemiològica fou l'augment de la demanda d'un medicament (la pentamidina) que l'Estat distribuïa al marge dels canals comercials i que només era administrat en casos, molt rars, de resistència del paràsit responsable de la pneumocistosi als antibiòtics convencionals (tan sols dues vegades en el període 1967-1979). A l'abril del 1981, una tècnica responsable de les ordenances per als medicaments d'ús gens habitual va informar el director del servei de malalties parasitàries, de 9 peticions vingudes de Nova York des

de febrer, alhora que es feia ressò davant d'aquest dels rumors sobre la presència inhabitual d'uns certs sarcomes rars en aquella ciutat.

Els mesos següents el butlletí epidemiològic dels *CDC* va continuar publicant notícies de nous casos de pneumocistosi i altres infeccions oportunistes, de sarcoma de Kaposi i d'un limfoma de tipus no-Hodgkinià. La presència d'altres grups socials (homes no homosexuals i dones) en aquests casos, no va pas impedir que el nou problema patològic es continués associant, amb una insistència creixent, a l'homosexualitat masculina (Grmek, 1990: 39-49).

L'actitud ambigua, si no obertament homòfoba, dels experts va contribuir a l'estigmatització dels homosexuals en tan que grup social que era presentat com a font i nínxol del nou i desconegut fenomen patològic. La pràctica totalitat dels noms que foren emprats per a designar-la relacionaven de manera expressa la malaltia amb l'homosexualitat masculina (*gay cancer, gay pneumonie, gay plague, Gay-Related Immune Deficiency, Gay Compromise Syndrome*).

Es estudis epidemiològics se centraren en el grup de malalts homosexuals. Les hipòtesis de treball dominants relacionaven el nou mal amb l'"estil de vida" (Oppenheimer, 1992: 56-9). Es van fer diverses investigacions per tal de detectar els factors de risc. Tot i que també eren ponderades altres variables (assistència a cases de banys, història prèvia de sífilis, consum de *cannabis* i opiàcs, exposició a excrements durant la relació sexual), hom insistí de manera particular en dos factors: la inhalació d'estimulants sexuals com ara els *poppers* (=nitrit d'amil, de butil i d'isobutil, entre d'altres) i la pràctica de relacions sexuals amb un nombre elevat de *partenaires*.

Per explicar l'origen del nou mal, hi havia epidemiòlegs que postulaven un model causal multifactorial, segons el qual una malaltia viral de transmissió sexual (possiblement per citomegalovirus) juntament amb drogues estimulants sexuals com ara els *poppers* provocava una depressió de la immunitat en homes genèticament predisposats. D'altres relacionaven la malaltia amb la "promiscuïtat" homosexual (convé remarcar que el terme no solament defineix una conducta, sinó que la qualifica moralment), cosa que sovint els duia a formular hipòtesis d'un pintoresquisme innegable. Així, per exemple, n'hi havia que relacionaven la malaltia amb una mena de *surmenage* immunològic derivat d'una vida sexual molt intensa; d'altres la consideraven l'efecte d'una suposada "sobrecàrrega antigènica" del recte del receptor d'esperma, amb les reaccions immunològiques consegüents; i un tercer grup insistia en la condició d'immunosupressor natural pròpia de l'esperma.

El novembre de 1981 hi havia als EUA 159 casos declarats i 21 més de sospitosos. Abans que s'acabés l'any, hom havia pogut constatar que tots els malalts presentaven un descens important dels limfòcits que sempre afectava una subpoblació específica (els limfòcits T4). També llavors, els experts dels *CDC* van treure la conclusió que es devia tractar d'un agent causal infecció transmès per via sexual, però encara en mancaven proves irrefutables.

A començament de 1982 el nombre de casos superava els 200 i el problema havia ultrapassat les aparents barreres imposades per la geografia (s'havien detectat nous casos a 15 estats diferents, a partir de les tres fonts inicials de Los Angeles, Nova York i San Francisco), la conducta sexual (s'havia incrementat el nombre de malalts heterosexuals, entre els quals hi havia heroïnòmans i immigrants haitians) i el gènere (entre els usuaris de drogues intravenoses malalts hi havia una dona) (Grmek, 1990: 67-85; Oppenheimer, 1992:

59-63). Fou aleshores que hom va sentir les primeres veus apuntant que el desconegut agent causal podia ser un virus que es propagava d'acord amb un patró epidemiològic similar al de l'hepatitis B. La prova definitiva confirmatòria d'aquesta hipòtesi va arribar quan, a l'estiu de 1982, van ser detectats els primers hemofilics infectats a través dels productes sanguinis filtrats que havien d'emprar per tractar llur malaltia. Per aquella mateixa època, les investigacions dels *CDC* d'Atlanta, els *National Institutes of Health* (NIH) de Bethesda (EUA), l'Institut Pasteur de París i l'OMS van permetre localitzar els caps de pont de la nova malaltia a tots els continents.

Fou aleshores que el nou fenomen patològic va començar a ser conegut per l'expressió *Acquired Immune Deficiency* (i, finalment, *Immunodeficiency Syndrome* (*AIDS*), que el butlletí epidemiològic dels *CDC* utilitzà a partir de setembre de 1982. Els *CDC* definien llavors un cas d'*AIDS* (SIDA a la majoria de llengües llatines) com "una malaltia almenys moderadament predictiva d'un defecte de la immunitat cel·lular, que incideix en una persona sense que hi hagi una causa coneguda per a presentar una disminució de la resistència a aquella malaltia" (CDC, 1982). El conjunt de casos descrits era dividit en cinc grups: 1) homes homosexuals o bisexuals (75%); usuaris de drogues per via intravenosa sense història d'activitat homosexual masculina (13%); haitians sense història d'homosexualitat ni de consum de drogues intravenoses (6%); persones amb hemofília A que no eren ni haitians, ni homosexuals, ni usuaris de drogues intravenoses (0,3%); i d'altres no inclosos en cap dels grups anteriors (5%).

La nova malaltia quedava, doncs, conceptualitzada com a un "síndrome", és a dir un quadre clínic amb unes causes i mecanismes patogènics que no es podien prejutjar. Hom deixava de banda la hipòtesi de l'"estil de vida" i es començava a parlar de "grups de risc". Tot i que els epidemiòlegs encara no havien aconseguit detectar un agent transmissor per a la SIDA, el fet d'adoptar el model de l'hepatitis B va servir de base per introduir mesures de salut pública, com ara són les encaminades a evitar contactes sexuals amb persones sospitoses o malaltes de SIDA així com llurs donacions de sang o plasma, i recomanar les autotransfusions. A la darrereria de 1982 la premsa popular dels EUA s'ocupava de la nova malaltia, presentant-la com una plaga selectiva que afectava "els altres" (a Europa l'inici de l'alarma es retardà fins a l'estiu de 1983). Era anomenada la "malaltia de les 4 H" (homosexuals, heroïnòmans, haitians i hemofilics). Alguns n'hi afegien encara una altra: *hookers* (prostitutes).

Més emfàticament, el març de 1983 el butlletí dels *CDC* qualificava aquests grups com "de risc elevat", és a dir, "grups els membres dels quals tenien un risc més gran d'infectar-se i d'infectar-ne d'altres, transportant un microbi que és capaç de ser transmès mitjançant tràfic sexual i donacions de sang". Encara que l'òrgan subratllava que a cada grup hi havia "moltes persones que probablement tenen poc risc de contreure la SIDA", el cert és que per al conjunt de la població, per als mitjans de comunicació i fins i tot per als científics, la inclusió dins d'un dels grups de risc significava, mancant l'aïllament de l'agent causal, l'assignació de l'estatus de portador i, consegüentment, de contaminador potencial. A més, l'adopció per a la SIDA del model epidemiològic d'una malaltia tan extremadament contagiosa com ara l'hepatitis B va reforçar la idea que la SIDA es podia transmetre àdhuc de manera casual. Finalment, la creació del concepte de "grups de risc elevat" reforçà la relació entre la malaltia i grups socials marginals (Oppenheimer, 1992: 61-2).

### La SIDA com a malaltia específica

Un segon paradigma que va redefinir la SIDA com a una malaltia específica substituï de manera gradual l'anterior a partir de març de 1983. Si l'epidemiologia havia formulat el context social i la morfologia de la SIDA com a síndrome, el protagonisme en aquesta redefinició va correspondre a la investigació biològica bàsica. Viròlegs, immunòlegs i canceròlegs caracteritzaren llavors la SIDA com un conjunt de problemes biomèdics obert a una resolució bioquímica en forma de fàrmacs i vacunes (Oppenheimer, 1992: 63-8).

El maig de 1983 l'equip de viròlegs de l'Institut Pasteur de París dirigit pel professor Luc Montagnier aconseguí d'aïllar un virus que d'aleshores ençà és considerat l'agent causal de la SIDA: l'anomenat "Virus de la Immunodeficiència Humana" (VIH). Un any més tard (maig de 1984) va assolir aquest mateix objectiu l'equip de canceròlegs del *National Cancer Institute* de Bethesda (EUA), dirigit pel professor Robert Gallo. Com ha afirmat expressivament Grmek, es tractava d'un germen "diabòlic, maligne en tots els sentits del terme, que comença alterant les defenses immunitàries de l'organisme, després en desorganitza la policia interna, en acabat pertorba de retop les relacions sexuals i, finalment, les relacions socials d'una manera inèdita, més subtil i més insidiosa que la lepra medieval, la sífilis del Renaixement o la tuberculosi del començament de la civilització de les màquines" (Grmek, 1990: 19).

La detecció i aïllament del VIH per l'equip del professor Montagnier en 1983, foren presentats inicialment, a la comunitat científica internacional i als mitjans de comunicació de masses, com un exemple més de "descobriment simultani" entre dos equips investigadors (en aquest cas, el francès de Montagnier i el nord-americà de Gallo). Tanmateix, ha constituït fins als anys noranta la font d'una agra controvèrsia entre aquests dos professors per la paternitat del descobriment del VIH. La resolució definitiva només ha arribat després del reconeixement científic internacional unànime el 1992, de la primacia de Montagnier en aquest descobriment, i l'acord financer entre l'Institut Pasteur i els NIH pel que fa al repartiment dels drets de patent sobre el VIH el juliol de 1994. L'*affaire* Gallo-Montagnier no solament ha revelat l'existència d'uns poderosos interessos econòmics en joc i el desig de glòria dels seus protagonistes. Com ja ho ha assenyalat Bernard Seytre, ha estat també el resultat d'una peculiar traducció mediàtica, marcadament personalista, de les controvèrsies franco-americanes a l'entorn de les investigacions sobre el VIH (Seytre, 1993).

Un cop aïllat el retrovirus suposadament causant de la SIDA, l'abril de 1984 es considerava provada definitivament la relació causa-efecte entre el germen i la malaltia. La SIDA es convertia, doncs, en un estat patològic específic degut a la infecció pel virus VIH, així com la tuberculosi és causada pel bacil de Koch o la sífilis venèria pel *Treponema pallidum*. Conseqüentment, l'expressió AIDS/SIDA per la qual era coneguda la fins aleshores síndrome, perdia la condició d'acrònim i es transformava en el nom d'una nova malaltia específica, si bé la aids/sida, la paraula encunyada, més consistent amb la nova situació, ha estat poc prodigada fins a l'hora actual.

La demostració definitiva de la condició infecciosa de la SIDA va obrir el camí d'investigar-ne les vies de contagi (sang, semen i fluid vaginal) i al desenvolupament de proves serològiques per a detectar anticossos contra el VIH. Hom va poder disposar dels tests diagnòstics de rutina a partir de juliol de 1985; a Espanya, des de l'octubre d'aquell any. A partir de 1986 es començà a emprar l'AZT, el primer medicament que aparentment

frenava la multiplicació del virus i perllongava el temps de la supervivència dels malalts. A més, entre la tardor de 1985 i la primavera de 1986, fou descobert a l'Àfrica Occidental subsahariana un segon virus de la SIDA, que fou denominat VIH-2, alhora que el primer era rebatejat VIH-1.

La redefinició de la SIDA com a malaltia causada per un microorganisme específic significà —com ja s'havia esdevingut a darreries del segle XIX i començament del XX després de la formulació de la teoria bacteriològica de les malalties infeccioses— la desvitalització de la tesi que la considerava com a malaltia social, conductual i multifactorial i, consegüentment, un considerable descens de l'interès pels estudis epidemiològics sobre la SIDA.

Això no obstant, la redefinició estrictament biològica de la SIDA tingué, paradoxalment, algunes implicacions socials positives. En efecte, va contribuir a una certa desestigmatització social de la malaltia, que quedava així convertida en diana d'una croada purament sanitària, com ja antriorment ho havia estat la pòlio i ho és el càncer de manera permanent. La disponibilitat de proves serològiques fiables per a detectar anticossos contra la SIDA (el test de detecció *ELISA* i el test de confirmació *Western Blot*, principalment), que es començaren a comercialitzar l'any 1985, a més de reforçar la vigència de la nova orientació en l'estudi de la malaltia, va originar que hom posés en dubte l'anterior concepte de "grups de risc elevat" que havia jugat un autèntic paper estigmatitzador dels grups socials implicats. Els tests biològics permetien no solament determinar quins membres d'aquells grups estaven realment infectats, sinó també detectar els casos d'infecció per VIH que no en formaven part. En conseqüència, el concepte de "grup de risc elevat" va ser reemplaçat de manera gradual pel de "activitats de risc elevat". Ara bé, aquest canvi conceptual només fou socialment operatiu quan el conjunt de la població heterosexual activa fou presentat com exposat també al risc de contreure la malaltia (Oppenheimer, 1992: 63-4).

Pel que fa a la resta, l'epidemiologia, en el nou paper subsidiari de la investigació biològica bàsica, va contribuir al coneixement de la història natural i transmissió de la infecció per VIH, subministrant proves addicionals sobre la hipòtesi viral, establint els factors de risc en aquesta infecció i altres variables susceptibles d'intervenció clínica o social, a la vegada que recaptava informació en àrees allunyades de l'abast de la microbiologia i les seves tècniques. Dues raons principals li permeteren de jugar aquest paper: la primera, la incapacitat dels investigadors dedicats a la recerca bàsica per tal de trobar models animals adequats per estudiar la conducta humana; la segona, la capacitat tècnica dels epidemiòlegs per superar les limitacions ètiques que planteja l'experimentació humana, mitjançant l'estudi dels patrons de malaltia que s'esdevenen en poblacions concretes (Oppenheimer, 1992: 64-8).

### La SIDA com a pandèmia mundial

Només el pas del temps ha permès calibrar les veritables dimensions de la SIDA com a problema sanitari a escala planetària. A hores d'ara sabem que la SIDA constitueix una pandèmia mundial que, fins avui dia, ha progressat per tot el món a través de tres onades epidèmiques diferents en l'espai i en el temps. La primera es va desenvolupar a darreries dels anys setanta als països del Primer Món i tingué com a vies de transmissió principals les relacions homo i bisexuals i la utilització de drogues intravenoses. La segona

ha transcorregut a l'Àfrica subsahariana a partir de 1982, i la principal via de transmissió han estat les relacions homosexuals. La tercera es desenvolupa des de mitjan anys vuitanta a l'Àsia, l'Europa Central i l'Orient Mitjà, i és el Sud-est asiàtic la regió on l'embranzida pren la seva tonalitat més espectacular. Però tampoc hom no pot menystenir noves onades epidèmiques els anys vinents, atès que la pandèmia de SIDA es troba encara en una fase ascendent (Montagnier, 1995: 106-8).

Ara bé, des de molt aviat els responsables sanitaris de tot el món començaren a sospitar que aquesta malaltia podia tenir dimensions planetàries. En efecte, als clínics i epidemiòlegs de París i Brussel·les no els va passar inadvertida la presència, entre els nombrosos casos de SIDA que van diagnosticar al llarg de 1981 i 1982, d'uns quants pacients africans de raça negra (majoritàriament individus de condició benestant que acudien a hospitals europeus cercant tractament), o bé individus de raça blanca que havien romàs un bon temps a l'Àfrica. Des de començament de l'any 1982, a més, als EUA s'havien detectat nombrosos casos de la nova síndrome en immigrants haitians de raça negra (6% total de malalts dels EUA a l'estiu d'aquell any) que, com ja ha estat comentat, passaren immediatament a convertir-se en "grup de risc" (Grmek, 1990: 61-65, 71-74).

A l'estiu de 1982, les autoritats sanitàries dels EUA van declarar oficialment els immigrants haitians com a "grup de risc" en relació a la SIDA. Aquesta declaració no solament implicava l'estigmatització de tots els ciutadans d'aquest país del Carib com a portadors potencials de la nova malaltia, sinó que els permetia posar-ne alguns sota la sospita de ser-ne els importadors i, per tant, la veritable font de l'epidèmia als EUA (Grmek, 1990: 71-74). Havien trobat un "cap de turc" perfecte, per a projectar l'angoixa de tot el cos social nord-americà davant l'amenaça del nou i desconegut flagell:

"Els americans acusaven doncs els haitians, notablement els immigrants il·legals, d'importar la nova pesta d'un país en condicions higièniques desastroses a un país net i ben vigilat. Actitud conforme a les ensenyances de l'epidemiologia tradicional, però que en aquest cas concret es convertia en un greu prejudici científic i moral. S'especulava més i més sobre la misèria incubadora de gèrmens, sobre les aigües brutes i els paràsits externs i intestinals, sobre l'alcoholisme dels haitians, sobre el consum que fan de la marihuana i tota mena d'altres privacions o deprivacions. S'arribava fins i tot a afirmar que l'origen de la SIDA, o si més no la seva transmissió podia ser explicada per les pràctiques sagnonnts del vudú" (Grmek, 1990: 73).

A començament de 1983, els metges del Grup de Treball francès encapçalats per Jacques Leibowitch van presentar a Boston i Nova York la hipòtesi que l'aleshores encara "síndrome d'immunodeficiència adquirida" s'havia originat a l'Àfrica. Durant els anys 1983-1984, fou descobert un nínxol epidèmic de la malaltia al cor de l'Àfrica Equatorial, amb centre a Ruanda i l'oest del Zaire, i difusió cap a Congo-Brazaville, Burundi, Uganda, Tanzània, Rep. Centrafricana, l'oest de Kènia, Zàmbia, Malawi i Nigèria. Finalment, el seguiment de la presència del virus VIH-1 als diferents continents va permetre que fos descobert, entre la tardor de 1985 i la primavera de 1986, a través d'una acció conjunta de tres institucions franceses (el CNRS, el INSERM i l'Institut Pasteur), un segon retrovirus

(VIH-2) igualment causant de SIDA, el nínxol epidemiològic del qual es localitzava a l'Àfrica Occidental subsahariana (Grmek, 1990: 144-7, 281-96).

D'ençà de la hipòtesi de Leibowitch formulada l'any 1983, molts científics i una gran part dels metges de comunicació de masses nord-americans i de la resta del món desenvolupat han proposat diverses teories que tenen per denominador comú que el virus VIH tingué l'origen a l'Àfrica, des d'on es va estendre a Europa i, a través del Carib, als EUA. Molts postuladors d'aquestes teories, entre ells el mateix Robert Gallo, han propugnat que el virus va començar afectant determinats micos africans, particularment el mico verd, que té com a hàbitat una gran part de l'Àfrica Equatorial (Hunt, 1989ab).

Ni la hipòtesi de l'origen africà de la SIDA, ni la de l'origen animal del VIH hom no les ha pogudes verificar fins ara (maig de 1995). En la seva monografia més recent sobre la SIDA, Montagnier, després d'alertar contra lectures xenòfobes d'aquest problema científic, formula nombroses hipòtesis i conjectures sobre ambdues qüestions, però conclou limitant-se a afirmar que, sense cap mena de dubte, el virus de la SIDA "era present en l'home des de fa molt temps a l'Àfrica i probablement a altres indrets" (Montagnier, 1995: 94-7). Tanmateix, aquesta hipòtesi "interessada" continua exercint una profunda influència en la percepció dominant d'aquesta malaltia en el món desenvolupat; i, com subratlla Grmek, ha contribuït al reforçament de la idea que la SIDA és una malaltia "estrangera" que ha irromput "en un món ordenat a partir de països subdesenvolupats i mitjançant subgrups marginals i moralment repressibles", ampliant l'impacte que el "descobriments" dels immigrants haitians com a "grup de risc" havia provocat inicialment als EUA (Grmek, 1990: 23; Chirumuuta R.C. i R.J., 1987; Sabatier, 1988).

A la vegada, la percepció racista ha suscitat una agra reacció d'ira i frustració en els països africans acusats de constituir l'origen de la pandèmia. Parlem d'uns països que, absolutament desbordats per la magnitud dels problemes sanitaris, demogràfics i econòmics que la malaltia els planteja i no tenint prou suport del món desenvolupat per afrontar-los, han optat per ignorar-la, per negar la presència de la SIDA en llurs territoris, i fins i tot per bloquejar les investigacions epidemiològiques o ocultar-ne els resultats a les institucions i conferències sanitàries internacionals (Hunt, 1989b: 168-9).

En un altre ordre de coses, la presència de la SIDA a l'Àfrica i, en general, al món subdesenvolupat ha ajudat, si no a comprendre, al menys a intuir la complexitat d'aquest i d'altres fenòmens epidemiològics (Hunt, 1989ab; Montagnier, 1995: 100-8). En efecte, ja d'ençà de la hipòtesi formulada l'any 1983 per Leibowitch hom feia el suggeriment de l'existència de formes clíniques i epidemiològiques singulars per a la SIDA a l'Àfrica i a l'Occident desenvolupat (Europa i EUA). Com ja és prou sabut, a l'Àfrica la *ratio* de seropositius al VIH segons el sexe (homes/dones) era d'1:1 en l'inici de la pandèmia. Ara bé, la *ratio* actual en alguns països ha atès el nivell d'1:6, en infectar-se des de fa anys les dones en un nombre més elevat que els homes. Al Primer Món la situació de partença era diametralment oposada (*ratio* inicial 16:1), però el nombre de dones infectades també creix actualment amb més rapidesa que el d'homes (a Espanya la *ratio* el mes de setembre de 1994 vorejava el 4:1).

Hi ha igualment una disparitat pel que fa als factors de risc involucrats en un cas i en l'altre, atès que a l'Àfrica ni les relacions homosexuals masculines ni el consum de drogues intravenoses no són mitjans de transmissió epidemiològicament rellevants. Ans al contrari, són els homosexuals actius qui presenten la incidència més elevada i, en el cas de

les dones, la SIDA incideix molt més entre les prostitutes que no pas en les altres. D'altra banda, el fet que a l'Àfrica la incidència de dones infectades pel VIH sigui més gran fa que hi hagi una taxa elevada de SIDA infantil.

Finalment, també varia el perfil dels càncers i infeccions oportunistes més freqüents en la SIDA de l'Àfrica i del Primer Món: mentre que en els malalts europeus i nord-americans predominen el sarcoma de Kaposi, la toxoplasmosi cerebral i la pneumocistosi, en els malalts africans preponderen les afeccions estomacals i digestives, les cutànies, la tuberculosi i la meningitis. Tot això va motivar que en dues conferències internacionals sobre la SIDA, una a Ginebra (16 abril) i una altra a Bangui (22-24 octubre), que l'OMS organitzà l'any 1985, fossin definits de manera independent els criteris de diagnòstic de la SIDA als països de grau elevat i de grau baix de desenvolupament tècnic, científic i sanitari, respectivament. Malgrat que ambdues definicions han estat ulteriorment revisades en diverses ocasions, continuen mantenint-se separades.

#### La SIDA com a malaltia crònica

Com han subratllat Elisabeth Fee i Nancy Krieger (1993: 469-477), a darreries dels anys 80 la SIDA va començar a ser reconceptualitzada als països de l'Occident desenvolupat com una malaltia crònica més, que havia de competir amb moltes d'altres per tal d'obtenir la seva "quota de participació" en els pressupostos sanitaris dels diferents estats. Van contribuir a la nova percepció de la malaltia, entre altres factors, l'absència de perspectives a curt termini d'una vacuna efectiva, l'evidència que una proporció gens menyspreable de persones infectades pel VIH romanien asintomàtiques al cap de deu anys de seropositivitat i, òbviament, també una certa habituació del cos social a conviure amb el nou flagell.

Sens dubte, la reconceptualització de la SIDA com a una malaltia crònica ha ajudat a oferir un horitzó més esperançador per a molts afectats i els seus acostats. Però també ha promogut una visió d'aquesta malaltia, la seva prevenció i el seu tractament extremadament individualista i que redueix la qüestió social a la mínima expressió. L'estratègia de lluita contra la SIDA consubstancial a aquest nou paradigma ha insistit més en l'adaptació de la persona malalta i el seu entorn a la "convivència" amb la malaltia, que no pas a prevenir l'exposició a l'agent causal o simplement a eliminar-lo. Les investigacions sobre la SIDA s'han decantat, consegüentment, cap a uns mecanismes patogènics, en detriment dels estudis sobre l'origen i els mecanismes de producció i reproducció de l'epidèmia, i per la recerca de remeis més eficaços, en detriment de les mesures que poden prevenir-ne la difusió en la població.

Les actuacions clíniques concordants amb aquesta nova estratègia refermen la idea que un règim de vida "ordenat" i una utilització adequada de fàrmacs constitueixen la garantia millor en el maneigament de la malaltia per part de les seves víctimes. A conseqüència d'això hi ha hagut una tendència a responsabilitzar (i, eventualment, culpabilitzar) en excés el pacient individual respecte al curs de la seva malaltia.

Òbviament, el nou paradigma no ha deixat gaire espai per a polítiques de salut pública ambicioses en l'àmbit social, tal com ara les adoptades durant el període de màxima alerta i mobilització social en front a la pandèmia de SIDA. El dispositiu desplegat de cara a afrontar la nova malaltia es caracteritza per una disminució marcada de l'interès cap a

d'altres implicacions que té més enllà d'aquelles que, habitualment, són enllestides en el context individual de la relació metge-malalt.

Aquesta reconceptualització de la SIDA ha incidit notablement en la situació de la malaltia a l'Occident desenvolupat dels anys noranta. En termes generals, contribueix a la progressiva circumscripció de la SIDA a àmbits socials marginals (homosexuals desposseïts, usuaris de drogues intravenoses, hemofílics, membres de minories ètniques i indigents en general i, no cal dir, encara més en els casos d'interseccions entre tots aquests grups), i a la seva conversió en un indicador fi de desigualtats socials cròniques, particularment al cor de les grans ciutats; una circumstància que es fa particularment patent a països com ara els EUA, on el cru neodarwinisme social imperant ha deixat molts infectats exclosos *a priori* de la nova àrea de cobertura de la lluita contra la SIDA, per raons econòmiques, socials o culturals. Per tal raó, no ens sorprèn que durant els últims anys, en confluència amb un descens de la preocupació social a l'entorn d'una eventual difusió epidèmica d'aquesta malaltia entre la població heterosexual —tot i la creixent incidència que hi té— s'hagi reforçat la consideració de la SIDA com a una malaltia "dels altres".

#### Conclusió

Des del 1981, que els EUA va escoltar per primera vegada els crits d'alarma sanitària a l'entorn d'un nou fenomen patològic, fins avui dia, la SIDA ha adquirit un paper d'actor i mitjancer social, articulant un conjunt de relacions socials en mutació constant, tot al llarg i ample del globus terraquí (Rosenberg, 1989: 4-5, 10). A mitjan 1995, la SIDA prossegueix el seu avanç imparable per tot l'orbe i —cal reconèixer-ho— la seva conceptualització no es pot donar encara per conclosa. No solament perquè ens manca un tractament adequat i una vacuna eficaç, sinó també perquè hi ha molts aspectes dels seus orígens, causes, mecanismes patogènics i epidemiologia que ens són encara desconeguts. El període en què la imatge científica de la SIDA es capgirava radicalment setmana rera setmana ha estat ultrapassat, però encara queda, previsiblement, molt camí per fer abans que no en sigui assolit el guariment i la total eradicació. I encara que sembli que han quedat enrera també les reaccions de pànic generalitzat dels primers moments, i la SIDA hagi perdut "visibilitat" en els mitjans de comunicació de masses des de darreries dels anys vuitanta, no ens podem enganyar: la SIDA hi és, inevitablement omnipresent, i una por sorda al nou flagell ha arrelat en el si de la societat civil d'un Occident desenvolupat que només feia una dècada mirava pletòric d'optimisme l'horitzó sanitari de l'any 2000.

Fee i Krieger (1993: 477-87) han apuntat la crisi del paradigma que contempla la SIDA com a una malaltia crònica, i han subratllat la necessitat d'un nou paradigma que reflecteixi millor els trets inèdits d'aquest flagell nou. Per a elles, la SIDA no és pas una pesta, ni una afecció crònica més, sinó una malaltia amb una història pròpia prou llarga i peculiar ja, per tal que pugui ser considerada un model nou de malaltia social. El nou paradigma que postulen contempla la SIDA, alhora, com una malaltia crònica de caràcter infeccios i, per tant, notablement transmissible, i com una pandèmia lenta i persistent, per raó de les seves característiques epidemiològiques i de la peculiar biologia del virus de la immunodeficiència humana (VIH).

Del fet que aquest paradigma o, eventualment, d'altres més satisfactoris es consolidin i articulin en les polítiques de salut dels diferents països i en la política de prevenció global preconitzada per l'OMS, dependrà en una gran mesura que la humanitat pugui fer front més eficaçment a la SIDA els anys vinents.

La discussió sobre el paper que correspon a cada terme de l'essencial binomi biologia-cultura en la gènesi i desenvolupament de les malalties humanes ha estat font d'aferrissades controvèrsies a l'Occident desenvolupat durant els darrers trenta anys. Fins a la primeria de la dècada dels vuitanta les interpretacions "relativistes", que en una major o menor mesura emfasitzaven el paper dels contextos socioculturals en la conceptualització de la malaltia, cobraren un pes creixent, encoratjades per una emergent contestació social i a l'empara del consens polític liberal-conservador que havia caracteritzat els governs occidentals, començant pels Estats Units i la Gran Bretanya, durant més de vint anys.

Però, a començament de la dècada passada el consens se'n va anar en orris amb l'arribada al poder d'una Nova Dreta, senyorejada pels governs de Reagan i Thatcher, que ha propugnat una nova ideologia conservadora, coherent i explícita, en resposta a la gran crisi econòmica i social dels setanta. El neodarwinisme social en què se sustenta la ideologia d'aquest nou conservadorisme l'ha portat a propugnar la reducció de l'aspecte social a una mínima expressió i a defensar una visió de la naturalesa humana caracteritzada per un individualisme massa agut i un marcat determinisme biològic (Lewontin, Rose, Kamin, 1987: 13-28; Lewontin, 1993).

Per al seu rearmament ideològic el nou conservadorisme ha sabut instrumentalitzar hàbilment tant un rebuig creixent en front dels "excessos relativistes" de la contestació contracultural "post 68", com una admiració general pels espectaculars avanços que la investigació biomèdica ha experimentat durant els darrers lustres. La nova situació ha exercit, a més, un fort impacte sobre la mateixa investigació científica. En són una viva prova, entre altres fets: la "tecnificació" creixent de la investigació científica; l'envigoriment, des de les polítiques científiques nacionals o internacionals, d'àrees d'investigació arrelgades amb els supòsits de la Nova Dreta, en detriment d'altres que els són desfavorables o que s'hi afronten deliberadament; la "domesticació" del discurs de les ciències socials sigui amb submissió a allò que hom ha anomenat la doctrina del "pensament únic" (Ramonet, 1995), sigui mitjançant una dilució o pèrdua del fet social que en provoca la "desvitalització" pura i simple; i l'ofensiva contra el paper de la Història presentada com a eina d'ensenyament i de coneixement inútil en relació al present, cosa la qual desacredita al mateix temps la memòria i la utopia (Vázquez Montalbán, 1995: 79). Un indicador addicional de l'hegemonia ideològica de la Nova Dreta en l'àmbit de la cultura científica és el fet que els resultats d'investigacions en la línia del reduccionisme biologicista més radical sobre la intel·ligència, la conducta i les malalties humanes siguin acaparadors sovint, de les seccions de medicina dels mitjans de comunicació de masses on, dia rera dia, se'ns omple el cap de "descobriments" aparentment definitius en relació a les bases genètiques de l'esquizofrènia, l'homosexualitat, la violència o la suposada inferioritat intel·lectual dels pobres o de les minories ètniques.

Hom no pot menystenir els suculents rèdits que la irrupció de la SIDA va proporcionar a la causa de la Nova Dreta i del "rearmament moral" d'Occident (Altman, 1986): *se non è vero è ben trovato*, hom podria dir sobre la idea, d'un ampli ressò social en medis progressistes al seu moment, que el VIH havia estat fabricat en un laboratori militar

nord-americà i disseminat deliberadament per la CIA. Ara bé, juntament amb aquest i molts d'altres efectes —alguns dels quals impossibles de calibrar encara avui dia— té un innegable fons d'ironia observar que la SIDA ha posat en dubte la visió reduccionista de les malalties pròpia del discurs de la Nova Dreta. Encara més, com ha assenyalat Charles Rosenberg, la SIDA ha contribuït a crear, més que qualsevol altre esdeveniment concret, un nou consens "postrelativista" en relació a les malalties, el qual "ofereix espai a factors biològics com socials, i emfasitza la interrelació entre ambdós" (Rosenberg, 1988: 13-4).

#### Agraïments

Agraïco a Juan Antonio Amiguet, Josep Bernabeu, Montserrat Cabré, Marga Ezkieta, José Luis Martínez Alonso, Àlvar Martínez Vidal, José Nájera Morondo, José Pardo Tomás, Enrique Perdiguero i Fernando Salmón, i als participants a les reunions de Saragossa, Tarragona i Alacant, on foren presentades successives versions d'aquest treball, els comentaris, suport material i assessorament tècnic durant el procés d'elaboració.

#### Bibliografia

- ALTMAN, D. (1986), *AIDS and the New Puritanism*. Londres-Sidney, Pluto Press.
- CHIRIMUUTA, R.C.; CHIRIMUUTA, R.J. (1987), *Aids, Africa and Racism*. Burton-on-Trent.
- CDC (1981a), "Pneumocystis Pneumonia - Los Angeles", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 30(21), 250-252.
- CDC (1981b), "Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis Pneumonia Among Homosexual Men - New York City and California", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 30(25), 305-308.
- CDC (1982), "Update on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) - United States", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 31(37), 507-508, 513-514.
- FEE, E.; FOX, D.M. (eds.) (1992), *AIDS. The making of a chronic disease*. Berkeley, Univ. of California Press.
- FEE, E.; KRIEGER, N. (1993), "The emerging histories of AIDS: Three successive paradigms", *History and Philosophy of Life Sciences*, 15(3), 459-487.
- GALLO, R.C. (1991), *Virus hunting. AIDS, cancer, and the human retrovirus: A story of scientific discovery*. Nova York, A new Republic Book / Basic Books.
- GRMEK, M.D. (1969), "Préliminaires d'une étude historique des maladies", *Annales E.S.C.*, 24(6), 1473-1483.
- GRMEK, M.D. (1990), *Histoire du sida*. 2ª ed., París, Payot (trad. cast.: Madrid, Siglo XXI, 1992).
- HUNT, C.W. (1989a), "El SIDA y la medicina capitalista", *Selección de artículos de la Monthly Review (mayo 1989)*. Madrid, Revolución, pp. 135-153.
- HUNT, C.W. (1989b), "Africa y el SIDA: desarrollo dependiente, sexismo y racismo", *Selección de artículos de la Monthly Review (mayo 1989)*. Madrid, Revolución, pp. 155-170.
- LEWONTIN, R.C. (1993), *The doctrine of DNA. Biology as ideology*. Harmondsworth, Penguin.



- LEWONTIN, R.C.; ROSE, S.; KAMIN, L.J. (1987), *No está en los genes. Racismo, genética e ideología*. Barcelona, Crítica, pp. 13-28.
- MONTAGNIER, L. (1995), *Sobre virus y hombres. La carrera contra el SIDA*. Madrid, Alianza.
- MORLEY, D.; ROHDE, J.; WILLIAMS, G. (eds.), *Practising Health for All*. Oxford, Oxford Univ. Press.
- OPPENHEIMER, G.M. (1992), "Causes, cases, and cohorts: the role of epidemiology in the historical construction of AIDS", a FEE, E. y FOX, D.M. (eds.), *AIDS. The making of a chronic disease*. Berkeley, University of California Press, pp. 49-83.
- PRESSMAN, J. (1991), "Commentary [on Workshop 2: Clinical and Biomedical Research Responses to AIDS]", a HARDEN, V.A.; RISSE, G.B. (eds.), *AIDS and the Historian. Proceedings of a Conference at the National Institutes of Health, 20-21 March 1989*. Bethesda, NIH, pp. 57-61.
- RAMONET, I. (1995), "Pensamiento único y nuevos amos del mundo". En CHOMSKY, N.; RAMONET, I., *Cómo nos venden la moto*. Barcelona, Icaria, pp. 55-98.
- ROSENBERG, C.E. (1988), "Disease and social order in America: Perceptions and Expectations", a FEE, E.; FOX, D.M. (eds.), *AIDS. The Burdens of History*. Berkeley, Univ. of California Press, pp. 13-4.
- ROSENBERG, C.E. (1989), "Disease in History: Frames and Framers", en ROSENBERG, C.E.; GOLDEN, J. (eds.), *Framing Disease: The Creation and Negotiation of Explanatory Schemes*. Nova York, The Milbank Memorial Fund (*The Milbank Quarterly*, 67 [Suppl. 1]), pp. 1-15.
- ROSENBERG, C.E.; GOLDEN, J. (eds.) (1989), *Framing Disease: The Creation and Negotiation of Explanatory Schemes*. Nova York, The Milbank Memorial Fund (*The Milbank Quarterly*, 67 [Suppl. 1]).
- SEYTRE, B. (1993), *Sida: les secrets d'une polémique. Recherche, intérêts financiers et médias*. Paris, Presses Universitaires de France.
- SABATIER, R. (1988), *Blaming others. Prejudice, race and worldwide AIDS*. Londres, The Panos Institute.
- VAZQUEZ MONTALBAN, M. (1995), *Panfleto desde el planeta de los simios*. Barcelona, Crítica.
- WHO/OMS (1994), "World Malaria situation in 1992", *Weekly Epidemiological Record / Releve Épidémiologique Hebdomadaire*, 69(42), 309-314, 317-321, 325-330.
- WHO/OMS (1995), "AIDS - Global data. The current global situation of the HIV/AIDS pandemic", *Weekly Epidemiological Record / Releve Épidémiologique Hebdomadaire*, 70(2), 5-8.