



El rastro del SIDA en el Perú

The trail of Aids in Peru

Marcos Cueto

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Av. Honorio Delgado 430
Casilla Postal 4314
Lima Peru
mcueto@upch.edu.pe

CUETO, M.: 'El rastro del SIDA en el Perú'. *História, Ciências, Saúde—Manguinhos*, vol. 9 (suplemento), 17-40, 2002.

El presente trabajo es un estudio histórico sobre la epidemia del Sida en el Perú entre los años de 1983 y 2000. La investigación se centra en las respuestas legales, los estudios y las intervenciones médicas y en el contexto peruano de comienzos de la década de 1980 que estuvo marcado por una grave crisis económica y por la violencia terrorista. Como en otras partes del mundo el Sida, intensificó la interacción entre los científicos, los salubristas, los periodistas, los políticos, y los pacientes. Esta interacción tuvo una gran influencia en la cultura y en la misma respuesta sanitaria a la enfermedad. Además de contar una historia que creo que es importante e interesante quiero demostrar que una perspectiva histórica es válida, interesante y útil para comprender acontecimientos recientes de la salud y la sociedad.

PALABRAS CLAVE: Sida, Perú, historia, Aids, VIH, estigma.

CUETO, M.: 'The trail of Aids in Peru'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol 9 (supplement), 17-40, 2002.

This historical study of the Aids epidemic in Peru between 1983 and 2000 focuses on legal responses and on medical studies and intervention, especially during the early 1980s, a decade characterized by serious economic crisis and terrorist violence. As elsewhere around the world, the appearance of Aids intensified interactions between scientists, public health specialists, journalists, politicians, and patients, with major influence on culture as well as on public health responses to the disease. In addition to retelling an important story, the study demonstrates the validity and usefulness of the historical perspective, which affords a better understanding of recent events in health and in society overall.

KEYWORDS: SIDA, Peru, history, Aids, HIV, stigma.

El Sida no fue sólo una desgracia humana sino que tuvo resonancias en el imaginario cultural y político de cada país en que apareció. Estas resonancias son evidentes en el crecimiento notable de la interacción entre las informaciones, los temas y las ideas que aparecían en los medios de comunicación masiva, como los periódicos y la televisión, y las expresadas en documentos oficiales y revistas científicas. Esto ocurrió ciertamente en el caso del Perú de comienzos de la década de 1980 atravesado por una profunda crisis económica así como por el terrorismo, el caos y la violencia. La llegada de esta enfermedad al Perú significó para muchos un elemento adicional que confirmaba la debacle moral y política en la que se estaba hundiendo el país. Contra esta sensación de catástrofe se levantaron algunos pocos médicos, funcionarios, pacientes y familiares que hicieron salud en la adversidad.

El propósito de este artículo es analizar la historia de la epidemia del Sida en el Perú desde 1983 hasta el año 2000, poniendo especial énfasis en la evolución de las respuestas oficiales. Asimismo, quiero sugerir que estudiar esta enfermedad es un tema de investigación válido e interesante para los historiadores sociales de la salud. Historiadores de la medicina de países industrializados han mostrado las ventajas de examinar la evolución del Sida (Fee y Fox, 1992, 1988; Gremk, 1990; Berridge, 1996). Estas ventajas no radican en la búsqueda de 'lecciones', ni predicciones, ni en la validación de alguna política del presente. La riqueza de estas historias hay que buscarlas en el análisis y la narración cronológica de procesos; las relaciones entre estructuras y biografías; el contraste entre los discursos y las prácticas; el uso crítico de diversas fuentes; y las interacciones entre las dimensiones biológicas y culturales de la enfermedad. Asimismo, en la historia del Sida reaparecen problemas de la salud pública como: las respuestas temporales a las emergencias, la artificialidad de la separación entre la prevención y la curación, el estigma y la culpabilización de las víctimas; la tensión entre la intervención estatal y los derechos individuales; la difícil interacción entre las agencias internacionales y los servicios locales; y la problemática participación de la comunidad.

La historia que se ha hecho hasta ahora del Sida registra el contexto político y el desarrollo científicos de los países desarrollados. Es importante resaltar que esta enfermedad surgió cuando en los países industrializados existía cierta complacencia con respecto al control de las enfermedades infecciosas. Los antibióticos, las sulfas, la penicilina y las vacunas parecían haber derrotado a estas enfermedades. Esta confianza se derrumbó con el Sida. Asimismo, estas historias han mostrado como médicos, pacientes y activistas se enfrentaron a la corriente política predominante entonces (el neoliberalismo) para hacer del Sida un asunto prioritario de la salud pública. Sin embargo, son pocos los estudios que analizan el origen del Sida en sociedades, como

las latinoamericanas, donde las enfermedades infecciosas nunca habían desaparecido. Tampoco se ha hecho mucho por estudiar el importantísimo rol jugado por las agencias internacionales de salud en la respuesta al Sida en los países menos desarrollados.

Una primera etapa de la historia oficial del Sida en el Perú cubre el período entre 1983 y 1987, cuando se aceptó que existía la enfermedad en el país y se crearon organismos especializados del Estado. Este reconocimiento junto en la palestra a especialistas de la comunidad científica; los inmunólogos, con periodistas sensacionalistas. Una segunda etapa se inició en 1988, cuando se creó el Programa Especial de Control del Sida (PECOS) y culminó en 1996. En esos años aparecieron los primeros funcionarios dedicados al Sida, el financiamiento internacional también surgió entonces así como las primeras ONGs y los activistas, algunos de ellos familiares y portadores del VIH. Entonces el crecimiento de la enfermedad fue percibido como parte de la crisis del país provocada por el fracaso del gobierno del presidente Alan García de los años de 1985 hasta 1990, durante los cuales se intensificó dramáticamente la hiperinflación y la guerra civil desatada por Sendero Luminoso.

Una tercera etapa se inició en 1996 con el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (PROCETSS). Entonces se produjo una inyección económica al programa; se elaboraron normas modernas; existió una relación más fluida con las ONGs y universidades y se promulgó una ley que evitaba la discriminación y protegía a los enfermos. La mayor parte de los cambios de entonces fueron producto de la cooptación de miembros directivos de la ONG Vía Libre al PROCETSS. Esta incorporación tuvo sus críticas. Algunos cuestionaron la sustentabilidad de un programa que funcionaba como una isla de modernidad en un gobierno autoritario, como lo fue el de Alberto Fujimori, que gobernó el Perú desde 1990 (se hizo un autogolpe a los dos años para adquirir mayor poder) hasta el año 2000.

Los orígenes del Sida en el Perú

La enfermedad surgió cuando en el Perú se acentuaba una atroz crisis económica y el desgobierno. Fue también un momento de dura pobreza. La relación entre la pobreza y el Sida es compleja; más que en otras enfermedades infecciosas, donde las dimensiones biológicas y sociales tienen lazos más transparentes. Sin embargo, esta relación existe y tiene características parecidas en otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). La pobreza y el desempleo llevaron a muchos jóvenes a la prostitución y alimentaron el hacinamiento y la promiscuidad que llegaron con la agresión sexual doméstica. Asimismo, la pobreza obligó a muchos varones a trabajar en lugares distantes de su hogar, donde conocieron a parejas ocasionales. La pobreza también acompañó a algunos de los enemigos de la prevención: la ignorancia, el prejuicio

y la baja autoestima de grupos marginales como los homosexuales, las mujeres y los adolescentes. Finalmente, la pobreza anuló la capacidad de respuesta de los servicios de salud, que durante los 1980 “colapsaron”, es decir se redujeron a su mínima expresión (Arroyo, 2000).

En cambio, el turismo, un factor importante al comenzar otras epidemias latinoamericanas, no fue decisivo en el Perú. La disminución del turismo del exterior — debido a la violencia política que atravesaba al país y que ahuyentaba a los visitantes extranjeros — durante los años 1980 limitó la difusión del Sida (Alvarez Peña, 1995). Un estudio sobre las llegadas internacionales al Perú entre 1960 y 1990 señala un decrecimiento de casi 20% en el quinquenio 1980-85 y un tímido crecimiento de 6% en el lustro siguiente (Perez, 2000, p. 23).

El primer caso de Sida en el Perú fue diagnosticado en 1983 por Raúl Patrucco, profesor e investigador de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Guerra, 1988). Se trataba de un paciente homosexual de Lima que había vivido en Nueva York de donde regresó en 1982. El investigador de Cayetano Heredia se refirió a esta persona en los trabajos que publicó a partir de 1985 y en entrevistas periodísticas. En dichas entrevistas Patrucco explicó las características del paciente, las pruebas que usó, y cómo envió la muestra de sangre a los Estados Unidos para reconfirmar el diagnóstico. Patrucco (1986) también señaló que “la reacción en los médicos ... fue ... diversa. Desde la incredulidad hasta la aceptación.” Para muchos la enfermedad (y la ‘promiscuidad’ sexual a la que estaba asociada inicialmente) era una realidad de otras latitudes. Sin embargo, Patrucco jugó un rol fundamental en convencer a la comunidad médica y al público que la enfermedad también existía en el país.

El Sida solo fue reconocido como una realidad peruana cuando lo aseguró un inmunólogo de una excelente preparación en el país y en extranjero, que pertenecía a la universidad médica más prestigiosa del país y que usó las pruebas médicas más modernas de ese entonces, además de dedicar tiempo y cuidado para realizar entrevistas y enviar artículos a los medios masivos de comunicación. También es importante señalar que cuando Patrucco realizaba sus primeros estudios — hacia 1983 — la enfermedad había develado parte de sus misterios. En ese año, primero, investigadores del Instituto Pasteur de París y, posteriormente, científicos del Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos aislaron el retrovirus que producía la enfermedad. Casi al mismo tiempo se idearon las pruebas de diagnóstico ELISA y Western Blot. Ello permitió hacer más estudios y controlar la sangre y las transfusiones en los hospitales (Grenk, 1990).

Gracias a su conocimiento de la literatura ligada a estos descubrimientos Patrucco realizó los primeros estudios y publicaciones científicas sobre el Sida en el Perú. Uno de sus artículos describió los primeros nueve casos (Patrucco, 1985). De los pacientes estudiados,

ocho eran homosexuales y uno era hemofílico — que había sido infectado al recibir una transfusión de sangre contaminada. Sus edades oscilaban entre 26 y 65 años. Siete de los que eran considerados homosexuales eran peruanos. De ellos, cinco habían residido mucho tiempo en Estados Unidos. Algunos regresaron con la enfermedad avanzada para morir con sus familias.

La presencia del Sida en el Perú fue corroborada cuando más médicos de Cayetano Heredia se interesaron en el tema. Entre 1985 y 1988, los primeros casos de Sida fueron atendidos en el Hospital Cayetano Heredia. Asimismo, se realizaron las primeras investigaciones y tesis de medicina sobre la enfermedad como la de Rojas (1985) que estudio una población homosexual y bisexual de 98 personas. Este trabajo incluyó un llamado al personal médico para que dejara de lado el temor al contagio accidental. Los materiales de su tesis se usaron en el primer artículo en inglés sobre el Sida en el Perú que apareció en la prestigiosa *Annals of Internal Medicine* en 1986. Según este estudio, 11 individuos de los 98 analizados fueron seropositivos, lo que indicaba un alto porcentaje de infección entre homosexuales asintomáticos (Rojas, 1986).

Estos resultados sugerían que el Sida se hallaba en el Perú en una fase inicial. Pruebas similares hechas en grupos de homosexuales de Estados Unidos o Europa registraban una variación mayor de entre 20 y 70% de infección. Los estudios de Patrucco y de otros médicos confirmaron la idea que el Sida se inició en el Perú entre varones homosexuales que vivieron por años en ciudades del exterior donde la epidemia tenía una alta incidencia. La vía de transmisión predominante fue — y sigue siendo — la sexual. Posteriormente aparecieron casos ‘nativos’, es decir entre hombres gay que no habían residido en el extranjero. Hacia 1990 los nativos representaban más del 90% de casos. Como en otros países, el Sida peruano era una urbano, pero parecía además limeño. Aunque inicialmente no eran significativos los ‘bisexuales’, su número fue creciendo, así como el de mujeres. En 1986 se registraron los dos primeros casos de mujeres con Sida, lo que creció hasta 242 en 1998 (Cardich, 1997). En un proceso corolario nacieron las primeras criaturas peruanas con VIH. El primer caso ocurrió en 1987 y para 1999 se notificaron 276 niños seropositivos (PROCETSS, 1999, p. 13).

Las investigaciones hechas en Cayetano Heredia se filtraron a los periódicos donde se combinaban con noticias internacionales. Un hecho de gran impacto fue la muerte del actor Rock Hudson en 1985. Esta muerte alentó las sospechas de que la homosexualidad — y la enfermedad — podían tener una extensión mayor a la inicialmente pensada. Hudson, uno de los símbolos de la masculinidad del cine, confesó su condición poco antes de morir haciendo sospechar que otros hombres podían tener una vida sexual ‘secreta’. Entre 1985 y 1987 los periódicos peruanos publicaron con regularidad noticias sobre el Sida. Muchas eran noticias sensacionalistas usaban términos comunes

entonces como “cáncer gay” o “peste rosa” y vinculaban la enfermedad con travestis y prostitutas. Por ejemplo una edición especial de un periódico presentaba una composición donde al centro estaba el rostro de Rock Hudson flanqueado por calaveras, todo sobre cuerpos agonizantes, y bajo el titular “‘Sida, la plaga infernal’ (*El Nacional*, 1987). El sensacionalismo persistió a pesar de que la percepción del Sida como una enfermedad letal declinó en otras partes del mundo a fines de los 1980 (Fee y Krieger, 1992).

Otro ejemplo del pánico periodístico es la siguiente cita: “Quizás no sea una locura decir que ya empezó la cuenta final del hombre sobre la tierra Ahora se acepta que el contagio se produce a través de todos los fluidos orgánicos ... hay quienes advierten que el Sida también puede ser transmitido por contacto con la saliva ... y acaso, por qué no, a través del sudor” (Thorndike, 1985, p. 4). En otro artículo, cuyo título se usó en la portada de un periódico conservador se decía que el Sida era el “equivalente biológico molecular de la bomba atómica”, se afirmaba que los mosquitos y la mosca de la fruta eran “hipodérmicas voladoras” que transmitían la enfermedad, y se culpaba a la Organización Mundial de la Salud (OMS) — y por alguna razón no explicada a la Unión Soviética — de ocultar la verdad sobre la enfermedad ya que: “últimas investigaciones científicas aseguran que el Sida puede acabar con la especie humana” (Reategui, 1986).

En otros casos, la tónica de los artículos periodísticos era solemne y sobria, especialmente cuando reproducían declaraciones de algún especialista. Algunas veces la relación entre los periódicos y los médicos era ambivalente. Por ejemplo, un artículo que quiso recoger las declaraciones de un médico en favor de la confidencialidad de los enfermos sentenciaba: “Sida será enfermedad secreta en el Perú” y en letras más pequeñas “sólo médicos conocerán a pacientes” (Aylas, 1985). Seguramente que el titular generó más temor de lo que pudo haber anticipado el médico.

Inclusive las declaraciones de los especialistas fueron reelaboradas por los periodistas. Algunos periódicos interpretaron el énfasis de Patrucco (1987, 1986, 1985) en los peligros de la promiscuidad sexual como una condena moral a ciertos “estilos de vida” que predominaban entre los que entonces se denominaban “grupos de riesgo” como los gays, trabajadoras sexuales y travestis. En realidad, el énfasis en los estilos de vida era una forma de reduccionismo que evitaba hablar de las complejidades sociales de la infección. Los primeros casos, las primeras investigaciones y la resonancia de los medios de comunicación, llevaron a que se tomaran las primeras medidas oficiales.

El Estado comenzó a hacer algo en noviembre de 1985 cuando el Ministerio de Salud formó una comisión oficial en la que destacaba entre sus miembros Raúl Patrucco. En realidad, la comisión no tuvo mucho poder. Algo cambió en abril de 1987 — cuando el Sida ya había atacado en el Perú a por lo menos 31 personas — y se

crearon dos organismos: la Comisión Técnica de Certificación, Calificación y Registro y el Programa Nacional Multisectorial para la Prevención y Control del Sida. La Comisión Técnica, presidida por Patrucco, debía evaluar, hacer estadísticas y seguir la evolución del Sida. Estos organismos eran resonancias débiles de la OMS, que a comienzos de ese año creó un Programa Global del Sida y promovió la formación de programas nacionales para combatir la enfermedad. Aunque estas comisiones llegaron a presentar a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) un proyecto en búsqueda de financiación, poco fue lo que se logró. Pocos años después de su fundación, una evaluación afirmaba con vigor: “no existe una clara definición de un comité nacional de Sida en el Perú y en consecuencia no hay una clara jerarquía de liderazgo” (AIDSCOM, 1988, p. 1).

El impulso al trabajo en Sida sufrió un duro revés con el lamentable deceso de Patrucco en 1987. Aníbal Escalante, experto en bancos de sangre y asuntos inmunológicos del Instituto Peruano de Seguridad Social, fue el nuevo presidente de la comisión. La Seguridad Social tuvo un temprano interés en el tema porque contaba con los hospitales más grandes del país donde se presentaron algunos de los primeros casos de Sida y se formaron los primeros comités médicos del Sida.

El perfil biomédico de la Comisión Técnica es evidente en su decreto de formación, el cual señalaba que trataría: “dolencias de etiología virósica que afecten el sistema inmunitario de las personas ... especialmente el SIDA”. Asimismo, señalaba que la comisión — instalada en el Ministerio de Salud — estaría formada por “especialistas en epidemiología, clínica de enfermedades virósicas e inmunología y otros campos conexos” (Presidencia de la República, 1987). Es decir, al inicio, el Sida fue definido como un problema biomédico. La denominación “virósica” era rebuscada y confusa; una forma de no llamar a la enfermedad directamente por su nombre para evitar el pánico. Era también una forma de considerarla un fenómeno esencialmente biológico, sin relación con las condiciones sociales.

El Programa Multisectorial que se creó junto a la Comisión Técnica tuvo como objetivos educar, asistir, estudiar y evaluar los casos de Sida (Ministerio de Salud, 1987). Asimismo, se esperaba que el programa controlase y restringiese las transfusiones sanguíneas. Sin embargo, la comisión y el programa tuvieron pocos recursos y funcionarios. Fueron tímidos los llamados de las autoridades al “sexo seguro” o a usar condón, debido probablemente al temor de levantar protestas de la Iglesia Católica y de grupos conservadores.

La falta de claridad sobre las funciones de la comisión se trasluce en los periódicos de entonces. Según un informe periodístico debía: “hacer análisis a homosexuales, bisexuales, prostitutas y drogadictos ... a internados en penales ... donde la homosexualidad es frecuente (*La República*, 1987). Señalaba también que el origen principal de la epidemia era el extranjero, por lo que se iba a trabajar en “ciudades

de mayor atracción turística”. Sin embargo, estas medidas nunca se llevaron adelante. La función de estos artículos fue la de confirmar prejuicios, inscribir al Sida en la pendiente catastrófica por la que se deslizaba el país, y reconocer la costumbre de las autoridades de anunciar medidas que aparentemente tenían un efecto importante. A pesar que el programa se denominó multisectorial, pues se esperaba un trabajo conjunto entre varios ministerios, este tipo de trabajo no se produjo.

Uno de los obstáculos que tuvieron que enfrentar aquellos interesados en que el Sida fuera un asunto prioritario fue que muchos políticos y funcionarios pensaban que era un error destinar recursos a una enfermedad con baja morbilidad. Es cierto que entonces las cifras de la mortalidad general e infantil en el país eran impresionantes y opacaban el registro oficial de VIH. Sin embargo, el argumento en contra de dar prioridad al Sida no favorecía siempre la atención de otras dolencias sino que expresaba la costumbre de intervenir — en lugar de prevenir — una vez producidas las crisis. Por otro lado, el argumento levantaba preguntas vitales para el gasto en salud pública de un país pobre como el Perú: ¿Cómo asignar recursos escasos en salud pública? El supuesto que las intervenciones sanitarias sean selectivas según la magnitud de una enfermedad, se basaba en la práctica de los servicios verticales que percibían a las enfermedades como eventos biológicos aislados y al predominio de los servicios asistenciales sobre la labor preventiva. Los defensores de dar prioridad al Sida argumentaron, primero, que había un subregistro ya que no existían laboratorios adecuados ni suficientes y que por lo tanto la verdadera dimensión de la epidemia era mayor. En segundo lugar, que no existía curación, el tratamiento era costoso, y por lo tanto, más adecuada era la prevención (Luján, 1988).

La falta de apoyo al trabajo contra el Sida de esos años se debió también a la inexistencia en el Perú de organizaciones de homosexuales o de ONGs dedicadas a temas de salud. Esta fue una diferencia con la reacción en los Estados Unidos donde los grupos gay jugaron un rol de liderazgo en la secularización del conocimiento científico, el empoderamiento de los pacientes y la creación de una connotación positiva para las personas viviendo con VIH.

Un aspecto singular de la epidemia en el Perú fue la preocupación por el Sida del Navy Medical Research Institute Detachment (NAMRID), una dependencia de la Marina de Guerra de los Estados Unidos instalada en Lima que hacía investigación en medicina tropical (un destacamento similar en Sudamérica sólo existe en Rio de Janeiro). Los objetivos del NAMRID eran vigilar los brotes epidémicos que representarían un peligro potencial para las fuerzas armadas y la población norteamericanas. Progresivamente sus miembros se involucraron en proyectos locales. A fines de 1985, el NAMRID inició en el Perú un gigantesco estudio de prevalencia del VIH en muestras de sangre. A pesar de la existencia en

el país de los ELISA y Western Blot, las instituciones peruanas no las usaban masivamente, debido a su alto costo.

Al contrario de lo que pensaban los investigadores peruanos y norteamericanos, el Sida no era considerado entonces por las autoridades peruanas como una amenaza. Muchos contrastaban los casos de Sida en el país, que no llegaban en 1986 a medio centenar, con los 57,372 casos del resto del mundo. En el Perú la percepción era que se trataba de un padecimiento de homosexuales extranjeros o de peruanos que vivieron en el exterior. Muchos médicos creían que hacer las pruebas, por ejemplo en donantes de sangre, no se justificaba por su costo (Yuen Morán, 1988, p. 2).

Con recursos significativos, el NAMRID examinó, en Lima y en otras ciudades del país, muestras de sangre de homosexuales, pacientes con ETS, trabajadoras sexuales, hemofílicos, heterosexuales, soldados y los bancos de sangre de los hospitales más grandes (NAMRID, 1987; McCarthy, 1996). Para fines de los 1980 esta prueba fue la más grande realizada en Latinoamérica. Su costo se estimaba, hasta 1988, en un millón de dólares. Según un funcionario peruano, los resultados del NAMRID señalaban la peligrosa presencia del VIH en los bancos de sangre de los hospitales (Yuen Morán, 1988, p. 2). Cuando el mismo funcionario quiso encontrar una relación entre el VIH y la orientación sexual descubrió identidades imprecisas. Muchos que se hicieron la prueba dijeron no ser homosexuales pero también aceptaban — sin considerarlo una contradicción — tener contacto sexual con homosexuales. Algo similar encontró otro funcionario del Ministerio de Salud: “La bisexualidad es ... silente entre nosotros y ... muchos hombres con conducta homosexual esconden su preferencia... en una bisexualidad más tolerable social y psicológicamente” (Luján, 1988).

Estos comentarios indican que los grupos de riesgo, como identidades rígidas, eran un concepto que no servía para establecer una causalidad con el Sida. La identidad homosexual se asociaba a la pareja que era receptiva en un acto sexual con una persona del mismo sexo o que tenía ademanes femeninos. Sin embargo, aquellos que practicaban un acto sexual penetrativo con alguien de su mismo sexo, o quienes lo hacían esporádicamente, no eran considerados homosexuales. Es importante señalar que algo parecido había encontrado Parker (1994) en sus valiosos estudios del Sida en el Brasil.

Un efecto ciertamente positivo del trabajo del NAMRID fue que mejoró el control de la sangre en los hospitales y alentó la donación voluntaria de sangre (Presidencia de la República, 1988). Asimismo, se restringió la transfusión innecesaria que existía en muchas operaciones. El sistema tradicional de donación consistía en que el paciente acudía al establecimiento con familiares para donar quinientos miligramos de sangre. Personas sin escrúpulos ‘vendían’ su donación haciéndose pasar

por familiares. Estas actividades se controlaron, y en abril de 1990 se prohibió la comercialización de la sangre (Presidencia de la República, 1990). El impacto favorable de las pruebas del NAMRID se reflejaron en la baja transmisión sanguínea del VIH que existió, aunque en ello también influyó el uso infrecuente de drogas endovenosas en el Perú. En noviembre de 1988 se estableció una medida fundamental en esta dirección: la obligatoriedad de las pruebas en la sangre de los hospitales (Escutia, 1989). Otro efecto de las pruebas del NAMRID fue que brindó material para investigaciones realizadas en el país y en el extranjero (McCarthy, 1996). Otra consecuencia favorable fue la capacitación en medidas de bioseguridad en los establecimientos de salud como el uso obligatorio de jeringas desechables y guantes de jebes (fue necesario vencer la resistencia de médicos y enfermeras que aducían perder sensibilidad cuando usaban estos guantes).

Para el NAMRID (1987) las pruebas sugerían que en el Perú había una presencia preocupante de heterosexuales y asintomáticos infectados por VIH. Ello “sugería que posiblemente” se iría “hacia el modelo de transmisión heterosexual africano”. Las pruebas continuaron y el NAMRID examinó entre enero de 1986 y diciembre de 1990 un total de 140,976 muestras de Lima y del resto del país. Era una cifra impresionante. Los resultados indicaban que 3,345 personas o el 2,4 eran seropositivas. En esos años el NAMRID se convirtió en el laboratorio nacional de referencia para el VIH. Incluso recibió muestras de laboratorios privados. La tendencia a incorporar al NAMRID al sistema de salud peruano fue hecha a pesar de la resistencia de sus directivos y es un indicador de la capacidad de apropiación local de proyectos diseñados en el exterior. En enero de 1988, el NAMRID pidió trasladar las pruebas al Ministerio de Salud, lo que no ocurrió sino hasta fines de ese año.

El aumento de enfermos, el desgaste de las comisiones oficiales, el retiro del NAMRID como laboratorio nacional, y la presión de las agencias internacionales, precipitaron un cambio. El Ministerio de Salud creó un solo organismo para realizar las pruebas del VIH, la notificación de casos y la prevención del Sida.

La ilusión del control: el PECOS

Una segunda etapa de las políticas con respecto al Sida se inicia a fines de 1988 y se prolonga hasta 1996. Ese fue un momento de gran actividad de las agencias internacionales y de surgimiento de entusiastas ONGs, pero también de escasez de recursos y de apoyo político precario. Comenzó con la creación del Programa Especial de Control del Sida (PECOS) que dependía directamente del viceministro de Salud. Según la norma legal el PECOS debía programar las medidas de prevención y control del VIH, tratar a los pacientes y promover la intervención multisectorial. Algunas de las intervenciones más importantes del PECOS

no se realizaron sino hasta 1990 cuando el apoyo internacional fue más decidido. Entre las actividades realizadas entonces estuvieron la elaboración de un plan de mediano plazo, la impresión de treinta mil ejemplares del folleto *El Sida se puede prevenir*, la provisión de reactivos en los hospitales para hacer las pruebas ELISA, y un espacio semanal de apenas 15 minutos en la radio (PECOS, 1991).

Aunque la intervención sanitaria oficial fue débil, es posible distinguir uno de los supuestos del PECOS. Este era la convicción, o mas bien la 'ilusión', de que la difusión de la información adecuada era suficiente para crear conductas racionales, especialmente entre los grupos de riesgo. Es cierto que esta idea existió antes de la creación del PECOS pero solo fue con este organismo donde se manifestó más claramente en las prácticas y en las ideas oficiales. En realidad, el énfasis en los grupos de riesgo se convirtió en una forma de obliteración de los factores sociales y culturales implicados en la enfermedad y responsabilizar a las víctimas de la misma. Al mismo tiempo surgió la noción de "víctimas inocentes", como las mujeres parejas de hombres bisexuales infectados, las criaturas que nacían de esas mujeres y los pacientes de hospitales que habían recibido una transfusión de sangre contaminada (Krieger y Margo, 1994).

El PECOS apareció cuando el Sida del Tercer Mundo empezó a ser una preocupación en los países industrializados y las agencias de salud internacionales. Probablemente la denominación de "especial" del PECOS estaba inspirada en el Programa Especial de Sida que existía en la OMS desde 1987 y que era dirigido por Jonathan Mann. Fue en gran parte gracias a los esfuerzos de Mann que la OMS promovió la formación de programas nacionales, el desarrollo de investigaciones y la celebración del Día Mundial del Sida (Slutkin, 2000). El liderazgo de Mann fue seguido por la OPS que tenía un Programa de Vigilancia del Sida desde 1983 y difundió valiosos trabajos sobre el tema (OMS, 1988; OPS, 1989).

A pesar del impulso internacional una de las características del PECOS fue su débil fuerza institucional, manifestada en el frecuente cambio de sus directores. En sus ocho años de existencia tuvo diez directores, es decir más de un director por año. Las limitaciones del programa se explican en parte por la falta de personal calificado dispuesto a trabajar en el Estado en los agitados años de fines de los 1980 y comienzos del 1990. Asimismo, por un tiempo, el director de PECOS no fue un funcionario del Ministerio de Salud sino alguien 'prestado' del Instituto de Seguridad Social. La denominación de "especial" de este programa (que conservó hasta 1994) significó un financiamiento extrapresupuestario del ministerio, básicamente por medio de la cooperación externa. Ello implicó que fuera percibido como diferente del resto de programas del ministerio, y que no estaba obligado a rendir cuentas. Las primeras contribuciones de la OMS estaban disponibles en el mismo año de su creación, 1988, e inicialmente

llegaban a US\$ 295,269 para ser gastados en tres años (Widy-Wirski 1991). A pesar de ser una suma importante, según un consultor externo que evaluó al PECOS en 1991, el organismo peruano no usó todo este fondo. Peor aún, según este informe el organismo peruano no conocía en detalle el uso de sus propios recursos y desperdiciaba oportunidades de la cooperación internacional ya que no tenía suficiente “conocimiento de los procesos administrativos de la OPS para la obtención de los fondos” (Serna, 1991).

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

Para continuar con la labor del NAMRID, el PECOS formó una red de laboratorios para el diagnóstico del Sida liderada por el Instituto Nacional de Salud (Escutia, 1989, p. 8). Así, los exámenes se hicieron regulares en Lima y provincias. Durante los años de PECOS la enfermedad creció rápidamente. En 1988, se registraron 177 casos nuevos de Sida. Para 1996 la cifra se elevó a 1,187 casos. En 1992 se calculaba que el promedio de sobrevivencia de un paciente con Sida en el país era de apenas 18 meses (PECOS, 1992, p. 1). También hacia 1992 se sabía más del contexto latinoamericano. Cerca de la mitad de los casos de la región estaban en Brasil. Los países que le seguían eran México y la zona del Caribe. En la región andina, el Perú ocupaba el tercer lugar, después de Colombia (244 casos) y Venezuela (207). En esta región, seguían al Perú, Ecuador y Bolivia (Murillo y Castro, 1994). El aumento del número de personas viviendo con Sida incentivó a nuevas instituciones a luchar contra esta enfermedad.

Durante el período del PECOS se desarrolló un valioso proyecto entre PRISMA, una dinámica ONG, y el Instituto de Medicina Tropical de la Universidad de San Marcos: el Programa de Diagnóstico Confidencial y Consejería en Enfermedades Virales (PRODICEV). El proyecto fue diseñado para que la investigación fuese hecha por profesores de San Marcos y para que PRISMA administrara los fondos, brindados por el Population Council, aunque en algo apoyó el NAMRID. Las actividades se iniciaron en 1988 en San Marcos, donde se instaló el PRODICEV y siguieron hasta los 1990. El proyecto buscó reducir la incidencia de VIH y otras ETS, promover el condón, mejorar el conocimiento del SIDA y brindar servicios ginecológicos. Estuvo dirigido principalmente a las trabajadoras sexuales del Callao. Algunos aspectos novedosos eran: la confidencialidad de las pruebas, es decir el compromiso de informar del resultado sólo a la persona involucrada para evitar la discriminación, y la consejería a quien realizase la prueba. El proyecto estaba relacionado

con el estudio del NAMRID que sugería que la prostitución podía difundir rápidamente la enfermedad entre la población heterosexual, tal como ocurrió en el África.

PRODICEV tuvo que enfrentar varios problemas. En primer lugar, los términos VIH o Sida fueron evitados en el nombre del programa para eludir el estigma. Ello no evitó que los trabajadores — no investigadores — del Instituto de Medicina Tropical cuestionaran el proyecto por temor a ser infectados. Otro problema que superó el proyecto fue que era una de las primeras veces que trabajaban juntas una ONG, acostumbrada a acciones rápidas, y una universidad con una burocracia lenta. PRODICEV no confirmó el supuesto del NAMRID según el cual en el Perú crecería el VIH entre los heterosexuales. Los estudios PRODICEV y otras investigaciones, mostraron por el contrario que existía una incidencia baja entre las trabajadoras sexuales (Sánchez, *et alii*, 1994). Algunos atribuyen este resultado a la campaña del PRODICEV entre las trabajadoras sexuales. Esto puede ser cierto ya que el programa mejoró los conocimientos con respecto al SIDA y redujo la gonorrea entre las trabajadoras sexuales (Alarcón *et alii*, 1991).

Entre 1989 y 1993 se desarrolló otro proyecto importante entre PRISMA y el Movimiento Homosexual de Lima (MOHL), una organización creada en 1982, que fue una de las pocas ONGs peruanas que relacionaba la lucha contra el Sida con la afirmación de una identidad sexual alternativa. El proyecto, apoyado por la Agencia Interamericana del Desarrollo (AID), permitió organizar talleres sobre sexo seguro, un servicio de atención telefónica y un programa de promotores (MOHL, 1993). Entonces existían percepciones erradas con respecto a la enfermedad. Muchos temían — equivocadamente — que cualquier contacto con una persona viviendo con VIH podía transmitir casualmente la enfermedad (a través del estornudo o la tos de un paciente o al darle la mano o un beso). En estas campañas se descubrió un hecho esencial: el conocimiento no era sinónimo de modificación de conductas. El descubrimiento erosionaba uno de los supuestos de la salud pública: que la difusión de información adecuada podía modificar prácticas individuales consideradas riesgosas para la salud y ayudar a crear conductas racionales. Eventualmente se fue haciendo más importante conocer el contexto cultural en que eran adaptados y usados los mensajes.

Uno de los hechos trascendentes de la época del PECOS fue la ley 25275 de 1990 que obligó a notificar los casos de Sida a “los profesionales médicos”. Asimismo — con poca consideración al consentimiento informado — se estableció la obligación del examen del Sida para: “las personas que soliciten residencia”; “contraer matrimonio”; “los que concurran a atenderse en algún centro asistencial del sector público”; “toda mujer gestante” y “las poblaciones

... en condiciones de riesgo” (Congreso de la República, 1990). La última frase seguramente se refería a los homosexuales, ya que no habían muchos usuarios de drogas endovenosas. Eventualmente, se fue demostrando lo contraproducente que era el revelar la identidad de los enfermos o de homosexuales bajo el supuesto que eran una amenaza para el resto de la población.

Esta fue una ley aprobada sin debate, cuando apenas faltaban cuatro días para que acabara el gobierno de Alan García Pérez. En ese período, el país estaba inmerso en una de las peores crisis económicas y políticas de su historia, los servicios del Ministerio de Salud estaban colapsados y el PECOS no participo en la elaboración y promulgación de la ley. Aunque es verdad que la ley nunca fue cumplida totalmente alentó actitudes discriminatorias. La ley también reflejó las aspiraciones de grupos sociales y profesionales que tenían la ilusión que el control médico detendría al Sida. La misma OMS criticó un borrador de la nueva disposición por irreal y costosa en una carta enviada a un senador, un médico miembro de un partido conservador, que había promovido la ley: “se puede llegar mejor a los grupos de riesgo a través de exámenes voluntarios y anónimos que tengan una buena accesibilidad” (Luelmo, 1989).

Asimismo la ley y el mismo PECOS fueron cuestionados por una ONG formada en 1990 por profesionales de salud y una persona viviendo con VIH que se conocieron en el Hospital Cayetano Heredia: Vía Libre, Asociación de lucha contra el SIDA. Los primeros años de la ONG fueron muy activos. Organizaron cursos, publicaron folletos, recopilaron videos y organizaron charlas informativas en varias ciudades (Vía Libre, 1999). Otras actividades fueron la creación de grupos de autoayuda, un centro de documentación, la asistencia ambulatoria, la consejería familiar, y un servicio de drogas (AZT). Sus actividades fueron apoyadas por la OPS y la fundación holandesa HIVOS. Por ejemplo, a fines de 1991 la OMS y la OPS consideraban favorablemente dos proyectos de la ONG, uno sobre un pabellón itinerante que funcionase en distintas plazas publicas del país brindando información y uno segundo sobre una estrategia integral de prevención y tratamiento de la infección por VIH (Mazotti, 1991).

Los miembros de Vía Libre realizaron investigaciones importantes y sus boletines se convirtieron en un medio de divulgación de algunos de estos y otros trabajos científicos. Asimismo difundieron eventos internacionales como las Conferencias Internacionales del Sida que empezaron a celebrarse desde 1985 (Bastos, 1999, p. 55). El *Boletín* de Vía Libre también indicaba adónde trabajaban los médicos especializados en Sida, y propuso la integración de la lucha contra el Sida con el control de las ETS, un tema de creciente interés. Vía Libre era la expresión más visible de una serie de ONGs y grupos de autoayuda donde se reunían activistas y personas viviendo con Sida, y que más que reafirmar identidades sexuales alternativas ofrecían información,

servicios y asistencia. Estas organizaciones se basaban en el trabajo voluntario y desinteresado, estaban cerca de las personas a las que iban dirigidas, y eran flexibles en sus actividades.

Vía Libre también se propuso combatir la discriminación. Su *Boletín* criticó lo que fue una actitud común entre el personal de salud de entonces: el temor a los enfermos del Sida que eran tratados como “pacientes de segunda clase” (Blume, 1993). La crítica de Vía Libre a las autoridades del ministerio fue dura y se centro alrededor de ciertos temas: la falta un organismo rector eficiente, la magra asignación de recursos, la frágil promoción del condón, y la débil articulación del programa con otros organismos. También criticó la ley de 1990 por ser discriminatoria.

A mediados de los 1990 la extensión del Sida en el Perú se hizo más evidente (en 1994 existían 793 casos registrados y en 1995 la cifra creció a 1,072). Esto se debió en parte a la significativa mejora del registro. Por ejemplo, en 1994 sólo 18 establecimientos de salud reportaron casos de Sida, mientras que al año siguiente 82 establecimientos hicieron lo mismo (PROCETSS, 2000, p. 36). Sin embargo, existía retraso en el registro, y el subregistro, sobretodo en provincias, era grande (Antigoni, 1993). Según las cifras oficiales se dieron poco más de 3,400 casos de Sida entre 1983 y 1994. Según otra estimación de 1994, eran cinco mil los casos acumulados de Sida en el país y sesenta mil los seropositivos de VIH (Sánchez, *et alii*, 1994, pp. 359-81; Cardich, 1997, p. 147).

Mayores complicaciones surgieron cuando la presencia del Sida en heterosexuales fue evidente. Según los especialistas, el puente entre la población homosexual y la heterosexual eran los hombres que mantenían relaciones con mujeres y con hombres. El problema tenía dimensiones sociales porque con la crisis aumentó la prostitución masculina; jóvenes que vendían sus servicios a hombres y a mujeres. El crecimiento de la infección en bisexuales fue paralelo al incremento del Sida en las mujeres (Antigoni, 1993, p. 8). Sobre este mismo tema el siguiente dato es elocuente: en 1993 el 75% de las mujeres infectadas con el VIH en el Hospital Cayetano Heredia eran monógamas pero se infectaron al ser parejas de hombres bisexuales (Sánchez *et alii*, 1994, p. 28). En 1987 se reportó una mujer con Sida por cada 15 hombres mientras que en 1992 esa proporción se redujo a una mujer por nueve casos masculinos (Antigoni, 1993).

El nombramiento en 1993 de Oscar Mujica — un destacado médico que trabajaba en la oficina de la OPS en Lima — como director de PECOS, fue el preludio de una mejora en la intervención sanitaria oficial. Fue también parte de la recuperación de los servicios de salud que habían estado postrados por la crisis económica y el terrorismo. Entonces se mejoró la vigilancia epidemiológica, la consejería a los pacientes, la supervisión de los bancos de sangre y lo que se empezó a denominar “mercadeo del condón”, el término

usado para promover los preservativos en los medios de comunicación. El programa apoyó estudios innovadores como lo de Vega-Centeno (1994), donde se analizaban las ideas y conductas de los jóvenes, y lo de Sánchez *et alii* (1994) que presentó el perfil epidemiológico, los sistemas de consejería y de tratamiento, así como los aspectos éticos y legales relacionados con la enfermedad.

Estos cambios permitieron que la relación entre Vía Libre y el ministerio mejore y llevo a que en 1995 se nombrase director del PECOS a Jorge Sánchez, un directivo de esta ONG y destacado médico de Cayetano Heredia. Así se abrió una nueva etapa en la lucha contra el Sida, que indudablemente se favoreció por la decisión de 1996 de varios organismos internacionales como United Nations Children's Fund (UNICEF), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), la OMS y el Banco Mundial, de establecer el Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el Sida (ONUSIDA). Este nuevo organismo reemplazo al programa creado por Mann.

Modernidad y cooptación: el PROCETSS

En febrero de 1996 se reemplazó el PECOS por el de Programa Nacional de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (PROCETSS). Para entonces existía consenso que el Sida había crecido. Según el PROCETSS (1996, p. 1) hasta ese momento se habían registrado 3,994 personas en el Perú viviendo con Sida y se estimaba que el número real era de entre siete mil y diez mil y el número acumulado de infectados por el VIH, entre cincuenta mil y setenta mil personas. Esto quería decir que, en promedio, ocurrían tres nuevos casos de Sida cada día. En abril de 1996 se aprobó una norma moderna: "Doctrina, normas y procedimientos para el control de las ETS y el Sida" y poco después más guías y manuales para el personal de salud. Las resoluciones ministeriales estimulaban el trabajo entre el ministerio, las ONGs y las universidades y los medios de comunicación. Un factor en favor del programa fue la continuidad de Sánchez que rompiendo la costumbre del frecuente cambio de directores, cumplió su labor sin interrupciones por cerca de cinco años.

Otro elemento de trascendencia fue la ley 26626 de junio de 1996 que encargo al Ministerio de Salud "coordinar ... la implementación de las estrategias nacionales de control del VIH/SIDA y las ETS y promover la cooperación ... nacional y extranjera" (Congreso de la República, 1996, p. 1652). Los miembros de Vía Libre impulsaron la ley desde 1994 y comprometieron el apoyo de varios congresistas. En el debate parlamentario un representante criticó la ley anterior por "restrictiva, policíaca y perseguidora" y defendió la nueva: "pongamos la ley al lado del paciente". La discusión

también reveló posiciones conservadoras que afirmaron que el Sida era causado por la “promiscuidad”, el “sexo seguro” y la pornografía. Felizmente estas opiniones no encontraron eco. Aunque el texto final tuvo sus críticos la ley de 1996 fue definitivamente un avance con respecto a la de 1990. El reglamento de la ley aprobado en 1997 estableció que las pruebas requerían: “de consejería y autorización escrita”, que “no podrá condicionarse (la) atención médica ... a exámenes” y que “la prueba de diagnóstico ... no era necesaria ... para ... una relación laboral o educativa”.

Otro de los cambios importantes fue el significativo incremento de los fondos del Estado. En 1995, el presupuesto del programa fue de US\$ 300,000, mientras que en 1997 la cifra llegó a US\$ 2,300,000 y en 1999 alcanzó los US\$ 6,450,000. Sin embargo, el programa decidió que no debía usarse fondos en tratamientos que eran costosos (reduciendo su administración para las madres gestantes), y dejó al Perú a la zaga de otros países latinoamericanos como Brasil, que dieron tratamiento antiretroviral gratuito no sólo por razones humanitarias sino como una forma de prevención y ahorro en la asistencia médica (PROCETSS, 2000, p. 14). En Brasil se demostraron equivocadas las objeciones al uso de terapia antiretroviral en los países pobres. Entre estas objeciones estaban el costo, la precariedad de las redes de salud y la falta de disciplina de los pobres para seguir un tratamiento riguroso (Rosenberg, 2001). De esta manera el trabajo contra el Sida en el Brasil se ha convertido en un ejemplo de lo que puede hacerse con pocos recursos.

El PROCETSS canalizó la valiosa ayuda de organismos internacionales como AID, Family Health International (FHI) y la Unión Europea (UE). Otro de sus avances fue la publicación, desde 1997 del boletín informativo *Contrasida Informa*, donde los artículos usaban términos menos hostiles para grupos asociados a la epidemia; se erradicó el término “sidoso” por su connotación peyorativa y se habló de personas viviendo con Sida. En lugar de homosexuales o bisexuales, se decía: “hombres que tienen sexo con otros hombres”; en lugar de presos, “personas privadas de su libertad” y “trabajadoras sexuales” por prostitutas. Ya no se usaba “grupos de riesgo” sino “grupos con elevada prevalencia de ETS y Sida”. Asimismo, “conductas de riesgo” reemplazo a la denominación de “grupos de riesgo”.

El PROCETSS dirigió su atención a los adolescentes. Al inicio de la epidemia el grupo etáreo más afectado fue el de los mayores de treinta años, pero con el tiempo la infección se presentó en los más jóvenes (hoy en día la mayor proporción de infectados está en el grupo de las personas entre los 25 y 29 años). Hasta 1997, se registraron 219 casos en adolescentes. En 1999, 36% de los casos de Sida en el país correspondía a jóvenes entre los veinte y los 29 años (Valencia, 1999). El PROCETSS trabajo con este grupo

sabiendo que la sola difusión de la información no era suficiente para cambiar las conductas (Cogna, 1996). La mayor vulnerabilidad hacia el Sida era especialmente cierta en el caso de las mujeres. El Sida en mujeres creció preocupantemente de 104 infectados en 1993 a 250 en 1996. La relación entre hombres y mujeres con Sida también varió. En 1992 había siete hombres por cada mujer enferma con Sida, mientras que en 1998 la relación descendió a tres hombres por cada mujer (*Contrasida Informa*, 1998). En esa época, felizmente, parecía que la transmisión de madre a hijo había disminuido.

Los años finales de los 1990 fueron testigos de un cambio en las percepciones y representaciones públicas de la sexualidad, sobre todo en Lima. Ello implicó la tolerancia a las relaciones prematrimoniales, la mayor visibilidad de la comunidad gay y de sus líderes en los medios de comunicación, el incremento de la educación sexual escolar y la frecuencia del divorcio, así como cierta secularización de las creencias sexuales y el crecimiento del feminismo. Asimismo, la multiplicación de hostales para parejas que tenían relaciones sexuales fugaces e inclusive la emergencia de una literatura gay, fueron expresiones de este proceso. Fue, de cualquier manera, un cambio contradictorio donde también aparecieron prejuicios como por ejemplo la recurrente ridiculización de los homosexuales en programas cómicos en la televisión.

El programa se extendió a provincias, donde la falta de vigilancia epidemiológica, el retraso en la notificación y el subregistro eran mayores. Asimismo, se organizó en Lima el XI Congreso Latinoamericano de ETS, que era también la V Conferencia Panamericana de Sida, en diciembre de 1997. Aunque las actividades del PROCETSS significaron un avance, el programa tuvo críticas, sobre todo al final del 2000. Las más frecuentes fueron: que su importancia no guardaba relación con el perfil epidemiológico del país; que tenía mucho dinero; y que existía un manejo que favorecía a Vía Libre. En realidad las dos primeras críticas aparecieron al comienzo de la epidemia y probablemente continúen. La tasa de morbilidad del Sida en el Perú es ciertamente menor a la de la tuberculosis, las diarreas o la malaria. Entonces, y aun ahora, muchos pensaron que el Sida no debía ser una prioridad de la salud peruana, sobrecargada de problemas más extendidos, menos costosos de resolver y más fáciles de tratar.

Un elemento que alimentó este argumento fue que decrecieron los casos nuevos. Aunque los datos no son seguros, en 1996 se registraron 1,189 nuevos casos, lo que disminuyó ligeramente después (1997, 1,095; 1998, 1,044; 1999, 1,047 y en el 2000, 925 casos nuevos) (PROCETSS, 2001). Esta conformidad era también promovida desde el exterior. En los países industrializados se controló el Sida gracias a la difusión de preservativos, los antiretrovirales y la calidad de la atención médica. Estos elementos disminuyeron la sensación de emergencia que

inicialmente generó la enfermedad. El Sida empezó a ser percibido en los Estados Unidos e Inglaterra durante los 1990 como una dolencia crónica no fácilmente transmisible y posible de ser controlada (Fee y 1993; Berridge, 1996).

La tercera crítica — una conducción restringida del programa — implica una reflexión sobre la naturaleza del régimen de Fujimori. Es cierto que los “celos” al PROCETSS al interior del Ministerio de Salud reflejaban la fragmentación de programas rivales que actuaban como un pequeño feudo y reinaba el sigilo y la desconfianza. Pero también los problemas del programa fueron por la forma de cooptación de miembros de Vía Libre. Seguramente muchos integrantes de esa ONG aceptaron los cargos oficiales pensando que podrían hacer en mayor escala lo que hacían en su ONG. Y en cierta medida lo lograron. Sin embargo, su ingreso al Estado no fue producto de nuevas alianzas institucionales. Fue la cooptación de un gobierno dictatorial que quería despolitizar temas sociales. Asimismo, un régimen autoritario era — en última instancia — adverso a la lucha integrada de los derechos humanos y de la salud y a la afirmación de la identidad de grupos sexuales minoritarios como los gays.

Muchos funcionarios en el PROCETSS priorizaron la eficiencia, los lazos con organismos internacionales y el éxito de los indicadores que ellos mismos establecían. En cambio, no consideraban importantes los consensos o la participación de instituciones no estatales. Fue precisamente esta ausencia de una visión integral lo que contribuyó a la falta de compromiso en favor del programa. Casi al finalizar el gobierno de Fujimori en el año 2000, en un incidente confuso, Sánchez dejó el programa, y poco después el Ministerio de Salud desmanteló el programa, con pocas protestas de otras organizaciones nacionales.

Este desenlace revela la íntima relación entre la discontinuidad, la verticalidad y la fragmentación del trabajo en salud. La experiencia del PROCETSS surgió por la combinación de una crisis local, la iniciativa de profesionales de gran capacidad y la presión de agencias internacionales. Sus políticas alcanzaron logros notables pero en parte debido a la naturaleza antidemocrática del gobierno de Fujimori sus políticas fueron soluciones temporales; no aseguraron la articulación de organizaciones diferentes, ni la continuidad de los avances logrados. Un indicador de ello es que la moderna ley de 1996 — aún vigente — ha acabado por no ser cumplida.

Conclusión

La historia del Sida es una ventana que permite analizar problemas más generales que aquejan a la salud y a la sociedad en el Perú. El rastro que ha dejado la historia del Sida en el Perú reveló con intensidad la persistencia de problemas que aquejan a las políticas de salud como

la necesidad de una comunicación clara entre el conocimiento científico y el periodismo; la compleja relación entre información, persuasión y cambios de comportamiento en salud; las dificultades por integrar los proyectos de las agencias internacionales a planes locales de salud coherentes y la tradición de laborar fragmentadamente, sin objetivos intersectoriales y con poca preocupación de la continuidad del esfuerzo.

El rastro del Sida nos revela también las vicisitudes de la percepción pública y política de las enfermedades en un país pobre como el Perú. A pesar de que la presencia del Sida es mayor ahora que en el pasado, y que se ha extendido entre los más jóvenes y los más pobres (Vía Libre estima que para el 2001 habían 76 mil personas viviendo con VIH y Sida en el Perú) y el subregistro es más grande, no parece existir urgencia en resolver el problema (Vía Libre, 2002). La tolerancia — pasado el pánico y el sensacionalismo iniciales — convive o se alimenta con la fragmentación y discontinuidad de las políticas oficiales. El escándalo periodístico con el que se trató a la enfermedad en los años 1980 así como la crisis general que se vivía en el país, invitaron al autoritarismo político y la modernidad contenida, que domino las respuestas al Sida durante los segunda mitad de los 1990. La falta de democracia — que sufrió el Perú durante el régimen de Fujimori — no permitió construir políticas estables y de consenso con respecto al Sida.

A esto se suma la reaparición del prejuicio, el estigma y la indiferencia que existen con respecto a los enfermos y seropositivos. Ello nos sugiere que dimensiones humanas que generalmente consideramos excluyentes como el pánico a las epidemias y la indiferencia frente al sufrimiento, pueden estar juntas. Sin embargo, es necesario recordar que la solidaridad y el valor ante la adversidad, a veces, han podido y en el futuro, pueden, prevalecer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, Jorge; Palacios, Olga; Tejada, Abelardo; Foreit, James; Piscoya, Julia; Wignall, Stephen y Phillips, Irving
1991 'Investigación operacional de prevención del Sida en prostitutas del Callao, Lima-Perú, 1988-1989'. *Revista Peruana de Epidemiología*, 4:1, pp. 16-24.
- AIDSCOM
1988 *Trip Report: AIDSCOME (Academy for Educational Development/Johns Hopkins University) Technical Assistance for Peru*. Colección, Global Programme on Aids-Peru. A 20-370-2Per. Archivo de la OMS. Ginebra.
- Alvarez Peña, Carlos
1995 'Características epidemiológicas y clínicas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y su impacto en los adolescentes'. *Psicoactiva*, 13, pp. 67-78.

- Antigoni, Juana
1993
'La epidemia del Sida en el Perú'.
Revista Médica Herediana, 4:4, pp. 209-10.
- Arroyo Laguna, Juan
2000
Salud: la reforma silenciosa.
Lima, UPCH.
- Aylas, Carlos
25.11.1985
'Sida será enfermedad secreta en el Perú'.
Extra.
- Bastos, Cristina
1999
Global responses to Aids, science in emergency.
Bloomington, Indiana University Press.
- Berridge, Virginia
1996
Aids in the U.K.: The making of policy, 1981-1994.
Oxford, Oxford University Press.
- Berridge, Virginia y
Strong, Philip (eds.)
1993
Aids and contemporary history.
Cambridge, Cambridge University Press.
- Blume, Eduardo
1993
'La prueba del Sida'.
Boletín Vía Libre, 4:12, pp. 5-6.
- Cáceres, Carlos
1998
Sida en el Perú: imágenes de diversidad, situación y perspectivas de la epidemia en Chiclayo, Cusco e Iquitos. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia y Redess Jóvenes.
- Cardich, Rosario
1997
'Sida y mujer en el Perú'. En Blanca Rico *et al.* (eds.), *Situación de las mujeres y el VIH/Sida en América Latina*. Cuernavaca, INSP, pp. 147-55.
- Cogna, Mónica
1996
'La prevención ETS/SIDA: una mirada sociológica'.
En *Salud reproductiva: nuevos desafíos*. Lima, UPCH, pp. 185-92.
- Congreso de
la República
1996
Diario de Debates. Segunda legislatura ordinaria de 1995. Tomo III. Ley 26626.
Encargan al Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el VIH, el Sida y las ETS. Lima, junio 19.
- Decreto Supremo
031-88-SA.
21.11.1988
Establece obligatoriedad de pruebas de despistaje de Sida, hepatitis B y sífilis, previas a transfusiones de sangre. Lima.
- Decreto Supremo
013-87-SA.
2.4.1987
Declara de necesidad y utilidad pública el control, notificación y tratamiento de las dolencias de etiología virósica. Lima.
- Decreto Supremo
031-88-SA.
21.11.1988
Establece obligatoriedad de pruebas de despistaje de Sida, hepatitis B y sífilis, previas a transfusiones de sangre. Lima.
- Decreto Supremo
013-87-SA.
2.4.1987
Declara de necesidad y utilidad pública el control, notificación y tratamiento de las dolencias de etiología virósica. Lima.
- Escutia, Virgilio; Tapia,
Roberto y Wong, Rebeca
1989
Informe técnico conjunto PAHO/WHO y FHI/AIDSTECH: evaluación de los aspectos operacionales y financieros de la capacidad de tamizaje y diagnóstico del VIH y transfusión sanguínea en el Perú. s. i., OPS. Biblioteca OPS-Lima.
- Fee, Elizabeth y Fox,
David M. (eds.)
1992
AIDS, the making of a chronic disease.
Berkeley, University of California Press.
- Fee, Elizabeth y Fox,
David M. (eds.)
1988
AIDS, the burdens of history.
Berkeley, University of California Press.
- Fee, Elizabeth y
Krieger, Nancy
1992
'Thinking and rethinking AIDS: implications for health policy'.
International Journal of Health Services, 23:2, pp. 323-46.

- Fee, Elizabeth y Fox, David M. (eds.)
6.4.1987 'Gobierno inicia guerra frontal contra el Sida'.
La República.
- Gremek, Mirko
1990 *History of AIDS, emergence and origin of a modern eepidemic*.
New Jersey, Princeton University Press.
- Guerra, Humberto y Bonavia, Duccio
1988 'Homenaje a Raúl Patrucco'.
Diagnóstico, 21:1, pp. 30-2.
- Gutierrez Tudela, James
1998 'Las Conferencias Internacionales del Sida en la presente década'.
Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna, 11, pp. 247-50.
- Krieger, Nancy y Margo, Glen
1994 *AIDS, the politics of survival*.
Nueva York, Baywood Pub. Co.
- Ley 25275
1990 *Declaran de interés nacional y asignase carácter prioritario dentro de la política nacional de salud a la prevención y lucha contra el Sida*. Lima, julio 24.
- Luelmo, F.
1989 *Carta de F. Luelmo, Global Programme on AIDS a E. Rocca, Senador de la República, Perú*. Colección: Global Programme on Aids-Peru. A 20-370-2Per. Archivo de la OMS. Ginebra.
- Luján, Manuel
1988 'Prevención de la transmisión sexual del VIH'.
Seminario Sida: Prevención y medios de comunicación, 19-21 de octubre. Lima, Comisión Nacional de Sida.
- Mazotti, Guido
1991 *Carta a Luis Antonio Loyola*, representante de la OMS/OPS en el Perú, septiembre 23. Colección, Global Programme on Aids-Peru. A 20-370-2Per. Archivo de la OMS. Ginebra.
- McCarthy, Michael; Wignall, Stephen; Sanchez, Jorge; Gotuzzo Eduardo; Alarcon, Jorge; Phillips, Irving; Watts, Douglas y Hyams, Kenneth C.
1996 'The epidemiology of HIV-1 infection in Peru, 1986-1990'.
AIDS, 10, pp. 1141-5.
- Ministerio de Salud
1987 *Programa Nacional Multisectorial de Prevención del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida 'Sida'*. Lima.
- Movimiento Homosexual de Lima (MOHL)
1993 *Guía básica de información sobre el Sida*.
Lima.
- Murillo, Jorge y Castro, Kenneth
1994 'HIV infection and Aids in Latin America, epidemiological features and clinical manifestations'. *Infectious Diseases Clinics of North America*, 8:1 pp. 1-2.
- Navy Medical Research Institute Detachment (NAMRID)
1987 *HIV in Peru*. s.i., NAMRID.
Biblioteca OPS-Lima.
- Oficina Sanitaria Panamericana (OPS)
1988a *Hacer frente al Sida: prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial*. Washington, D.C., OPS.
- Oficina Sanitaria Panamericana (OPS)
1989 *Sida: el perfil de u na epidemia*.
Washington, D. C., OPS.

- Organización Mundial de la Salud (OMS)
1988 *Directrices para el establecimiento de un programa nacional de prevención y control del Sida.* Ginebra, OMS.
- Parker, Richard
1994 *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil.* Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA).
- Patrucco Puig, Raúl
1987 'Situación actual del síndrome de inmunodeficiencia adquirida en el Perú'. *Revista Peruana de Epidemiología*, 2:1, pp. 5-22.
- Patrucco Puig, Raúl
27.9.1986 'Flagelo del Sida crece en el Perú'. *La Razón*.
- Patrucco Puig, Raúl
1985 'Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el Perú (Sida). Estudios Inmunológicos'. *Diagnóstico*, 16:5, pp. 122-35.
- Perez, José Javier
2000 'El turismo en el Perú: análisis y perspectivas'. *Revista COPE*, pp. 16-27.
- Presidencia de la República
19.4.1990 Decreto Supremo 004-90-SA. *Aprueban Proyecto de Reglamento de Bancos de Sangre.* Lima.
- Programa Especial del Control del Sida (PECOS)
1991 *Actividades realizadas por el PECOS 1990-1991.* Colección, Global Programme on Aids-Peru. A 20-370-2Per. Archivo de la OMS. Ginebra.
- 1992 *Taller de consejería preventiva.* Lima, PECOS/Ministerio de Salud.
- Programa Nacional de Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS)
2001 'Gráfico 1: Casos de Sida según año de diagnóstico. Perú, 1983-2001'. www.minsa.gob.pe/procetss.
- 2000 *Análisis de la situación de la infección por el VIH/Sida en el Perú.* Lima.
- 1999 *Guía Nacional del Manejo del Niño Infectado por el VIH.* Lima.
- 1997 *Información estadística 1983 — Noviembre 1997.* Lima.
- 1996 *Doctrina, normas y procedimientos para el control de las ETS y el Sida en el Perú.*
- 1998 'Razón hombre/mujer'. *Contrasida Informa*, 2:4, p. 15.
- Reategui, César
10.12.1986 'OMS oculta la verdad sobre el Sida'. *Extra*.
- Rojas, Gustavo; Gotuzzo, Eduardo; Yi, Augusto y Koster, Frederick
1986 'Acquired Immunodeficiency Syndrome in Peru (letter)'. *Annals of Internal Medicine*, 105:3, p. 465.
- Rojas, Gustavo
1985 'Sífilis y otras manifestaciones en hombres homosexuales de Lima'. Tesis de bachiller en medicina, Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Rosenberg, Tina
28.1.1985 'How to solve the world Aids crisis'. *The New York Times Magazine*, pp. 26-31.

- Sánchez, Jorge; Mazotti, Guido; Cuellar, Luis; Campos, Pablo y Gotuzzo, Eduardo (eds.) 1994 *Sida, epidemiología, diagnóstico, tratamiento y control de la infección VIH/Sida*. Lima, OPS/Ministerio de Salud/Asociación Vía Libre.
- Serna, Edgar 1991 *Informe final de la consultaría en gerencia y administración brindada al Programa Especial de Control de Sida de Perú (julio 1-20 de 1991)*. Colección, Global Programme on Aids-Peru. A 20-370-2Per. Archivo de la OMS. Ginebra.
- Serna, Edgar 12.4.1987 'Sida, la plaga Infernal'. *El Nacional*.
- Slutkin, G. 2000 'Global Aids, 1981-1999: the response'. *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*, 4: 2, pp. 524-33.
- Stine, Gerald J. 2000 *Aids Update 2000*. Upper Saddle River, New Jersey, Prentice Hall.
- Thorndike, Guillermo 17.11.1985 'Sida: el sombrío galope de la peste'. *La República*.
- Valencia, Rocío 1999 'El Sida y los jóvenes'. *Contrasida Informa*, 2:8, p. 14.
- Vega-Centeno, Imelda 1994 *Amor y sexualidad en tiempos del Sida*. Lima, Ministerio de Salud.
- Vía Libre 2002 'Informacion basica sobre VIH/SIDA/ETS'. <http://www.eocities.com/vialibreperu/informat.htm>
- Vía Libre 2001 *Aproximación a la problemática del VIH/SIDA en el Perú — Noviembre 2001*. <http://www.geocities.com/vialibreperu/pr02.htm>.
- Vía Libre 1999 *Folleto de Presentación*. Lima.
- Widy-Wirski 1992 *Memorandum to director of Global Aids Programme, subject: financial support to the National Aids Programme in Peru, June 19, 1991*. Colección, Global Programme on Aids-Peru. A 20-370-2Per. Archivo de la OMS. Ginebra.
- Yong, Carmen 1998 *Género y sexualidad, una mirada de los y las adolescentes de cinco barrios de Lima*. Lima, Manuela Ramos.
- Yuen Morán, Alberto 19-21.1.1988 'Transmisión sanguínea'. Seminario *Sida: Prevención y medios de comunicación*. Lima, Comisión Nacional de Sida. Documento de la Biblioteca de la Organización Panamericana de la Salud.

Recebido em dezembro de 2001.

Aprovado em agosto de 2002.