
EL PROBLEMA SOCIAL DEL SIDA EN ESPAÑA

Jesús M. de Miguel

Universidad de Barcelona

RESUMEN. La Sociología apenas si ha realizado estudios sobre el problema social del sida (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) en España. Es una enfermedad que empieza en el mundo en 1981, y en España en 1983. Los casos se diferencian en seropositivos/as que portan el virus (VIH+), personas con el sida, y fallecidos/as a causa de las diversas enfermedades relacionadas con el sida. A principios de la década de los noventa, España tiene ya más de siete mil casos de sida, convirtiéndose en el tercer país de Europa con más casos. En la década pasa luego a ser el segundo país europeo. La peculiaridad española es que la mayoría de los casos son drogadictos/as que se inyectan heroína, y no tanto homosexuales. Hay también más casos de mujeres y niños/as que en otros países. Se observa una asociación entre sida y desarrollo: los casos se concentran en las zonas más desarrolladas (País Vasco, Cataluña, Madrid), aunque ataca a personas marginadas. El problema es especialmente problemático en las cárceles masculinas. Dado que actualmente no existe cura (ni vacuna), la lucha contra el sida se centra en medidas de prevención, análisis epidemiológico, y estudio de los factores sociales. El análisis sociológico del sida es, pues, imprescindible. El presente artículo define las variables básicas, ofrece un análisis de los datos conocidos durante la primera década (de los ochenta), señala los problemas sociales creados por el sida, y formula las cuestiones que son importantes desde la Sociología. Se incluye una bibliografía básica (comentada) sobre el caso español.

A principios de la década de los noventa hay en todo el mundo, aproximadamente, un cuarto de millón de casos de sida (222.740 casos registrados en febrero de 1990), 32.000 de los cuales están en Europa, y unos 5.000 en España. Este país se sitúa —con 118 casos por millón de habitantes (pero sigue creciendo, pasando ya a 132 casos por millón al final de marzo de 1990)— en el tercer puesto en la tasa de casos de sida de toda Europa,

detrás sólo de Suiza (176) y Francia (158). En los dos últimos años la tasa de casos nuevos de sida en España es el cuádruple que la tasa media europea.

Desde la aparición de la enfermedad, España concentra el 15 por 100 de todos los casos europeos. Pero como el registro es más lento que en otros países europeos, es posible que ese porcentaje —cuando se solucionen los diagnósticos en trámite— se eleve hasta el 18 por 100. A mediados de 1990, el Ministerio de Sanidad y Consumo comunica que ya hay 6.210 *casos en España*, el 83 por 100 varones. Y la mortalidad es del 35,7 por 100, es decir, que parece que todavía sigue bajando débilmente. El sida es, pues, una enfermedad contra la que hay que actuar rápidamente, con inteligencia, con medidas de política del sector público claras y precisas, con un registro rápido y al día, con una ejecución globalizante, y con una colaboración de los grupos sociales y de la población muy alta. Ninguna de esas cualidades es típica de nuestro país.

Además, hay que tener en cuenta que en España el sida es ideológicamente importante, pues se ceba en grupos sociales que han estado marginados hasta muy recientemente, e incluso —como los homosexuales— que no tienen una tradición de liberación, aceptación social, orgullo gay, *come out*, ni de organización real de todos sus miembros/as. Para algunos comentaristas locales: «El SIDA es vivido con culpa o como venganza, como una amenaza y como un castigo. Porque no sólo provoca la muerte. Es vivido como una deshonra, como un deshonor» (Lorenzo y Anabitarte, 1987: 56). Y, en el caso español, la honra —y así el deshonor— es más importante que la realidad, y hasta que la propia muerte. Antropológicamente hablando, el sida es una «mala muerte», y ello le añade una carga negativa y angustiada entre la población.

La mayoría de las reacciones frente al sida en España han sido positivas y antidiscriminatorias. Sin embargo, algunos artículos de gran difusión representan bien la postura estigmatizante. Un artículo central en *La Vanguardia*, en agosto de 1990, señala que el sida «es un castigo de la naturaleza violentada [*sic*] y de los hombres, unos a otros, y a ellos mismos. ¿Por qué ha ocurrido tan terrible flagelo? Una vez más las causas hay que buscarlas en las costumbres personales y en el ambiente social. Estamos pagando las consecuencias de la cacareada liberación sexual, del orgullo gay, de la pornografía estridente o sutil en los medios de comunicación y de la tolerancia inicial a las drogas "blandas", a las que siguen las "duras"». Y posteriormente acusa que «ciertas campañas sanitarias sugieren repartir jeringuillas estériles y preservativos (*safe sex*). Es decir, colaborar con la drogadicción y con el vicio precoz o desviado». Se opone a la educación sexual, a la que acusa de ser «puro erotismo reduccionista del sexo a la esfera corporal, inhumano y egocéntrico, anatomía y fisiología con ribetes pseudocientíficos [...]». Lo que hace falta es educación del corazón y de la voluntad para una madurez responsable, generosa, y de autodominio, incompati-

ble con el sexo sin amor». Asegura que «la pareja de un matrimonio fiel o cualquier ciudadano de vida normal no tiene nada que temer [...]. Sólo la monogamia estable y exclusiva —un hombre y una mujer—, fruto de la fidelidad del amor que se entrega, pueden ser la barrera frente al SIDA» (Balcells, 1990: 12). El autor —catedrático de la Universidad de Barcelona— resume bien la actitud intolerante respecto del sida.

El *Día Mundial del Sida*, instituido el primero de diciembre de cada año, abre la nueva década con declaraciones del gobierno (a través del director del Instituto de Salud Carlos III, donde se realiza el control del sida), de que: «Si no se detiene el avance del sida en la década de los noventa, las autoridades sanitarias podrían aislar a las personas infectadas por el virus VIH» (*Diario 16*, 30 noviembre 1990, p. 15). España tiene una tasa muy alta de sida, con uno de los índices de mujeres contagiadas más alto de Europa, la mayoría de ellas drogadictas. Hay en el país —según cálculos oficiales— más de 7.000 enfermos/as, unos 150.000 portadores/as, de los cuales más de 2.000 son niños/as. Los estudios sobre cárceles señalan que han sido ya detectados 9.000 seropositivos entre los reclusos (aproximadamente el 30 por 100 de todos los reclusos).

Las zonas desarrolladas son las que, supuestamente, más sufren sida: Cataluña, País Vasco, Madrid y Baleares. Las noticias de que los enfermos/as de sida podrían ser aislados si no se frena el creciente avance de esta enfermedad cayó como una bomba. En algunos medios gubernamentales se señala que el grupo responsable del Instituto de Salud Carlos III y del Plan Nacional del sida (el llamado «clan de los Rafeles» en algunos medios de comunicación) transmite una información excesivamente pesimista sobre el sida (véase *El País*, 1 diciembre 1990, p. 41). La pintura del control social se completa si se recoge aquí la protesta (en agosto de 1990) de unos cuantos científicos españoles, argumentando que el apoyo especial a la lucha contra el sida es excesivo, y en detrimento de otras enfermedades (*La Vanguardia*, 30 agosto 1990, p. 16). El sida cuenta, en España, 20.000 millones de pesetas anuales, según el propio Ministerio de Sanidad y Consumo (*El País*, 4 noviembre 1990, p. 27).

A partir de 1990, lo que preocupa intensamente —al menos lo que se recoge a través de los artículos de periódicos, TV, discursos de políticos— es el llamado «sida heterosexual», es decir, el sida transmitido por contactos y relaciones no-homosexuales: drogadictos/as, madres infectadas, prostitutas, o personas que han tenido relaciones con prostitutas. No parecen preocupar los propios toxicómanos/as o las prostitutas, sino la capacidad que tienen ellas (más que ellos) de transmitir la enfermedad a población «normal» heterosexual. Todo ello contando con que, al parecer, es más fácil el contagio de varón portador a mujer sana, que de mujer portadora a varón sano. El nuevo riesgo, se aduce, son los jóvenes/as y las mujeres; sobre todo las prostitutas que son drogadictas (o viceversa). Periódicos serios, como *El País*, previenen de que «la infidelidad matrimonial ocasional es

algo frecuente en determinados medios, de modo que los viajes de negocios y las salidas ocasionales con desconocidas [*sic*] pueden ser una fuente de contagio para muchos hombres y, en consecuencia, también para sus esposas, que ni siquiera sospechan que pueden estar en situación de riesgo» (25 octubre 1990, p. 31). El periódico señala la necesidad de usar preservativo en todas las relaciones sexuales, incluidas las matrimoniales, las de las parejas estables, independientemente de la fidelidad.

Los principios de la enfermedad y de su control fueron lentos, y particularmente retrasados respecto de otros países europeos. El primer caso de sida en España se produce en 1981 —un varón homosexual, de 34 años de edad, con un sarcoma de Kaposi—, que no se diagnostica como caso de sida realmente hasta 1983, después de muerto. En la década de los ochenta se producen 4.633 casos, y una mortalidad del 36 por 100. Lo peculiar del caso español es que sólo un 17 por 100 de las personas con sida son homosexuales, mientras que *un 63 por 100 son toxicómanos* (adictos/as a drogas por vía parenteral, o ADVP según la nomenclatura al uso). Un 3 por 100 adicional son ambas cosas: homosexuales y toxicómanos, aunque parece que el factor de toxicomanía pesa más. En el total europeo eso es al revés: 47 por 100 de homosexuales, 30 por 100 de toxicómanos/as, y un 2 por 100 de ambos.

En toda la década de los ochenta, Europa registra 31.497 casos de sida (antes de 1981 sólo existían 22 casos, y 16 muertes), el 15 por 100 de los cuales son de españoles. El país con más casos —relativos a la población del país— es Suiza, con una tasa que es un 48 por 100 más alta que la española. El segundo país europeo es Francia, y el tercero, España, seguido a poca distancia por Italia. Curiosamente, países con una promiscuidad sexual —y homosexual— supuestamente mucho más alta, como Alemania (la antigua República Federal, sobre todo), Gran Bretaña o Suecia, tienen tasas mucho más bajas de sida. Por ejemplo, Suecia tiene sólo el 38 por 100 de los casos *per capita* que tiene España. Los países del Este europeo tienen las tasas más bajas, con gran diferencia. En toda la Unión Soviética sólo hay 26 casos registrados en toda la década de los ochenta.

España destaca —junto con Italia— porque la proporción de homosexuales dentro del total de casos de sida es bastante pequeña (17 y 15 por 100, respectivamente), mientras que de media en Europa representan el 47 por 100 de los casos. Los países antes citados, con tasas de sida mucho menores a las españolas, pero con mayor promiscuidad sexual, concentran, pues, sus casos de sida entre esos homosexuales: son homosexuales el 76 por 100 de los casos de Suecia, el 81 por 100 de los casos de Gran Bretaña, o el 70 por 100 de la República Federal Alemana. En cambio, en España son sólo el 17 por 100, y el 15 por 100 en Italia. En cambio, en España el 63 por 100 de los casos de sida en la década de los ochenta son de toxicómanos/as, mientras que son sólo un 3 por 100 en Suecia o Gran Bretaña, y un 12 por 100 en Alemania Occidental.

Así se explica que la letalidad (mortalidad) de casos de sida en España no sea demasiado alta (36 por 100), siempre menor que el total europeo, que se sitúa en el 41 por 100. Sin embargo, del total de muertes por sida, la letalidad de los homosexuales españoles (43,6 por 100) es algo mayor que la media europea (42,3 por 100); mientras que los toxicómanos/as españoles mueren bastante menos (31,8 por 100) que sus compañeros/as europeos (36,1 por 100). En total mueren en Europa, en la década de los ochenta, casi 13.000 personas con sida, siendo estándar que la mortalidad es más elevada en las personas que son receptoras de sangre o derivados, con una letalidad por encima del 50 por 100.

En Europa la proporción de varones con sida, así como de adultos/as, es un poco mayor que en España. Dicho de otra forma, en España hay un 84 por 100 de varones entre los casos de sida, mientras que en Europa es el 87 por 100. Y de casos pediátricos hay un 3 por 100 en España *versus* el 2,3 por 100 en Europa. A su vez, los casos españoles están más concentrados en las edades medias, con un 35 por 100 de casos entre las edades de 25 a 29 años, mientras que en Europa —aunque esas edades son también las que más casos registran— la proporción es menor (23 por 100).

En el caso español se da la contradicción de que lo que se escribe sobre el sida desde una perspectiva social está escrito fundamentalmente *por* homosexuales o *para* homosexuales; cuando las dos terceras partes de los casos de sida se producen en toxicómanos/as. Es cierto que los colectivos de toxicómanos son casi inexistentes, y que los colectivos gay copian las tácticas y la organización foránea de otros grupos que sí han sido atacados duramente por el HIV. Pero España necesita desarrollar medidas de prevención para toxicómanos/as intravenosos, lograr movilizarles, organizar sus redes informales, crear grupos de debate, talleres de discusión, etc. Todo eso está por hacer. Por otro lado, las campañas estatales han sido de imagen, hacia el mundo heterosexual en general, y con un sentido más estético que pragmático, más político que real. Algunas campañas resultaron ser más «contra obispos» que «contra el sida».

La colza y el sida se desarrollan, en el caso español, bajo un gobierno progresivo, socialista, deseoso de realizar un desarrollo de los servicios sociales. Coincide, además, con la descentralización de recursos y poder hacia las administraciones locales (Comunidades Autónomas y municipios democráticos), que necesitan también ganar popularidad local a través de nuevas políticas sociales. Sin embargo, la peculiaridad de las políticas del sida españolas es su excesivo centralismo y monolitismo.

Predomina una actitud fatalista respecto de la vida y la muerte: «de algo hay que morir». No se tiene confianza en dominar a la naturaleza o a los riesgos vitales; se cree en el azar, en la suerte. En ese contexto no importa la muerte *per se*, sino que se distingue una *buena muerte* (en la cama, con las botas puestas, súbita, mientras duermes) de una *mala muerte* (con sufrimiento, agonía, mucha sangre, desfiguramiento, que ataca a ciertas

zonas como la cara, piel, vientre). El sida es un ejemplo típico de «mala muerte», tan mala que la propia enfermedad y sus consecuencias son un tabú. Es una enfermedad de declaración obligatoria (tan obligatoria que depende de un sistema de registro especial estatal), pero no se ve, apenas si hay imágenes públicas.

Las enfermedades de declaración obligatoria en España —denominadas abreviadamente EDO— se recogen en un *Boletín Epidemiológico Semanal* (BES) de *Vigilancia Epidemiológica* que edita el Instituto de Salud Carlos III, en su Centro Nacional de Epidemiología, que depende del Ministerio de Sanidad y Consumo (centro conocido coloquialmente como «Majadahonda»). Ese *Boletín* incluye la vigilancia del sida en España, publicando también noticias sobre la situación europea y la mundial. A veces publica también artículos (y traducciones) de vigilancia epidemiológica respecto del sida en el mundo, o de la OMS.

Además de los boletines semanales, el propio Ministerio ha editado ya dos números monográficos —uno en 1985 y el otro en 1989— con todos los informes (publicados y algunos no publicados) sobre el sida, titulados *Informes sobre Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)*, *Boletín Epidemiológico Semanal*. El último incluye la información desde marzo de 1983 hasta marzo de 1989 (incluyendo los casos desde el primero de 1981), que es el período en que se empezó la vigilancia del sida en España, y de acuerdo con la nueva definición del CDC de los Estados Unidos.

Conviene analizar el sida en relación con otras epidemias y con otras EDO, especialmente las ETS. La experiencia del síndrome tóxico (supuestamente debido al aceite de colza adulterado) es, quizá, la más próxima e importante. Pero el análisis comparativo más útil sería con otras grandes epidemias: gripe de 1889, cólera de 1855, etc. Es importante comparar la creación de políticas para luchar contra la enfermedad, problemas de discriminación, procesos de toma de decisiones, internacionalización de los problemas y soluciones, reacciones sociales. La experiencia del síndrome tóxico tendría que ser incorporada; pero poco o nada se ha hecho para analizar juntas ambas epidemias («el síndrome tóxico y el síndrome de inmunodeficiencia humana»). Convendría tomar medidas para garantizar que la experiencia del sida sí tiene un impacto en las próximas epidemias y enfermedades.

La drogadicción intravenosa (heroínómanos/as, por ejemplo) es un fenómeno poco controlado en España. Los cálculos groseros suponen la existencia (hacia 1990) de unos 100.000 heroínómanos/as en el país, alrededor de la tercera parte mujeres. Se considera, además, que entre el 60 y el 70 por 100 de las personas adictas (incluyendo mujeres) a drogas intravenosas son VIH+. Eso explica que en el caso español hayan muchos drogadictos/as entre las personas con sida, muchas mujeres, y que tenga una de las tasas máximas de niños/as infectados perinatalmente. Hay una abundancia llamativa de mujeres drogadictas y/o infectadas quedando embarazadas

y no interrumpiendo el embarazo. El problema es complicado, pues la heroína se utiliza más en las clases bajas; se considera una droga pasiva, anestésica, típica de grupos marginados y alienados. El hecho de que, además, transmita el virus es una doble (o triple) desgracia. La política oficial es clara: luchar contra la transmisión del sida, aunque esas clases bajas sigan drogándose con heroína.

La drogadicción es especialmente problemática en las cárceles españolas, que en los últimos años han visto incrementar la mortalidad general entre un 10 y un 15 por 100. La mortalidad por sida (y otras enfermedades infecciosas) supone ya la mitad de las muertes de reclusos dentro de las cárceles, según los propios datos de la UFIP. En algunas regiones, como Cataluña, estos porcentajes son más elevados aún: 56 por 100 en 1989. Ese mismo año, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias realizó una encuesta en toda España (excluida Cataluña, en donde las cárceles están ya transferidas) con extracciones de sangre al 74 por 100 de la población reclusa. El 44 por 100 de los reclusos se han inyectado alguna vez drogas por vía intravenosa; de ellos, el 60 por 100 son portadores del virus del sida, lo que supone que el 28 por 100 de toda la población reclusa (excluida Cataluña) es seropositiva o tiene ya el sida. La situación en Cataluña, como se sabe por otros estudios, es aún peor. A finales de los ochenta existen en España unos 7.500 reclusos portadores del virus, y unos 170 casos de enfermos de sida. (En Cataluña hay 185 casos.) Algunas cárceles concretas de Madrid alcanzan el 48 por 100 de seropositivos, y el 41 por 100 en las de Cataluña. El Centro de Detención de Jóvenes en Madrid eleva el porcentaje de seropositivos al 63 por 100. Un problema añadido es la extensión de los tatuajes realizados incluso dentro de las cárceles. La administración central ha reaccionado poniendo en marcha un *Sistema Unificado de Recogida de Información* (SURI) con el objetivo de prevenir y tratar las enfermedades entre la población reclusa; y el Ministerio de Justicia ha creado la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.

Las políticas públicas contra el sida renuncian al análisis serio de la drogadicción y su control. A pesar de que las dos terceras partes de enfermos/as de sida en España son drogadictos/as, apenas si hay estudios que analicen las relaciones entre drogadicción y salud. Y menos estudios aún que se acerquen al problema sin el estereotipo de echar la culpa a los propios drogadictos/as. Una de las pocas investigaciones interesantes es la de Carlos González, Jaume Funes, Sergi González, Inma Mayol y Oriol Romaní, titulada significativamente: *Repensar las drogas: Hipótesis de la influencia de una política criminal liberalizadora respecto a las drogas, sobre los costes sociales, las pautas de consumo y los sistemas de recuperación* (1989).

El libro considera que «no es posible analizar el fenómeno del consumo de drogas ilegales como una mera cuestión de salud pública, ni siquiera como un fenómeno socio-cultural ligado a la evolución histórica de los países industrializados [...]. Ha de considerarse como aspecto nuclear de la

cuestión la influencia decisiva de la reacción estatal frente a dicho fenómeno y, en concreto, el peso decisivo que en él juega la criminalización de las conductas relacionadas con dicho consumo» (González, 1989: 9). No se debe pensar en el consumo criminal de heroína como la causa del sida, pues realmente el sida no tiene que ver con la toxicomanía, sino con las agujas hipodérmicas —que sí se utilizan para *chutarse caballo*—, que son las que transmiten el virus por la sangre. A nivel internacional es una mera casualidad el que las drogas intravenosas se relacionen con el sida, simplemente por eso, por ser «intravenosas».

Hay un componente de solidaridad (la tendencia a compartir la experiencia de las drogas, y también las jeringuillas, y sus agujas) que es mortífero, pero que en otras circunstancias no hubiese tenido importancia. Es, además, un componente de solidaridad difícil de cambiar, y más aún con mensajes publicitarios burgueses y «blancos». En las cárceles los reclusos pagan a sus compañeros por poder utilizar una aguja ya usada. Ninguna de las dos pautas es fácil de cambiar. Sin embargo, llama la atención que un libro tan interesante como éste (González, 1989), con un punto de vista sociológico —además de alternativo, contracultural y desmitificador—, no trate del sida, a pesar de estar publicado en 1989. Hubiese sido interesante saber la opinión de esos autores tan cualificados en temas de drogas.

Quizá se puede inferir a partir de algunas de sus conclusiones: «Necesitamos un marco de trabajo en el que las drogas no se enmarquen en el contexto de lo negativo total, de lo perseguido, de lo prohibido por sistema [...]. El humo del canuto tiene música. La cerveza se viste de tejanos. La pastilla tiene luz de discoteca. El pico lleva cargas de anomia o de crisis existenciales. En la raya de coca está pulverizada la mujer imposible, la cresta de la ola o el mundo a ritmo que hace sentirse vivo. No hay litrona sin grupo y sin calle. No hay droga sin necesidad de ponerse bien, de ponerse a gusto... Tenemos que poder plantear la intervención sobre las drogas, la intervención social y la intervención terapéutica en sus justos términos. Tenemos que preguntarnos cómo vive o cómo puede vivir esa persona que atendemos. Necesitamos considerar cuáles son sus fuentes de placer; en qué recovecos de sus necesidades y dificultades se podría acabar situando el abuso... Y todo ello sin crearle un mundo pseudomoral, radicalmente enfrentado a lo que es su vida cotidiana; sin que por renunciar a las drogas o por controlar su uso tenga que renunciar a ser persona feliz; sin que tenga que abandonar su cultura, su mundo social, sus modelos de vida y de persona... para caer en la nada, en la ausencia de todo, incluidas las drogas» (González, 1989: 151). Y, hasta cierto punto, esa lección ha sido aprendida por la política oficial contra el sida, ya que no se pretende disminuir la drogadicción, sino tan sólo que no se contagien las personas a través de las agujas hipodérmicas.

Se entiende así que la política de intercambio gratuito de jeringuillas usadas no haya tenido éxito. Fue rechazada por la población heroinómana

en la calle (que no atiende a las razones del poder) y en la cárcel (que no creía su posibilidad). Se aplicó tibiamente y sin continuidad. La derecha criticó duramente que con el reparto gratuito (o subvencionado) de jeringuillas se estaba incitando a consumir droga, y, por lo tanto, creando un problema más grave de drogadicción. Igualmente, en noviembre de 1990, los obispos españoles afirmaron rotundamente que la campaña estatal de condones —supuestamente dirigida a los/as jóvenes— («Póntelo, pónselo») incitaba a la promiscuidad sexual, al sida, y por lo tanto, a la muerte.

La sentencia final del libro, de que «La vida y la drogas riman con muchas cosas, pero también con el goce, también con el coloquio» (p. 151), se podría aplicar bien al caso del sida, pues éste se desarrolla precisamente en situaciones de felicidad marginal: drogadicción y homosexualidad. Es difícil entender, pues, el caso del sida sin realizar un análisis alternativo y sociológico —lleno de imaginación— fundamentado en las teorías más actuales sobre las relaciones entre sociedad, estructura social, tipos de adaptación individual y acción social. Es útil en este sentido el punto de vista de Emilio Lamo de Espinosa en su libro *Delitos sin víctima: Orden social y ambivalencia moral* (1989).

El razonamiento estándar de la profesión médica, compartido por el Gobierno, es que no se trata de reducir los casos de toxicómanos/as vivos en el país, sino el número de toxicómanos/as muertos. Por ejemplo, la política de la Generalitat catalana está clara: «En el caso de usar drogas por vía endovenosa, no compartir agujas y jeringas. Casi todos los sanitarios profesionales están de acuerdo en considerar la drogadicción un problema de salud por sí mismo y, por ello, en aconsejar que se evite el consumo de drogas. Como resulta evidente el poco éxito de esta recomendación, al menos hasta el momento, conviene conseguir que la persona que, a pesar de todo, consume drogas, se proteja al menos de sufrir infecciones como consecuencia de las deficientes condiciones higiénicas del consumo» (Segura, 1989: 29). Este razonamiento ha recibido críticas. Si se reparten jeringuillas (o condones) gratis, se autoriza realmente la conducta drogadicta (o sexual), y, por lo tanto, es posible que ese consumo aumente, aunque se convierta en menos peligroso. Las connotaciones morales no están ausentes en esta crítica.

Es importante analizar la homosexualidad y su organización en el contexto peculiar (histórico y social) de España. La homosexualidad en España ha estado muy reprimida: estatalmente (bajo una dictadura) y socialmente (con un fuerte control social). Eso explica —quizá— el bajo número de casos de sida entre los/as homosexuales. Pero esa afortunada situación va unida a que el movimiento gay es débil, e incluso marginal a la población realmente homosexual. En España no hay una comunidad gay, ni siquiera varias comunidades gays. La población homosexual apenas está organizada. Y los movimientos y asociaciones gays que existen no son una muestra representativa de la población realmente homosexual. Además, una propor-

ción considerable de población que realiza prácticas homosexuales no se identifica con los grupos gays, o ni siquiera reconocen que son prácticas homosexuales. Algunos homosexuales se sorprenden de ser aproximados, identificados, o solicitada su colaboración por grupos gays organizados. Esta situación es interpretada, a veces, como moderna o afortunada: no hay una *comunidad gay* marginada, sino que la población homosexual se distribuye en todos los estratos de la sociedad.

La conocida guía *Spartacus* describe así la situación gay española: «Desde que España sacudió el yugo de la dictadura fascista del general Franco, tras su muerte en 1975, las condiciones de vida de los gays han mejorado decididamente. Sólo tres años tras la muerte del dictador, en 1978, fue abolido el artículo dedicado a la homosexualidad, y ahora ésta es tan legal como lo es la heterosexual [...]. El país se halla inmerso en un amplio y profundo proceso de renovación cultural. En un principio, este torbellino arrastró principalmente a Barcelona y Bilbao, capitales de las naciones autónomas de Cataluña y el País Vasco, respectivamente. Estas ciudades disfrutaban de una larga tradición contestataria, al contrario de Madrid, la capital del estado, ciudad un poco más conservadora e inmóvil, que ahora, sin embargo, también ha entrado de lleno en la ola que sacude a todo el país. La autoestima de los gays españoles ha subido enteros. Sus bares y discotecas son de gran interés. En ellos reina un ambiente enormemente comunicativo, y, sobre todo, se han vuelto mucho más libres» (Gmünder, 1990: 668). *Spartacus* define como importantes ciudades gays en España a Madrid, Barcelona, Sitges, Ibiza, Playa del Inglés (en Gran Canaria), Torremolinos, Benidorm y Valencia. Sitges se llega a describir como «la metrópolis gay veraniega número uno de toda Europa», suficiente para animar el turismo sexual gay internacional.

España se presenta internacionalmente como un país atractivo para el turismo gay, aunque no se diga nada de las altas tasas de sida. Con la vista puesta ya en los juegos olímpicos de 1992, Barcelona se describe así: «El ambiente gay responde a lo que se exige de una metrópoli de dos millones de habitantes: una de las mejores discotecas europeas (*Martin's Disco*), una de las saunas más interesantes (*Thermas*, donde se practica el sexo anónimo y hay prostitución), bares con clientela portadora de prendas de cuero, bares frecuentados por prostitutas, restaurantes gay; en fin, todo lo que uno apetece» (Gmünder, 1990: 670). Es llamativo que Barcelona —en pleno 1990 y con una de las tasas más altas de sida— se anuncie por la calidad de sus prostitutas o chaperos. En cualquier caso se advierte a los lectores que la mayoría de sitios de *cruising* son AYOR (*at your own risk*, según la terminología usual). Lo mismo ocurre en Madrid, en donde existe «un ambiente gay verdaderamente loquísimo» (p. 700). Valencia, en cambio, «para los gays españoles es una ciudad popular donde pasar los fines de semana en invierno» (p. 719).

La Playa del Inglés (en las Islas Canarias) se define como «El Dorado de

muchos gays aficionados a viajar» (p. 688). Respecto de Sitges, «de toda Europa y hasta de Norteamérica y Australia vienen hombres gays a Sitges» (pp. 710-712). En Torremolinos hay un área de la ciudad especializada en bares con prostitutas (p. 717). Los bares gay de Benidorm son de los mejores del mundo, ofreciendo «servicios excelentes y un ambiente simpático» (pp. 679-681). La sauna gay de Figueras (en Gerona) «es un lugar favorito de parada para hombres gay de muchos países» (p. 684). En el caso de Ceuta se señala que «en esta región ocupada por España hay muchos soldados y chicos marroqueños [marroquíes]. Quienes busquen aventura y quieran tratar de seducir a los soldados y/o chicos tendrán bastante que hacer para pasar el tiempo» (p. 684). La visión de España es, pues, lugar de turismo, incluyendo el turismo sexual gay.

La reacción homosexual española ante el sida es débil —incluso desde las propias filas homosexuales— para no caer en un estereotipo de debilidad o de miedo que no encaja bien en el modelo de orgullo gay. Lo señala así Héctor Anabitarte en uno de sus textos: «Hay algo que convendría debatir entre los gays. Asusta decir en voz alta que se tiene miedo al sida. ¿Por qué? Posiblemente porque los homosexuales han sido definidos muchas veces como "afeminados", y la mujer, a su vez, como un ser frágil, débil, que debe ser protegido. No tiene por qué avergonzarse el sentir miedo ante una enfermedad mortal. No hay por qué comportarse como "hombres". Esta debe ser una decisión de luchar por la vida» (1987: 268). El retraso en reaccionar de los colectivos gay españoles es evidente, así como la falta de decisión en la introducción de medidas importantes de prevención: utilización de preservativos, renuncia a las conductas más agresivas y peligrosas, autorresponsabilidad de las personas seropositivas, cierre de saunas y algunos otros establecimientos.

La tendencia social es aplicar los modelos heterosexuales y (supuestamente) monogámicos a la conducta homosexual. Esta falta en el análisis es más llamativa cuando son los propios expertos/as —incluso en temas de sida— quienes realizan esa traslación tan poco científica. Así, por ejemplo, en un artículo supuestamente técnico sobre los aspectos de salud pública del sida, la autora sentencia que las pulsiones homosexuales se desarrollan a menudo «de un modo compulsivo tendente a la promiscuidad, que sería en buen término el resultado de la falta de compromiso efectivo con el compañero, por la falta de modelos de referencia catalogados socialmente de saludables, y su sustitución por experiencias sexuales en las que, exclusivamente, se busca el sexo como forma de satisfacción inmediata primaria» (*sic*) (Estébanez, 1987: 149). Termina afirmando que el modelo de pareja —incluso homosexual— es el único viable en la sociedad actual; ¡y es uno de los documentos oficiales de la lucha contra el SIDA en España!

La imagen (heterosexual) que se tiene del coito anal entre homosexuales es no sólo negativa y rechazada, sino una conducta mitificada, exagerada en su frecuencia, considerada como totalmente repugnante, perversa e

inexplicable. No hay una educación de la población que suponga un entendimiento tolerante sobre esas prácticas. Es un tema que no se explica en las escuelas. «Dar/recibir por culo», «encular», «bajarse los pantalones», «meter-sela», son algunos de los insultos más fuertes en castellano. Es también lo más rechazable de la conducta homosexual. El sida no ha hecho más que agravar la confusión, el tabú y la marginación. Así lo reconoce el antropólogo Alberto Cardín en un artículo significativamente titulado «El estigma en la sombra: La atípica marginalidad de los homosexuales portadores de sida» (1989).

El sida se debe enmarcar también en las pautas de educación sexual y planificación familiar existentes en el país, y especialmente en sus procesos de cambio, que han sido considerables en las últimas décadas en España. La epidemia de sida ha tenido el efecto de airear los temas sexuales, permitir hablar socialmente de temas antes tabú como homosexualidad, relaciones homosexuales, coito anal, preservativos, sexo oral, etc. «Si realmente queremos protegernos del sida se tendrá que hablar en las escuelas, en los lugares de trabajo, en las asociaciones de vecinos, de la salud, del sexo. Hay que socializarlos. Ni el médico ni el sacerdote o el juez deben seguir siendo los responsables de estos temas» (Lorenzo y Anabitarte, 1987: 13). Indirectamente ha sido un efecto beneficioso para la sociedad española, que era muy conservadora en estos temas. Por otro lado, los gays están muy contentos de que empiece a considerarse como necesaria esta información a las personas jóvenes.

La experiencia de algunos enfermos/as es dramática, pero pocas veces su voz es oída. Un varón infectado, de 42 años de edad, y coincidiendo con el Día Mundial contra el sida, escribe así a un periódico (*El País*, 1 diciembre 1989, p. 35): «Tengo sida. Me estoy muriendo, pero la Administración piensa que tengo que estar más cerca de la muerte para administrarme AZT. ¡Lo necesito! Mi médico piensa que es lo único que puede ayudarme, pero no lo dejan sus ¿superiores? por una cuestión económica. Hay campañas para prevenir cáncer, muy costosas, pero no para los ya enfermos del sida. Puedo vender mi piso, mi coche. ¿En qué país puedo conseguirlo? Nos están engañando a todos. No hay portadores y enfermos del sida. Es lo mismo. Si llamas a un teléfono anti-sida te dirán: "—Oh, no, usted es sólo portador, usted puede que no tenga sida—". Y hablan hasta de un 20 por 100 que desarrollarán la enfermedad. Mentira. Todos moriremos. Al tener contacto con el virus, uno ya es enfermo de sida. Y empieza a perder defensas poco a poco. ¿Por qué no lo dicen así? Es cruel, pero es la realidad. Hace un año me enteré que tenía sida. Tenía 1.200 T4. Ahora tengo 500, pero he de bajar a los 400 para poder administrarme AZT. Con AZT hubiera tardado años en llegar a los 500. ¿Cuánto costaría eso? Señores, yo me lo pago. ¿Que no es justo para los demás enfermos? Yo no tengo la culpa. El próximo análisis será mañana; me darán los resultados en enero. Es decir, no llegará a tiempo. Por favor, ¡ayuda!, necesito AZT al precio que

sea.» Algunas acusaciones de esta carta son claras: la característica desorganización y falta de planificación de la lucha contra el sida, las desigualdades sociales, la angustia de los/as pacientes.

La población española es extremadamente pasiva en relación con temas de salud. Se considera que el gobierno, el Estado, los médicos (varones) son responsables del futuro sanitario de cada ciudadano/a. Pero, al mismo tiempo, no existe confianza en el sector público ni en la profesión médica. En ese contexto, las campañas sanitarias de la administración no son creídas, o simplemente no afectan a la vida de las personas. La campaña de noviembre de 1990, por ejemplo, sobre la utilización de condones entre la población joven (homosexual o no, la campaña se dirigía a todos/as) bajo el eslogan de «*Póntelo, pónselo*» tuvo un impacto mínimo entre la población pero máximo entre los obispos. Es decir, que causó un rechazo desproporcionado de la jerarquía eclesiástica (incluso del Vaticano, desde Roma), pero no un cambio sensible en las pautas de la población.

El sida es una nueva enfermedad, y permite utilizar un tipo de salud pública más moderna, así como nuevas formas de organización, de instituciones, registro de casos y políticas sanitarias. Es también una oportunidad para aplicar nuevas tecnologías y conocimientos; en parte, por sus características: es y no es una EDO, es y no es una ETS. Se guarda confidencialidad pero no se aplica la cuarentena ni se aísla a los/as pacientes. Obliga a reformar la clasificación de enfermedades ETS, EDO, infecciosas, contagiosas y comunicables. Va a producir también una reforma de las llamadas enfermedades sociales o que necesitan de protección (y control) público. Genera, finalmente, un análisis sociológico más sensible a la realidad social.

Los datos oficiales permiten realizar un análisis de la incidencia y prevalencia del sida en España hasta la década de los noventa. En la última década —desde 1981, con el primer caso, hasta el final de 1989— hay en España 4.633 casos (vivos y muertos) de sida. Pero como siguen apareciendo casos retroactivos, a finales de marzo de 1990 se contabilizaron en la década de los ochenta en España un total de 5.224 *casos de sida*, y de ellos/as, 1.941 *fallecidos/as* por sida (es decir, el 37 por 100 de los casos totales). A mediados de 1990 se contabilizan ya 6.210 casos de sida.

Para un sociólogo/a, lo que más llama la atención es que por «casos» se entienden no sólo los vivos, sino también los muertos. En salud pública la incidencia suele referirse a los casos nuevos (en un año, por ejemplo) y la prevalencia al número de casos vivos acumulados. En otras morbilidades se suele referir a los casos enfermos pero vivos. Con el sida —muy simbólicamente— los muertos valen tanto como los vivos; o al revés, que como se espera que mueran todos —antes o después—, los vivos valen tanto como los muertos. ¿Todos los enfermos/as van a morir, o es que los muertos están vivos? Es una forma de pensar a la que nos han acostumbrado las estadísticas oficiales, nada inocentes. Precisamente porque los casos son dosieres juzgados por una comisión de expertos/as, sin realmente ver a la

persona detrás de su *file*. Para la comisión, todos los casos suyos son iguales: vivos o muertos. Pero entre esos 4.633 casos de sida en una década hay ya un 36 por 100 que no existen como seres humanos, es decir, 1.681 defunciones; con una mortalidad un poco ligeramente superior para el caso de los varones.

Más contradictorio todavía es que las tasas se calculan por millón de habitantes vivos. El incluir, pues, en el sida casos vivos y muertos es metodológicamente confuso e ideológicamente peligroso. Sería más lógico hablar de *casos de sida*, es decir, de los pacientes/as que actualmente viven con la enfermedad, pues eso ayudaría a saber qué recursos necesitamos para curar esos casos. Ahora bien, si en epidemiología lo que se piensa es en cadáveres, o en que la enfermedad no tiene remedio, entonces parece más lógico incluir cada caso que ha existido en la historia de la humanidad —muchos de ellos ya muertos— como realmente casos de la enfermedad. Pero si la epidemia dura mucho parece absurdo ir acumulando casos, y valdría más la pena hablar —y dedicar los esfuerzos— únicamente a los casos vivos.

En España las dos terceras partes de los casos de sida (el 63 por 100) son casos de toxicómanos/as, y sólo un 17 por 100 son o eran homosexuales. Hay, además, un 3 por 100 de casos que reúnen ambas características —toxicómanos/as y homosexuales—. Un 6 por 100 de casos son receptores de sangre (o sus derivados), y un 2 por 100 son hijos/as de madre con sida. El resto de casos (un 8,7 por 100) son casos supuestos de heterosexuales, o de causas desconocidas. La característica más importante del caso español es que el 66 por 100 de casos de toda la década de los ochenta son casos de toxicómanos (ADVP), y que el número de homosexuales —contando todos los posibles casos— representan el 20,6 por 100.

El incremento de casos es muy rápido al principio, en parte porque el punto de partida era muy bajo, pues se inicia con un solo caso en 1981. Durante los cuatro primeros años el número de casos se multiplica cada año al menos por tres. En 1986 hay todavía 2,6 veces más casos que en el año anterior; baja a 2,2 veces al año siguiente. Todavía se duplica en 1988, que es el año de mayor número de casos nuevos (1.706 casos en ese año solamente, el 37 por 100 de los casos de toda la década), para luego bajar, ya en números absolutos y relativos (0,8 veces más únicamente), en el último año de la década. Los últimos datos (30 marzo 1990) suponen que en 1989 todavía se sube a 1.815 casos, apenas un 3 por 100 más de casos que en el año anterior. Así, pues, parece que la epidemia recede, aunque es pronto todavía para saber si esa tendencia se va a mantener. Las estimaciones nacionales —e internacionales— catastrofistas ya no se mantienen.

Una suposición es que cada vez van a haber más casos de homosexuales, para que la pauta se parezca cada vez más a la de los países del área. Pero eso no es cierto, al menos en toda la década de los ochenta. En la primera parte de la década la proporción de casos de sida que son homosexuales se

estabiliza en torno al 22 por 100. Posteriormente no hace más que bajar lentamente, hasta situarse en el 15 por 100 en 1989 —el último año de la década para el que tenemos datos fiables—. Eso produce de media un 17,4 por 100 de casos de sida que son homosexuales y no toxicómanos/as, pero con una tendencia lenta pero clara a su reducción; decremento que también se está produciendo en el resto de Europa. Se puede, pues, establecer que el caso del sida es peculiar en España por la cantidad considerable de casos de toxicómanos (68 por 100 en 1989, por ejemplo, y el 63 por 100 en toda la década).

En el caso del sida es importante analizar lo que se ha llamado su distribución entre grupos de «alto riesgo», terminología que generó una importante polémica en todo el mundo. La bibliografía médica y epidemiológica durante esa década —los ochenta— tendió rápidamente a la definición de «grupos de riesgo» (a veces, incluso, «grupos de alto riesgo»). En su origen esto fue un eufemismo empleado para no utilizar constantemente la característica dominante de homosexualidad en los pacientes de sida. Con la extensión de la enfermedad a los toxicómanos/as intravenosos y a las prostitutas, la definición de grupos de riesgo siguió siendo útil. Sin embargo, en España a mediados de la década aparecieron las primeras críticas serias a la teoría de los grupos de riesgo (copiadas del extranjero). Esto se debió, fundamentalmente, a que se pretendió, en varias ocasiones, realizar *screenings* completos de esos grupos, excluirlos de actividades sociales generales, e incluso declarar algún tipo de cuarentena.

Los así denominados grupos de riesgo reaccionaron débilmente, sobre todo los homosexuales, que estaban (y están) mejor organizados, aunque en España el problema sea mucho más de intravenosos/as. La terminología de grupos de riesgo se sustituyó por la de «prácticas de riesgo»: el problema no son las personas —más o menos marginadas en la sociedad española actual—, sino las prácticas arriesgadas que pueden realizar entre ellas, o quizá con personas que no están en los grupos de riesgo. Una visión de esta polémica aparece, por ejemplo, en el capítulo «Grupos de riesgo, o yo no tengo nada que ver», en el libro *Sida, el asunto está que arde* (Lorenzo y Anabitarte, 1987: 17-23). Actualmente se habla de «factores de riesgo». Pero, por otra parte, la utilización de la expresión «riesgo» es una mala traducción de la anglosajona *risk*, cuya utilización por parte de los modernos epidemiólogos/as españoles suele ser poco clara, despersonalizante y despolitizante.

Oficialmente, el sida se divide en siete grupos de riesgo importantes. Por orden de importancia (es decir, del número de casos, de más a menos) son los siguientes: *adictos/as a drogas por vía parenteral* (abreviado como ADVP), *homosexuales*, *receptores de hemoderivados*, *transmisores heterosexuales*, *ADVP y homosexuales al mismo tiempo*, *hijos/as de madre de riesgo* (se entiende madre seropositiva), y *receptores de transfusiones sanguíneas*. Hay que contar, además, con que hay un grupo extenso de «otros», de «grupo de riesgo des-

conocido» y de «no consta», que suponen el 4,8 por 100 de todos los casos de sida en España en la década de los ochenta. Es curioso que este orden —que es lógico, pues es el orden de casos— *no* es el utilizado en las estadísticas oficiales. Los datos oficiales colocan siempre a los homosexuales como el primer grupo de riesgo, y a la «transmisión heterosexual» (aunque en propiedad debería hablarse de «transmisores heterosexuales» para entenderlos como otro grupo de riesgo, y no como una vía de riesgo) casi al final de la lista, aunque, en realidad, es el cuarto grupo de riesgo que existe. Las ideologías empapan fácilmente a las estadísticas oficiales, como ya se demuestra en el celebrado artículo de Benjamín Oltra y Juan Salcedo (1973: 67-96). Además, los casos de sida son tanto los vivos como los muertos, en parte porque se supone que los vivos van a morir.

En la década de los noventa las estadísticas oficiales españolas empiezan a hablar de «factores de riesgo»; y en vez de homosexuales citan «prácticas homosexuales masculinas». En el caso de los heterosexuales señalan «transmisión heterosexual». La crítica ha tenido, pues, efecto. Pero las estadísticas señalan todavía «adictos a drogas por vía parenteral» en vez de «algunas prácticas en las adicciones a drogas por vía parenteral», que sería más exacto. Está claro que los que han protestado —los homosexuales fundamentalmente— han obtenido cambios, pero no así los drogadictos/as ni las prostitutas.

Los grupos más afectados son varones y en edades de los 20 a los 40 años de edad. En toda la década de los ochenta los varones representan el 84 por 100 de los casos; aunque son un poco menos en el caso de toxicómanos/as, precisamente porque en la infección por jeringuillas las mujeres también juegan un papel importante. El 82 por 100 de todos los casos se agrupan en personas jóvenes, que no llegan a los 40 años: tienen entre 20 y 39 años.

La letalidad por sida disminuye gradualmente, en parte porque cada vez se diagnostica mejor, y en mayor cantidad (es decir, con casos menos graves), con lo que la proporción relativa disminuye. En el global de la década de los ochenta la letalidad (mortalidad) de los casos de sida es un poco mayor de la tercera parte: 1.681 personas muertas y un total de 4.633 casos; es decir, un 36 por 100 del total. La letalidad no señala los/as que se mueren del colectivo de enfermos/as, sino que se trata de dos cohortes diferentes. No es, pues, una tasa de mortalidad específica, sino una letalidad coincidente en el tiempo con el registro de nuevos casos, todo calculado sobre bases que no corresponden al universo real. Los casos más graves son los receptores de sangre o sus derivados, cuya letalidad en la década es entre el 51 y el 61 por 100. Luego los casos más problemáticos (con una mortalidad más elevada) son los/as homosexuales, que mueren el 44 por 100. Casi lo mismo (43 por 100) es la mortalidad de los hijos/as de madre infectada. Y, curiosamente, los casos más benignos de todos son los toxicómanos —sólo mueren un 32 por 100 del total—, a pesar (o a causa) de que

son el grupo más numeroso en España. Los/as homosexuales sólo representan el 17 por 100 de los casos de sida del país (en la década de los ochenta), pero son el 21 por 100 de las muertes por sida. Mientras que los toxicómanos, que son el 63 por 100 de los casos de sida, suponen sólo el 55 por 100 de las muertes por esa causa.

El caso español es peculiar por tener bastantes casos de niños/as. En sida se contabilizan casos pediátricos hasta los 12 años, inclusive. En el total de Europa los casos pediátricos son el 2,3 por 100, mientras que en el caso español suben ligeramente hasta el 3 por 100 (exactamente, el 2,94 por 100 en la década de los ochenta; pero 3,14 por 100 si se descuentan del total los casos de edad desconocida, y se utilizan los datos referentes a esa primera década pero recogidos hasta finales de marzo de 1990). Ese porcentaje es bastante mayor en el caso de receptores de sangre o derivados (pueden ser transfusiones sanguíneas), en que los niños/as suponen el 14 por 100 de los casos, y el cien por cien, lógicamente, de los hijos/as de madre de riesgo. Esta situación se debe a dos factores: 1) falta de autorresponsabilidad de las madres seropositivas, o su ignorancia; y 2) el retraso en obtener una interrupción voluntaria del embarazo a tiempo debido a las presiones sobre la actual ley del aborto.

El *Boletín Epidemiológico Semanal* de la tercera semana de enero de 1990 se preocupa ya extensamente de los casos de sida por transmisión materno-infantil. España es el cuarto país de Europa —detrás de Francia, Suiza e Italia— con más casos pediátricos de sida, con una tasa (se entiende acumulada, y calculada del total de población menor de cinco años) de 38 casos por millón. Francia, que es la máxima, tiene 48 niños/as por millón (Centro Nacional de Epidemiología, 1990: 17-18). España mantiene un porcentaje casi idéntico (69 por 100) al de la media europea (70 por 100) en la transmisión perinatal en los casos pediátricos de sida. El resto lo son por receptores de transfusiones y hemofilia. En total, en la década de los ochenta existen en España 135 casos pediátricos, 93 de los cuales (el 69 por 100) han sido contaminados por su propia madre. Más de la mitad de esas madres (el 55 por 100) son drogadictas intravenosas, y una de cada diez (9 por 100) se infectaron por vía sexual. En el contexto europeo, España destaca por tener muchas madres drogadictas, y muy pocas infectadas por vía sexual (que en Europa llegan a ser el 33 por 100). El Centro Nacional de Epidemiología termina el informe señalando que «se requieren estudios más profundos sobre la epidemiología del sida pediátrico», pero poco más se ha hecho. Parece claro que el problema no es tanto de prostitución como de drogadicción.

Son las edades jóvenes las que concentran más casos. Las personas de 25 a 29 años son el grupo más numeroso, con el 35 por 100 de los casos, seguido en una proporción similar (31 por 100) por las personas de treinta y tantos años. En cambio, en el caso de personas con sida que son homosexuales se produce un corrimiento hacia edades más maduras. Apenas hay

jovencitos de 20 a 24 años (5 por 100 frente un 17 por 100 del total), y no excesivos de 25 a 29 años (13 por 100 *versus* 35 por 100 en el total), mientras que el grueso son de 30 a 39 años (44 por 100 frente al 31 por 100 del total), e incluso cuarentones (26 por 100 de los homosexuales *versus* el 8 por 100 del total de casos). Esto da una imagen bien diversa de los dos grupos principales: toxicómanos y homosexuales; con toxicómanos fundamentalmente entre los 25 y 29 años, y en cambio con homosexuales (más «carrozas») sobre todo de 30 a 39 años.

Nadie da una explicación de por qué el sida en España ataca fundamentalmente a drogadictos/as (se entiende que intravenosos, infectados a través de las agujas de las jeringuillas que comparten con otros compañeros/as) en un 63 por 100 de los casos, y a un 3 por 100 adicional de drogadictos/as que además son homosexuales (se ignora oficialmente cuál de los dos factores ha sido realmente el vehículo de infección). Una explicación la ofrece el catedrático de pediatría Delgado Rubio (1987: 66): «El SIDA ha llegado, afortunadamente, con unos años de retraso [a España], lo cual ha permitido aprovechar la experiencia de otras naciones y tomar una serie de medidas eficaces en cuanto a la prevención y control de la enfermedad, lo que explicaría la difusión más lenta del SIDA entre los homosexuales españoles. Sin embargo, los drogadictos son un colectivo más despreocupado por el SIDA que los homosexuales y, dadas las características de los componentes de este grupo [drogadictos/as], no adopta medidas de precaución y control eficaces contra la enfermedad.» Sin embargo, el considerar que el colectivo gay esté bien organizado en España, y que haya tomado medidas eficaces contra la enfermedad, es excesivo.

Una explicación apasionada es ofrecida por dos especialistas en el tema: «El sida se ha convertido en un gravísimo problema sanitario y social en África [...], y en los Estados Unidos por la existencia de poblaciones marginadas, viviendo en guetos, que en la lucha por sus derechos civiles fueron impulsadas al consumo de sexo por el sexo mismo. En España, las víctimas propicias han sido los heroinómanos. Negados como enfermos, ajenos a toda información sanitaria, rechazados en bloque como si pertenecieran a una "raza de criminales", como a los presos, han sido condenados, castigados a enfermar» (Lorenzo y Anabitarte, 1987: 64). Sin embargo, la letalidad de los casos de sida entre toxicómanos/as es la menor (32 por 100 frente al 43 por 100 entre homosexuales), en parte porque son definidos como enfermos/as antes que otros grupos. La explicación, pues, tampoco es convincente del todo.

Hay un 3,2 por 100 de casos que combinan los dos riesgos: ser toxicómano/a intravenoso y ser homosexual. ¿Cuál de los dos factores es más importante, o más numeroso? Es difícil de saber. Sin embargo, hay una forma indirecta, pues se conoce que algunos diagnósticos suelen ser diferentes según la vía de contagio. Por ejemplo, en España el sarcoma de Kaposi es bastante más frecuente entre homosexuales con sida, que no entre intrave-

nosos/as con sida. La tercera parte (el 33 por 100) de los casos de homosexuales desarrollan el sarcoma de Kaposi. Este cáncer es más letal que otros diagnósticos, y mucho más abundante entre varones —quizá por la razón previa de homosexualismo— que entre mujeres. Pues bien, en el caso de intravenosos/as el sarcoma de Kaposi sólo se desarrolla en menos del 2 por 100 de los casos. En el grupo que combina toxicomanía con homosexualidad la proporción de sarcomas de Kaposi es del 10 por 100. Esto sugiere que, aunque los dos riesgos cuentan, el grupo que los combina se parece un poco más a los toxicómanos/as que a los homosexuales. O, dicho de otra forma, que actualmente (y en España) la conducta más peligrosa es, desde luego, la de adicción a drogas por vía parenteral.

Los estudios sociológicos y epidemiológicos del SIDA tendrían que explicar por qué esta enfermedad no se ha cebado en el caso de los homosexuales. Los autores varían en atribuir la proporción de homosexuales españoles con anticuerpos entre el 20 y el 30 por 100 (Nájera, 1988: 89; Delgado, 1987: 68; porcentajes similares se citan en el caso de los reclusos). Para llegar a una conclusión habría que medir la comunidad homosexual y la heroinómana; lo cual es imposible. Pero la realidad es que hay pocos casos de sida entre homosexuales, aunque los españoles/as no lo saben o no se lo crean. Es tal la sorpresa que incluso los políticos y las políticas sanitarias se dirigen mucho más a la relación entre gays y sida. Se habla algo de drogadictos (por ejemplo, en la polémica de las agujas hipodérmicas limpias), pero se vuelve siempre a los homosexuales, sobre todo varones o, más eufemísticamente, «los jóvenes» en general. De prostitutas —a nivel positivo— nunca se habla. Los homosexuales han atraído toda la atención. Las últimas campañas estatales renuncian a programas específicos y se dirigen a la juventud en general (sin diferenciar bien).

Salvo los casos de Finlandia y Holanda, donde la proporción de casos de sida que son homosexuales permanece estable (y muy alta: 81 por 100), todos los países de Europa han visto decrecer sustancialmente la proporción de homosexuales del total de casos de sida en el último lustro (1985-1990). Se cree que eso se debe a un cambio/radical en las pautas de actividad sexual de la población homosexual. En España la proporción es baja, pero relativamente constante, aunque si se observa alguna tendencia es la de ir aumentando ligeramente. No parece, pues, que la población homosexual haya cambiado mucho de prácticas.

Una explicación razonable de la baja proporción de homosexuales entre los casos de sida es que las pautas sexuales de los homosexuales en España son menos agresivas, ya sea por causa de la represión durante la dictadura franquista, bien por el control social alto, unido a un rechazo social fuerte de las conductas no viriles, o bien debido a una conducta más «romántica» entre los propios homosexuales. Homofobia y romanticismo-gay justos pueden explicar el bajo número de homosexuales con sida.

Esta última teoría es expuesta bien por Oscar Guasch: «hipótesis que parte de la tendencia básicamente romántica de la subcultura homosexual española, que no ha permitido la desmesurada extensión de prácticas sexuales de alto riesgo que favorecieran una rápida penetración de la enfermedad». Sin embargo, esta misma tendencia que había favorecido a los homosexuales parece ir ahora en su contra: «Si hasta el momento los condicionamientos culturales han contribuido, si no a detener, sí al menos a frenar el avance del virus, esos mismos condicionamientos empiezan a jugar ahora en favor de su extensión, desde el momento en que la mayoría de homosexuales del país [...] entienden el sida como algo que sucede a los demás. Todo ello hace patente la urgente necesidad de informar a este colectivo sobre los riesgos que comporta una enfermedad ante la cual vienen actuando hasta el momento de manera peligrosamente inconsciente» (Guasch, 1987a: 96). Es decir, que es posible que la proporción de homosexuales con sida aumente, si no se toman medidas más claras. Incluso la utilización del condón no es completamente segura para el coito anal (como lo ponen de manifiesto las autoridades sanitarias británicas, y en otros países europeos). Los datos, sin embargo, no señalan ningún crecimiento, y en Europa el decremento ha sido claro y elevado en casi todos los países.

Lo curioso del sida en España es que no parece que se hayan cambiado las conductas sexuales de las personas heterosexuales ni tampoco de los homosexuales. Esto es difícil de demostrar, pues no hay datos fiables. De todas formas, un análisis desde dentro y antropológico defiende que no ha habido una alteración sustancial de pautas de conducta homosexual a pesar del sida: «No se han alterado los hábitos sexuales de la población homosexual, que básicamente sigue practicando el sexo anónimo sin que se aprecie en absoluto una tendencia en favor de una cierta monogamia, ni tampoco una evidente disminución de los niveles de promiscuidad alcanzados hasta el presente. Si acaso, parece verificarse un recorte en el número de individuos con los que se mantienen relaciones sexuales, de manera que se repiten periódicamente los contactos con sujetos ya conocidos anteriormente[...]. Sólo en este sentido puede hablarse de un relativo cambio en las costumbres sexuales y de una cierta disminución del grado de promiscuidad entre la población homosexual, que más que una transformación directa consecuencia del sida es, probablemente, la acentuación de una tendencia previamente existente» (Guasch, 1987a: 92). La reacción, pues, es peculiar: no se cambian conductas pero se reducen las ocasiones de infectarse, basando finalmente el caer enfermo en la suerte. La sociedad española es muy tendente a esta confianza en la suerte, pensando primero que todo lo malo le va a ocurrir sólo a los otros, y segundo, que basta con ser «un poco más bueno» para que no te ocurra lo malo. Es decir, el cambio es más simbólico que real, y señala una cierta moralización de la conducta sexual poco segura.

La suerte se combina con control social, también en ambientes homose-

xuales. No se conocen casos, y no se difunden casos de «la enfermedad»: «Mientras cualquier homosexual conoce casos de enfermedades de transmisión sexual, son verdaderamente pocos a quienes les llegan noticias de sida a través de la red social, hecho que contribuye a explicar por qué la enfermedad aparece como algo sólo potencialmente peligroso, como una amenaza vaga e imprecisa, más que como un tema serio de preocupación sobre el que se tomen eficaces medidas de prevención» (Guasch, 1987a: 94). Esto está escrito en 1987, pero no parece que la conducta haya cambiado desde entonces. En España las saunas siguen abiertas, los chaperos prostituyéndose, y la comunidad gay reaccionando sólo a ciertos niveles de organizaciones comprometidas, separadas de la comunidad homosexual, que está establecida difusamente en las grandes ciudades.

El incremento del número de casos de sida se puede medir en el total, o bien por grupos concretos. La pauta original era la de varones, de edad media jóvenes y homosexuales. Posteriormente se van incorporando otros colectivos: mujeres, niños/as, heterosexuales y, sobre todo, toxicómanos, a los que el sector público tarda en dar importancia.

El crecimiento de *mujeres* es el menos estudiado, a pesar de ser el más simple como variable. Hasta el año 1984 prácticamente no se detectan mujeres (sólo hay una en 1982) y no muere ninguna hasta 1985. Se observan tres etapas después. En una primera (1984-1985) el porcentaje de mujeres es menor del 10 por 100, pero creciente. En una segunda etapa la proporción de mujeres en los casos nuevos se estabiliza en torno al 17 por 100: son 17,9 por 100 en 1986, 17,6 por 100 en 1987 y 17,5 por 100 en 1988. En una tercera etapa la proporción de mujeres parece bajar un poco (al 15 por 100), lo que puede ser debido a que el diagnóstico de mujeres se tarda más en realizar, o lleva más retraso al ser menos esperado o evidente. Es posible que posteriormente —cuando el recuento se termine— los datos de 1989 y 1990, por ejemplo, asciendan al 17-18 por 100, que parece ser la proporción de mujeres en España en el total de casos de sida. Curiosamente, la proporción de mujeres entre las personas fallecidas por sida no varía tanto, siendo en total una proporción muy similar a la de enfermas: 15,9 por 100 de fallecidas *versus* 16,4 por 100 de casos femeninos. En el caso de fallecimientos no parece haber este retraso temporal que se nota en el diagnóstico de mujeres, entre otras cosas, por el imperativo legal del certificado de defunción.

Pero la tendencia más espectacular en el caso español es el crecimiento de los/as *adictos a drogas* (por vía parenteral, se entiende), que pasan de no estar representados a superar los dos tercios de los casos de sida. El crecimiento es constante y sostenido desde 1981 hasta 1988: 0, 25, 31 y 34 por 100, pega un salto en 1985 hasta el 52, 55, 60 y 66 por 100 en 1988. Al año siguiente —1989— la proporción baja un poco hasta el 64 por 100, pero los datos son todavía incompletos. Con los pocos datos del primer trimestre de 1990 la proporción de toxicómanos entre los casos de sida aumenta

al 70 por 100. Es decir, que los dos últimos años no son fiables para analizar las tendencias de crecimiento. En cualquier caso, parece que la década termina con un estancamiento proporcional de los casos de intravenosos/as. Esto era esperable, pues su porcentaje no puede crecer ya mucho más. Es importante notar que el incremento grande de casos de toxicómanos/as (hacia 1985) coincide también con el crecimiento fuerte de casos de sida. Es decir, que el sida en España se puede atribuir muy fundamentalmente a esta categoría, con su problemática especial que conlleva. Es también el grupo social al que menos se dirigen las políticas del ser público, o con el que éstas han sido menos exitosas.

En España hay pocas estimaciones sobre el número de casos que se van a producir de sida. Las actitudes han sido dos: catastrofista, o bien de restarle importancia. Bien se toma la posición de que va a ser una pandemia gigantesca que asolará el planeta (incluyendo a las parejas heterosexuales y a los niños/as), o bien se considera únicamente como una enfermedad de grupos marginados, delincuentes y sexualmente perversos, que deberían de ser aislados y reprimidos. En cualquier caso se calcula —a nivel internacional— aproximadamente unas 30 personas seropositivas por cada persona con sida. En España eso supondría —de ser un cálculo fiable— *cerca de 200.000 personas contaminadas*; equivalente a una nueva cohorte de españoles/as cada año. Eso da una idea de la posible progresión de la enfermedad en números absolutos.

Las estimaciones internacionales sobre el sida fueron, en general, demasiado abultadas. Hubo un momento —hacia la mitad de la década de los ochenta— que circuló la idea de que el sida se iba a convertir en una pandemia de efectos incalculables, que se doblaba cada año, y que iba a atacar a toda la población. Esta estimación no se ha cumplido. Las estadísticas de casos de sida incluyen a las personas muertas, incrementando así el número total de forma artificial, ya que las tasas se calculan sobre el número de españoles/as vivos actualmente (por millón generalmente), lo que introduce todo tipo de problemas estadísticos. Si se sigue este procedimiento en el futuro, la tasa debería ser calculada sobre el total de personas vivas-y-muertas en España en toda su historia: obviamente, una tarea irrealizable y estúpida. Pero lo importante es que las estimaciones catastrofistas no se han cumplido. El número de casos nuevos apenas si aumenta ya (3 por 100 de aumento en los dos últimos años para los que las estadísticas son más fiables: 1989 *versus* 1988).

A nivel internacional, al inicio de la década de los noventa, el número de casos registrados de sida en el mundo (de 177 países que habían comunicado sus estadísticas a la OMS) son 222.740. De ellos, el 14 por 100 de los casos pertenecían a Europa. El grueso de casos —el 66 por 100— están en el continente americano (de ellos, el 83 por 100 en un solo país, los Estados Unidos). Hasta el año 1987 el número de casos nuevos de sida en el mundo se duplica cada año. En los dos primeros años de la década 1981-

82 y 1982-83 los casos nuevos se triplican. Posteriormente, desde 1984 hasta 1987, los casos nuevos se duplican cada año. Pero en 1987 (respecto de 1986) los casos crecen 1,8 veces, y al año siguiente sólo 1,4 veces. El año 1988 puede catalogarse como el de mayor número de casos nuevos, 65.511 en todo el mundo. Pero, afortunadamente, el número de casos nuevos en 1989 desciende a 50.950 (una reducción al 78 por 100), pero hay que tener en cuenta que el registro no puede considerarse como cerrado hasta unos años después; es seguro que aumentarán. En Europa el número de casos nuevos sigue aumentando, aunque ya no en la misma proporción. Es difícil de saber si estas estadísticas de 1989 se van a mantener así en el futuro, pues muchos casos de 1989 pueden re-registrarse posteriormente. En cualquier caso, no parece que la tendencia a duplicar el número de casos cada año se mantenga.

Es posible que en el futuro el sida sea una enfermedad tercermundista, en sus dos sentidos: primero, que la mayoría de casos se sitúen en el Tercer Mundo, en países menos desarrollados; segundo, que los casos de sida se concentren en las cárceles, prostitutas y chaperos, clases muy bajas y migrantes. Esto puede generar una ritualización de la lucha contra la enfermedad, el no incremento de los recursos del sector público dedicados a sida, un rechazo por parte de la población, y el incremento (de nuevo) de la discriminación contra las personas enfermas de sida. Durante los años ochenta era un privilegio trabajar en casos de sida y en su investigación. En 1990 se habla ya de que el personal que trabaja en sida realiza una labor «arriesgada» y que debe de ser retribuida con un salario más alto (en algunos hospitales se establece alrededor de 200.000 pesetas extras anuales).

En España las estadísticas son poco fiables hasta 1985, ya que el número de casos es muy pequeño como para observar una tendencia fiable. Luego los casos nuevos crecen anualmente 2,6 veces, 2,2 y 1,9 veces; para llegar así al máximo de casos en 1988 (con 1.706 casos nuevos). Pero en 1989 —lo mismo que las estadísticas mundiales— el número de casos desciende algo, también al 78 por 100 del tamaño de 1988 (aunque con el registro realizado a mediados de 1990 ya superaban los casos de 1989 a los de 1988 en un 3 por 100). Hay que esperar realmente a que pasen unos meses más para dar por oficiales los datos de 1989, pues habrán bastantes casos más que luego sean registrados conforme a la fecha de diagnóstico. De hecho, a mediados de 1990, el MSC comunica que ya hay 6.210 casos en España, el 83 por 100 varones. La mortalidad por sida es el 35,7 por 100 de los casos existentes, es decir, que sigue bajando débilmente.

En España las estimaciones futuras son pocas, y además inexactas. En la *International Conference on AIDS*, en París en 1986, tres españoles (M. J. Medrano, A. Bolea y F. Villar) presentaron un cálculo (utilizando una ecuación polinómica de regresión) para calcular los casos en el trienio siguiente: 1986-1988 (Loma, 1987: 79-80). Los autores calcularon un crecimiento —en ese trienio— de 790 casos. En realidad el crecimiento fue del cuádruplo

ple: 2.990 casos nuevos de sida. Además, la desviación de la realidad respecto de las previsiones es cada vez mayor: 2,5 veces en 1986, 3,4 veces de diferencia en 1987 y 4,6 veces, por lo menos, en 1988.

Ninguna estimación ni evaluación general de la epidemia en el caso de España establece lo que iba luego a ser la realidad al final de la década de los noventa: que España pasa a ser uno de los países europeos con un mayor número de enfermos/as. Ya a finales de 1989, España es el tercer país de Europa con más casos de sida, detrás sólo de Suiza y Francia. Algunos autores, basados en inferencias incluso desfasadas, concluyen que «tanto las predicciones matemáticas como las tasas de infectados entre determinadas poblaciones apuntan a un aumento preocupante de los casos de sida en los próximos años, creando un problema de salud en nuestro país» (Loma, 1987: 79). Y eso que los cálculos matemáticos resultaron cuatro veces menores que la realidad. A principios de la década de los noventa, España representa el 15 por 100 de todos los casos de sida en Europa, pero dado que el registro parece ser más lento que en los otros países, es posible que alcancemos la cota de 1988, cuando España tiene el 18 por 100 de todos los casos europeos de sida.

Una forma indirecta de averiguar las tendencias futuras (que nadie parece haber tenido en cuenta hasta ahora) es analizar en detalle las diferencias regionales, y establecer pautas conforme a cambios previsibles. En el caso español se observan dos pautas claras. Primero, que las diferencias regionales son enormes. Esto no se había establecido al principio, pues las primeras estadísticas eran sobre tan pocos casos que apenas si se daba relevancia al hecho de la zona geográfica de residencia. Al principio se presentaron estadísticas por ciudades. Posteriormente, por las provincias afectadas (no eran todas), y siempre en números absolutos. Posteriormente se pasa ya a dar datos por tasas (por un millón de habitantes), pero sólo para las Comunidades Autónomas. En la actualidad se ofrecen datos tanto por Comunidades Autónomas (tasas) como por provincias (en números absolutos). Es ya posible observar la pauta de enormes diferencias regionales. La Comunidad Autónoma con más sida tiene 5,5 veces más casos (por millón de habitantes) que la que tiene menos casos. Lo lógico es suponer que a la larga estas diferencias geográficas vayan a disminuir.

Segundo, las regiones con más casos de sida son claramente las más desarrolladas. Al principio siempre destacaba Madrid, con una elevada concentración de casos. Sin embargo, era una situación artificial debida al centralismo en la declaración de casos. Cataluña tiene a finales de la década la tasa más alta (203, casi el doble que la media nacional de 115), seguida muy de cerca por el País Vasco (202), y a un poco de distancia Baleares (190) y Madrid (174). La abundancia de casos en Cataluña se entiende porque Barcelona (como área metropolitana, y con el núcleo de Sitges como «ciudad gay») concentra todos los factores negativos: 1) tiene la comunidad gay más importante y activa de España; 2) hay también más drogadictos/as

intravenosos que en ninguna otra parte, y muchos reclusos, y 3) la población de inmigrantes es extensa, y sobre todo la africana. No es, pues, de extrañar esa situación prioritaria catalana. Las Comunidades con más SIDA son las regiones más desarrolladas de España, pero también las que tienen más heroinómanos/as, homosexuales practicantes, reclusos/as, negros, turistas sexuales, prostitutas y chaperos. Son, seguramente, las que mejor recogen datos y localizan casos.

En cambio, las Comunidades que tienen menos casos de sida son Castilla-La Mancha (con una tasa de 37), Extremadura y Castilla-León (ambas con 40) y Murcia (con 49). Suponiendo: 1) que las diferencias se reduzcan; 2) que sean las regiones pobres las que desarrollen en el futuro pautas similares a las regiones ricas, y 3) que haya un momento en que las regiones ricas estabilicen sus tasas de sida, sería entonces posible llegar a supuestos mucho más fiables sobre las estimaciones futuras del caso de enfermos/as de sida —vivos y muertos, como es lo usual en esas estadísticas.

Los casos nuevos de sida corresponden a infecciones que se adquirieron antes de que nadie en España se diese cuenta de que algo estaba pasando en relación al virus (VIH) que se infectaba por la sangre. La reacción de las políticas contra el sida tienen que tener —eso se espera— algún impacto claro sobre el número de casos nuevos cada año. Las dificultades en establecer el número de años que pasan entre la *infección*, la *seropositividad*, el *sida*, y la *muerte* por sida, complican aún más las cosas. Esta es la tarea principal si se quiere realizar una estimación futura adecuada. España está bien lejos de determinar estos cuatro períodos de tiempo, sus frecuencias y distribuciones. Es más lo que no sabemos que lo que sabemos sobre el sida. Pero esto no impide realizar algunas políticas adecuadas contra el sida y a favor de los/as pacientes.

El sida es un buen ejemplo de que no se necesita un conocimiento completo de una enfermedad (ni de los posibles tratamientos) para actuar socialmente y desde la salud pública. Como en el caso del sida es posible, incluso, que la enfermedad desaparezca antes de que se entienda totalmente. Lo mismo pasó con el síndrome tóxico. Pero la lucha contra el sida ha supuesto la revitalización de las ciencias sociales dedicadas a la salud y la enfermedad, así como un renacimiento considerable de la salud pública como especialidad en todo el mundo. La Sociología española no ha hecho más que empezar sus estudios y análisis sobre el sida.

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO, Javier; REIZÁBAL, Juan, y TOÑA, Fernando (1989): «Algunos aspectos sociales del SIDA en el ámbito sanitario», *Cuadernos de Salud*, 2, pp. 85-95.
- ANABITARTE, Héctor (1987): «Indiferencia y desafío», en Ricardo Usieto (ed.), *SIDA: Un problema de salud pública*, Madrid: Díaz de Santos, pp. 241-271. Excelente análisis periodístico e ideológico de las relaciones entre la organización homosexual en España y la enfermedad del SIDA. Escrito desde una perspectiva pro-homosexual.
- ARRANZ, Pilar, y BAYÉS, Ramón (1988): «SIDA y prevención: Un enfoque multidisciplinario», *Jano* (25-31 marzo), vol. 34, núm. 812, pp. 46-55. Señalan los objetivos de prevención desde una perspectiva psicológica.
- ASSOCIACIÓ CIUTADANA ANTI-SIDA DE CATALUNYA (1988): *SIDA y las relaciones homosexuales*, Barcelona: ACASC, 4 pp. Un folleto editado por los Gays por la Salud. Existe otro similar sobre las relaciones heterosexuales.
- AYUNTAMIENTO DE MADRID (1988): *Resumen de Ponencias de la Segunda Conferencia de Información Sanitaria sobre el SIDA*, Madrid: Ayuntamiento de Madrid, mimeo.
- BALCELLS, Alfonso (1990): «El SIDA», *La Vanguardia* (29 agosto 1990), p. 12. Ejemplo de artículo intolerante y discriminador frente a los enfermos/as del sida.
- BAYER, Ronald (1989): *Private Acts, Social Consequences: AIDS and the Politics of Public Health*, Nueva York: Free Press, 282 pp.
- BAYÉS, Ramón (1988): «Factores psicológicos en la prevención, etiología y evolución del SIDA», *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 5, núm. 2, pp. 203-210. El autor defiende siempre en sus estudios la influencia del estrés psicológico en la adquisición del virus y en la evolución de la enfermedad.
- (1989a): «Drogodependencias, psicología y SIDA», *Comunidad y Drogas*, 12, pp. 11-21.
- (1989b): «La prevención del SIDA», *Cuadernos de Salud*, 2, pp. 45-55.
- (1989c): «Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: Su aplicación al caso del SIDA», *Papeles del Psicólogo*, 41-42, pp. 122-125.
- (1990a): «Problemáticas psicológicas en personas HIV+ y en pacientes de SIDA», en *Jornadas Internacionales de Avances en ETS y SIDA* (Barcelona, enero 1990), Libro de Resúmenes, pp. 69-85.
- (1990b): «The contribution of behavioural medicine to the research and prevention of AIDS», en D. E. Blackman y H. Lejeune (eds.), *Behavioural Analysis in Theory and Practice: Contributions and Controversies*, Hove, East Sussex: Lawrence Erlborn, pp. 243-258.
- BAYÉS, Ramón, y ARRANZ, Pilar (1988): «Las variables psicológicas como cofactores del síndrome de inmunodeficiencia adquirida», *Jano* (25-31 marzo), vol. 34, núm. 812, pp. 33-42.
- BAYÉS, Ramón, y RIBES, Emilio (1989): «Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: Su aplicación al caso del SIDA», *Papeles del Psicólogo*, 41-42, pp. 122-125.
- BELLIDO, José A.; DÍAZ, Mario, y MUÑOZ, Víctor (1985): *Informe SIDA: La mejor defensa contra el SIDA es la información*, Madrid.
- BIAGI, Enzo (1987): *Un sol maligno, SIDA*, Barcelona: Mondadori.
- BIMBELA, Josep-Lluís (1989a): *Seminari de formació respecte a la SIDA per a persones que exercixen la prostitució. Districte I Ciutat Vella: Informe valoració*, Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 25 pp.
- *et al.* (1989b): «Sida asociado a prostitución», *Revista de Treball Social*, 113, pp. 131-137.
- (1990a): *Formació dels líders de la comunitat en relació a la SIDA. Poble Sec Districte III Sants-Montjuïc*, Barcelona: Equip Prevenció SIDA, 27 pp.
- (1990b): *Seminari respecte a la SIDA per a membres de la guardia urbana, Districte I Ciutat Vella: Informe valoració*, Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 21 pp.
- BLAI, R. de (1989): *Disfruta vida, evita la SIDA*, Barcelona: Icaria, 123 pp. Con un prólogo de Angel Pavlovsky y presentación de Dan Wohlfeiler. Es seguramente el mejor manual práctico de educación sexual frente al sida en España, dirigido especialmente a los homosexuales. Incluye los resultados de cuatro talleres de erotismo sobre sexo seguro realizados en Barcelona (dos en la Casa Elizalde y dos en el Casal Lambda) durante los

- años 1988 y 1989. Es innovador y pragmático. Está editado por el grupo Gais per la Salut.
- BOTINAS, Lluís (1989): «Síndrome tóxico, una sentencia reveladora...», *El Correo del Sol: Suplemento de la Revista Integral*. 118 (octubre), pp. 6-7.
- CARDÍN, Alberto, y PLUVIA, A. de (eds.) (1985): *SIDA, ¿maldición bíblica o enfermedad letal?*. Barcelona: Laertes. Uno de los primeros libros sobre el tema en España.
- CARDÍN, Alberto (1989): «El estigma en la sombra: La atípica marginalidad de los homosexuales portadores de SIDA», *El País* (2 noviembre), p. 10.
- CASABONA, Jordi, et al. (1988): «Characteristics of the demand for a "hot line" service and the influence of mass media campaigns», en *Aids Program*, Barcelona: Generalitat de Catalunya, mimeo, 13 pp.
- CASABONA, J.; SALAS, T., y SEGURA, A. (1989): «Evolución de la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida en Cataluña: Análisis descriptivo del registro de casos». *Medicina Clínica*, 92, pp. 441-446.
- CASSUTO, Jill-Patrice, et al. (1987): *SIDA: Cómo se manifiesta, cómo prevenirlo, cómo tratarlo*. Barcelona: Paidós.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (1987): «El problema del SIDA», en *Datos de Opinión de la REVISTA ESPAÑOLA DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS*, 39, pp. 325-351. Incluye las tablas del primer estudio de actitudes de la población sobre el sida, con una muestra nacional de, aproximadamente, 2.500 personas (varones y mujeres) de 18 y más años. Esta encuesta no ha sido todavía analizada en detalle.
- CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA (1990): «Casos de SIDA por transmisión materno-infantil: Situación a 31 de diciembre de 1989», *Boletín Epidemiológico Semanal*, 1852, pp. 17-18.
- CONSEJERÍA DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID (1988): *Vigilancia epidemiológica del SIDA y de la infección por VIH. Informe número 2, octubre 1988: Destinado a personal sanitario*. Madrid: Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid, 74 pp. Un análisis de casos en la región de Madrid, con un análisis de niños/as, así como de inoculaciones accidentales en personal sanitario. Incluye, además, la legislación en la CAM (Comunidad Autónoma de Madrid) sobre sida. Extrañamente, sólo «Destinado a personal sanitario».
- CUADERNOS DE SALUD (1989): *SIDA*, número especial de la revista del Servicio Vasco de Salud, núm. 2, 163 pp. Incluye una evaluación del plan de prevención y control del sida del País Vasco, y artículos sobre recursos hospitalarios, situación pediátrica, asistencia a pacientes con sida, asistencia domiciliaria, aspectos sociales y psicológicos. También un artículo sobre las organizaciones voluntarias ciudadanas anti-sida.
- DE VITA, et al. (1986): *SIDA, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención*, Barcelona: Salvat.
- DELGADO RUBIO, Alfonso (1987): *Manual SIDA: Aspectos médicos y sociales*, Madrid: Organización Médica Colegial e IDEPSA, 98 pp. Es un manual clínico, con el análisis de algunos aspectos psicosociales.
- DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA (1987): *Programa de prevenció i control de la SIDA: Informació actualitzada per a personal d'infermeria*, Barcelona: Generalitat de Catalunya, 10 pp. Folleto para el personal de enfermería con datos de octubre de 1987.
- (1989a): *Per un futur sense SIDA: No te'n desentenguis*, Barcelona: Generalitat de Catalunya, 23 pp. Folleto para la población general (hay una versión en castellano que se puede solicitar al teléfono del sida). Es parte del Programa para la Prevención y el Control del Sida de la Generalitat. La primera edición de diciembre de 1989 es de seiscientos mil ejemplares.
- (1989b): *Vé contra el SIDA y no contra la vida*, Barcelona: Generalitat de Catalunya, 7 pp. Folleto para la población general que se reparte en el sistema sanitario público. Incluye un teléfono de información confidencial: (93) 339 87 56.
- EPSTEIN, Octavio (1989): «Los gritos del silencio», *Nueva Enfermería*, núm. 78, pp. 4-10. Presenta las directrices de la OMS en colaboración con el Consejo Internacional de Enfermería, en la revista del Consejo General de Colegios de Diplomadas/os en Enfermería.

- EQUIPO ANÁLISIS ECOLÓGICOS (1988): «El juicio del síndrome tóxico llega a su fin: Aceite, la solución más ligera», *Integral*, 107, pp. 404-409.
- ESTÉBANEZ, Pilar (1987): «Aspectos de salud pública: Clínica y tratamiento», en Ricardo Usieto (ed.), *SIDA: Un problema de salud pública*, Madrid: Díaz de Santos, pp. 141-240. Incluye no sólo la clínica y el tratamiento, sino además una historia de la enfermedad, y la evaluación del control y tratamiento del sida.
- FABER-KAISER, Andreas (1988): *Pacto de silencio: La ocultación de la verdadera causa del síndrome tóxico impidió la curación de miles de españoles*, Barcelona: Compañía General de las Letras, 397 pp. Denuncia que el síndrome tóxico de 1981 no fue causado por el aceite de colza adulterado con anilinas, sino por la ingestión de organofosforados. Es una denuncia al poder multinacional.
- FAUVEL, John (1989): «AIDS culture», *Science as Culture* (Londres: Free Association Books), 7, pp. 43-68. Un buen análisis de la cultura del sida actual, y de la utilización del sida dentro de la estructura social para discriminar, evitar otras polémicas y mostrar prejuicios latentes. Con ejemplos británicos.
- FEDERACIÓN DE COMITÉS Y COMISIONES CIUDADANAS ANTI-SIDA DEL ESTADO ESPAÑOL (1988): *Cuaderno de información sobre el SIDA*, Madrid: Federación de Comités Ciudadanos Anti-SIDA, 32 pp. Explica el movimiento ciudadano anti-sida, dando información práctica. Se edita en la primavera de 1988 «con el propósito de que sirva como instrumento de trabajo para todas aquellas personas comprometidas en la lucha contra el sida». Incluye la Declaración de Londres sobre prevención del sida del 28 de enero de 1988. Adopta una posición crítica y desmitificadora.
- GARCÍA VARGAS, Julián (1987): «Intervención del Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Consumo en la Conferencia Internacional sobre el SIDA», en Ricardo Usieto *et al.*, *Conferencia Internacional sobre el SIDA*, Madrid: Universidad Internacional Menéndez Pelayo, pp. 15-24.
- GMÜNDER, Bruno, y STAMFORD, John D. (eds.) (1990): *Spartacus '90/91: Guide For Gay Men*, 19.ª ed., Berlín: Bruno Gmünder Verlag, 1.054 pp. Es la guía internacional gay de más prestigio e información. España aparece con detalle entre las pp. 667 y 721. Incluye información de discotecas, saunas, clubs, colectivos gay, restaurantes, apartamentos, zonas de paseo, cines, grupos religiosos, servicios sanitarios, etc.
- GONZÁLEZ, Carlos, *et al.* (1989): *Repensar las drogas: Hipótesis de la influencia de una política criminal liberalizadora respecto a las drogas, sobre los costes sociales, las pautas de consumo y los sistemas de recuperación*, Barcelona: Grupo Igia, 173 pp. Una visión radical, y partidaria de una posible legalización de las drogas en España. Plantea una posición alternativa sobre las drogas y la salud de considerable interés.
- GONZÁLEZ BLASCO, Pedro, *et al.* (1989): *Jóvenes españoles 89*. Madrid: Ediciones SM y Fundación Santa María, 380 pp. Los mejores datos nacionales sobre actitudes y pautas de la juventud española en relación con matrimonio, relaciones interpersonales, consumo.
- GREUNKE, Gudrun, y HEIMBRECHT, Jörg (1988): *El montaje del síndrome tóxico*. Barcelona: Ediciones Obelisco, 187 pp. Defiende la tesis de que el síndrome tóxico de 1981 no fue causado por el aceite de colza, sino por los abonos organofosforados.
- GUASCH, Oscar (1987a): «El sida y los homosexuales españoles», *Jano*, vol. 32, núm. 772, pp. 91-95. Reacciones frente al sida de los diversos tipos de homosexuales en España, y una teoría sobre la falta de reacción general de la comunidad gay.
- (1987b): «Los tipos homófilos: Una aproximación a los códigos de reconocimiento e interclasificación homosexual», *Jano*, vol. 32, núm. 772, pp. 67-76.
- (1990a): «La construcción médica de un estigma», *Luego*, 16-17, pp. 87-99.
- (1990b): «SIDA y homosexualidad en España: Una década de epidemia», mimeo, 14 pp.
- (1991): *La sociedad rosa*, Barcelona: Universidad de Barcelona, tesis doctoral, mimeo, 327 pp. Publicada en Anagrama (Barcelona). El mejor estudio existente sobre los gays (varones) en España, con una perspectiva antropológica. Realiza un análisis de los procesos de cambio en las últimas décadas, y una tipología de homosexuales. El capítulo cinco se refiere a las reacciones de la comunidad homosexual española frente al sida. Incluye una excelente bibliografía comentada y un glosario muy útil.

- GUILLÉN, Mauro F. (1989): *Nonprofit Organizations and the AIDS Epidemic*, New Haven, Conn.: Institution for Social and Policy Studies at Yale University, 59 pp. Un estudio realizado por un sociólogo español sobre el papel de las asociaciones voluntarias en los Estados Unidos, y su comparación con otros países (incluyendo España).
- HERZLICH, Claudine, y PIERRET, J. (1989): «The construction of a social phenomenon: AIDS in the French press», *Social Science and Medicine*, 29 (11), pp. 1235-1242. Ponencia presentada en el *Décimo Congreso de Social Science and Medicine*, en Sitges, en octubre de 1987.
- HOYO, Josep del (1985): *La SIDA*, Barcelona: Edicions Proa, 93 pp. Uno de los primeros libros de divulgación sobre el sida. Parte de una serie de televisión catalana (TV3) bajo el patrocinio del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña, se integra en una colección de supuestos libros de educación sanitaria («Curar-se en Salut») con una visión excesivamente médica. Prólogo de Andreu Segura.
- KIRP, David L., y BAYER, Ronald, eds. (1991): *AIDS Policy Making: A Ten-Nation Comparative Study*, Rutgers: Rutgers University Press, en imprenta. Un estudio de políticas (y la política) en diez países, incluyendo España.
- JOVELL, Albert J. (1990): *La dimensión social del SIDA*, Bellaterra, Barcelona: Departamento de Sociología de la Universidad Autónoma de Barcelona, 169 pp., mimeo. Memoria de segundo ciclo. Da una perspectiva histórica, analiza el contexto social, la construcción social y los procesos de investigación social respecto del sida. El análisis es fundamentalmente sobre los Estados Unidos, con referencias al caso español.
- LAMO DE ESPINOSA, Emilio (1989): *Delitos sin víctimas: Orden social y ambivalencia moral*, Madrid: Alianza, 215 pp. Un excelente análisis de las teorías de la desviación y el control social, incluyendo drogadicción y diversas conductas sexuales. No hay un análisis específico del sida, pero el planteamiento teórico es adecuado.
- (1990): «De nuevo sobre las drogas: Sobre derecho penal, sociedad y cultura», *Claves de Razón Práctica*, pp. 15-19. Un buen artículo analizando las diversas posiciones sociales frente a la drogadicción y las políticas de despenalización.
- LOMA, Asia de la (1987): «Aspectos epidemiológicos del SIDA», en Ricardo Usieto (ed.), *SIDA: Un problema de salud pública*, Madrid: Díaz de Santos, 380 pp., pp. 49-130. Extenso capítulo que expone la situación en el mundo, el análisis de los factores de riesgo y las medidas preventivas.
- LÓPEZ, Josep (1990): «Los niños del SIDA, la triste secuela de una enfermedad», *La Vanguardia* (7 marzo), extra «Salud y Calidad de Vida», pp. 4-5. Uno de los artículos de prensa más detallados sobre el tema.
- LORENZO, Ricardo, y ANABITARTE, Héctor (1987): *SIDA, el asunto está que arde*, Madrid: Editorial Revolución, Textos Breves, 111 pp. Breve ensayo en diez apartados, de estilo crítico, pro-homosexual, y de formato periodístico. Analiza hechos de discriminación de personas con sida.
- MARTÍNEZ SILVA, R., y NÁJERA, Rafael (eds.) (1986): *Epidemiología del SIDA: Guía de laboratorio para diagnóstico del SIDA*, Washington, D.C.: Oficina Sanitaria Panamericana.
- MEDRANO, M. J., et al. (1986): «AIDS eidemiological features in Spain: Mathematical prediction of future trends», *International Conference on AIDS*, París, ponencia 668.
- MIGUEL, Jesús M. de (1990): *El mito de la sociedad organizada*, Barcelona: Península, 171 pp. Analiza la hipótesis de la aparente desorganización de la sociedad contemporánea, como una organizada consecución de intereses concretos. También el sistema de organizaciones complejas que definen la estructura social. Utiliza el sistema sanitario como ejemplo.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, SUBDIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN SANITARIA Y EPIDEMIOLOGÍA (1985-): *Boletín Epidemiológico Semanal: Vigilancia Epidemiológica*. Es un folleto semanal que recoge los casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) en España. Desde marzo de 1983 (número 1579) incluye regularmente información y datos oficiales sobre el sida en España, así como comparativos con otros países. El último consultado es el impreso en febrero de 1990, sobre la situación al 31 de diciembre de 1989, incluyendo desde el primer caso en 1981.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1989): *Informes sobre síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)*, *Boletín Epidemiológico Semanal* (marzo 1983-marzo 1989), Madrid: MSC,

- 176 pp. Incluye todos los informes y noticias publicados por el BES, y algunos no publicados, desde que se inició la vigilancia y el registro del SIDA (en marzo de 1983), incluyendo desde el primer caso detectado de 1981. Es un volumen con la mejor información que existe en España, y de considerable interés. Sus datos son los que se pueden considerar como oficiales.
- MOLINA FOIX, Vicente (1990): «Las obras del SIDA: La literatura de la enfermedad», *Claves de Razón Práctica*, 6, pp. 70-80. Muy bien escrito, revisa las obras literarias sobre el sida publicadas en el mundo en la última década.
- MONTAGNIER, Luc, et al. (1987): *Dieciséis especialistas dan respuesta a sus preguntas sobre el SIDA*, Barcelona: Cúpula.
- NÁJERA, Rafael (1988): «Epidemiología del SIDA en España», *Investigación y Ciencia*, 147, pp. 53-60.
- NEGRE, Pere (1989): *La prostitución popular: Relatos de vida*, Barcelona: Fundació Caixa de Pensions. Análisis sociológico cualitativo de la profesión de prostituta en Barcelona.
- NIETO, Alejandro (1984): *La organización del desgobierno*, Barcelona: Ariel. El libro con la hipótesis básica de la (aparente) desorganización de la administración pública española y sus causas.
- OLTRA, Benjamín, y SALCEDO, Juan (1973): «Estadísticas e ideología», *Papers: Revista de Sociología*, 1, pp. 67-96. Es un interesante análisis de las ideologías encubiertas en los grupos y divisiones realizadas por las estadísticas oficiales españolas. Un análisis similar podría realizarse sobre el sida.
- OLLÉ, J. E. (1986): «El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en España», *Jano*, pp. 67-73.
- OMS, OFICINA REGIONAL PARA EUROPA (1984): *El síndrome del aceite tóxico: Intoxicación alimentaria masiva en España*, Copenhague: OMS, 92 pp. Es el informe de una reunión de la OMS en Madrid, 21-25 de marzo de 1983. Está editado por Philippe Granjean y Stanislaw Tarkowski. Incluye un discurso del ministro de Sanidad y Consumo (Ernest Lluich).
- OMS (1989): *Sida: Información para viajeros*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 4 pp. Se reparte fundamentalmente en aeropuertos.
- PERROW, Charles, y GUILLÉN, Mauro F. (1990): *The Aids Disaster: The Failure of Organizations in New York and the Nation*, New Haven, Conn.: Yale University Press. Excelente análisis de la desorganización de las acciones y políticas frente al sida en los Estados Unidos, escrito por un sociólogo estadounidense y otro español, ambos en la Universidad de Yale.
- POLLAK, Michael (1988): *Les homosexuels et le SIDA: Sociologie d'une épidémie*, París: A. M. Métailié, 220 pp. Un análisis sociológico de la construcción social de la enfermedad, utilizando datos de diversas encuestas francesas en 1985 y 1986.
- Publicación Oficial de la Sociedad Interdisciplinaria del SIDA* (1990): Revista mensual (10 números al año) publicada desde abril de 1990 por la asociación SEISIDA y por la empresa Internacional de Ediciones y Publicaciones, S. A.; dirigida por Rafael Nájera. Incluye, fundamentalmente, resúmenes de artículos publicados en el extranjero.
- RODRÍGUEZ, Josep A. (1987): «Una enfermedad sin nombre», en *Salud y sociedad*, Madrid: Tecnos, pp. 204-220. El primer análisis sociológico serio sobre la homosexualidad publicado en España. Una primera versión apareció en la revista *Sistema*.
- RODRÍGUEZ, Josep A., y LEMKOW, Louis (1990): «Health and social inequities in Spain», *Social Science and Medicine*, vol. 31, pp. 351-358. Un buen artículo sobre desigualdades sociales y sanitarias.
- RODRÍGUEZ, Josep A., y DE MIGUEL, Jesús M. (1990a): *Salud y Poder*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológica y Siglo XXI, 271 pp. Incluye un análisis de las políticas sanitarias del Gobierno socialista, así como un capítulo sobre el poder de la profesión médica en España.
- (1990b): «The case of Spain», *Health Policy*, 15, pp. 119-142. Análisis de las políticas de la profesión médica española.
- SÁNCHEZ OCAÑA, Ramón (1987): *Ante el SIDA, ¿qué puedo hacer?*, Ediciones Temas de Hoy.

- SEGURA, Andreu (1987): «Sida: Soluciones viejas para un problema nuevo», *Gaceta Sanitaria*, 1 (2), pp. 47-48.
- (1989): *El SIDA: Un desafío asumible*, Barcelona: La Vanguardia, Guía núm. 3, 63 pp. Es el mejor manual de difusión. Se publica como un librito anexo al periódico dominical *La Vanguardia*. Defiende una desdramatización constructiva, con una preocupación por la necesidad de ayuda médica y de solidaridad a las personas infectadas. Aporta información sobre las vías y maneras de evitar el contagio. Considera a los grupos de riesgo como definiciones operativas que no deben promover prejuicios. Añade algunos teléfonos y direcciones de instituciones, organismos y asociaciones, sobre todo en Cataluña. Está escrito en un lenguaje accesible a un público general.
- (1990): «SIDA: Una aproximación epidemiológica», en Miquel Porta y C. Alvarez-Dardet (eds.), *Revisiones en salud pública*, Barcelona: Masson.
- SEPÚLVEDA AMOR, Jaime, et al. (1989): *SIDA, ciencia y sociedad en México*, México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 507 pp. Análisis sanitario y sociológico del sida en México, coeditado por el FCE, la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública. Presenta el sida como un tema de salud, que atañe a la sociedad en su conjunto. Incluye un útil glosario en español.
- SERRANO, Pilar (1985): *Guía para la prevención del SIDA*, Barcelona: Obelisco.
- SHILTS, Randy (1987): *An the Band Played On: Politics, People, and the AIDS Epidemic*, Nueva York: St. Martin's Press, 630 pp. Seguramente, el mejor estudio periodístico sobre el tema.
- SONTAG, Susan (1989): *El SIDA y sus metáforas*, Barcelona: Muchnik Editores, 104 pp. Originalmente publicado en *The New York Review of Books*. Traducción al castellano de la obra *AIDS and Its Metaphors*, publicada en 1988. Ensayo comparativo del sida con otras enfermedades crónicas. Una crítica interesante aparece en Charles GUEST, «Aids and its metaphors», *Social Science and Medicine*, 29 (11), pp. 1305-1306.
- USIETO, Ricardo (ed.) (1987a): *Conferencia Internacional sobre el SIDA*, Madrid: Universidad Internacional Menéndez Pelayo, 259 pp. Conferencia celebrada en julio de 1987, patrocinada por el Ministerio de Sanidad y Consumo. El texto incluye la conferencia inaugural del ministro Julián García Vargas. Trata de los aspectos médicos, de epidemiología, prevención y psicosociales. Incluye artículos de todos/as los responsables principales del MSC. Usieto tiene un artículo sobre «El paradigma social del SIDA» (pp. 183-293), que es uno de los primeros sobre el tema en España.
- et al. (1987b): *SIDA: Un problema de salud pública*, Madrid: Díaz de Santos, 380 pp. Reúne los trabajos de una parte de la Primera Conferencia Sanitaria sobre el Sida, que se realizó en Madrid en febrero de 1986. Incluye contribuciones desde la psicología, la sociología, el análisis de los medios de comunicación, las posiciones del Comité Anti-Sida de Madrid, y una encuesta a los alumnos/as de la Escuela Nacional de Sanidad. Es uno de los primeros libros multidisciplinares sobre el sida en España, y el primero con un fuerte contenido de ciencias sociales.
- (ed.) (1989): *Simposio científico sobre drogas y sociedad*, Madrid: Universidad Internacional Menéndez Pelayo, 336 pp. Incluye una parte sobre los aspectos sociales en relación al sida en toxicómanos (pp. 213-262). Es uno de los primeros libros que empiezan a tratar el tema en España, con artículos sobre movimiento ciudadano, aspectos sociales, psicosociales, medios de comunicación y cualidades técnicas de los preservativos. Usieto tiene un artículo sobre «Estudio sociológico cuali-cuantitativo sobre toxicómanos y SIDA» (pp. 213-224).
- VILLALBÍ, Joan R.; COSTA, J., y OLLER, N. (1989): «Community initiatives against AIDS in Barcelona», *Health Promotion*, vol. 4, núm. 3, pp. 225-230. Análisis del contexto social y político de las organizaciones comunitarias contra el sida en la ciudad de Barcelona.