



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

Escuela de Historia
Centro de Investigaciones Históricas de América Central
Postgrado Centroamericano en Historia
Número especial de Diálogos. Revista electrónica de Historia



**Epidemias de los siglos XX-XXI:
Representaciones y respuestas sociales ante
la aparición del SIDA en Costa Rica (1980-2008)**

Miembros del Consejo Editorial:
Dr. Ronny Viales, Dr. Juan José Marín

Editores Técnicos:
Allan Fonseca, Andrés Cruz, Gabriela Soto

X 9° CONGRESO
CENTROAMERICANO
DE HISTORIA
Universidad de Costa Rica

ISSN 1409- 469X

Fecha de recepción: 15 de mayo 2008
Fecha de aceptación: 30 de mayo 2008





Epidemias de los siglos XX-XXI: Representaciones y respuestas sociales ante la aparición del SIDA en Costa Rica (1980-2008)

Andrea Álvarez Marín

San José, Costa Rica. Curridabat, de la Embajada Rusa,
100 al este, 100 al sur y 25 este.

Teléfonos: 22-72-09-50

Fax: 22-72-85-84

Correo Electrónico: andre.alvarezm@gmail.com

Universidad de Costa Rica.

Valeria Morales Rivera

San José, Costa Rica. San Sebastián, del EBAIS de San
Sebastián, 100 norte y 25 este.

Teléfonos: 22-86-33-24

Correo Electrónico: valerita56@gmail.com

Universidad de Costa Rica.

Epidemias de los siglos XX-XXI: Representaciones y respuestas sociales ante la aparición del SIDA en Costa Rica (1980-2008)

La disciplina histórica se ha ido insertando en el mundo de las epidemias, desde la peste negra, hasta la tuberculosis y la lepra. Los historiadores han abordado el comportamiento de las personas en esos momentos de crisis. Nuestro interés recae en contribuir al fortalecimiento de esta rama de la historia, rescatando una enfermedad tan controversial como ha demostrado ser el SIDA, desde su aparición, hasta nuestros días.

Esta enfermedad conjuga tres elementos, que a través de la historia han sido fuente de estigmas. En primer lugar, la muerte, el temor a ella, el dolor que puede generar y la nostalgia del adiós a los seres queridos. En segundo lugar, el sexo, aspecto silenciado en la vida del ser humano. Por último, la infección, el contagio genera la sensación de que nadie está seguro. Lo anterior describe a grandes rasgos, las características por las cuales nos centramos en esta enfermedad.

Otro elemento que hace particular a esta enfermedad, es el hecho de que la misma se desarrolla paralelamente a la sociedad contemporánea, esta situación nos lleva a justificar su estudio por medio de los planteamientos expuestos por Julio Aróstegui, quien nos dice que “la historia vivida tiene que hacerse así historia escrita, verdadera historiográfica. No hay historia del presente que se limite a la mera subjetividad de forma que no podemos hablar de esa historia si no bajo la forma de discurso histórico o lo que es lo mismo, de historia pública y “anónima””¹

Sumado a esto, cabe señalar que es de esta cercanía con el presente, de donde surge nuestra principal hipótesis, partiendo del hecho de que si bien esta enfermedad surge a finales del siglo XX, las reacciones de la sociedad en torno a su aparición, pueden ser comparables a las producidas por otras enfermedades bastante alejadas del presente como la peste negra o la lepra. Las representaciones sociales con respecto al SIDA y las respectivas respuestas de la sociedad costarricense, nos podrán demostrar cómo ante el surgimiento de epidemias, las personas arrastran un patrón de comportamiento similar al de épocas antiguas. De esta manera, la idea de “progreso” es puesta en duda al estudiar las reacciones irracionales de las personas.

1 Aróstegui, Julio. **La historia vivida. Sobre la historia del presente**. Alianza Editorial: Madrid, España. 2004. p. 58

Aspectos teórico-metodológicos: el caso de la epidemia del VIH/SIDA

Desde el punto de vista histórico el SIDA ha sido poco abordado. Sin embargo, su estudio se puede enmarcar dentro de un grupo mayor de investigaciones relacionadas con las epidemias. Marcos Cueto es uno de los autores que se ha dedicado a estudiarlas, específicamente para el Perú contemporáneo. En su estudio busca “reconciliar la historia natural y la historia social de la enfermedad prestando atención tanto a los factores que explican la ecología de las epidemias en el país así como a las reacciones sociales a la enfermedad”.² Además de explicar las causas biológicas y ecológicas que realmente contribuyen a la aparición de la epidemia, se dedica a indagar las causas *percibidas* por la población. Estas creencias no necesariamente coinciden con lo que establece la comunidad científica.

Cueto también analiza los cambios institucionales principales. Explica cómo en un país en vías de desarrollo las epidemias son importantes detonantes para causar mejorías en los sistemas de salud: “en un país con tantas tareas pendientes, las enfermedades epidémicas parecen haber sido la única ocasión para que la salud pública consiguiese la atención del Estado y de los organismos internacionales. Las emergencias sanitarias fueron estímulos para el inicio de medidas que trajeron un mejoramiento, generalmente temporal (...) y crearon nuevas instituciones, leyes y procesos que iban a marcar el desarrollo de la salud pública peruana.”³

Otros estudios de las epidemias son los de Betrán para España desde la época medieval hasta la contemporánea⁴; Sheldon Watts quien estudia las epidemias desde el punto de vista de las relaciones entre las metrópolis y sus colonias⁵; Cartwright y Biddis hacen un recuento de las principales epidemias que ha sufrido la humanidad y ubican la creación de la vacuna contra la viruela como el principal avance en la lucha contra las enfermedades infecciosas, triunfo opacado por el VIH/SIDA a finales del siglo XX⁶; por último, se puede citar el libro de Duby, en el cual compara los principales miedos de la época medieval con los actuales y en uno de sus

2 Cueto, Marcos. **El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX.** Instituto de Estudios Peruanos: Lima, Perú. 2000. p. 19

3 *Ibíd.* p. 223

4 Betrán, José Luís. **Historia de las epidemias en España y sus colonias (1348-1919).** La esfera de los libros S. L.: Madrid, España. 2006.

5 Watts, Sheldon. **Epidemics and history. Disease, power and imperialism.** Yale University Press: London, England. 1997.

6 Cartwright, Frederick y Biddiss, Michael. **Grandes pestes de la historia.** Editorial El Ateneo: Buenos Aires, Argentina. 2005.

capítulos hace referencia al miedo milenario hacia las epidemias⁷.

Como estudios específicos del SIDA destaca el libro *Historia del SIDA* de Grmek, en el cual se explica brevemente la expansión de la epidemia a inicios de los ochentas, sus aspectos médicos y sus detonantes sociales⁸. Por su parte, Cueto trata la epidemia del SIDA, pero se concentra exclusivamente en los aspectos institucionales y las políticas públicas para controlar y prevenir el VIH/SIDA⁹. Un estudio estadounidense se concentra en el impacto cultural e institucional, rescatando los cambios que el VIH/SIDA causó en las relaciones familiares, en las actitudes del personal médico, en los procedimientos de donación de sangre y el rol activo que asumieron los pacientes ante dicha dolencia¹⁰.

Para el caso específico de Costa Rica se pueden citar el estudio de Esteban Rodríguez sobre las catástrofes (en las cuales incluye las epidemias) desde el punto de vista de las mentalidades colectivas¹¹; el estudio de Ana María Botey sobre la peste del cólera¹²; y para el caso del VIH/SIDA resaltan los estudios de Jacobo Schifter.

Desde el punto de vista teórico, este trabajo se inserta en la corriente de trabajos que buscan una renovación de la historia tradicional de la medicina. Según Armus, actualmente se pueden definir tres corrientes principales: la nueva historia de la medicina, la historia de la salud pública y la historia socio-cultural de la enfermedad¹³. Este trabajo forma parte de la historia de la salud pública, pero también hace un énfasis en los aspectos socio-culturales de la enfermedad.

Un aspecto importante en esta renovación es el interés en los pacientes. No son vistos

7 DUBY, George. **Año 1000, Año 2000. La huella de nuestros miedos**. Editorial Andrés Bello: Santiago, Chile. 1995.

8 GRMEK, Mirko. **Historia del SIDA**. Siglo Veintiuno editores: Madrid, España. 1992.

9 CUETO, Marcos. **Culpa y coraje: Historia de las políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú**. Consorcio de Investigación Económica y Social. Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia: Lima, Perú. 2001

10 NELKIN DOROTHY; PARRIS, Scott and WILLIS, David. Eds. **A disease of society. Cultural and Institutional Responses to AIDS**. Cambridge University Press: New York, United States. 1991.

11 RODRÍGUEZ, Esteban. "Catástrofes y Mentalidades colectivas. Las creencias religiosas ante las catástrofes en el occidente del Valle Central (1799-1853)". Trabajo final de graduación. Universidad de Costa Rica: San José, Costa Rica. 2005.

12 BOTEY, Ana María. "La campaña nacional 1856-1857 y la salud pública". En: **La campaña nacional (1856-1857): historiografía, literatura y memoria**. Editorial de la Universidad de Costa Rica: San José, Costa Rica. 2007.

13 ARMUS, Diego. "Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna" En: **Higienizar, medicar, gobernar. Historia, medicina y sociedad en Colombia**. Universidad Nacional de Colombia: Medellín, Colombia. 2004.

como individuos pasivos, sino que se les debe reconocer como sujetos históricos y rescatar la perspectiva que estos tienen de su propio sufrimiento. Esto en el SIDA se convierte en un punto clave ya que desde su aparición, las movilizaciones de pacientes viviendo con VIH/SIDA se han convertido en uno de los principales factores que han incidido directamente en la promulgación de políticas públicas y se han organizado para hacer respetar sus derechos y luchar contra la discriminación que han sufrido.

Seguidamente hay que tener algunos conceptos claros. El primero de ellos es el concepto de “epidemia”. Partimos de la definición de Cueto: “Las epidemias son crisis dramáticas que crean pavor y desolación, pero también brindan oportunidades de cambio y de superación (...) El miedo que nos producen se debe no sólo a que nos acercan violentamente a la enfermedad generalizada y a la muerte, sino que nos enfrentan con lo que a veces más tememos de la sociedad y de otros (...) y con la obligación de aceptar que convivimos con personas y grupos que consideramos diferentes, extraños y hasta amenazantes...”¹⁴ Esta última definición nos parece pertinente porque trasciende a los aspectos meramente médicos de la enfermedad y se concentra en su dimensión social.

A esta definición cabe agregar lo que dice Botey sobre los distintos grados en que una epidemia puede atacar: “Una epidemia se produce cuando una enfermedad o fenómeno aparece en una sociedad por medio de una manifestación inusual, sin que antes estuviese presente, o si ya existía, en un exceso notable por sobre su nivel usual o endémico. Si el aumento se reduce a una localidad o a un grupo de familias se denomina brote epidémico, y si es de ámbito nacional se llama epidemia nacional. En caso de comprender varios países se le atribuye el nombre de pandemia.”¹⁵ El SIDA parece haber empezado como un brote epidémico durante el tiempo que se mantuvo limitado a África, sin embargo, gracias a su expansión significativa a otros países desde la década de 1980, ha adquirido una dimensión pandémica.

Aunado al concepto de epidemia está el concepto de enfermedad. Aquí es interesante rescatar la distinción que resalta Grmek, “autores recientes de lengua inglesa distinguen entre dos aspectos del concepto de enfermedad (...) “illness” (que indica la enfermedad tal como es vivida por el enfermo y percibida por quienes lo rodean) y “disease” (que indica la enfermedad como concepto construido en el marco de un sistema nosológico).”¹⁶ Esta investigación se centra

14 Cueto, Marcos. **El regreso de las epidemias**.... p. 222

15 Botey, Ana María. **Op. Cit.** p. 13-14

16 Grmek, Mirko. **Op. Cit.** p. 157

principalmente en lo relacionado con el término “illness”. Interesan más las percepciones que se tenían sobre la enfermedad, que las cuestiones estrictamente científicas.

Actualmente en la disciplina histórica no existen modelos teóricos específicos para el estudio del SIDA. Sin embargo, Cueto ha elaborado un modelo para el abordaje de las epidemias en general. Su planteamiento está conformado por tres aspectos fundamentales: “el impacto de la enfermedad con una breve explicación de los factores biológicos y ecológicos que la producen, las técnicas y políticas implementadas para combatirla y las reacciones sociales”.¹⁷

Vamos a partir de dicho planteamiento, pero adaptándolo al caso del SIDA. Por esta razón, además de los factores biológicos, vamos a explicar los factores socio-culturales dado que no hay factores ecológicos que contribuyan con su aparición. Esta no depende del clima, de la localidad geográfica, de la calidad de las viviendas o del acceso al agua potable, entre otras. Depende de prácticas en la vida cotidiana de las personas.

Además, para efectos de este trabajo nos vamos a concentrar en las respuestas sociales ante el VIH/SIDA. El tema institucional será objeto de un trabajo posterior. “El estudio de las respuestas sociales implica las actitudes de las autoridades regionales, la Iglesia, los comerciantes, los médicos y los sectores populares ante medidas como la suspensión del comercio y las comunicaciones por el cierre de puertos, el desempleo producido por cuarentenas, la quema de viviendas, el aislamiento de los enfermos y la introducción de técnicas sanitarias que alteraban las costumbres”.¹⁸ Implica concentrarse no sólo en el impacto *real* de la enfermedad, sino en el impacto *percibido*.

Otro concepto es el de representaciones sociales, el cual se puede definir como “sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa.”¹⁹ Las representaciones sociales, entendidas de esta forma, nos permiten ahondar tanto en el pensamiento como en el comportamiento de las personas ante un objeto social. Además, nos permite ubicar a los actores sociales en tiempos y espacios definidos, lo cual es muy pertinente en la disciplina historiográfica, ya que “con las representaciones sociales lo que se busca es entender en que medida sus contenidos reflejan los substratos culturales de una sociedad, de un momento histórico

17 Cueto, Marcos. **El regreso de las epidemias....** p. 20

18 *Ibíd.* p. 20

19 Araya, Sandra. **Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión.** Cuadernos de Ciencias Sociales 127. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO): San José, Costa Rica. 2002. p. 11

y de una posición dentro de la estructura social.”²⁰

Un último punto a rescatar, que ha sido un componente importante de las representaciones sociales en torno al SIDA, es el temor. Bourke hace una distinción entre el miedo y la ansiedad. La ansiedad es un sentimiento generalizado, mientras que el miedo es focalizado. En estados de ansiedad no se es consciente de cuál es la situación u objeto a la que se teme, en cambio el miedo implica conocer las características de dicho objeto o situación²¹. Los estados de ansiedad causan que las personas se distancien unas de otras y que se tienda a buscar chivos expiatorios, mientras que cuando la ansiedad se transforma en miedo se pueden llegar a implementar soluciones eficaces contra el objeto de dicho miedo. Nos interesa probar que en relación con el SIDA, se operó una transición desde la ansiedad hasta el miedo.

Por último, en relación con los aspectos metodológicos del trabajo, se ha realizado un análisis cualitativo de discurso, con base en el material expuesto por el periódico *La Nación*, sobre el VIH/SIDA, desde 1980 hasta inicios del 2008. La elección de este periódico se debe principalmente a dos criterios. Primero, porque este periódico da un seguimiento muy riguroso y continuo al VIH/SIDA, incluso desde antes que esta enfermedad fuera bautizada en 1981. Segundo, el VIH/SIDA no es un tema que presente motivos de parcialidad en cuanto a los medios informativos.

Es con base en este análisis de discurso, que pretendemos ver las distintas terminologías con las que se denominaba a la enfermedad, los grupos considerados de riesgo, el grado de conocimiento que presentaba la sociedad, los avances científicos en torno a su tratamiento, y otras serie de indicadores que nos permitirán comprender tanto las representaciones sociales como las respectivas respuestas que estas provocaron.

Causas biológicas y socio-culturales del VIH/SIDA

Biológicamente dicho virus lo que hace es invadir las células CD4. “Al penetrar (...) el retrovirus transforma su material genético en ADN mediante una enzima conocida como transcripta inversa. El nuevo ADN se integra al material genético de la célula huésped y ésta copia los genes del virus cada vez que se reproduce. Las células preferidas del VIH son las piezas

20 Ibíd. p. 16

21 Bourke, Joanna. **Fear: A cultural history**. Shoemaker Hoard: California, United States. 2005. p. 187

claves del sistema inmunológico de los seres humanos: los linfocitos T llamados CD4 y que se producen en la médula ósea.”²²

La depresión del sistema inmunológico hace que un simple resfriado o diarrea pueda ser letal para el enfermo y lo hace vulnerable a las “enfermedades oportunistas”, llamadas oportunistas porque sólo afectan a las personas cuando estas sufren bajas en su sistema inmunológico. El virus en sí mismo no es letal, sino que los pacientes mueren gracias a dichas enfermedades.

En relación con los medios de transmisión se pueden citar únicamente tres: contacto sexual, introducción de la sangre infectada por el virus y de la madre hacia el feto (vertical).²³ A diferencia de lo que ocurre con otras enfermedades pandémicas, como la gripe o la peste, las vías de transmisión, son en gran parte controlables.²⁴ Sin embargo, las vías de transmisión no son sólo biológicas, sino que también están ligadas a la esfera socio-cultural, especialmente la relativa al contacto sexual.

Desde el punto de vista socio-cultural, los factores que provocaron la expansión del SIDA a nivel mundial están relacionados con cambios sociales propios de la segunda mitad del siglo veinte²⁵. Entre ellos destacan, “la mezcla de poblaciones, la multiplicación de los medios de transporte rápidos, la liberalización de las costumbres, en especial las prácticas homosexuales (...) el uso masivo de drogas intravenosas, la generalización de las transfusiones de sangre, etc.”

²⁶

La interacción entre distintas poblaciones y la multiplicación de los medios de transporte están íntimamente relacionadas dado que la mayor facilidad de movimiento ha contribuido a que las personas puedan generar más lazos inter-culturales. Esta fue quizás la principal razón por la cual el VIH/SIDA logró salir de África.

Otro gran factor ha sido la llamada “liberalización sexual”. Esta surgió especialmente luego de los 1960s en Estados Unidos. Estuvo relacionada con las luchas por los derechos civiles, un mayor cuestionamiento de los ideales de la virginidad, una mayor secularización de la sociedad y la aparición de mejores y nuevos métodos anticonceptivos. Además empezó a haber una mayor apertura a las orientaciones sexuales diversas y a generar un ambiente de mayor

22 Cueto, Marcos. **Culpa y coraje...** p. 34

23 Grmek, Mirko. **Op. Cit.** p. 143

24 *Ibíd.* p. 191

25 Estos factores fueron los que posibilitaron que saliera de África dado que por algún tiempo esta enfermedad había permanecido sólo en determinados lugares de dicho continente.

26 Grmek, Mirko. **Op. Cit.** p. 236

confianza para que los homosexuales pudieran exteriorizar sus preferencias y actuar acorde con ellas.

Otro factor, no necesariamente causa de la enfermedad, pero si agravante de su continua propagación, se deriva de la estigmatización de los grupos en riesgo. “Las reacciones de rechazo, de temor y de estigmatización que este flagelo provoca en una parte de la población de todos los países no ayudan en nada en la lucha contra su difusión, y a menudo terminan por provocar efectos perversos.”²⁷ El silencio y el tabú que rodean a dicha enfermedad impidió (e impide) que muchos estuvieran dispuestos a hacerse revisiones periódicas para detectar la presencia del virus y dificultó las posibilidades de prevención. “La culpa, y la percepción de la enfermedad como un castigo merecido (...) ha sido y sigue siendo una manera común de manifestar e interiorizar el estigma. Asimismo, la culpa todavía representa un obstáculo para conocer la extensión de la enfermedad, acceder a tratamientos, promover la comunicación con las personas viviendo con el VIH/SIDA y hacer que las políticas de salud tengan algún impacto.”²⁸

Teniendo claras sus causas, describiremos brevemente su historia. El VIH/SIDA surgió en un momento de complacencia con respecto a las enfermedades infecciosas. El énfasis en dichas enfermedades como principales causas de muerte había cedido ante la creciente importancia de las enfermedades crónicas o degenerativas. Esta fue la razón por la cual la humanidad no estaba preparada para una epidemia de tal envergadura.

A finales de los setentas e inicios de los ochentas, en Estados Unidos, tanto en New York, como en San Francisco y Los Ángeles, se empezaron a tratar enfermedades inusuales, especialmente en hombres jóvenes. Entre dichas enfermedades se encontraba el síndrome de Kaposi (una especie de cáncer) y una extraña forma de neumonía (*pneumocystis carinni*)²⁹. Dichos males usualmente sólo se presentaban en pacientes con una severa deficiencia en su sistema inmunológico. Lo preocupante fue que dichos casos se empezaron a multiplicar en un breve periodo de tiempo, especialmente entre la comunidad homosexual³⁰.

27 Ibid. p. 281

28 Cueto, Marcos. **Culpa y coraje....** p.11

29 Ibid. p. 27

30 Una situación que contribuyó con esto, de manera un tanto contingente, fue que el llamado paciente 0 en Estados Unidos contagió a un número significativo de personas. Esto se vio agravado por las características propias de su ocupación. Al ser aeromozo fue difuminando la enfermedad a lo largo del país contribuyendo a su expansión.

El impacto mayor que tuvo el SIDA sobre dicha comunidad³¹ hizo que le valiera al inicio nombres como “cáncer gay”, “peste gay” o GRID (gay related immune deficiency)³². Para nombrar debidamente la enfermedad habría que esperar hasta 1981 cuando al virus se le acuña el nombre de VIH (virus de inmunodeficiencia adquirida) y SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) cuando ya la enfermedad se había desarrollado.

Sin embargo, la acuñación de dicho nombre con un carácter más científico no contribuyó a disminuir la discriminación existente contra los llamados “grupos de riesgo”. Cuando dicha enfermedad también empezó a atacar a hemofílicos y drogadictos por vía intravenosa los nuevos prejuicios no se hicieron esperar. Otro grupo que también sería muy afectado sería el de los haitianos³³. Muchos de ellos, debido a las difíciles condiciones en su país, decidían emigrar a Estados Unidos. Sin embargo, la incidencia del SIDA en los haitianos no fue vista como un problema social, sino que fue concebida desde el punto de vista del determinismo racial o étnico. Todo esto condujo a que el VIH/SIDA se relacionara con las “4 Hs” principales: homosexuales, heroinómanos, haitianos, hemofílicos.³⁴

Según Cueto, “el énfasis en los “grupos de riesgo” se convirtió en una forma de obliterar los factores sociales y culturales implicados en la enfermedad y en culpabilizar a las víctimas de la misma.”³⁵ Esta percepción retardó las respuestas institucionales ante dicho mal y retardó el proceso mediante el cual las autoridades se daban cuenta que había un número creciente de mujeres y heterosexuales que también se convertían en víctimas de la enfermedad. El superar este mito fue uno de los primeros avances en la lucha contra esta enfermedad.

Sin embargo, entre los pacientes no todos eran tratados igual: “surgió la idea de que existían “víctimas inocentes” de la enfermedad como las mujeres que eran parejas de hombres bisexuales que estaban infectados, las criaturas que nacían de esas mujeres, y los pacientes de hospitales que habían recibido una transfusión de sangre contaminada.”³⁶ En cambio, los hombres homosexuales o bisexuales y los drogadictos vulnerables fueron culpabilizados por la propagación del VIH/SIDA.

31 Inicialmente la homosexualidad misma era un criterio de diagnóstico. Grmek, Mirko. **Op. Cit.** p. 52.

32 Cueto, Marcos. **Culpa y coraje....** p. 28

33 Debido a la pobreza predominante en Haití, una de las actividades más lucrativas era el turismo sexual, el cual contribuyó con la propagación de la enfermedad. Grmek, Mirko. **Op. Cit.** p. 62.

34 *Ibíd.* p. 63

35 Cueto, Marcos. **Culpa y coraje....** p 30

36 *Ibíd.* p. 30

Pasemos al desarrollo de esta enfermedad en Costa Rica. Es importante señalar que, antes de que esta enfermedad se presentara en el país, desde 1980, se venía gestando una campaña orientada a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, ya que “en los últimos diez años hubo un aumento considerable en la frecuencia de estos males en nuestro país”³⁷. Lo anterior es de gran importancia, por que es en este contexto en el cual incursiona el virus del SIDA, un contexto en el cual se considera que el aumento de las enfermedades venéreas es producto del “amplio uso de anticonceptivos, la promiscuidad y la desinhibición de los ciudadanos con respecto al sexo”³⁸ Estos elementos, sin duda tendrán peso en el desarrollo del VIH/SIDA en este país, lo cual se podrá ver a lo largo de este trabajo.

Además, es importante aclarar, que la entrada del SIDA en Costa Rica tuvo connotaciones distintas, con respecto a otras partes del mundo. La más importante consiste en que el grupo en el cual se concentró en primera instancia esta enfermedad, no se caracterizaba por ser homosexual. Fueron los hemofílicos, los que por medio de transfusiones de sangre traída del extranjero, se contagiaron por primera vez con el virus. Además “el primer caso de Sida en el país fue el de un niño y se descubrió en el departamento de Hematología del hospital México en 1984.”³⁹

Estas características, influyeron de manera importante en la percepción de la población ya que los hemofílicos eran vistos más como “víctimas” que como “culpables” al contraer esta enfermedad. Esto reafirma el planteamiento de Cueto con respecto a las diferentes connotaciones que la sociedad le atribuye a los afectados por una epidemia, connotaciones que encuentran su raíz más allá del hecho de ser o no portador de un virus.

Lo anterior también influyó en la forma en que esta enfermedad se propagó, ya que el hecho de que en un principio la transmisión de la enfermedad no se focalizara en la vía sexual, disminuyó la velocidad con la cual esta avanzó, pues por estas condiciones se remitía a un núcleo bastante reducido de la población. Un ejemplo de esto lo encontramos en las palabras del subdirector del departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, quién para 1985 sostiene que: “hasta la fecha se ha informado de nueve ticos con SIDA, de los cuales seis eran hemofílicos que adquirieron la enfermedad en el país al aplicarse hemoderivados contaminados

37 *La Nación*, 24 de enero de 1980

38 *Ibíd.*

39 *La Nación*, 2 de septiembre de 1985

con el virus. Los restantes, lo contrajeron en el extranjero.”⁴⁰

Se desprende de estas palabras, el hecho de que a un año de reportarse el primer caso en el país, sólo se han encontrado ocho casos más, un aumento bastante reducido si lo comparamos con otros casos como el de Estados Unidos. Sin embargo, una vez que el virus logra romper el círculo de los hemofílicos, el VIH/SIDA comenzará su período de expansión, pasando primeramente a los hombres homosexuales, luego a los jóvenes menores de 25 años y a inicios del siglo XXI, la población femenina es la que manifiesta altas tasas de contagio, cifra que aumenta día con día.

Representaciones y respuestas sociales ante la aparición del SIDA en Costa Rica.

¿Por qué las personas no usan preservativo, a pesar de las evidencias de su carácter preventivo del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual? ¿Por qué las mujeres víctimas de violencia doméstica, esperan –algunas, dolorosamente, hasta su muerte -la conversión del agresor? ¿Cual es la representación social de “amor”, “cuerpo” “violencia” o “sexo” que está acompañando estas prácticas?⁴¹

Las representaciones sociales sólo se entienden en relación con determinado contexto histórico y estas tienen un carácter dinámica. La transformación de dichas representaciones en relación con el VIH/ SIDA nos permitió dividir el periodo general en tres sub-periodos principales. El primero hace referencia a la “década perdida” de la enfermedad, una década en la cual la culpabilización de los enfermos y la discriminación abierta hacia ellos tuvo su clímax. El segundo es un periodo de transición entre ambos, que se caracteriza por una mayor apertura y una menor ansiedad en torno a la enfermedad. El tercero, sobresale por un cambio en los grupos más vulnerables al padecimiento y por una mayor movilización de la sociedad civil en la lucha contra el VIH/SIDA.

40 *La Nación*, 31 de octubre de 1985

41 Araya, Sandra. **Op. Cit.** p. 12

1980-1990: de la “Peste Gay” al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

Una extraña enfermedad, conocida con el nombre de Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), a menudo mortal, esta aterrizando a Estados Unidos y los enfermos como en otros tiempos ocurría con la lepra o con la peste, se convierten en parias...El SIDA provoca en el público el mismo síndrome clásico de la lepra⁴².

Como vimos, ya para 1980 se empezó a discutir en la comunidad médica estadounidense, sobre la aparición de una extraña enfermedad, esta situación fue retomada de inmediato por la prensa nacional. En este sentido, las primeras ideas que se difunden en el país sobre la enfermedad, se caracterizan por un grado profundo de desconocimiento en cuanto a la misma, se le atribuyen pseudónimos tales como “Peste Homosexual” o “Epidemia del Miedo”.

Existe una gran incertidumbre en la manera de accionar de este virus, lo cual se convierte en un gran reto para la epidemiología, además, se convierte en una de las principales razones para que en este período, el SIDA, sea comparado con las grandes pestes de la humanidad, en las cuales la falta de una cura y la muerte inminente se confabulan para intranquilizar a la población. Las siguientes palabras, nos dibujaran una idea mas clara de lo dicho anteriormente, son tomadas de una publicación del periódico La Nación en 1983: “El carácter epidémico de la enfermedad, la facilidad de contagio, el largo período de incubación y la altísima mortalidad, son las principales características de esta plaga de nuestros días, de la que se conocen ya más de mil quinientos casos”.⁴³

Estas fueron las ideas que circularon en distintas partes del mundo en torno a la aparición del Sida, de las cuales Costa Rica no estuvo exenta. Cuando el virus rompe el círculo de los hemofílicos y se inserta en el de los homosexuales, las reacciones de la sociedad no se hacen esperar, el rechazo a este grupo se puede encontrar desde sectores religiosos hasta el personal

42 La Nación, 16 de junio de 1983

43 La Nación, 26 de junio de 1983

hospitalario, pasando por la población en general.

Las personas de condición vulnerable en la adquisición del virus, eran denominadas en este período como “grupos de riesgo”. Englobaban a los ya mencionados homosexuales, así como otra serie de individuos considerados una amenaza. El resumen de estos, lo podemos encontrar en la siguiente publicación sobre una campaña de prevención: “Estará dirigida fundamentalmente a los grupos de riesgo, tales como homosexuales, bisexuales, heterosexuales promiscuos, usuarios de drogas, compañeros sexuales de homosexuales, bisexuales y drogadictos y los hijos de las mujeres de estos. Mediante la campaña se pretende transmitir en forma cotidiana recomendaciones para evitar la diseminación de la enfermedad, así mismo, se procura que el personal hospitalario no rechace a los enfermos”.⁴⁴

En relación con lo anterior, la Iglesia Católica tuvo una línea de acción cimentadora de tales preceptos, pues se orientaba a censurar la vida privada de los portadores de la enfermedad, sus campañas estaban orientadas principalmente a la abstinencia sexual, reprobando el uso de mecanismos anticonceptivos como el condón. Dos elementos claves de la posición de la Iglesia son la segregación de la población afectada y la idea del castigo divino hacia estas por romper con el “equilibrio natural”.

Muchos de estos encasillamientos, se debieron a una falta de desconocimiento sobre las formas por las cuales el virus pasaba de un ser humano a otro. Se pensaba que este se podía transmitir por medio de la saliva o el sudor, lo cual evidentemente generaba un ambiente de estigmatización en torno a los portadores del VIH. Esto se tradujo en prácticas tales como intentos de penalización por contagio, manejo de utensilios de comida diferenciados para los pacientes, así como su aislamiento, renuencia a examinarse por temor al rechazo, marginación en centros educativos, falta de confidencialidad y culpabilidad de los enfermo, entre otros. Por ejemplo un paciente contagiado durante este periodo afirma que “esta enfermedad no es un castigo de Dios, yo mismo me la busqué por no cuidarme. No me da vergüenza, más pena me da la vida que llevaba antes...”⁴⁵ Para 1987 podemos encontrar la máxima expresión de tales acciones, cuando en 1987 a los portadores del VIH se les niega la atención en un centro de atención médica estatal: el hospital Calderón Guardia. Pasaran diez años para que esta medida sea revertida.

A pesar de tal panorama, no todo fue gris durante este período, la muerte del actor Rock Hudson en 1985, fue un avance temprano en torno al discurso sobre el VIH, tal hecho le dio un

44 *La Nación*, 5 de abril de 1987

45 *La Nación, Informe especial de la Revista Dominical*. 20 de octubre de 1991.

rostro humano a esta enfermedad, ya no serían solo los grupos marginales los abanderados de la misma, podía entonces cruzar las fronteras de etnia y clase. Esto ubicó al SIDA como un tema de interés nacional e internacional. Posteriormente, tendremos otro suceso de importancia: la declaración por parte de la OMS del Día Mundial del SIDA en 1988, el cual estaba orientado a educar, informar y dar confianza a la población.

A pesar de esto, los resultados de tales avances, podrán ser percibidos realmente hasta el segundo período que discutiremos a continuación, los mismos tienen un trayecto gradual.

1991-1997: La transición de una enfermedad mortal a una enfermedad crónica tratable

“La histeria anti-sídica de principios de la década pasada ha disminuido, pero no ha desaparecido. El conocimiento de la enfermedad no está lo bastante generalizado. La educación no ha sido suficiente, maniatada como está por cadenas religiosas y moraloides que impiden una lucha más eficaz (...) Por otra parte, los prejuicios arraigados son tan difíciles de extirpar”⁴⁶

Se podría denominar a este breve periodo uno de transición en cuanto a las representaciones sociales sobre dicha enfermedad. Une el pánico generalizado y la culpabilización hacia las víctimas con la mayor calma del tercer periodo en el cual los sentimientos de solidaridad hacia las víctimas del SIDA prevalecen. Este periodo está delimitado por tres logros importantes en Costa Rica. En 1991 la Asociación Demográfica Costarricense publica la primera encuesta realizada sobre el SIDA en toda América Latina. Por otro lado, 1997 marco un triunfo para las personas viviendo con VIH/ SIDA. Primero, se establece que la Caja Costarricense del Seguro Social tiene la obligación de brindar el tratamiento de anti-retrovirales a todos las víctimas de dicha enfermedad independientemente del costo que ello implique. Segundo, luego de 10 años de que el laboratorio del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia no examinara los estudios de estos pacientes fue obligado a recibirlos.

En relación con la primera encuesta del SIDA, esta tomó en cuenta tanto a mujeres y hombres entre 15 y 49 años. Entre sus principales resultados se pueden resaltar una mayor

46 *La Nación*, 23 de diciembre de 1991

apertura y menor rechazo hacia las personas viviendo con VIH/SIDA y un mayor conocimiento en cuanto a las vías de transmisión del virus.

Otra encuesta realizada en 1993 (en este caso no nacional, sino una encuesta telefónica en el área metropolitana) demuestra una mayor apertura ante las personas viviendo con VIH/SIDA. Por ejemplo, en cuanto a la aceptación de la gente a realizar diferentes actividades con personas afectadas por el SIDA, “la mayoría mostró una actitud positiva cuando se trató de situaciones en la que no se da intercambio de fluidos corporales (...) un 83,2 por ciento estuvo de acuerdo con vivir a la par de una casa donde hay personas con sida, un 78,8 por ciento a darle la mano a una de éstas, 74,5 por ciento a darle un abrazo, 57,4 por ciento a cuidarla y un 56,1 por ciento a vivir en la misma casa.”⁴⁷

Se puede afirmar que había un mayor conocimiento. Sin embargo, dicho conocimiento no ha influido directamente para que las personas cambien sus prácticas sexuales. Un ejemplo de ello es la negativa continua a la utilización del condón, hábito que incluso hasta nuestros días, sigue siendo un “pero” entre las sábanas. Además, en los momentos en que se utiliza el condón se piensa más en evitar un embarazo que en prevenir el contagio de las enfermedades. Dicha problemática se debió principalmente a que las primeras campañas de prevención, orientadas directamente a los “grupos de riesgo”, contribuyeron a que el resto de la población se sintiera inmune ante dicha enfermedad.

Sin embargo, hay grupos más vulnerables que otros en torno al acceso a la información. Entre los grupos más vulnerables serán los jóvenes. Algo interesante es que a inicios de dicha década, se presentó una pugna en torno a la educación sexual. La injerencia eclesiástica en los asuntos estatales fue uno de los principales obstáculos en la elaboración de una educación sexual acorde con las necesidades de prevención del SIDA. La Iglesia exigió reelaborar las guías sexuales para incluir o excluir determinados elementos. El principal aspecto de la disputa sería en relación con los anticonceptivos. Para dicha institución, lejos de ser un dispositivo baluarte en la prevención, sería sinónimo de degeneración moral y degeneración de costumbres⁴⁸.

Esto último, fue (y sigue siendo) agravado por la falta de anuencia de los padres al hablar de sexualidad en los hogares. Sin embargo, esta tendencia se va a entremezclar con un mayor índice de jóvenes cuya pérdida de la virginidad no va a esperar hasta el advenimiento del

47 *La Nación*, 4 de septiembre de 1993

48 *La Nación*, 24 de noviembre de 1991, 25 de noviembre de 1991 y 19 de diciembre de 1991.

matrimonio.⁴⁹ Es claro que el discurso en torno a la virginidad es distinto entre ambos géneros. Las mujeres todavía tendrían mayores presiones para llegar vírgenes al matrimonio, mientras que las relaciones sexuales tempranas serán parte de la construcción de la “masculinidad” para el caso de los varones.

Entre los dos géneros, las relaciones no serían en pie de igualdad, sino que más bien la mujer sería la más vulnerable a cualquier tipo de enfermedades de transmisión sexual. Esto se debe principalmente a que para ellas era más difícil exigirle a su pareja la utilización de preservativos, lo cual llegaba a su máxima expresión en los casos de violación sexual. Esta razón y el hecho de que muchos de los hombres que mantenían relaciones sexuales con hombres estaban casados, fueron factores que contribuyeron a que el VIH/SIDA fuera afectando cada vez más al sexo femenino.

En relación con los pacientes, y una característica que será común para todo el periodo estudiado, es sus sentimientos reivindicativos en torno al mal que les aqueja. El SIDA a diferencia de otras enfermedades transformó al paciente de un rol pasivo a uno activo y lo convirtió en uno de los actores principales en las luchas contra dicho mal. Un ejemplo de esto es la demanda presentada por los hemofílicos en 1993. Esta fue una demanda colectiva hacia la empresa estadounidense que había sido responsable del envío de los factores de coagulación infectados por el virus que causaron las infecciones iniciales en Costa Rica.

“Una de las pretensiones es conseguir una indemnización que les permita a estas personas vivir sus últimos días dignamente...”⁵⁰ Rescatar el propósito de la lucha es importante porque destaca el descubrimiento de tratamientos para desalentar el desarrollo de la enfermedad. Este hallazgo, pese a que no representa una cura completa, fue la principal razón que coadyuvó a que los índices de mortalidad fueran bajando y que la enfermedad transitara del estatus de “inminente muerte” al status de enfermedad que aunque crónica, es tratable. Las luchas de los hemofílicos por el dinero para poder acceder a dicho medicamento culminarían en la obligación de la CCSS de suministrar los medicamentos anti-retrovirales a toda la población afectada. La importancia que se suministraran gratis dichos medicamentos se ve exaltada por el hecho de que la enfermedad, de afectar a los sectores más acomodados al inicio fue ensañándose contra los sectores más pobres, quienes habrían tenido menos posibilidades de costearse los tratamientos.

En síntesis, en dicho periodo se aprecian más las sutiles transformaciones y permanencias

49 *La Nación*, 19 de marzo de 1983

50 *La Nación*, 10 de noviembre de 1991

en torno a las representaciones sociales en torno al VIH/SIDA. Los hitos que representaron el poder lograr acceso a los anti-retrovirales y el acceso al tratamiento en el Hospital Calderón Guardia marcaran los inicios del nuevo periodo ante la lucha contra la enfermedad: la mayor solidarización con las víctimas del VIH/SIDA y la incorporación más generalizada de la sociedad civil en torno a la prevención e intentos de erradicación de la pandemia de los siglos XX y XXI.

1998-2008: “Junto al “rostro joven” aparece cada vez más uno “femenino”⁵¹

“Desde hace 10 años, UNIFEM y otros han estado trabajando para colocar la desigualdad de sexo y VIH en las agendas nacionales e internacionales, exigiendo más atención a las formas en que la discriminación de género, pobreza y violencia se cruzan con la enfermedad para aumentar su expansión...”⁵²

Como se puede desprender del título de este capítulo, durante este período se da un cambio de paradigma en relación con la forma en la que es tratada esta enfermedad. Para empezar los anti-retrovirales son parte del escenario costarricense, lo cual influirá de manera sorprendente en las percepciones de la sociedad costarricense sobre las personas portadoras del VIH. Otro cambio importante es el hecho de que los llamados “grupos de riesgo”, serán denominados de ahora en adelante “sectores vulnerables”. En esta definición además de homosexuales, drogadictos y trabajadoras sexuales se incluirán a los jóvenes independientemente de su orientación sexual y a las mujeres de igual manera. Esta definición ha contribuido a democratizar el hecho de que todos los seres humanos son propensos a contraer el virus.

Durante este período es importante señalar que la pobreza y el género se convierten en los principales blancos a los que apunta el virus. Ya las épocas de la “Peste Gay” se van quedando atrás y paulatinamente se ha ido aceptando que el marco de acción del virus es mucho más amplio de lo que se pensaba o de lo que se quería pensar.

51 *La Nación*, 1 de diciembre del 2006

52 *La Nación*, 17 de agosto del 2006

Otro de los cambios que se pueden percibir para este período, es el aumento en el nivel de conocimiento que la población costarricense parece tener con respecto a la enfermedad, lo cual queda reflejado en la encuesta realizada por el Instituto de Estudios Sociales en Población el primero de diciembre del 2005, de la misma se puede desprender lo siguiente: El sondeo manifestó que un 94,6 por ciento de entrevistados sabe que el SIDA es un virus que ataca las defensas del organismo, un 81,6 por ciento conoce que es un mal que no tiene cura y un 89,3 por ciento afirma que existen medicamentos que alargan la vida del enfermo.⁵³

Sin embargo, paradójicamente, este conocimiento no trae necesariamente cambios con respecto al comportamiento de las personas, como lo expresa claramente el coordinador de la investigación del IDESPO, Rodrigo Vargas: “las personas en este país parecen tener un muy buen conocimiento sobre el VIH-SIDA, pero hay una contradicción entre lo que dicen conocer y como pueden llegar a actuar.”⁵⁴ Lo anterior tiene como resultado que a pesar de un aumento en los conocimientos con respecto a la enfermedad, la incidencia del virus no haya disminuido.

Además, el hecho de que el SIDA haya pasado de ser una enfermedad mortal a una enfermedad crónica tratable, gracias a los anti-retrovirales distribuidos en el país desde 1987, ha llevado a una especie de relajación entre la población con respecto a los riesgos de contraer la enfermedad.⁵⁵ Un ejemplo claro en este sentido, es el hecho de que la vía de transmisión sexual, que es la que más se relaciona con el comportamiento de las personas, es la única que no se ha podido controlar a diferencia de las transfusiones sanguíneas y la vía perinatal.

Para este período, a pesar de las transformaciones ya descritas, también encontramos una serie de patrones que se han mantenido desde la intromisión del VIH en el país. En primer lugar, los homosexuales siguen siendo objeto de discriminación, aún cuando se ha comprobado que el virus trasciende esta orientación sexual. En segundo lugar, la discriminación laboral sigue siendo un hecho para las personas portadoras del virus, aún cuando también se ha comprobado que en el contacto diario es muy difícil contraer el virus. Y en tercer lugar, a pesar de que las mujeres han adquirido importancia en la incidencia del virus, lo cual es algo reciente, se debe aclarar que el contagio de estas, en muchos casos se debe a que comparten con parejas bisexuales, lo que indica que la importancia del sector homosexual en la transmisión del virus no ha desaparecido para este período.

53 *La Nación*, 15 de marzo del 2006

54 *La Nación*, 1 de diciembre del 2005

55 *La Nación*, 1 de diciembre del 2005

Conclusiones: Cambios y permanencias

De acuerdo con la periodización presentada en este trabajo, podemos observar tanto cambios como permanencias en torno a las representaciones y las respuestas sociales hacia la enfermedad. A modo de síntesis, presentaremos a continuación, los que pensamos son los elementos principales de los cambios y permanencias ya mencionados.

En relación con los cambios observados entre un período y otro, tenemos en primer lugar que el SIDA pasa de ser una enfermedad mortal, como se le conocía en el primer período, a una enfermedad crónica tratable entre el segundo y el tercer período, comparable incluso con otras como la diabetes. Esto se relaciona con otro de los cambios acontecidos durante el período en estudio, el cual consiste en la universalización de los anti-retrovirales en Costa Rica a partir de 1997 y a esto le podemos sumar una debida atención en los centros hospitalarios. Tales factores tienen como consecuencia una reducción del temor de las personas hacia la enfermedad y por ende una transformación en cuanto al trato de las personas con VIH.

En segundo lugar tenemos el cambio nominal de “grupos de riesgo” a “grupos vulnerables”, sucedido durante el tercer período, esta transformación conceptual puede parecer sencilla a primera vista, pero engloba connotaciones de gran importancia. La principal de estas consiste en democratizar la enfermedad incluyendo a las mujeres y a los jóvenes como grupos vulnerables, esto independientemente de su orientación sexual, lo cual contradice la idea de que solamente homosexuales, trabajadoras sexuales o drogadictos son propensos a contraer el virus.

En tercer y último lugar, producto del aumento en el grado de conocimiento sobre la enfermedad que presenta la sociedad costarricense, se puede afirmar el paso de un estado de ansiedad a uno de miedo, donde a pesar de que todavía se tema a una serie de elementos que caracterizan la enfermedad, este temor puede ser controlado por lo que la búsqueda de culpables desciende y asciende un sentimiento de solidaridad hacia las víctimas. La diferencia con este último cambio, en comparación con los dos anteriores, consiste en que este no se puede notar de un período a otro sino que se presenta de manera paulatina en el transcurso de los tres.

De acuerdo con las permanencias a lo largo de los tres períodos en estudio, en primer lugar tenemos, que si bien la sociedad costarricense parece tener niveles altos en cuanto al conocimiento sobre el VIH/SIDA, su comportamiento parece no estar acorde con esto, ya que

durante los tres períodos, la vía de transmisión sexual es la que se ha mantenido con tasas más altas y la que ha persiste como principal en la actualidad. Esta característica, que denominamos conocimiento vs. práctica, también se relaciona con los patrones de discriminación que han persistido desde la aparición de este virus en Costa Rica, hasta nuestros días. Ejemplos de lo anterior son: el no querer compartir utensilios de comida con los portadores de VIH, sostener que solo los homosexuales son proclives al contagio, pretender que los enfermos deben informar de su estado a sus compañeros de trabajo, etc. Todo esto a pesar de que sí se conoce y se comprende que el contacto cotidiano no es una forma de transmisión.

En segundo lugar, a pesar de que es notoria la mejoría en la calidad de vida de los portadores de VIH, producto de los grandes avances en torno a los anti-retrovirales, en Costa Rica y en general en el mundo, las tasas de incidencia del virus no se han podido disminuir desde su aparición, y por el contrario se elevan día con día.

Por último, la vulnerabilidad de las mujeres en cuanto a la adquisición del virus se ha mantenido, aunque para el tercer período esta incidencia se hace más notoria. Esta situación ha persistido desde el primer período producto de que la protección ante el virus tiende a recaer en las manos del hombre porque en muchas ocasiones las relaciones sexuales no se dan con el consentimiento femenino, producto de la permanencia del machismo. La infidelidad entre las parejas también lleva a una condición de riesgo a la mujer tomando en cuenta que muchas están casadas con hombres que a su vez tienen relaciones sexuales con hombres.

Lo anterior, describe a grandes rasgos el trabajo que hemos realizado. Creemos que este trabajo sienta un precedente en cuanto al estudio del SIDA en Costa Rica, lo cual permite en un futuro abordar el tema desde otras perspectivas, tales como las respuestas institucionales, el enfoque de género y la profundización en las percepciones en los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

Araya, Sandra. **Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión.** Cuadernos de Ciencias Sociales 127. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO): San José, Costa Rica. 2002.

Armus, Diego. “Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina

moderna” En: **Higienizar, medicar, gobernar. Historia, medicina y sociedad en Colombia.** Universidad Nacional de Colombia: Medellín, Colombia. 2004.

Aróstegui, Julio. **La historia vivida. Sobre la historia del presente.** Alianza Editorial: Madrid, España. 2004.

Betrán, José Luís. **Historia de las epidemias en España y sus colonias (1348-1919).** La esfera de los libros S. L.: Madrid, España. 2006.

Botey, Ana María. “La campaña nacional 1856-1857 y la salud pública”. En: **La campaña nacional (1856-1857): historiografía, literatura y memoria.** Editorial de la Universidad de Costa Rica: San José, Costa Rica. 2007.

Bourke, Joanna. **Fear: A cultural history.** Shoemaker Hoard: California, United States. 2005.

Cartwright, Frederick y Biddiss, Michael. **Grandes pestes de la historia.** Editorial El Ateneo: Buenos Aires, Argentina. 2005.

Cueto, Marcos. **Culpa y coraje: Historia de las políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú.** Consorcio de Investigación Económica y Social. Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia: Lima, Perú. 2001

Cueto, Marcos. **El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX.** Instituto de Estudios Peruanos: Lima, Perú. 2000

Duby, George. **Año 1000, Año 2000. La huella de nuestros miedos.** Editorial Andrés Bello: Santiago, Chile. 1995.

Grmek, Mirko. **Historia del SIDA.** Siglo Veintiuno editores: Madrid, España. 1992.

Nelkin Dorothy; Parris, Scott and Willis, David. Eds. **A disease of society. Cultural and**



Institutional Responses to AIDS. Cambridge University Press: New York, United States. 1991.

Rodríguez, Esteban. “Catástrofes y Mentalidades colectivas. Las creencias religiosas ante las catástrofes en el occidente del Valle Central (1799-1853)”. Trabajo final de graduación. Universidad de Costa Rica: San José, Costa Rica. 2005.

Watts, Sheldon. **Epidemics and history. Disease, power and imperialism.** Yale University Press: London, England. 1997.

Prensa

La Nación, 1980-2008