

Epidemias de Fin de Siglo: Cólera y Sida. El imaginario social en el control epidémico.

Silvia Loyola.

Cita:

Silvia Loyola (2007). *Epidemias de Fin de Siglo: Cólera y Sida. El imaginario social en el control epidémico. IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Huerta Grande, Córdoba.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-028/28>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eQa4/vts>

“Epidemias de Fin de Siglo: Cólera y Sida
El imaginario social en el control epidémico”

Lic. Silvia Loyola*

Introducción

A lo largo de la historia el fin de siglo ha sido revestido de cierto carácter apocalíptico asociado a hechos dramáticos cuya única explicación parece haber sido la del castigo divino hacia conductas erradas o maliciosas. La última década del Siglo XX, América Latina no fue ajena a esa experiencia y tuvo sus propias plagas: el Cólera y el Sida, las cuales, siguiendo esa lógica, fueron asumidas como la consecuencia de acciones irresponsables –cuando no pecaminosas- de algunos grupos sociales que fueron vistos como una verdadera amenaza para el resto de la sociedad.

La intención de este trabajo es poner de relieve la relación entre la valoración simbólica de las epidemias y las políticas de salud pública destinadas al control epidémico, las que enmarcadas en un contexto de crisis del Estado de Bienestar y aplicación de medidas de corte neoliberal, permitieron minimizar los costos del control epidémico acentuando la responsabilidad individual en torno al contagio.

Viejas y nuevas enfermedades: el perfil del contagiado

Las últimas décadas del Siglo XX fueron –en muchos sentidos- el momento del quiebre del optimismo reinante a lo largo de la centuria que la alianza entre ciencia, técnica y medicina había significado, cuyos logros se habían podido percibir en la disminución de las tasas de mortalidad y por ende en el aumento de la esperanza de vida, al convertirse en el escenario de la reemergencia de viejas enfermedades, especialmente ligadas a las condiciones sociales de vida; y la emergencia de otras vinculadas al deterioro ambiental, experimentos científicos y a prácticas sexuales.

El cólera, vieja enfermedad que reaparecía después de un siglo en América Latina; y el Sida, nueva y atemorizante, se presentaron de manera simultánea potencializadas por el desarrollo de la mass media, la que contribuyó a intensificar la percepción apocalíptica de

* UNC- CEA

estas epidemias y a construir un imaginario colectivo que asoció las enfermedades a las conductas de los contagiados.

En este sentido, tanto el cólera como el Sida involucraban a grupos socialmente estigmatizados, desacreditados- desde la perspectiva goffmaniana¹- pues sus atributos desacreditantes eran reconocidos socialmente. En cuanto al cólera, el grupo de riesgo lo constituían los pobres, cuya vulnerabilidad más que asociarse a las condiciones estructurales se ligaba a sus pautas culturales de higiene y alimentación; el Sida, por su parte, rápidamente identificado como una enfermedad de prácticas sexuales marginales y de adictos, permitió delimitar –y también cercar- rápidamente a los grupos de riesgo: homosexuales, drogadictos y prostitutas.

Esta identificación de los posibles enfermos y de los atributos que constituían su talón de Aquiles frente a las enfermedades se convirtió en la base de una teoría² diferenciadora y condenatoria que quedó plasmada en las campañas preventivas llevadas adelante por el Estado pero seguida por toda iniciativa particular de prevención, lo que sin dudas ayudó a la poner distancia entre el Estado y las causas de las epidemias, trasladando la responsabilidad del contagio al plano individual con lo cual también el control epidémico quedaba fuera de su órbita, restándole como única misión dentro la crisis el rol de controlador-coordinador de las acciones preventivas.³

La carga simbólica a la que estamos refiriéndonos no es igual para ambas enfermedades, el Sida conlleva en sí mismo un peso mucho más importante al tratarse de una dolencia vinculada a la intimidad de las personas⁴, sin embargo, los grupos vulnerables o de riesgo para ambas epidemias debieron agregar a su condición de *desacreditado* la fuerza de la posibilidad *desacreditante* que significaba contraer la enfermedad, y en tal

¹Goffman, Erving 2003 (1968) “*Estigma. La identidad deteriorada*” Amorroutu Editores. Buenos Aires. Para Goffman estigma es un atributo altamente desacreditador que pesa sobre un individuo o grupo, cuando este atributo es conocido por el resto su poseedor puede ser considerado como un individuo o grupo *desacreditado*, mientras que si no se ve a simple vista engrosa el grupo de los “*desacreditables*”, quienes viven el dilema permanente de ser descubiertos y creando estrategias de ocultamiento.

² Goffman expresa, también, que suele construirse una teoría del estigma que permite la justificación de la discriminación.

³ Debemos tener en cuenta que las características del Sistema de Salud en Argentina, con una tendencia histórica a la descentralización a lo que debía sumarse la superposición de niveles de decisión, ayudó a que este proceso de traslado de las responsabilidad epidémica a la sociedad –y a cada individuo en particular- fuese posible.

⁴ Otros autores hablan de “sinergia de estigmas” Parker, R y Angleton, P “*HIV and AIDS- Related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action*” Río de Janeiro- Abia, 2002

sentido con respecto a una y otra enfermedad fue común la práctica de ocultamiento y automarginación al momento de enfermarse. Obviamente estas acciones eran la constatación de haber *asumido* la culpa por enfermarse que los discursos preventivos motivaban y que la sociedad había legitimado.

No obstante, las características distintivas de cada enfermedad -sobre todo el carácter más social del cólera- condujeron a tratamientos diferenciados por parte del Estado que delinearon –como lo expresan Petracci, Quevedo y Vachieri⁵- escenarios político-comunicacionales distintos, que deben analizarse –ciertamente- desde el contexto socio-económico y político particular que la aplicación del Modelo Neoliberal significaba. El cólera, dado su relación indiscutible con las condiciones sanitarias de la población, constituyó un escenario complejo que obligó al gobierno a asumir las limitaciones sanitarias del país, la crisis del Sistema de Salud⁶ y a aceptar que la pobreza existía y era verdaderamente un problema para el país. El cólera en gran medida ayudó a develar una realidad subvalorada no solo desde el gobierno sino desde la misma sociedad -que por entonces vivía las bondades del plan de convertibilidad- obligándolo a construir un discurso claro y firme en torno a la idea que el cólera *no era un problema de pobreza sino de higiene*, como lo repitieran todos los funcionarios partiendo desde el mismísimo Presidente Menen⁷, que ayudara a despegar al Estado de la responsabilidad social que le cabía en la prevención, responsabilidad que lo obligaba a invertir –dada la realidad develada- en obras públicas, para lo cual se encontraba imposibilitado dado el nivel de compromiso asumido con las directivas externas de reajuste, achicamiento y reducción del gasto público. A pesar de la complejidad del escenario político del cólera, la eficiencia discursiva de la política comunicacional encarada pudo constatarse en el consenso generalizado sobre las “medidas de prevención” cuyo eje fue –precisamente- la higiene. Las voces opositoras que denunciaban esta estrategia “lavandinista”⁸ no llegaron a ser lo suficientemente fuertes

⁵ Petracci, M. Quevedo, L. y Vachieri, A. “*Los modelos político-comunicativos del Sida y el cólera en Argentina*”. En: “La iniciativa de la Comunicación” Págs. 46-83- Colombia, 2003

⁶ Recordemos que el sector se encontraba paralizado por el plan de lucha de sus agentes en casi todo el país, además de la presión ejercida por el aumento de la demanda en el Sector Público debido al incremento de la desocupación, etc.

⁷ Clarín, 6 de Febrero de 1993.

⁸ Las voces opositoras surgieron desde los mismos agentes de los Sistemas de Salud y Salubridad, que desde el Estado eran presentados como baluartes contra el cólera aduciendo a su nivel de excelencia. Los médicos –sobre todo pediatras- denunciaban desde distintos lugares del país que las diarreas eran frecuentes y constituían la causa -directa o indirecta- de muerte de numerosos niños argentinos. Conf. Loyola, Silvia

como para dismantelar un aparato preventivo que tenía como objeto convencer a cada ciudadano de su responsabilidad ante la posibilidad de enfermarse y de la culpa que ello acarrearía.⁹

El Sida ofrecía un escenario más libre al Estado, puesto que al tratarse de una enfermedad que se vinculaba al plano de la privacidad no ofrecía –por tanto- dudas sobre la responsabilidad individual –y por ende la culpabilidad- al momento de enfermarse. Esta particularidad del Sida permitió que se convirtiera en el abanderado de la lucha contra la discriminación a la vez que lo protegía de una definición ideológica clara frente a las formas de prevención, sobre todo al uso del preservativo. De esta manera el discurso preventivo construido contra el Sida no ofrecía ni la claridad ni el temperamento de la campaña contra el cólera, presentando una ambigüedad que no solo quedaba manifiesto en la poca definición sobre las medidas preventivas sino –y sobre todo- en la falta de continuidad de las campañas. No obstante, los primeros mensajes fueron atemorizantes, oscuros, donde podemos percibir la clara intención de generar en la sociedad una asociación entre conductas sexuales *irresponsables* y la posibilidad de enfermarse.

Si bien coincidimos con Petracchi, Quevedo y Vachiero en torno a que presentaron escenarios políticos distintos, creemos que en definitiva para ambas enfermedades se utilizó el recurso de la identificación de los grupos de riesgo para lograr que la sociedad se sienta aparte de ellos, los haga responsable e intente mantenerse fuera de ellos, con lo cual se contribuyó a fragmentar aún más una sociedad fragmentada. Es interesante observar como el Sida, a lo largo de la década del 90 va ir afectando significativamente a sectores más pobres, lo que obligará al Estado a involucrarse de manera más *política* – ha instancia de los sectores afectados y las organizaciones no gubernamentales y de derechos humanos- en la prevención y la atención de portadores de HIV y enfermos de Sida, presentando –podría decirse- un camino inverso al del cólera.

Veremos a continuación como fueron desplegados en la práctica estos discursos y que consecuencias tuvieron.

“Estado y sociedad frente a la epidemia de Cólera de 1991-1992 en Argentina. Los casos de Córdoba y Jujuy” Tesis de Licenciatura. UNC 2007

⁹ Una maestra cordobesa constata el éxito del mensaje preventivo: “sin con todo lo que se está diciendo constantemente de la enfermedad no se toman las medidas de prevención adecuadas ya se debe a la negligencia de la gente” La Voz del Interior, 5 de mayo de 1991. Pág. 12 A

Cólera: la enfermedad de la ignorancia y la mugre

Debemos reconocer que más allá de las disputas circunstanciales sobre los recursos económicos destinados a la campaña preventiva, existió un consenso generalizado –tanto a nivel de Nación como de Provincias- sobre las líneas generales de la prevención que como dijimos anteriormente tuvieron como eje la higiene: personal, de los alimentos y de las viviendas.

Estos lineamientos, en realidad, no fueron *invento* de los funcionarios argentinos, sino que se impusieron desde Perú -donde se había dado el foco inicial- constatándose su eficiencia al evitar la mortalidad de los enfermos a través de una acción rápida que incluía prevención (higiene) e hidratación. De esta forma, la experiencia peruana se convirtió en la forma que América Latina enfrentó la epidemia¹⁰ En toda América latina enfermarse de cólera era sinónimo de “*cochino*” a pesar de que el subtítulo del cólera fuera “*la enfermedad de la pobreza*”.

Las consecuencias de esta política sanitaria lavandinista fueron coercitivas. Asumida por todos la responsabilidad de enfermarse, el Estado se adjudicó el rol de controlador de las conductas privadas, condenando aquellas que pusiesen en peligro la salud de la población.

Tomaremos el caso de la Provincia de Córdoba donde la paranoia colérica¹¹ se tradujo en acciones fuertemente condenatorias que conllevaron a sancionar y penar. Es el caso, por ejemplo, de la condena pública y la consecuente sanción a quinteros del cinturón verde de Córdoba (capital) ante el descubrimiento público del uso de aguas servidas para el riego de las quintas. Esta práctica -habitual- fue duramente criticada desde las esferas públicas como si recién se enteraran, responsabilizando explícitamente a los quinteros de poner en riesgo a la población de la ciudad. Este descubrimiento fue el punta pié inicial de la acción fiscalizadora del Estado municipal en sociedad con el Provincial, que incluyó controles en el Mercado de Abasto, en locales de expendio de comidas así como

¹⁰ Conf. Cueto, Marcos “*El regreso de las Epidemias: salud y sociedad en Perú del Siglo XX*” Estudios Históricos N° 22 Instituto de Estudios Peruanos.

¹¹ Conf. Loyola, Silvia “Córdoba entre la paranoia y la xenofobia: la epidemia de cólera de 1991” 8vas. Jornadas Rosarinas de Antropología Sociocultural” Rosario- Octubre de 2006

frigoríficos y carnicerías, sancionando y clausurando por doquier¹². La reacción de la sociedad –indudablemente condenatoria- se reflejó en la disminución del consumo de verduras que llegó en algunos momentos a significar una baja del 50%.

En el año 1992, con el cólera ya en el NOA, el Estado cordobés profundizó su tarea fiscalizadora llevando adelante una *Vigilancia Epidemiológica* que se centró en la requisa de todos los pasajeros que llegaban provenientes de la zona afectada. La violencia simbólica – y también manifiesta- quedó expresa la mañana del 9 de febrero de 1991 cuando un tren proveniente de Jujuy y con destino a Retiro fue interceptado en la Estación General Belgrano, siendo compulsivamente revisado su pasaje, interrogados los guardas sobre las conductas higiénicas de los pasajeros, y retenidos por más de 12 horas sin permitirles que descendan del coche. El peligro que significaban los norteños para la ciudadanía cordobesa avalaba el trato y la violencia, quedando clara la culpabilidad que se reconocía a los pasajeros por la única razón de provenir de la zona afectada.¹³

Finalmente, el hecho que simboliza el triunfo de esta política destinada a responsabilizar a los individuos por la enfermedad, fue la reacción generalizada de condena hacia el joven peruano Ricardo Gutiérrez Vilca, quien llegó a Córdoba -donde vivía y estudiaba- portando la bacteria y con síntomas de la enfermedad. El estudiante había logrado evadir los controles fronterizos -recordemos la clara asociación del cólera con la mugre, con pautas culturales inapropiadas y además con la condición de ser peruano- ocultando los síntomas que había tenido desde el mismo momento que abandonó su país. Este ocultamiento fue la causa de la condena generalizada de la sociedad cordobesa que se manifestó en el reclamo de los vecinos de Barrio Matienzo (zona de residencia de numerosos peruanos), la suspensión como estudiante universitario en la UNC¹⁴, y el inicio de una causa penal¹⁵ que lo acusaba de poner en riesgo la salud de la población provincial.

¹² La Voz del Interior 2 de mayo de 1991

¹³ La Voz del Interior 9 de febrero de 1992 Titular: “*Lamentable situación al llegar un tren a Córdoba*”

¹⁴ El Rectorado inició sumario de investigación alegando que G. Vilca había actuado “*desaprensivamente*” poniendo en *riesgo cierto la salud no solo del resto de los estudiantes universitarios y el personal docente y no docente de esta casa sino de la comunidad toda, lo cual se torna especialmente agravado por provenir justamente de un alumno de los cursos superiores de la Facultad de Ciencias Médicas, que como tal no pudo desconocer las implicancias de su obrar.*” Resolución N° 82 Expediente 21-92-05031- Córdoba 19 de febrero de 1992 Firmada por Dr. Armando Gutiérrez. Secretario Gral. y Francisco Delich, Rector.

¹⁵ Esta se inició de oficio por el fiscal general de la Provincia en concordancia con la orden del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación que había recomendado que *se persiga y sancione todas aquellas acciones que pusiesen en riesgo la salud de la población, sea por contaminación de aguas o alimentos* (Art.

El uso estratégico de este episodio para avalar el discurso oficial destinado a desvincularse de la responsabilidad y la culpa, tuvo su máxima expresión en el Ministro de Salud de la Provincia, quien dirigiéndose a la Cámara de Diputados manifestó sin miramientos que era *lamentable* la conducta del joven peruano lo que -desde su perspectiva- confirmaba que el cólera era una *enfermedad de la ignorancia y no de la pobreza* como se manifestaba.¹⁶

De esta manera, quedaba confirmada la coherencia entre el discurso preventivo y la práctica consecuente de un Estado cuyo rol era el de controlar y sancionar a aquellos individuos que negligentemente contraían la enfermedad y ponían en riesgo a la población. Desde esta lógica, la legitimidad social al discurso y la práctica preventiva oficial estuvo dada en la aceptación generalizada de la responsabilidad de cada ciudadano en el control epidémico. “*No tenga miedo, tenga cuidado*”¹⁷

Sida: ¡qué no te sorprenda!

El Sida tuvo -y tiene- connotaciones simbólicas cuyo significado no solo estaba dado por su relación a la sexualidad de las personas, sino también por su carácter pandémico en un mundo globalizado. Sin embargo, y a pesar de que ya en los 90 aparecía como noticia recurrente y resonante unida a singulares historias personales en cualquier parte del mundo, la sociedad argentina -y en particular la cordobesa- no tenía conciencia de que alguien fuera del grupo de riesgo -claramente identificable desde ya- podía contagiarse con VIH.

El objeto de la campaña contra el Sida parecía -entonces- tener la urgencia de instalar el tema en la sociedad, a pesar -de cómo hemos visto ya- el discurso no haya sido del todo claro ni se haya definido ideológicamente sobre la mejor manera de prevenir. Tampoco parecía existir una definición en torno a la forma de complementar esta prevención basada en la información masiva, dubitación que creemos partía de un conflicto interno que interpelaba al Estado sobre el límite entre lo público y lo privado, hasta donde le era legítimo transgredirlo en función del control epidemiológico. Este era -ciertamente- un problema ético y moral del Estado Argentino en la década del 90, que involucraba

200 del Código Penal) o por transgredir medidas de prevención adoptadas por las autoridades sanitarias en caso de epidemia.” La voz del Interior 16 de febrero de 1992. Información General Pág. 12 A.

¹⁶ La Voz del Interior 21 de febrero de 1992.

¹⁷ Slogan de la campaña contra el cólera (1991-92)

opiniones encontradas y diametralmente opuestas en torno a la injerencia de lo público en temas tales como educación sexual, moral (uso de preservativos) e incluso religión, y que instalaba de manera definitiva esta nueva enfermedad.

A pesar de las vacilaciones, el escenario político del Sida era un espacio en el que el Estado “*aparece libre de culpa y cargo*” -como expresaban Petracchi, Quevedo y Vachier- lo que le otorgaba un margen de acción diferente al del cólera, que le permitió –incluso- mostrarse más comprometido. No obstante deberíamos analizar con más detenimiento hasta donde llega el compromiso de un Estado que está abandonando su rol benefactor en momentos de una crisis sanitaria de la magnitud de la que el Sida provocaba. El cuestionamiento es válido, en tanto el perfil del contagiado comenzó –prontamente- a “deshomosexualizarse”, ampliando la brecha de riesgo: cualquier persona podía contagiarse en una transfusión sanguínea o en un tratamiento de hemodiálisis, por lo cual ya era difícil sostener un discurso de responsabilidad individual como lo era el del *no te sorprenda*, especialmente cuando el lugar del contagio se encontraba en áreas de competencia estatal: ya sea como proveedor del servicio (en el caso de instituciones de salud pública) o como controlador y habilitador de la provisión por parte de terceros (instituciones privadas); por otro lado, la atención médica y el suministro de medicamentos a portadores de VIH y enfermos de Sida también pasó –rápidamente- a constituirse en un problema de salud pública al considerarse internacionalmente como derecho humano el acceso universal a la atención y a los medicamentos; finalmente, la legislación vigente no alcanzaba a cubrir todas las aristas de una enfermedad compleja, motivando a la formulación de una Ley particular en el año 1990, que contrariamente a la política descentralizadora de la época hará responsable al Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación su aplicación y cumplimiento.

Como podemos observar, a pesar de la carga estigmatizante del Sida, con fuerte arraigo en la sociedad argentina, tuvo en el discurso estatal una mirada que podríamos catalogar como matizadora al propugnar una actitud no discriminatoria para con los enfermos, considerando que fue justamente esta postura – que paradójicamente provenía de esa libertad que le confería responsabilidad individual ante el contagio- la que le obligará a tener una presencia activa en la complejidad de la problemática epidémica, debiendo- necesariamente- pasar de la propuesta preventiva basada en la información al desarrollo de

una legislación pertinente. Sin embargo esta iniciativa estatal no tiene el mérito de la iniciativa propia, sino que respondió más bien a la presión de dos instancias que jugarán un papel fundamental en los avances de la lucha contra la pandemia en el Mundo. Por un lado los acuerdos internacionales en relación a la defensa de los Derechos Humanos, y por el otro, a la presencia creciente de las ONGs a nivel nacional (consecuencia del corrimiento de roles que las medidas neoliberales implicaban en relación a la salud y a los derechos de los ciudadanos. Petracci y Pechen manifiestan con énfasis que esta iniciativa temprana de la Sociedad Civil fue la obligó al Estado a dar respuesta a la realidad epidémica: la ley 23 798, cuyo objetivo era el de garantizar los derechos individuales de las personas que vivían con VIH/sida.¹⁸

Podemos diferenciar dos grandes áreas en las que el Estado Nacional debió necesariamente tener injerencia legislativa: (a) la garantía del derecho universal de los portadores de VIH y enfermos de Sida en torno a la gratuidad de la atención y el suministro de medicamentos, así como el respeto a la autonomía de las personas con respecto a la decisión de saber o no saber (práctica de análisis), de hacerse atender o no; el secreto sobre su condición de enfermo; y la garantía de no discriminación; (b) Los debates bioéticos y las precauciones de los profesionales de la salud.

En cuanto al punto (a) las dificultades tuvieron que ver –fundamentalmente- con el costo económico del sostenimiento de la atención y suministro de medicamentos, lo que incluyó una disputa con las Obras Sociales (que se oponían a brindar esta cobertura a sus afiliados) y que culminó con la sanción de la Ley 24 455 de 1995 y la 24 754 de 1996 que obliga a las Obras Sociales y a las Pre pagas a otorgar esta prestación, respectivamente. Por otro lado, el sostenimiento en el tiempo del presupuesto del Programa de lucha contra el Sida (1991) chocó inconciliablemente con las políticas del Ministerio de Economía, llegando a su punto más álgido en 1996 cuando hubo dos recortes en el presupuesto con las terribles implicancias para los pacientes, siendo la intervención de las ONGs en la Justicia y la rápida respuesta de ésta la que permitió el destrabe de los recursos para la asistencia de las personas que vivían con VIH/sida.

¹⁸ Pechen, M. y Petracci, Mónica “*Derechos Humanos y sexualidad en la Argentina*” En: Horizontes Antropológicos, Porto Alegre Año 12, nº 26 2006. Págs. 43-69

El tema de la privacidad y el secreto –unido sin dudas al estigma de la enfermedad- también presentó ambivalencias, pues si bien era garantizada desde la ley, la misma prescribía –también- que los inmigrantes que quisieran radicarse en Argentina debían hacerse el análisis obligatoriamente, y en el año 1995 un decreto del Poder Ejecutivo obligaba a realizarse la prueba de carga viral a todo el personal aspirante o permanente de las Fuerzas Armadas. La ambigüedad en relación a este punto podía observarse –desde ya- en la libertad que las empresas privadas tenían como para incorporar entre los estudios pre ocupacional el análisis de VIH/sida. Lo ilegal encontraba reparo en un momento de creciente desempleo que colocaba en un plano de vulnerabilidad a los empleados que aún sabiendo que esto no era legal se los hacían igual ante la posibilidad de perder o no acceder a la fuente de trabajo. La constatación de la enfermedad podía ser causa de despido o de rechazo.

El debate ético por el uso de preservativo permaneció definitivamente dentro del plano de la decisión individual, quedando visualizado en el compromiso no cumplimentado del Ministro Porto en el año 1992 con respecto a la distribución gratuita de preservativos que nunca llegó a realizarse; sí, en cambio, fue tema de discusión los cuidados médicos para evitar el contagio y los controles de bancos de sangre e instrumentos de uso médico, así como la cuestión discriminatorio para con los enfermos y su responsabilidad ética en torno a brindar toda la información necesaria y el sigilo profesional. Esta preocupación quedó formalizada en el Reglamento N° 1244 del Ministerio de Salud Y Acción Social que normatizaba el proceder de los profesionales de la salud con respecto al Sida y sus enfermedades derivadas.

Con el transcurso de la década la complejidad de la epidemia requerirá que el Estado se promulgue frecuentemente, tal fue el caso del aumento del número de presos contagiados con VIH/sida lo que motivó la Resolución N° 787 del Ministerio de Salud y Acción Social que garantizaba los derechos para los enfermos que se encontraran privados de su libertad en las cárceles federales.

Por su parte, los Estados Provinciales debieron adecuarse a la normativa nacional, aunque muchas provincias hayan precedido a la Nación en la formulación de leyes pertinentes. En muchos casos, como en Córdoba, constituyó la vía de resolución de un conflicto de corte moral que había significado la decisión de incorporar el análisis de VIH

en la profilaxis prenupcial. Esta misma incertidumbre se había planteado en el Concejo Deliberante de la Ciudad Capital, originado un ríspido debate ético sobre el control epidemiológico en torno a esta enfermedad que más que ninguna otra se movía en el límite del atentado a los derechos humanos. La ley de profilaxis 12 331 (1937) establecía la imposibilidad de casamiento cuando uno de los contrayentes o los dos estuviesen afectados por una enfermedad venérea en período de contagio, prohibición que regía hasta que se demostrase haber recuperado la salud, esta prohibición en el caso del Sida sería, pues, permanente, lo cual de hecho sería un acto discriminatorio para con los enfermos que quisiesen casarse.¹⁹

La epidemia de Sida puede –siguiendo la lógica de lo que venimos diciendo- ser considerada como una crisis sanitaria que obligó al Estado Nacional a asumir una actitud aparentemente contradictoria con las políticas sanitarias que propiciaban las recetas neoliberales que en otros aspectos cumplió a raja tabla. Sin embargo, coincidimos con Pechen y Petracci en que esta reacción fue tardía y obligada por la presión de los acuerdos internacionales y la acción (un tanto desarticulada en los 90) de los organismos no gubernamentales que trabajaban por los derechos de las personas que vivían con HIV.

Conclusiones

La propuesta de este trabajo era poner en evidencia la relación entre la carga simbólica de estas enfermedades, expresadas en las representaciones sociales de ellas, y las políticas públicas desarrolladas en Argentina en el marco de la aplicación de las políticas neoliberales.

Podemos concluir que las representaciones sociales tanto en una como otra epidemia se impusieron como sostén de las medidas asumidas en torno a la prevención y la atención de enfermos. En el caso del cólera la asociación enfermedad-suciedad permitió el éxito de una campaña que tenía como objeto poner todo el peso de la responsabilidad y del control epidémico en los individuos consecuente con la política de un Estado que propiciaba la descentralización como parámetro de la eficiencia en la salud; mientras que en Sida, la innegable responsabilidad individual en el contagio condujo a un compromiso

¹⁹ Conf. Bronstein, A y Loyola, S “*Córdoba: brote epidémico de Sida (1990-93)* En: Carbonetti, A. (Comp.) *Historias de enfermedad en Córdoba desde la colonia hasta el Siglo XX*” Ferreyra Editores-2007

ético del Estado que luego debió –obligatoriamente y presionado- expresarlo en medidas que lo involucraban decididamente en el control epidémico.

Para finalizar debemos aclarar que los estudios sobre Sida se encuentran en una fase exploratoria, lo que sin duda se refleja en este trabajo.