

El VIH-SIDA, una enfermedad tropical que se convierte en una pandemia mundial*

Gilles Bibeau

Université de Montréal, Canadá
e-mail: gilles.bibeau2@sympatico.ca

Recibido el 16 de julio de 2020; aceptado el 30 de agosto de 2020

Resumen: Basado en un examen de los archivos (1914-1975) del dispensario y hospital de Albumombazi, y en estudios relacionados con los antiguos bancos de sueros, este texto rastrea la presencia, desde la década de 1920, del virus VIH-SIDA en las zonas rurales de Zaire, su lenta migración a las grandes ciudades del país y su llegada a Kinshasa a principios de la década de 1970. El autor muestra que las malas condiciones económicas y la cultura de la sexualidad existente en la ciudad provocan, en los años 1980, una explosión en el número de personas infectadas y la migración del virus a través de contactos internacionales hacia las Indias Occidentales, América del Norte y Europa a principios de la década de 1980. Prevalcieron dos modos de transmisión del virus: el de la heterosexualidad en África y el de la homosexualidad en América y Europa. El autor denuncia los estudios caricaturizados realizados por investigadores occidentales sobre la promiscuidad del modelo africano de sexualidad, al que se le atribuiría la responsabilidad del origen de la epidemia del sida. También señala el hecho de que el virus del VIH ha pasado de los grandes simios a los humanos, posiblemente a través de cazadores infectados por las mordeduras de chimpancés o por la matanza.

Palabras clave: *VIH-sida, Zaire, homo y heterosexualidad, antigüedad del VIH, chimpancés.*

* Título original “Le VIH-SIDA, une maladie tropicale devenue une pandémie mondiale”. Traducción de Cristina Oehmichen-Bazán.

HIV-AIDS, A TROPICAL DISEASE THAT BECOMES A GLOBAL PANDEMIC

Abstract: Based on a study of the archives (1914-1975) of the Abumombazi hospital and dispensary, and on studies related to the old serum banks, this text traces the presence, since the 1920s, of the HIV-AIDS virus in the areas of rural Zaire, its slow migration to the country's big cities and its arrival in Kinshasa in the early 1970s. The author shows that in 1980's the poor economic conditions and the culture of sexuality existing in the city caused an explosion in the number of infected people and the migration of the virus through international contacts to the West Indies, North America and Europe in the early 1980s. Two modes of transmission of the virus prevailed: that of heterosexuality in Africa and that of homosexuality in America and Europe. The author denounces the inadequate studies carried out by Western researchers on the promiscuity of the African model of sexuality, which would be blamed for the origin of the AIDS epidemic. It also points to the fact that the HIV virus has passed from great apes to humans, possibly through hunters infected by chimpanzee bites or by their slaughter.

Key words: *HIV-AIDS, Zaire, homo and heterosexuality, antiquity of HIV, Chimpanzees.*

Introducción

Poco después de mudarme a Abumombazi, en octubre de 1972, una pequeña ciudad de unos 4 000 habitantes en el noreste de la región ecuatorial de Zaire, me puse en contacto con la doctora Margrethe Rask, que acababa de llegar para asumir su cargo de médico director del Hospital Popular.¹ Una visita realizada unos días antes a las hermanas franciscanas de la misión, me había permitido conocer de su trabajo desde 1924, como enfermeras y parteras en el dispensario, y que los archivos —registros de los enfermos y los informes anuales de salud del dispensario se guardaban en su convento. Durante esta visita le hablé a la

¹ El antiguo dispensario creado por el padre Benjamin Lekens en 1915 y reconstruido por las monjas franciscanas en 1924 se había vuelto totalmente obsoleto y no funcionaba a principios de la década de 1970. Originario de la región de Abumombazi, el general Bobozo Kunda se propuso desarrollar su región de origen mediante la construcción de un nuevo hospital con quirófano, unidad de maternidad, laboratorio de nivel medio, servicio de rayos X, autoclave para esterilizar equipos inyección y espacios hospitalarios con camas y ropa de cama. Además del hospital, hizo construir un aeropuerto con una larga pista de aterrizaje, casas de tránsito, incluida una para el médico-director del hospital, una panadería y una casa de huéspedes que se transformó en un bar para los visitantes. También se instaló un sistema de alumbrado público en la avenida Yako, lo que llevó a los aldeanos de los alrededores a referirse a Abumombazi como Abuzi-Paris.

hermana Antony —responsable del antiguo dispensario desde 1962 a 1972— de mi proyecto para realizar una investigación, como parte de un doctorado en antropología médica, sobre los problemas de salud de los angbandi que viven en la región.² Luego, la hermana Antony sugirió que me reuniera con el nuevo médico-director del hospital; esta reunión fue crucial como punto de partida para una relación continua con la doctora Rask y el personal de enfermería.

Cuando fui al hospital unos días después para encontrarme con Margrethe Rask, comúnmente conocida en el área como Grethe, me sorprendió encontrar una larga fila de personas enfermas esperando afuera de la clínica ambulatoria para consultas, inyecciones y exámenes varios. Aún no eran las ocho de la mañana y una docena de enfermeras, parteras y ordenanzas zairenses —la mayoría de ellas capacitadas localmente por las hermanas—, ya estaban trabajando.³ Vestida con su atuendo de cirujano, la doctora Rask estaba conversando, en la misma entrada del quirófano, con el asistente médico anesthesiólogo. Como no me atrevía a interrumpir su conversación, la hermana Antony, que estaba en medio de un grupo de mujeres que habían venido para un seguimiento de embarazo, se acercó para presentarme y aclarar que estaba investigando la historia de las enfermedades en la región de Abumombazi. Entonces me sentí autorizado a informarle de mi deseo de consultar los archivos de salud depositados en el convento de las monjas.

Ya lista para entrar al quirófano, apenas tuvo tiempo de responderme con un sí y hacerme saber que ella también estaba interesada en la historia de los problemas de salud de Angbandi, así como en las representaciones de los aldeanos sobre sus enfermedades y su conocimiento biológico del cuerpo. Añadió que quería conocer más sobre las prácticas tradicionales de los curanderos y sus sistemas

² No debemos olvidar que la medicina tropical, como la religión, fue un poderoso instrumento que la potencia colonial usó y abusó. Diez años después de la fundación de la misión Saint-Fidèle d'Abumombazi (1914) por los padres capuchinos de Bélgica, las hermanas franciscanas de Herentals se instalaron (1924) en la misión. Nada más llegar, se hicieron cargo del dispensario que reconstruyeron frente a su convento y que cuidaron hasta 1972. Como en el caso de las hermanas del Hospital Yambuku, las monjas de Abumombazi se formaron como enfermeras o parteras. También habían adquirido conocimientos sobre enfermedades tropicales siguiendo cursos en el Instituto de Medicina Tropical de Bruselas entre 1906 y 1933, y en los años siguientes en Amberes, donde se había trasladado el Instituto. La medicina tropical se había convertido en un poderoso instrumento al servicio del proyecto colonial.

³ Durante mi primera estancia (1972-1974) en Abumombazi, el personal de enfermería de Zaire en el hospital se mantuvo bastante estable. Colaboré con el doctor Sambu Nzita, quien sucedió a la doctora Rask como médico-director durante breves estancias en Abumombazi entre 1975 y 1977. Las dos monjas que había conocido todavía trabajaban en el hospital como enfermeras durante mi estadía y partida en 1977. A mi regreso, en 1983, me di cuenta de que las hermanas belgas habían sido reemplazadas por monjas zairenses que también tenían formación en ciencias de la enfermería.

para explicar el origen de sus problemas de salud. Casi diez años antes, Marghete Rask había trabajado como médica joven en Kinshasa, en 1964, tiempo suficiente para descubrir que los pacientes africanos combinan la medicina moderna con la de curanderos tradicionales en su búsqueda de la curación. Después de su primera estancia en África, regresó a Dinamarca donde se especializó en cirugía de estómago y medicina tropical. Ocho años después, ya era cirujana cuando llegó a Abumombazi. Esta breve conversación me permitió entender que estaba interesada en la historia y la cultura del pueblo Ngbandi, tanto más renombrado en ese momento como el presidente Mobutu Sese Seko y el general Bobozo Kunda —comandante en jefe del Ejército Nacional— ambos procedían de este pequeño grupo étnico de unas 150 000 personas.⁴

A veces en el hospital, otras en la galería del convento de las monjas o durante las comidas en su casa, tuve la oportunidad de discutir los resultados de mi investigación en los archivos de salud. Mientras buscaba en los archivos de la misión, al mismo tiempo, a menudo me refería en nuestras conversaciones a las situaciones descritas por los primeros misioneros cuando llegaron a Kutu, ese era el nombre común de Albumombazi. Desde su llegada en 1914, el padre Benjamín Lekens (1885-1963) comenzó a recopilar refranes y cuentos, a anotar la música de las canciones, a aprender a tocar los instrumentos musicales de los angbandi y a compilar un primer glosario que se convirtió, a lo largo de los años, en un gran diccionario y luego en una gramática de esta lengua nunca antes descrita.⁵ Era una época en la que todavía viajábamos en canoa por los ríos —Ébola, Mongala, Ubangi— y a pie por estrechos senderos por el bosque. Este misionero visitó todos los pueblos de los clanes angbandi que conocemos gracias a él, los lugares precisos antes de que las autoridades coloniales los trasladaran a lo largo de la carretera Bumba-Yandongi-Yakoma, construida a mediados de la década de los treinta. Sin embargo, este mismo padre Lekens,

⁴ Administrativamente, la Colectividad Local de Albumombazi comprendía 16 grupos para un conjunto de 82 aldeas. Hacia el sur, los grupos étnicos limítrofes con Angbandi eran los Budja, precisamente los asentados alrededor de Yambuku, los Ngombe cerca de Lisala y los Pakabeti, tres pueblos que hablaban lenguas bantú.

⁵ El padre Lekens fue el primero en Bélgica en utilizar ortografía científica y diacríticos para los tonos en la descripción de una lengua africana. Ngbandi es un idioma sudanés monosilábico de cuatro tonos que ahora se clasifica en el grupo de idiomas de Adamawa del este. El padre Lekens produjo una obra lingüística excepcional —uno puede pensar en su *Idioticon Ngbandi*, su *Diccionario Ngbandi-Francés* y su *gramática*— que da testimonio de la riqueza de una de las lenguas sudanesas que se encuentran entre las más conocidas en lingüística africana comparada. Gracias a su profundo conocimiento del idioma y la literatura oral, el padre Lekens se ha convertido en un narrador de renombre entre los angbandi que lo consideran, casi un siglo después de vivir en Abumombazi, como el primer y más grande escritor del idioma ngbandi.

considerado el gran etnógrafo de los angbandi, fue también el creador, en 1915, de un pequeño dispensario —las monjas se hicieron cargo de él diez años después— al mismo tiempo que montó una colonia de catecúmenos y una escuela de catequistas, que puso en marcha una pequeña granja de cría y que creó una plantación en 1922, y los padres pudieron fumar el primer tabaco recolectado en la misión.

Formado en la Escuela de Medicina Tropical de Bruselas (1911-1912), el padre Lekens comenzó a luchar en 1915, contra la enfermedad del sueño.⁶ La participación de este misionero en la campaña colonial contra esta enfermedad, un esfuerzo ahora controvertido, fascinó a la doctora Rask y a la señora Antony, quienes querían aprender más sobre ella. Como en otras zonas, el padre Lekens había marcado, a buena distancia del dispensario, una zona de cuarentena: una especie de lazareto, donde se reunían los pacientes con enfermedad del sueño. Inspirado por las normas sanitarias impuestas por la autoridad colonial, instaló líneas sanitarias que impedían que los aldeanos se movieran entre pueblos. Según las notas que dejó, el aumento de los movimientos de portadores entre regiones, el establecimiento de campamentos con gran número de trabajadores y las agrupaciones cada vez más frecuentes de niños y adultos en las misiones, estaban ayudando a difundir la tripanosomiasis. Fue la colonización la que generó, al transformar el estilo de vida de los aldeanos, las nuevas formas de vida que propiciaron el estallido de diversas epidemias.⁷

Hacia fines de 1974, dos años después de mudarse a Abumombazi, Margrethe Rask comenzó a mostrar síntomas particularmente preocupantes (pérdida de peso, fatiga constante, inflamación de los ganglios linfáticos, diarrea) sin que se pudiera identificar precisamente la enfermedad que padecía. Dejó Abumombazi en 1975 para ir a Kinshasa, donde esperaba poder ser tratada por médicos especialistas.

⁶ A principios del siglo xx, Sir David Bruce había descubierto y confirmado el agente parasitario que causaba la enfermedad del sueño, que nombró como tripanosomiasis. En 1910, identificó con precisión el insecto vector, la mosca tsetse (*Glossina palpalis*). La primera gran epidemia de tripanosomiasis que afectó, entre 1896 y 1906, a las regiones forestales alrededor del río Congo, incluida la zona de Abumombazi y Uganda, la cual mató a alrededor de un millón de personas solo en el Estado Libre del Congo. El padre Lekens señala en sus notas que los ancianos le decían que las aldeas estaban mucho más pobladas.

⁷ La segunda epidemia que se desató desde 1920 en la cuenca del río Congo fue detenida por los equipos móviles que examinaron sistemáticamente a millones de personas y aislaron a todas las personas infectadas. La enfermedad del sueño todavía estaba presente, aunque de forma rara, cuando llegué a Zaire en 1967. Tras la relajación de los controles de detección y vigilancia a partir de 1965, vimos la reaparición en 1970 de varios brotes de la enfermedad, lo que provocó una tercera gran epidemia. Desde este período, la enfermedad continúa existiendo de forma endémica en varias regiones.

Durante sus dos años en la capital, trabajó como jefa del departamento de cirugía en el Hospital de la Cruz Roja Danesa. Al regresar de un período de descanso en Sudáfrica, en julio de 1977, comenzó a presentar síntomas cada vez más severos —tuvo que ser colocada en una “tienda de oxígeno”— cuya causa aún se desconoce. Regresó a Dinamarca después de que las pruebas revelaron que su recuento de linfocitos era prácticamente cero, su sistema inmunológico se había colapsado y su mala condición pulmonar la obligaba a depender de un suministro externo constante de oxígeno.

Los médicos daneses lograron aliviar temporalmente sus síntomas con una serie de tratamientos farmacológicos, pero no pudieron explicar los motivos de la progresión de su enfermedad. En noviembre de 1977, Marghete Rask se mudó a la casa que tenía en su ciudad natal de Thisted, en un fiordo de Jutland du Nord, donde una enfermera, su compañera de siempre, la cuidó y le brindó lo que necesitaba. Otras pruebas realizadas en diciembre en el Rigshospitalet de Copenhague revelaron que estaba totalmente inmunosuprimida. Permaneció hospitalizada hasta su fallecimiento el 12 de diciembre de 1977 por neumonía. Tenía 47 años. Ahora sabemos que el cirujano del Hospital Popular de Abumombazi murió también a causa de esta enfermedad, que se conoció desde 1982 como sida. Hasta el día de hoy, no se sabe con certeza dónde y cuándo pudo haberse infectado con el VIH.

Su contaminación podría remontarse a 1964 durante su primera estancia en Zaire; entonces era una mujer joven que no ocultaba su lesbianismo. Sin embargo, me parece más probable que estuviera infectada con la sangre de un paciente que operó en Abumombazi. En una carta que publicó en *The Lancet* en 1983, el doctor Ib Bygbjerg, un especialista en enfermedades contagiosas que fue su colega en Kinshasa, escribe que la doctora Rask “debe haber estado muy expuesta a sangre y fluidos corporales de sus pacientes africanos mientras ejercía como cirujana en condiciones rústicas” (1983). Pocos años después de su muerte, dos pruebas realizadas en Estados Unidos con muestras de su sangre resultaron seropositivas, estableciéndose con certeza que fue uno de los primeros casos de pacientes no africanos infectados por el VIH que sucumbieron a las consecuencias del sida.⁸

⁸ El primer paciente europeo infectado por el VIH-2 es, según investigadores que han trabajado en los orígenes de la epidemia del VIH-SIDA, un marinero escandinavo que había visitado, en la década de 1960, varios puertos de África desde el oeste. En el caso de los africanos con VIH-I, el espécimen más antiguo es de un hombre de Kinshasa cuya identidad se desconoce. La recolección de muestras de sangre en la que se encontró este espécimen seropositivo data de 1959. La primera víctima conocida del sida es una mujer originaria de Lisala y residente en Kinshasa que falleció en 1962 en las Clínicas Universitarias de UNAZA como consecuencia de Sarcoma de Kaposi.

No fue hasta finales de 1984, siete años después de la muerte de la cirujana danesa, que se desarrolló una prueba de diagnóstico de anticuerpos contra el VIH. En cuanto a la triple terapia y a los tratamientos antirretrovirales que han permitido a muchos pacientes sobrevivir al sida, no estuvieron disponibles hasta 1994-1995, casi veinte años después de la desaparición de Margrethe Rask.

Se sabe que Margrethe Rask (1930-1977) no se inyectaba drogas y que no había viajado a California ni a Nueva York. Además, sería sorprendente que en su larga relación con su pareja —esta última nunca presentó síntomas de sida— que estuvo a su lado hasta su muerte, pudiera haberle transmitido el VIH. Por otro lado, la doctora Rask había estado en contacto, como cirujana, con la sangre de muchos pacientes, especialmente durante los tres años que pasó en el Hospital del Pueblo, donde había realizado cientos de operaciones, la mayoría de las veces sin guantes y sin las protecciones habituales. Se puede suponer que el VIH ya estaba presente, aunque invisible, en la región de Albumombazi a principios de la década de 1970, y que lo más probable es que Margrethe Rask se infectara en el curso de su trabajo profesional. Si es así, parece importante intentar averiguarlo desde cuando el VIH empezó a circular en el país de Angbandi. Esta es una pregunta que aún no puede ser respondida con certeza, ya que no tenemos diagnósticos claros que atestigüen la presencia de sida, ni estadísticas sobre el número de personas infectadas y, menos aún, información sobre cómo el virus había llegado a la región.

Una de las vías que exploré al intentar reconstruir la genealogía de la transmisión del VIH-SIDA fue vincular dos conjuntos de datos. Por un lado, examiné la información serológica contenida en los bancos de sueros recolectados durante el período colonial y después de 1960, para ver si había presencia de VIH y desde qué momento, y posiblemente especificar el número de personas con el virus. Los estudios realizados en muestras de sangre antiguas muestran, sin lugar a dudas, que el VIH-SIDA existía desde hacía varias décadas, mucho antes de la independencia (1960) del país, en la región del Ecuador —entre los ríos Zaire y Ubangi— y probablemente también en otras áreas. De manera complementaria, estudié, esta vez desde una perspectiva antropológica, el impacto que las transformaciones sociales, culturales y económicas introducidas por la colonización —en particular a través de los desplazamientos posibilitados por carreteras, ferrocarriles y navegación fluvial— que pudiera haber tenido sobre la propagación del virus en las zonas rurales y, más tarde, con la migración de las zonas rurales a las ciudades, sobre la aparición de la epidemia urbana de VIH-SIDA.

¿Cuánto tiempo ha estado presente el VIH-1 en las zonas rurales de Zaire?

A pesar de la naturaleza aproximada de los diagnósticos y los datos esqueléticos sobre las causas de muerte, la información contenida en los archivos de pacientes del dispensario Abombazi permite, no obstante, trazar un retrato global de la situación de salud existente entre 1924 y 1972 en esta región.⁹ El examen de estos archivos ha demostrado que las enfermedades infecciosas y parasitarias han sido las principales culpables, durante este medio siglo, de las altísimas tasas de mortalidad existentes en las poblaciones que viven en los pueblos de los alrededores de Albumombazi. Efectivamente, los registros indican que las consultas realizadas en el dispensario de la misión se referían, con porcentajes variables según los años, a pacientes que padecían malaria, filariasis (elefantiasis y oncocercosis), parasitosis (esquistosomiasis, helmintiasis y otras lombrices intestinales), diarrea e infecciones intestinales (amibiasis), tripanosomiasis, enfermedades de transmisión sexual (gonorrea y más raramente sífilis), tuberculosis, sarampión y varicela. No fue hasta la década de los setenta que comenzamos a encontrar más pacientes con enfermedades cardiovasculares, cáncer, casos de diabetes y problemas de obesidad.

A lo largo del período que se examina, los registros de los pacientes mostraron que el personal de enfermería hizo un uso intensivo de inyecciones intravenosas en el tratamiento de varias enfermedades: paludismo, esquistosomiasis, tuberculosis y anemia. A principios de 1970, los tratamientos orales para la esquistosomiasis y otras enfermedades reemplazaron a las inyecciones. Las notas no mencionan la mayor protección que brindaba la medicación oral a los pacientes.¹⁰ En el caso del bocio, que sin embargo era endémico en todas las aldeas de Ngbandi, se registraron muy pocas consultas en los archivos de los

⁹ En la época colonial y durante las dos décadas posteriores a la Independencia (1960), las “instalaciones médicas sin médico” tenían que informar sobre siete categorías principales de problemas de salud: 1) Enfermedades infecciosas claramente definidas (lepra, tétanos, viruela, varicela, sarampión, tripanosomiasis, sífilis, frambesía); 2) Enfermedades del sistema digestivo y nutrición; 3) Enfermedades del sistema nervioso y los órganos de los sentidos; 4) Enfermedades respiratorias; 5) Enfermedades de los órganos genitourinarios; 6) Enfermedad de la piel y órganos del movimiento; 7) Traumatismos y envenenamientos. Una octava categoría más grande llamada “Síntomas y estados patológicos mal definidos” permitió incluir condiciones excepcionales; aquí es donde pensé que podría encontrar referencias a los síntomas del sida.

¹⁰ Al leer las notas escritas por el personal de enfermería, se tiene la impresión de que los auxiliares médicos y enfermeras nunca se dieron cuenta de que las inyecciones podían ser la causa de desastres reales como fue el caso en numerosas epidemias, en particular las de ébola y VIH-SIDA. La cuestión de la esterilización de agujas y jeringas nunca se menciona en los registros.

pacientes, sin duda porque los aldeanos sintieron que la medicina occidental era incapaz de curarlos de esta enfermedad. En cuanto a los leprosos, fueron aislados en una aldea que permaneció un poco alejada de Albumombazi hasta finales de la década de los sesenta. En cuanto a las mujeres, los registros muestran que la gran mayoría de ellas continuaba dando a luz, hasta mediados de los años setenta, con parteras tradicionales en lugar de acudir al hospital de maternidad. Las mujeres embarazadas solo iban al hospital si surgían complicaciones durante el embarazo: en casos de anemia grave, a menudo recibían inyecciones [como se hizo en Yambuku].

Desde principios de 1930, equipos móviles formados por cuidadores y enfermeras congoleñas comenzaron a detectar enfermedades tropicales (tripanosomiasis, malaria, elefantiasis, oncocercosis, lepra, viruela, fiebre amarilla), que eran las principales causas de muerte en poblaciones que vivían en el bosque ecuatorial. La lucha contra estas enfermedades estuvo en el origen de las primeras acciones de prevención y educación para la salud: es precisamente en este contexto que comenzamos a enseñar a los pobladores, con dibujos de apoyo, que los vectores que transmiten la mayoría de las enfermedades que padecen son mosquitos, moscas y otros insectos. Los aldeanos aprendieron que no se contrae la malaria al respirar el mal aire de las regiones pantanosas, sino al ser picado por los mosquitos *Anopheles* que viven en aguas estancadas y que la terrible enfermedad del sueño se transmite por la mosca tsetse chupadora de sangre que se encuentra en las proximidades de los ríos, en la hierba alta y la maleza del bosque.¹¹ A los pobladores también se les explicó que los gusanos del corazón responsables de la elefantiasis son transmitidos a los humanos por los mosquitos —*Culex*, *Aedes*— y que son las picaduras de una mosca —la mosca negra— las que causan ceguera al pasar gusanos del corazón de una persona infectada a una persona sana. En el caso de la fiebre amarilla, se enfatizó que también es transmitida por mosquitos que suelen picar durante el día, especialmente al amanecer y al atardecer.

Por tanto, para erradicar las enfermedades tropicales más mortíferas, era necesario que los habitantes del pueblo se protegieran contra los insectos que pican, cuyas picaduras, lamentablemente, eran difíciles de evitar viviendo en el

¹¹ Estudiando los mosquitos anofeles, el médico británico Ronald Ross descubrió, en su tracto digestivo, *Plasmodium falciparum* en diferentes etapas de su desarrollo y también determinó el ciclo biológico del parásito de la malaria en el mosquito. Por lo tanto, proporcionó pruebas de que son los mosquitos hembras (los machos no pican) los que transmiten la malaria. En 1902, el doctor Ross recibió el Premio Nobel de Medicina por su trabajo sobre la malaria.

corazón de la selva ecuatorial. La enérgica lucha que se libró contra los insectos vectores de estas enfermedades también se llevó a cabo obligando a los pobladores a limpiar, rellenar marismas y aguas estancadas. Los insecticidas y otros productos a menudo tóxicos, como el DDT, también se utilizaron ampliamente. Los equipos móviles de detección se dieron a conocer los resultados tomando muestras de sangre de los aldeanos y realizando análisis de sangre bajo el microscopio,¹² la mayoría de las veces *in situ*. Una vez que se obtuvo un resultado positivo, se registró el nombre de la persona infectada (se pueden encontrar listas de nombres en los registros) que luego fue excluida de la comunidad y finalmente transferida, como en los casos de tripanosomiasis, a una aldea adormecida. Por el contrario, se expidieron pasaportes sanos a personas que dieron negativo para viajar de una región a otra. Las campañas de vacunación anti-variólica (para prevenir la viruela) lanzadas masivamente en la década de los cincuenta estuvieron acompañadas, al igual que unas décadas antes para la enfermedad del sueño, a través de estrategias de vigilancia, contención y documentación de los afectados.

¿Los primeros rastros del sida?

¿Hay algún síntoma en los archivos de los pacientes (pérdida de peso, agrandamiento de los ganglios linfáticos, neumonía atípica, sarcoma de Kaposi, colapso del sistema inmunológico) que sugiera que algunos pacientes que consultaron en la clínica de Albumombazi entre 1924 y 1972 tuvo VIH-SIDA? Si bien las notas ingresadas en los archivos de los pacientes no son en general lo suficientemente precisas para hacer un diagnóstico claro de sida, es posible pensar que algunos de ellos, a menudo adultos jóvenes, efectivamente presentaron, desde las décadas de 1920 y 1930, un perfil sintomático cercano al que luego se describió como típico del VIH-SIDA.¹³

Parece haber existido una circulación silenciosa del VIH en las aldeas alrededor de Albumombazi al menos cincuenta años antes de que estallara la epidemia en Kinshasa a mediados de la década de 1980. Sin duda existían, aparte

¹² Hay que considerar que la aguja que penetra la piel, la jeringa que almacena la sangre y el microscopio llegaron a ser considerados, a los ojos de los aldeanos africanos, como símbolos de la medicina occidental.

¹³ Al no ser médico y tener sólo una modesta formación en enfermedades tropicales adquirida en 1964 en el Instituto de Medicina Tropical de Amberes, tuve que recurrir a colegas más competentes para la interpretación del contenido de los archivos que probablemente sugirieran la presencia de VIH-SIDA. Gracias a la ayuda de la Hermana Antony, de los auxiliares médicos y del doctor Sambu Nzita —médico director del Hospital del Pueblo en 1976 y 1977—, espero haber llegado a una interpretación bastante fiable de las notas escritas en las tarjetas de las enfermedades.

de Abumombazi, otros hogares donde había personas con VIH. La propagación del virus en dirección a la capital de Kinshasa, por lo tanto, pudo haber procedido de varios focos de infección. También pudo seguir varias rutas, aunque la del río Zaire parecía ser la más probable. Además, esta migración del VIH ocurrió en diferentes momentos, ciertamente en la década de 1960, pero probablemente también mucho antes, como han sugerido estudios recientes.

Los archivos de los pacientes sugieren que el VIH circulaba silenciosamente en las aldeas forestales al norte del río Zaire varias décadas antes de que ocurriera la explosión de casos en Kinshasa. Hay colecciones antiguas que contienen muestras de sangre y sueros que ahora pueden informarnos no solo sobre la antigüedad de la presencia del VIH en las zonas rurales de Zaire, por ejemplo en la región de Equateur, en la ciudad de Abumombazi. Aunque las colecciones de hemoderivados se establecieron sin tener en cuenta la cuestión del VIH-SIDA, los análisis recientes han permitido fechar con relativa buena precisión la presencia del VIH e identificar las zonas donde apareció antes de que comenzara a migrar a las ciudades. Hace más de veinte años, el antropólogo belga Daniel Vangroenweghe escribió: “Podemos decir que entre 1976 y 1986, el grado de infección por VIH no aumentó en esta población rural y remota mientras que en Kinshasa, entre 1970 y 1980, las mujeres embarazadas eran 10 veces más seropositivas y la seropositividad entre las prostitutas ya se había elevado al 27%” (2000: 85).¹⁴ Especifica en su libro *AIDS and Sexuality in Africa*, que basó su afirmación en los resultados de los análisis realizados por virólogos en muestras de sangre antiguas de personas que vivían en la región del Ecuador.

Sin embargo, esta “población rural” a la que se refiere Vangroenweghe es precisamente la que nos interesa, a saber, los Budja, Ngombe y Angbandi que viven en el territorio que se extiende entre el río Congo y el río Ubangi. Para explicar el hecho de que la tasa de infección por el VIH se mantuvo estable entre 1970 y 1980 en las mujeres que vivían en zonas rurales al norte del río Zaire,

¹⁴ Daniel Vangroenweghe es un etnólogo afiliado a la Universidad de Gante que se dio a conocer por primera vez a través de su libro *Blood on the Vines. Leopold II et son Congo* (1986) en el que describe el régimen de terror que reinó durante los días del Estado Libre del Congo (1885-1908). Muestra que el trabajo forzoso, los latigazos, las campañas militares, el alistamiento en la recolección de marfil y caucho y el manejo del movimiento de trabajadores han acentuado el impacto destructivo de las enfermedades —tripanosomiasis, viruela— que, entre 1880 y 1920 acabó con al menos la mitad de la población del Congo. Después de este primer estudio realizado en la región de Ecuador hacia 1975, Vangroenweghe regresó a Ubangi y Kinshasa para estudiar esta vez las prácticas sexuales en sus vínculos con la epidemia del VIH-SIDA. Su libro *Sida et sexualité en Afrique* (2000) es una extraordinaria mina de información que nos permite comprender el contexto en el que el SIDA se ha extendido en Zaire y más ampliamente en África Central.

mientras que se multiplicó por diez entre las mujeres que vivían en Kinshasa, debemos apelar a los trabajos en los que sociólogos y antropólogos han descrito las condiciones de vida particularmente difíciles de las jóvenes campesinas que emigraban a las grandes ciudades de Zaire. La cultura urbana de la sexualidad se formó en el contexto de las dificultades económicas, la invención de nuevas estructuras familiares y una redefinición de la relación entre hombres y mujeres. Este experimento social debió haber sido realizado, diré una palabra en los siguientes párrafos, en un contexto económico tan desfavorable que hombres y mujeres tuvieron que pagar en igual número de vidas en su esfuerzo por adaptar la cultura aldeana del pueblo a la sexualidad en la ciudad (Tape Goze & Dédy Séri, 1991).

Echemos un vistazo a lo que algunas de las colecciones de muestras de sangre y sueros pueden decirnos sobre la presencia más o menos antigua del VIH en las zonas rurales y urbanas de Zaire y sobre el aumento gradual de las tasas de prevalencia del virus en diferentes regiones. Me estoy limitando aquí a cuatro conjuntos de muestras que se han almacenado en condiciones de temperatura adecuadas:

1. De las 659 muestras de sangre recolectadas en 1976 del área de Bumba y Lisala por estadounidenses durante el brote de ébola y guardadas en el CDC de Atlanta, las pruebas realizadas en 1985 mostraron que cinco las personas eran seropositivas: esta es una tasa de infección del 0.8%. Estos datos demuestran que el VIH-1 ya estaba presente en esta región rural ubicada cerca del río Zaire donde hay un puerto de embarque para los pasajeros que deseaban viajar a Kinshasa o Kisangani. Una de las cinco infectadas era una mujer de Lisala que había vivido en Kinshasa de 1972 a 1976 como “mujer libre”;
2. Entre 1970 y 1980, los médicos de Fomulac —Fundación Médica de la Universidad de Lovaina en el Congo— trajeron de Kinshasa una gran colección de sueros que fueron cuidadosamente refrigerados y almacenados. Los análisis revelaron la presencia del VIH en solo 2 de las 800 muestras (una prevalencia del 0.25%) que se habían tomado en 1970 de madres jóvenes zairenses que acababan de dar a luz. Esta baja tasa de prevalencia sugiere que la llegada del VIH a Kinshasa era reciente cuando se tomaron muestras de sangre de kinois en 1970. Esta idea se ve confirmada por los análisis realizados en 672 muestras de sangre recolectadas en 1959 para un estudio sobre enfermedades genéticas que demostraron que solo una persona era portadora del VIH. En muestras tomadas en 1980 de una población femenina

- con las mismas características que la de 1970, la prevalencia, que había aumentado al 3%, indicaba que se produjo una propagación relativamente rápida del VIH entre 1970 y 1980;
3. Los análisis serológicos retrospectivos llevados a cabo en muestras de sangre recolectadas durante la epidemia de Ébola en 1976 con 454 personas en la región de Yambuku revelaron que el 5% de ellas eran seropositivas para el VIH (Getchell y col. 1987). Las muestras de sangre que había recogido el doctor William Close (1995) en el contexto de la epidemia del ébola permitieron estudiar, comparando nuevas muestras de sangre con las más antiguas, la tasa de avance de las infecciones por el VIH en entornos rurales y urbanos. Estos estudios comparativos muestran que la tasa de infección por VIH se mantuvo estable durante mucho tiempo en las zonas rurales y que estas tasas se dispararon una vez que el virus se apoderó de las grandes ciudades;
 4. En un vasto estudio estadístico realizado bajo la dirección de Nuno R. Faria y que abarcó todos los datos genéticos disponibles sobre el VIH, los investigadores concluyeron que Kinshasa puede considerarse como el primer foco desde donde se dispersaron, después de la década de 1920, dos cepas principales de VIH-1: las cepas M y O, a partir de las cuales se desarrolló la pandemia unas décadas más tarde (Faria *et al.*, 2014). El estudio mostró tres cosas importantes: 1) durante mucho tiempo, las cepas M y O del VIH-1 han existido de forma endémica en las zonas rurales de Zaire; 2) las migraciones de los aldeanos llevaron estas dos cepas del VIH-1 a Kinshasa, donde estuvieron presentes hasta alrededor de 1960; 3) la cepa M se extendió cada vez más, después de haber sufrido mutaciones en Kinshasa, hasta convertirse en forma de subtipo B, en la cepa dominante en las infecciones de los pacientes de la capital de Kinshasa. Los resultados de esta investigación proporcionan una fuerte evidencia de la presencia de dos cepas de VIH-I y una creciente prevalencia del subtipo B de la cepa M a lo largo de los años. Veremos en el siguiente apartado que esta versión del virus es la que se extendió a Europa, las Antillas y la región norteamericana.

Es importante señalar que el estudio del equipo de Faria, que es sobre todo de naturaleza genética, se combinó con una lectura social: los investigadores, de hecho, insistieron en el papel de las carreteras, ríos, ferrocarriles y otras redes de transporte, como la aérea, en su explicación del fenómeno de la propagación del VIH-1. Además, establecieron conexiones entre factores contextuales (conductuales, sociales y económicos) en las diferentes etapas del desarrollo de

la epidemia del VIH-SIDA. Al describir el entorno social en el que se propaga el virus, los investigadores demostraron que los agentes infecciosos circulan, no en una especie de vacío, sino en un conjunto de seres humanos que tienen su propia organización social. La selección darwiniana de un virus relativamente débil podría empezar a matar con fuerza sólo a partir del momento en que se reorganizaron las transformaciones en los estilos de vida, las formas de amor y la vida familiar en una parte de la población urbana, alrededor de redes extendidas de parejas sexuales. Al combinar la genética, la epidemiología y las ciencias sociales, la investigación realizada por el profesor Faria y sus colegas demuestra la utilidad de los estudios interdisciplinarios para comprender la génesis de la epidemia del VIH-SIDA.

Los estudios llevan a la conclusión de que se produjo una diseminación de diferentes subtipos de VIH-1, de una manera invisible durante mucho tiempo, en varias regiones de África Central,¹⁵ no solo en Abumombazi, ubicada al norte del río Zaire, y que al menos dos cepas del VIH-1 migraron, siguiendo diversas rutas, desde las zonas rurales a las principales ciudades de Zaire. El virus encontró en las ciudades las condiciones ambientales, sociales y económicas que a mediados de la década de 1980 provocaron una fuerte explosión en el número de personas infectadas. El fenómeno que explica por qué la primera circulación del VIH se hizo en silencio durante varias décadas en las zonas rurales es el siguiente: las enfermedades infecciosas dominantes han obstaculizado el desarrollo de la epidemia por la muerte de los portadores del VIH. En la actualidad, hay suficientes datos sobre el alcance de las enfermedades tropicales endémicas para plantear la hipótesis de que el VIH en las personas infectadas se propagó muy poco en la población porque los portadores del VIH murieron a causa de una de las enfermedades tropicales dominantes antes de que el sida las arrasara.

Migración del VIH a Europa y América

En junio de 1981, los CDC de Atlanta, la agencia federal de Estados Unidos responsable de la detección y el control de enfermedades infecciosas, informó de la aparición, más frecuente de lo habitual, de una forma rara de neumonía; la *Pneumocystis carinii* y del sarcoma de Kaposi en jóvenes homosexuales en San

¹⁵ Si tomamos en serio el hecho —ahora demostrado con certeza— de que el VIH SIV ha pasado de los monos a los humanos, podemos pensar que los cazadores se han infectado a lo largo de la historia, en varias ocasiones y en muchos lugares, sin que necesariamente se desarrolle una epidemia.

Francisco.¹⁶ A fines de 1981, los CDC informaron de síntomas de fatiga general, pérdida de peso, glándulas agrandadas y las mismas infecciones oportunistas en personas que se inyectan drogas. A mediados de 1982, se observó una sintomatología similar en los hemofílicos que recibieron transfusiones de sangre. Estas diversas alertas llevaron al reconocimiento, hacia fines de 1982, de la existencia de una nueva enfermedad viral a la que se le dio el nombre de SIDA, acrónimo que hace referencia al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.¹⁷

En 1982, los especialistas de los CDC aún no tenían idea de las rutas extremadamente complejas que había tomado el “Virus de Inmunodeficiencia Humana” (VIH) antes de que comenzara a infectar a los homosexuales y drogadictos estadounidenses que vivían en San Francisco, Los Ángeles y Nueva York. A lo sumo, sabían que las relaciones sexuales sin protección entre “gays”, las agujas contaminadas entre las personas que se inyectan drogas y las transfusiones de sangre para cualquier persona, no solo a los hemofílicos, conllevaban el riesgo de transmitir el nuevo virus. Desde el inicio de lo que se convertiría en una pandemia de alcance mundial, clínicos, virólogos, genetistas y epidemiólogos se preguntaron sobre las circunstancias en las que aparecían diferentes versiones del virus en el país norteamericano. A finales de 1984 y principios de 1985, se desarrolló una primera prueba de anticuerpos contra el VIH. También en 1985, tuvo lugar en Atlanta la 1a. Conferencia Internacional sobre el Sida, que inauguró un ciclo muy singular de encuentros científicos entre investigadores y un lugar privilegiado de intercambio entre todos los afectados por el VIH, incluidos los propios enfermos.¹⁸

El primer fármaco, el AZT, que se utilizó contra el VIH apareció en 1987. Dado el perfil de los primeros casos identificados, primero se estableció una asociación entre el VIH-SIDA y grupos de homosexuales y adictos a la heroína. La gran prensa y los medios de comunicación se apoderaron de esta observación para evocar, en textos sensacionalistas, la aparición de una nueva plaga —el “cáncer gay”— que podría estar en el origen (se sugirió) de una pandemia mundial. Se planteó la hipótesis de que el VIH sin duda escaparía del entorno

¹⁶ Una mayor demanda de “pentamidina” realizada en los CDC por médicos en San Francisco y Los Ángeles, había llevado a los virólogos de los CDC a creer que podría estar involucrada una nueva enfermedad que ataca a los linfocitos CDH.

¹⁷ El mismo acrónimo se adoptó ya en 1982 en prácticamente todos los idiomas. Inglés AIDS se refiere al “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida”.

¹⁸ Estamos en 2020 en la 23a Conferencia Internacional sobre el sida. Desde 1988 existe un Día Mundial de la lucha contra el VIH-SIDA para recordar a todos, el 1 de diciembre de cada año, la importancia de continuar la lucha contra esta infección.

restringido de “gays” y drogadictos, y que infectaría a la población en general. En los primeros días, el gobierno de los Estados Unidos era indiferente a lo que en ese momento se consideraba una enfermedad que afectaba solo a los marginados de la sociedad. Muchos países comenzaron a cambiar las reglas de viaje a mediados de la década de 1980 hacia un control más estricto y considerar la imposición de pruebas obligatorias y cuarentenas de contención para los infectados. El mayor control de calidad de la sangre transfundida a los pacientes provocó, entre 1985 y 1990, el escándalo —sanitario, económico, político— de los bancos de sangre contaminados. Las demandas han puesto de relieve la negligencia y las demoras de los funcionarios del banco de sangre en la implementación de las medidas de seguridad adecuadas, y los gobiernos han tenido que pagar una indemnización a las personas infectadas con el VIH como resultado de las transfusiones de sangre recibidas en los hospitales y servicios de salud pública.¹⁹

Hasta la fecha, los investigadores encuentran sorprendente que los médicos de Bélgica y Francia no hayan reconocido, como sí lo hicieron los estadounidenses, la presencia a principios de 1980 de una combinación inusual de síntomas en algunos pacientes africanos tratados en Europa. A partir de 1975, los hospitales belgas y franceses comenzaron a recibir visitas periódicas de africanos, que a menudo eran ricos y tenían síntomas que probablemente estaban asociados con el sida. En Bruselas y París, los médicos no reconocieron la presencia de una nueva enfermedad en algunos de sus pacientes hasta principios de 1983. De esta observación, las cosas se apresuraron. Durante ese mismo año, un equipo de investigadores franceses del Instituto Pasteur, descubrió y aisló un retrovirus —bautizado LAV— sin poder explicar todavía los mecanismos de replicación de este virus, “para poder estar involucrado” en el sida. Sin saber aún la ubicación exacta de donde pudo haber venido el virus LAV, los virólogos creían que era de origen africano, posiblemente de Zaire o Ruanda, los dos principales países de donde se originaron los pacientes portadores del virus. El perfil social de estos primeros pacientes africanos atendidos en hospitales europeos sugería que pertenecían a la clase media de su país. Además, no eran homosexuales ni usuarios de drogas inyectables, como era el caso de los pacientes estadounidenses.

¹⁹ En Francia, la revelación del “escándalo de la sangre contaminada” provocó una crisis gubernamental e institucional que interesa, por su duración (1983-2003), por el número de víctimas y por la participación en el debate de la sociedad civil, como el problema de salud más grave en la historia de este país. En “Letter from Europe: Bad Blood”, la periodista Jane Kramer publicó en 1993 en el *New Yorker* un texto muy bien documentado sobre la parte inferior del escándalo de sangre contaminada en Francia.

La hospitalización del filósofo Michel Foucault en París a principios de junio de 1984 y su muerte el 25 de junio, fue un asunto que causó revuelo en Francia y en todo el mundo. La enfermedad oportunista que arrasó con Foucault fue diagnosticada como vinculada al VIH-SIDA. Nueve años antes, el filósofo francés había visitado la Universidad de California, en Berkeley, en la costa este de la bahía de San Francisco, para dar una serie de conferencias. Luego recibió en la Escuela de Graduados de Claremont al profesor Simeon Wade, un joven historiador y a su compañero Michael Stoneman, quienes admiraban fervientemente al gran pensador de Francia. Tan pronto como llegó Foucault, los tres hombres partieron para pasar dos días y una noche en el Valle de la Muerte —en medio del desierto de California— donde vivía Foucault y donde escribió, “una de las experiencias más importantes de su vida”.²⁰ Mientras estaba en San Francisco, eligió vivir en la comunidad gay en el corazón del distrito de “cuero” de la ciudad.²¹ Muy cerca de su casa, las tiendas de la calle Folsom ofrecían “decorados de fantasía” con mazmorras y celdas donde los grupos sadomasoquistas podían obtener látigos y cadenas. El filósofo se compró un conjunto de “hombre de cuero” en cuero negro, con polainas de vaquero, gorra de visera y chaqueta de motociclista que trajo a París con muchos “juguetes”: ganchos de pecho, esposas, mordazas látigos, etc.

Quizás conviene recordar aquí que Foucault se había comprometido a escribir, poco antes de infectarse con el VIH, una “historia de la sexualidad”, cuyo primer volumen, *La Volonté du Savoir*, apareció en 1976, un año después de su estancia en Berkeley. El segundo volumen se publicó en 1984, el mismo año de su muerte, en dos libros: *L'Usage des Plaisirs* y *Le Souci de Soi*. En cuanto al último volumen de su historia de la sexualidad, que un Foucault entonces enfermo tituló *Les Avenx de la Chair*, no fue publicado hasta 2018 por el filósofo Frédéric Gros. Este libro en el que Foucault se entregó a una especie de confesión, de ahí el término “confesión” en el título, ya estaba listo cuando murió en 1984. En su auto-ficción “Un ami qui n'a pas sauvé sa vie” (1990), el novelista Hervé Guibert evoca la

²⁰ En una memoria sulfurosa que ha permanecido inédita durante mucho tiempo y publicada en 2019 en forma de libro dos años después de la muerte de su autor, Simeon Wade, que había dado la bienvenida a Foucault a Berkeley, relata lo ocurrido cuarenta y cinco años antes en California. Después de que los tres hombres “tragara” el LSD, se acostaron en una de las grietas en Zabriskie Point y miraron las estrellas mientras escuchaban *Lieder* de Richard Strauss durante unas diez horas. Simeon Wade escribe que Foucault habría hecho que se le llenaran los ojos de lágrimas e incluso hubiera dicho: “Ahora comprendo mi sexualidad”.

²¹ La Feria de la Calle Folsom fue reconocida entonces como el lugar donde se celebraba la gran fiesta de los “fetichistas del cuero”. Esta fiesta que reúne a “gays” de diferentes orientaciones sexuales sigue teniendo lugar cada año el último domingo de septiembre en San Francisco.

enfermedad y muerte de Michel Foucault —apodado “Muzil” en este libro— enfatizando en particular que Foucault había expresado claramente su rechazo a todas las publicaciones póstumas.²² Fueron los malentendidos en torno al sida —y sin duda también las mentiras en torno a la muerte de Michel Foucault— lo que empujó a Daniel Defert, el compañero del filósofo, a convertirse en activista y a crear AIDES, que fue la primera asociación francesa de lucha contra el sida.

En los años posteriores a la muerte de Michel Foucault se publicaron en Estados Unidos varias biografías del filósofo mordaz e ingenioso. El escrito por James Miller, un exreportero de *Newsweek* que se convirtió en profesor en la New School for Social Research de Nueva York, y publicado bajo el título *The Passion of Michel Foucault* (1993), dibujó un retrato tan grotesco como inexacto del hombre que fue Michel Foucault. El filósofo francés cuyo pensamiento y obra recibió, en esta misma época, una extraordinaria acogida entre los pensadores progresistas de las universidades estadounidenses se presenta, en el libro de Miller, como un “portador voluntario del VIH” y como un hombre que sido un “sembrador de muerte” en las saunas gay. Estos juicios radicales que circularon en los Estados Unidos después de la muerte de Foucault y por los que habló James Miller, han sido objeto de intensa controversia hasta el día de hoy. Bien puede ser que los promotores de un cierto conservadurismo moral hayan iniciado, con referencia a la figura de Foucault, una demanda más generalizada que se refiere al lugar de los “gays” y las prácticas sadomasoquistas en la propagación del VIH-SIDA.

Es en un contexto de fuerte estigmatización de los pacientes VIH positivos y de miedo asociado con el sida, que los epidemiólogos estadounidenses se pusieron a trabajar para rastrear la fuente original del VIH, para identificar a las primeras personas infectadas, hasta llegar al “paciente cero” y encontrar las rutas que el virus había tomado desde África hasta América del Norte. La primera vía explorada se basó en un hallazgo estadístico más o menos sólido, a saber: la llamada alta frecuencia de casos de sida entre los haitianos que viven en los Estados Unidos. Sobre esta base, algunos epidemiólogos han planteado la hipótesis de que Haití fue posiblemente el país por el que pasó el VIH antes de llegar a Estados Unidos. A principios de la década de 1980, muchos periodistas se hicieron eco de esta hipótesis de los epidemiólogos al publicar textos en los que se presentaba sin rodeos a Haití y a los haitianos como responsables del surgimiento y propagación de la epidemia del sida

²² Hervé Guibert (1955-1991) colocó la enfermedad en el centro de todas sus obras de ficción. Homosexual y enfermo de sida, se suicidó a los 36 años. En el cuento “Les secrets d'un homme” (1988), Guibert habla de los últimos días y del entierro de Michel Foucault.

en Estados Unidos. Además de los homosexuales, los adictos a la heroína y los hemofílicos, se sumaron los haitianos para producir la humeante “tesis 4 H” que se extendió entre la población general. En su historia del sida, *Histoire du sida. Début et origine d'une pandémie actuelle* (1989), el célebre historiador de la medicina Mirko Grmek retomó, a finales de los años ochentas, esta misma “tesis de las 4H” que, sin embargo, había sido rechazada tras una investigación realizada después de 1983 en Kinshasa y en otras partes del mundo.²³

Durante los años que viví en Zaire, conocí, entre 1967 y 1977, a muchos haitianos que ocupaban diferentes cargos: expertos en organizaciones internacionales, profesores en universidades y en escuelas secundarias, miembros ONG y trabajadores humanitarios en las grandes ciudades de Kinshasa, Lubumbashi y Kisangani e incluso en las zonas rurales de Zaire. Es muy posible que uno u otro de estos trabajadores humanitarios haya traído el virus a Haití, como fue el caso de los belgas, franceses, estadounidenses y canadienses que vivían en África Central y que también pudieron llevar el virus a su país de origen. El hecho de que algunos epidemiólogos hayan centrado sus estudios solo en los haitianos sin hacer comparaciones con nacionales de otros países demuestra la naturaleza potencialmente sesgada del enfoque. Además, al implicar a toda una nación, solo podrían provocar —y los epidemiólogos deberían saberlo— la estigmatización de todo un pueblo. ¿Y por qué, cabe preguntarse, los epidemiólogos no buscaron también saber si los belgas, franceses, estadounidenses o canadienses habían desempeñado un papel en la propagación del virus? En su libro titulado *Sida en Haïti: la victime accusée* (1992), el doctor Paul Farmer, profesor de antropología médica en la Escuela de Medicina de Harvard, se preguntaba sobre los mecanismos que llevaron, algo muy raro en epidemiología, a la acusación de todo un pueblo de haber transmitido el VIH.

Basado en investigaciones y cuidadosas observaciones hechas en Haití entre 1983 y 1990, Paul Farmer demostró, a través de un análisis documental serio, cómo este proceso de “acusar a Haití y a los haitianos” fue el resultado directo categorías epidemiológicas, médicas y científicas utilizadas por los investigadores de los CDC de Atlanta y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Estando él mismo presente en Haití cuando surgieron los primeros casos de VIH-SIDA y habiendo seguido la evolución de la epidemia, el antropólogo presentó en su libro un inventario detallado de la aparición y la progresión progresiva de esta enfermedad. Su interpretación de lo sucedido toma en cuenta

²³ Es verdaderamente lamentable que el primer trabajo completo en idioma francés sobre la historia del sida, asumiera la visión que prevaleció únicamente al comienzo de la epidemia.

las relaciones históricas que los haitianos han tenido con los extranjeros, en particular con los estadounidenses que ocuparon la isla de Haití entre 1915 y 1934. Además, recuerda que Haití desde hace muchos años fue y sigue siendo, un destino de turismo sexual estadounidense. Al clasificar las prácticas rituales del vudú entre los modos de transmisión de la enfermedad, los investigadores norteamericanos solo han prolongado, según Farmer, los estereotipos racistas que ven en este culto solo un conjunto de ritos primitivos y sanguinarios, satánico y antropofágico. En la deconstrucción del proceso intelectual en juego de la investigación de los epidemiólogos, Farmer destacó el enredo entre la historia de las relaciones desiguales entre Estados Unidos y Haití, el marco ideológico de esta historia colonial y los supuestos racistas, como elementos que se han unido para dar forma a los métodos de recolección de datos utilizados por los investigadores y su interpretación.

A principios de la década de 2000, las investigaciones virológicas y genéticas sobre el origen y la propagación del VIH mostraron que ciertas cepas específicas del virus que aparecieron por primera vez en África, habían pasado a Europa y Haití, y desde allí habían migrado a mediados de la década de los sesenta, al continente americano. Hoy sabemos que el avance geográfico del VIH se ha realizado a través de rutas tortuosas y difíciles de rastrear. El trabajo de un equipo de investigadores reunido en torno al genetista Michael Worobey, entre otros estudios, ha arrojado luz sobre cómo ciertas cepas del virus se han propagado por el mundo. En el artículo que Worobey y sus colegas publicaron en 2006, los autores presentan una genealogía de la propagación de cepas del VIH-1 a partir de una comparación de las secuencias genéticas de varios subtipos del virus presente en pacientes haitianos y en 117 muestras aisladas de 19 países. Su conclusión es inequívoca: surgió por primera vez en África, el virus fue llevado a Haití entre 1962 y 1970, presumiblemente por haitianos que habían trabajado como trabajadores humanitarios en África Central. El subtipo de VIH-1 —un “caldo pandémico”— que se ha encontrado en los Estados Unidos y que parece estar en el origen de la epidemia de California, puede haber sido transmitido a uno o más turistas estadounidenses que llegaron a Haití. También es posible que la contaminación fuera causada por estadounidenses que transmitieron el virus a sus compatriotas sin haber pasado por Haití.

En un libro de 1987 —*And the Band Played on: Politics, People, and the AIDS Epidemic*— que marcó fuertemente a la comunidad homosexual estadounidense, el periodista Randy Shilts proporcionó una crónica de la rápida expansión del VIH-SIDA en los círculos homosexuales de California y Nueva York, que sirvió

como una especie de transmisión central en la propagación del VIH en América del Norte.²⁴ Shilts explica el rápido avance de la epidemia del VIH-SIDA de dos formas: por un lado, por la imprudencia de la comunidad gay, que ha tardado en darse cuenta del peligro que representa esta nueva enfermedad contagiosa; por otro lado, la incompetencia y apatía de los poderes políticos que permitieron que el virus se extendiera antes de comenzar a intervenir. En San Francisco, fueron los políticos de la propia comunidad gay quienes fueron los más fervientes colaboradores de los funcionarios de salud pública que ayudaron a establecer, incluso en el barrio de Castro, que fue el epicentro de la epidemia —medidas de protección. En una época en la que muchos homosexuales estadounidenses estaban infectados con el virus, estos políticos homosexuales también trabajaron para promover los derechos a la vida de los homosexuales en una sociedad donde aún prevalecía la moral estricta en el campo de la sexualidad (Geiger, 1987).

En su crónica de los inicios de la epidemia, Randy Shilts analiza la posibilidad de que Gaëtan Dugas (1953-1984), un asistente de vuelo de Air Canada que murió en 1984, fuera el “paciente cero” en el origen del propagación del VIH en los Estados Unidos.²⁵ Para respaldar su afirmación, Shilts se basó en investigaciones que mostraban que Dugas habría estado en contacto, ya sea directa o indirectamente, con 40 de los primeros 248 casos de sida reportados en los Estados Unidos. También, según este autor, Gaëtan Dugas habría continuado, tras ser informado del peligro de contagiar a otros, manteniendo relaciones sexuales sin protección. Para cuando se publicó el libro en 1987, Dugas, había fallecido en su ciudad natal de Quebec, a la edad de 31 años, por el sarcoma de Kaposi; ya no estaba allí para posiblemente hacer correcciones a las afirmaciones de Shilts.²⁶ Los periodistas supieron por el libro de Shilts que el asistente de vuelo canadiense se infectó durante relaciones sexuales con africanos que conoció en

²⁴ En este libro, que se ha convertido en un éxito de ventas en los Estados Unidos, Randy Shilts se presenta abiertamente como un “gay” que habla, conscientemente, desde dentro de las comunidades homosexuales estadounidenses. La obra fue adaptada en 1993 como un telefilme homónimo que fue producido por Roger Spottiswoode bajo el título, en francés, de “The Soldiers of Hope”.

²⁵ Puede ser que Shilts haya cometido un error al leer los datos de los Centros Americanos para el Control de Enfermedades (CDC) que se refieren, en 1982, a Gaëtan Dugas —paciente n° 057— con la letra O que significa “Fuera de California”. Habría habido confusión: la letra O se tomó por el número cero por parte de Shilts y varios otros autores, quienes transformaron al paciente de “Fuera de California” en “Paciente Cero”. Es lamentable que los investigadores de los CDC no hayan corregido, al menos que yo sepa, este grave error de lectura.

²⁶ Se reconoce que Gaëtan Dugas había colaborado, antes de su muerte en 1984, con investigadores para ayudarlos a comprender cómo se había propagado el VIH-SIDA; en particular, les había proporcionado los nombres de decenas de sus parejas sexuales.

Europa y que luego infectó, durante sus escalas en los Estados Unidos, a otros socios homosexuales estadounidenses. Aunque reconoce que Gaëtan Dugas pudo haber jugado un papel importante en la propagación del virus en Estados Unidos, Shilts nunca escribió explícitamente que Dugas fue realmente la primera persona en traer el VIH a Estados Unidos.

Las conclusiones de un estudio genético realizado por el equipo de Michael Worobey e investigadores de la Universidad de Cambridge (Reino Unido), y publicado en 2016 en *Nature*, confirmaron que el azafato quebequense de Air Canada no podía ser el “paciente cero” a través del cual el VIH-SIDA hubiera llegado a Estados Unidos. Los resultados de la investigación que compara el material genético degradado (ARN) del VIH de muchas muestras de sangre de casi 40 años, incluida la de Gaëtan Dugas, muestran que el subtipo B de la cepa M del VIH-1 ya estaba presente entre los homosexuales estadounidenses desde finales de la década de 1960, en un momento en que Dugas tenía solo quince años y aún no era empleado de la aerolínea. Los análisis filogenéticos sugieren que el salto del virus hacia Estados Unidos ocurrió por primera vez en la ciudad de Nueva York y desde ahí migró por todo el país. Las aproximadamente 2 000 muestras de suero que se analizaron revelan que el VIH-1 todavía mostraba una gran diversidad en la cepa en la década de 1970. Los autores del estudio informaron que las comparaciones con muestras más recientes no arrojaron ningún resultado definitivo, que se desconocen los primeros movimientos del virus en los Estados Unidos y que las inferencias geográficas y temporales que se basan en los genomas del VIH-1 parciales, son aproximados. Las comparaciones realizadas con el genoma del VIH-1 del “paciente cero” han llevado a los investigadores a afirmar que no hay evidencia biológica e histórica que sugiera que Dugas fue el primer caso de VIH-SIDA en los Estados Unidos.

Este análisis genético comparativo de 2016 mostró tres cosas clave a considerar al discutir la edad del VIH en los Estados Unidos y la especificidad de la cepa que se trajo allí: 1) las cepas M y O del VIH-1 ya se encontraba en Nueva York a mediados de la década de 1960, es decir, unos quince años antes de que se identificara la enfermedad en 1981; 2) El genoma del VIH-1 que portaba Dugas muestra que no fue de ninguna manera el primer caso de VIH-SIDA que estuvo presente en América del Norte. Richard McKay, historiador de la salud pública de la Universidad de Cambridge y uno de los autores principales del estudio, denunció el error cometido en torno a la identidad del “paciente cero”. Para McKay, Dugas es una de las víctimas del VIH-SIDA que se encuentra entre los “pacientes más demonizados de la historia de la medicina”. Según los autores de

este artículo de *Nature*, no existe evidencia genética, virológica o histórica que apoye la afirmación de que Gaëtan Dugas fue la fuente de la epidemia en Estados Unidos. Dugas fue solo una de las muchas víctimas de la enfermedad y es hora, insiste el historiador McKay, de acabar con el mito del Paciente Cero canadiense.

Cabe recordar que la designación de Dugas como “paciente cero” se produjo en el contexto de debates sobre la responsabilidad penal de quienes transmiten intencionalmente el virus. Ya en 1988, el epidemiólogo Andrew Moss de la Universidad de California (San Francisco) escribió en una carta al editor de *The New York Review of Books*: “Hay muy poca evidencia de que Gaëtan Dugas fuera el “paciente cero “para Estados Unidos o California”. Incluso agregó que su etiquetado como Paciente Cero se debió a una mala interpretación de los datos relacionados con los contactos sexuales entre miembros de diferentes comunidades culturales y dentro de cada una de ellas. Los datos provienen de estudios, dijo Moss, que se llevaron a cabo en un momento en que las modalidades de transmisión del VIH aún no estaban completamente claras.

Sangre, semen y leche, vehículos del VIH

Durante las décadas de los sesenta y setenta, la gente de Kinshasa, tanto zaireños como extranjeros, no sabía nada sobre la existencia del VIH. No fue hasta que regresé a Zaire en 1983 que supe que la enfermedad de la que había muerto la doctora Margrethe Rask en 1977, fue el sida. Durante este tiempo, de junio a julio en Kinshasa, mi amigo Ronald Verbeke, entonces profesor invitado en la Universidad Nacional de Zaire, me informó que el sida estaba invadiendo la ciudad.²⁷ Hasta mediados de los años ochentas, la “enfermedad de la pérdida de peso” seguía siendo objeto de broma entre muchos zaireños para quienes el sida era sólo un “síndrome imaginario para desanimar a los amantes” (Nlandu-Tsasa, 1997). El humor negro que transmitía la radio era irónico en torno a la nueva enfermedad: tal bailarín de una orquesta popular había contraído, se decía, la enfermedad para adelgazar y tal maestro llamaba “sida” al bastón que

²⁷ Durante el mismo año 1983, ayudé a Ronald Verbeke en la creación de la primera revista en francés dedicada exclusivamente a la cuestión de las drogas. En una revista de información sobre drogas que publicamos durante diez años, se publicaron muchos artículos sobre los vínculos entre las drogas inyectables y el sida. Desde 1994, R. Verbeke, que era profesor de formación, se dedicó principalmente, en el marco del Grupo de Trabajo sobre el Sida de la Comunidad Europea, a misiones de educación sanitaria para escolares (de 12 a 18 años) para el cual elaboró un folleto adaptado a cada país. Murió repentinamente en 1997 mientras estaba en una de sus misiones para enseñar prácticas sexuales seguras.

usaba para corregir a sus alumnos demasiado parlanchines. Todo ello, sin que la gente de Kinshasa lograra exorcizar el miedo difuso que se estaba infiltrando gradualmente en la ciudad (De Villers *et al.*, 2002).

Ante la noticia difundida por rumores que hacían sospechar a cualquier adelgazamiento, la gente de Kinshasa dudó entre perderse en el baile y la música de los bares, y buscar un refugio salvador en la oración de las Iglesias de Sanación, símbolos de desesperación más que signos de fe que crecían como hongos en esta bulliciosa ciudad de cuatro millones de habitantes, el 50% de los cuales de menos de 30 años de edad. En la década de 1980, cuando el régimen del presidente Mobutu comenzó su vertiginoso descenso al infierno, “Kinshasa la belle” se vio arrastrada a un declive gradual. Ante la lenta agonía del mobutismo, la población que ya no escuchaba las reprimendas de los periódicos —*Salongo* y *Elima*— a sueldo del poder político parecía dispuesta a poner su destino en manos de milagros y adivinos. Pronto, en los barrios marginales de Kinshasa, donde la población rural recién urbanizada vivía en la pobreza extrema (entonces estábamos siendo testigos de la hiperinflación), surgieron revueltas destructivas, como signos de la profunda desesperación de todo un pueblo. En 1991 y 1993, el pueblo de Kinshasa destruyó, en violentos jacqueries, los símbolos de su opresión: el estado depredador, las empresas extranjeras, los supermercados, el sistema escolar, etc. Al mismo tiempo, las comunas proféticas y las iglesias de sanación se convirtieron en los únicos lugares donde los excluidos parecían poder encontrar apoyo y solidaridad (Devisch, 1995).

En compañía de mi amigo Ronald Verbeke, en julio de 1983 visité al doctor Pol Jansegers —director del Hospital Mama Yemo de diciembre 1982 a 1987—, quien nos confirmó que muchos pacientes con sida estaban hospitalizados en su establecimiento.²⁸ En la década de los ochenta, el Hospital Mama Yemo fue considerado, por sus 2 000 camas y unos 2 500 trabajadores, como el hospital social por excelencia del pueblo de Kinshasa; quizás no era el mejor equipado de la capital, pero era accesible para toda la población, incluidos los más pobres. Durante los cinco años que el doctor Jansegers dirigió Mama Yemo, fue anfitrión, primero en 1983, del equipo de investigación del médico Peter Piot,²⁹ cuyo

²⁸ Después de sus cinco años (1982-1987) como director del Hospital Mama Yemo, el doctor Jansegers fue a realizar una maestría en Salud Pública en la Escuela de Salud Pública John’s Hopkins en Baltimore.

²⁹ Este regreso a Zaire del doctor Piot en 1983 marcó el comienzo de una nueva lucha que duraría muchos años para quien había estado en el centro de la lucha contra el virus del ébola. En 2009-2010, realizó la síntesis de sus 30 años de investigación sobre el virus en el marco de sus cursos en la cátedra “Conocimiento contra la pobreza” de la Facultad de Medicina de Francia (Piot,

trabajo sirvió, basándose en la experiencia adquirida durante la lucha contra el virus del ébola, de incubadora de todos los estudios que se han realizado sobre el VIH-SIDA en África. Más tarde, Mama Yemo acogió el *AIDS Project*, que estuvo encabezado por el doctor Jonathan Mann entre 1984 y 1986, y por el doctor Robin Ryder entre 1987 y 1991.

El doctor Jansegers nos dijo durante nuestra visita, que estaba esperando un equipo de expertos internacionales: Joe McCormick, jefe del Servicio de Patógenos Especiales de los CDC, Sheila Mitchell también del CDC y Richard Krause, director del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de Bethesda —e investigadores zairenses— Kapita Bila Milangi (jefa de Medicina Interna en Mama Yemo), Kalissa Ruti (asesora principal del Ministerio de Salud), Nzila Nzilambi, Ngaly Bosingo³⁰ que iba a realizar la investigación con pacientes con sida tratados en el Hospital Mama Yemo. En octubre de 1983, este equipo inició sus encuestas entre 38 pacientes con sida. Este estudio fue el primero en demostrar que el VIH-SIDA que afecta a los hombres homosexuales en Estados Unidos y Europa también puede transmitirse entre personas que solo tienen relaciones heterosexuales (Curran *et al.*, 2011).

Ninguno de los enfermos de sida hospitalizados en Mama Yemo era homosexual; además, no se sabía que alguno se inyectara drogas. Entre las mujeres con sida, la mayoría eran “mujeres libres”; otras, que estaban casadas, tenían maridos que frecuentaban prostitutas. El estudio también descubrió, a través de la reconstitución de contactos, la existencia de redes sexuales en las que participaban mujeres y hombres que se habían contagiado mutuamente. El estado seropositivo de los pacientes hospitalizados en Mama Yemo se explica sin duda por el carácter heterosexual de las relaciones entre mujeres y hombres; además, la heterosexualidad parecía ser la vía exclusiva de infección entre los pacientes con sida de Mama Yemo.³¹ Cuando se revelaron estos sorprendentes resultados, provocaron una reacción de escepticismo en la comunidad científica internacional que creía en ese momento -hasta la absoluta certeza— en la existencia de un

2011). En 2010, fue nombrado director de la London School of Hygiene & Tropical Medicine en Inglaterra mientras continuaba su investigación sobre el sida con la antropóloga estadounidense Heidi Larson, quien también es reconocida por su trabajo sobre el VIH-SIDA.

³⁰ Los doctores Nzila y Ngaly eran entonces médicos jóvenes de Mama Yemo seleccionados por el doctor Mann para trabajar en el Proyecto Sida.

³¹ Los médicos de Mama Yemo sospecharon que las transfusiones también estaban involucradas en la transmisión del VIH. El doctor Jansegers me dijo de las aproximadamente 100 transfusiones que Mama Yemo recibió todos los días sin ninguna prueba, fueron la causa de dolorosas pesadillas. Sin embargo, no fue posible negarse a realizar transfusiones.

único modo de transmisión del virus, el que pasa a través de la sangre en el coito anal gay, en inyecciones de drogas intravenosas y en transfusiones de sangre.³²

Los autores del estudio en el Hospital Mama Yemo enviaron su ensayo al *New England Journal of Medicine* (NEJM). Su manuscrito fue rechazado porque los revisores no podían creer que el VIH pudiera transmitirse a través del semen y los fluidos sexuales. Para justificar su rechazo al manuscrito, los revisores comisionados por la NEJM invocaron fallas en el método y el hecho de que los investigadores, sin duda, no habían tenido en cuenta ciertas costumbres africanas en materia de sexualidad, una crítica muy sorprendente dado que cuatro de los coautores eran zaireños familiarizados con las culturas locales. A principios de los años ochenta, el modo heterosexual de transmisión del VIH era, incluso en los círculos científicos, una especie de discurso completamente inaceptable. El manuscrito fue reenviado, esta vez al periódico británico *The Lancet*, que lo aceptó y lo publicó al año siguiente (1984) con las firmas de Peter Piot, Henri Taelman, Kapita Bila Milangu, N. Mbendi, N. Ndangi, Kayembe. Kalambayi y otros. Mientras el equipo del doctor Piot realizaba su investigación en Kinshasa, otro equipo trabajaba en paralelo en Kigali (Ruanda) utilizando el mismo protocolo que se implementó en el estudio del Hospital Mama Yemo.

Los resultados de los estudios de Kinshasa y Kigali revelaron que las personas infectadas no presentaban ninguno de los factores de riesgo reconocidos en América y Europa —ni homosexualidad, ni inyecciones intravenosas, ni transfusión de sangre— y que su perfil epidemiológico se caracterizaba por la transmisión del virus VIH a través de fluidos sexuales. Estos dos estudios son el punto de partida del *AIDS Project* que instaló, por invitación del doctor Pol Jansegers, su sede en el Hospital Mama Yemo.³³ Este ambicioso proyecto

³² En el relato muy detallado del Dr. Joe McCormick sobre el inicio de la investigación del sida en Zaire <https://forumamislo.net/viewtopic.php?f=19&t=33962&start=30>, el autor dice que la administración Reagan rechazó categóricamente la tesis de que el sida era una ETS y que las relaciones heterosexuales eran un modo importante de transmisión del VIH. Las características de las primeras poblaciones afectadas por el VIH-SIDA en Estados Unidos habían moldeado tan profundamente las representaciones mentales de los investigadores -y de la población en general- sobre los modos de transmisión del virus, que el nuevo descubrimiento realizado en Kinshasa los había sacudido.

³³ Mientras el doctor Jonathan Mann intentaba establecer el laboratorio de investigación del Proyecto SIDA en uno de los diez hospitales de Kinshasa, el doctor Pol Jansegers lo invitó a ocupar los espacios abiertos en el bloque de laboratorios de su hospital. El hecho de que decenas de pacientes con sida fueran hospitalizados en Mama Yemo fue sin duda un incentivo más que llevó al doctor Mann a mudarse a Mama Yemo. Por su parte, el médico-director Jansegers estaba más ansioso por dar la bienvenida al Proyecto Sida, ya que se propuso rehabilitar completamente las instalaciones bajo el proyecto, para proporcionar equipos modernos, así como capacitación y suplementos a los sueldos de los médicos y auxiliares de laboratorio asociados al proyecto.

sobre el sida, inaugurado oficialmente el 29 de agosto de 1984, permitió llevar a cabo, con la participación de los CDC estadounidenses, el Instituto de Medicina Tropical de Amberes y los institutos de investigación de Zaire, una serie de investigaciones sobre el VIH-SIDA en Zaire y más ampliamente en África (Cohen, 1997). Los epidemiólogos, virólogos y expertos en culturas locales del Zaire elaboraron un gran número de artículos en los que se describían, por primera vez, las especificidades africanas de la epidemia del VIH-SIDA; también dieron a conocer el alcance de la prevalencia del VIH-SIDA, estimada en 1988 entre el 6 y el 8% en la población adulta de Kinshasa. En estas publicaciones denunciaron la asociación exclusiva establecida hasta entonces entre el sida, la homosexualidad y las drogas intravenosas, porque contribuía a avivar la actitud de negación de la enfermedad en las poblaciones africanas. Además, demostraron que los pacientes africanos con sida tendían a ocultar su enfermedad, por miedo a la discriminación, a los ojos de quienes los rodeaban. Junto con el estigma social se agregó una sensación de contaminación en sus mentes.

Otro importante estudio realizado en Mama Yemo por investigadores del *AIDS Project* determinó el estado de VIH de todo el personal del hospital. De los 2 492 trabajadores del hospital, 152 (6.4%) resultaron ser portadores del VIH con una mayor prevalencia entre las mujeres (8.1%); las mujeres más afectadas estaban en el rango de 20 a 29 años, que en los hombres (5.2%). Los trabajadores con mayor riesgo de contraer el VIH se clasificaron en tres categorías: 1) personas solteras relativamente jóvenes con múltiples parejas sexuales; 2) los que se habían sometido a una transfusión de sangre o habían estado hospitalizados durante los diez años anteriores; 3) y los que habían recibido inyecciones en los tres años anteriores a la encuesta. Entre el personal, los cuidadores, los administradores y los trabajadores manuales tenían tasas similares de seroprevalencia; estos datos sugirieron que no había asociación con ser un cuidador en contacto directo con los pacientes. Por tanto, el riesgo de infección en el hospital parece ser muy bajo (Mann *et al.*, 1986).

Estudios posteriores realizados por investigadores del *AIDS Project* demostraron que la infección por el VIH afectaba principalmente a mujeres jóvenes menores de 30 años en Kinshasa y que los hombres eran proporcionalmente tan afectados como las mujeres, pero a una edad más avanzada. Además, la mayoría de las mujeres afectadas eran de un nivel socioeconómico bastante bajo; en cuanto a las que tenían las tasas de prevalencia más altas, eran “mujeres libres” que admitían tener varias parejas sexuales. Los datos también revelaron que las madres jóvenes solteras, las mujeres “jefas de hogar” y las mujeres que habían roto los lazos con

sus familias o sus pueblos de origen, se encontraban entre los más vulnerables. Por su parte, la mayoría de los hombres afectados eran de mediana edad, de un nivel socioeconómico superior al promedio, a menudo casados y con múltiples parejas sexuales.

Los investigadores propusieron dos modelos principales para explicar sus resultados. Por un lado, insistieron en las transformaciones radicales de las estructuras tradicionales del matrimonio, en los nuevos modos de organización de la familia y formas de vida amorosa en las zonas urbanas y en la sustitución del régimen poligínico de las coesposas, por un sistema organizado alrededor de las “oficinas”. Por otro lado, subrayaron las dificultades de las mujeres jóvenes recién llegadas a la ciudad para asegurarse un ingreso estable en una profesión, y la necesidad de que recurrieran a todo tipo de medios para subsistir: el pequeño comercio de dinero en calle y prostitución, para obtener la independencia a la que aspiraban. La migración a la ciudad, soñada como una búsqueda de liberación de las limitaciones sociales existentes en el pueblo, provocó, bajo el impacto de las desastrosas condiciones que se vivieron en la ciudad, un fuerte aumento en el número de hogares de tipo matrifocal con mujeres “jefas de hogar” en familias cuyos hijos eran a menudo de padres diferentes.

La difícil situación económica obligó a muchas mujeres, especialmente entre las más jóvenes, a improvisar estrategias de supervivencia que llevaron a algunas de ellas a convertirse en la “primera”, “segunda” o “tercera” oficina de los hombres que podían ayudarlas financieramente. Se organizaron nuevas formas de familia en las que participaron varias parejas en redes sexuales que funcionaron como verdaderas estructuras de apoyo económico. Las estrategias a las que recurrieron algunas mujeres para sobrevivir en el medio urbano fueron tanto más aceptadas por los hombres cuanto que el sistema de “oficios” les permitió mantener su poder como hombres sin tener que comprometerse, como era el caso, en las zonas rurales, en alianzas poligínicas confirmadas oficialmente por los linajes. Los investigadores del *AIDS Project* entendieron que fue en este contexto que muchas mujeres se vieron obligadas a negociar sexo por dinero; señalaron que con este nuevo sistema perdieron las protecciones que el antiguo régimen polígamo brindaba a las mujeres de las aldeas.

Al final de un arduo trabajo realizado durante más de dos años (1984-1986) en el marco del Proyecto Sida, el doctor Jonathan Mann abandonó Kinshasa. Entonces estaba profundamente convencido de que la epidemia del VIH-SIDA tenía el potencial, debido a la transmisión heterosexual del virus, de convertirse en una pandemia mundial. También había aprendido del trabajo con investigadores

africanos que solo se puede entender una epidemia si se combina el estudio de los aspectos biológicos y clínicos de la enfermedad con la investigación de los factores sociológicos, antropológicos y económicos asociados con el origen y el progreso de la epidemia. Cuando salió de Kinshasa, sabía que los modelos clásicos de prevención centrados exclusivamente en la necesidad de que mujeres y hombres cambien su comportamiento en materia de sexualidad no podían ser efectivos para combatir este tipo de epidemias. Le parecía fundamental cambiar el centro de gravedad de las actividades de prevención organizándolas en torno al trabajo destinado a mejorar las condiciones sociales y económicas en las que viven las mujeres en las grandes ciudades africanas.³⁴

Fue en Kinshasa donde los investigadores del Proyecto SIDA destacaron el trágico impacto de las estrategias de supervivencia en el progreso y el perfil de la epidemia del VIH en las ciudades africanas. Los temas de pobreza, desigualdad de género, marginación de infectados y violaciones de derechos humanos estudiados por sociólogos, antropólogos y economistas estructuraron, entre 1984 y 1986, la visión que guiaría al doctor Jonathan Mann durante los años siguientes. La principal lección que había aprendido en Kinshasa era la siguiente: la explosión de la epidemia del VIH-SIDA en las ciudades africanas no se explica por la existencia de una supuesta laxitud en la cultura sexual africana, sino más bien, por la severidad de las condiciones de vida cotidianas que experimentan las mujeres y los hombres en las ciudades. En todos sus discursos, el doctor Mann nunca ha dejado de repetir que solo una mejora sustancial en las condiciones de vida en las ciudades africanas podría transformar la cultura urbana de la sexualidad y posiblemente detener la epidemia de VIH-SIDA a la que estaba contribuyendo a difundir.³⁵

³⁴ En la continuación y en el espíritu de los estudios realizados en Kinshasa por los investigadores del *AIDS Project*, Didier Fassin y Paul Farmer, ambos médicos y antropólogos, se hicieron conocidos por su enfoque de la antropología médica crítica. En su trabajo en Sudáfrica, Fassin (2004) escribe que los determinantes históricos, políticos, sociales y económicos son más importantes que la cultura y el comportamiento para explicar la epidemia del VIH-SIDA en los municipios sudafricanos. Por su parte, Paul Farmer (1992) desarrolló en sus estudios sobre el VIH-SIDA en Haití el modelo de desigualdad social que le permite identificar pobreza, guerra, racismo, género, desigualdad, programas de ajuste estructural, desplazamiento, migración como principales determinantes de la epidemia.

³⁵ Al considerar la cultura urbana de la sexualidad como un artefacto producido por las dificultades de la vida en las ciudades, el doctor Mann no defendía el llamado modelo disidente que sostiene que el sida no es necesariamente causado por el VIH sino por una multiplicidad de factores de contexto. Cabe recordar que Thabo Mbeki, el presidente de Sudáfrica, rechazó públicamente el VIH, basándose en el consejo de expertos disidentes, como la principal causa del sida en Sudáfrica. Para él, el virus progresó bajo las leyes clásicas de transmisión después de

Profundamente imbuido de todas estas ideas innovadoras, Jonathan Mann fue a reunirse con Halfden Mahler, Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para tratar de convencerlo de que estableciera un programa que incorporara una nueva filosofía en la lucha contra la pandemia de VIH-SIDA. Parece que el Programa Mundial sobre el SIDA (PGS) creado por la OMS en 1986 y del que el doctor Mann fue el primer director, surgió precisamente de este encuentro. Durante los cuatro años (1986-1990) de su liderazgo en el PGS de Ginebra, Mann trabajó incansablemente y con una pasión incomparable para compartir con investigadores, políticos y el público la visión de la lucha contra el VIH-SIDA que se había desarrollado durante los años que pasó en Kinshasa.³⁶ Para él y su altamente motivado equipo de GPA, el doctor Pol Jansegers se unió al Programa en 1989, y luego para el doctor Peter Piot al frente de ONSIDA, la lucha que debía librarse era hacer que el mundo entendiera que el sida era una enfermedad compleja, biológica pero también social, convertida en epidemia, especialmente en los países no occidentales, bajo el impacto de las condiciones de pobreza, opresión, desigualdad de género, migración urbana y violencia presente en las ciudades.

Durante su mandato como director de PGS, el doctor Mann lanzó muchas iniciativas innovadoras que impulsaron la movilización y el apoyo de actores de diferentes orígenes en la mayoría de los países del mundo.³⁷ Sin duda recordaremos la Cumbre Mundial de Ministros de Salud de 148 países que se celebró en Londres en 1988 y que permitió a varios países desarrollar estrategias nacionales de lucha contra el sida. El contacto del doctor Mann con los líderes políticos continuó cuando el doctor Peter Piot fue designado en 1992, Director Asociado del Programa Mundial sobre el Sida de la OMS. Posteriormente, desde la creación en 1995 de ONUSIDA —el programa de la ONU responsable de la coordinación de todas sus agencias en la lucha contra el sida— y hasta finales de 2008, el doctor Piot continuó para inspirar, como director ejecutivo de ONUSIDA, el enfoque

propagarse accidentalmente a través de agujas contaminadas, transfusiones de sangre contaminada y campañas de vacunación.

³⁶ La obra principal en dos volúmenes *AIDS in the World / Le SIDA dans le monde* (Mann, Tarantola, Netter, 1992; Mann, Tarantola, 1996) en la que el doctor Mann presentó la síntesis de sus experiencias, se consideran ahora como textos clásicos no solo en salud pública, sino también para todos los expertos en ciencias sociales aplicadas a la salud.

³⁷ Tras su salida de la OMS en 1990, el doctor Jonathan Mann regresó a Estados Unidos, donde fue contratado como profesor de epidemiología y salud internacional en la Escuela de Salud Pública de Harvard. El 3 de septiembre de 1998, Jonathan Mann y su esposa, la doctora Mary-Lou Clements-Mann, estaban entre los 229 pasajeros del vuelo 111 de Swissair que se estrelló cerca de la costa de Nueva Escocia, al este de Canadá. El doctor Mann tenía solo 51 años.

propuesto por médicos, epidemiólogos y virólogos que habían trabajado en Kinshasa y para quienes el VIH-SIDA no era solo un problema de salud. Para los doctores Mann, Piot, Jansegers y otros todavía, la lucha contra la epidemia requería tener en cuenta tanto las especificidades de los modos plurales de transmisión del virus, como las condiciones ambientales y sociales, económicas y de otro tipo —creando la vulnerabilidad de las personas al VIH-SIDA—, así como los aspectos psicológicos subyacentes a las elecciones y decisiones que subyacen al comportamiento humano. Esta perspectiva ha ido ganando terreno gradualmente en los programas internacionales de VIH-SIDA.

“Culturas africanas de la sexualidad”: vagabundeo del discurso antropológico

Dos enfoques principales, ambos fuertemente estigmatizantes, han dominado los estudios antropológicos que tenían como objetivo, desde finales de la década de 1980 hasta mediados de la de 1990, comprender los vínculos entre las culturas africanas de la sexualidad y la propagación del VIH en África. En textos de este período, no es raro encontrar referencias explícitas a lo que los autores denominan el comportamiento sexual “desviado” de los africanos, enfatizando en sus “apetitos sexuales bulímicos” y “culturas patológicas de la sexualidad”. Esta visión caricaturizada de la sexualidad africana invitaba, a través de los textos de estos supuestos expertos, a excursiones voyeuristas donde el sensacionalismo de la sexualidad de los africanos se juzgaba a partir de “estándares de la antigua moral victoriana” (Feldman, 1991). La “promiscuidad sexual” a la que se referían muchos textos escritos por investigadores occidentales hasta mediados de los noventa se ha ido transformando con los años en un dogma que prohíbe la aparición de modelos alternativos para explicar la epidemia del VIH-SIDA, en particular las explicaciones que tienen en cuenta las condiciones sociales y económicas en las que viven los africanos.

Tres profesores, el demógrafo John Caldwell, el antropólogo Pat Caldwell y su colega Pat Quiggin, de la Universidad Nacional Australiana en Canberra, afirmaron en 1989 que África estaba “ontológicamente” afectada por la epidemia del sida y que muy poco podría hacerse para limitar la transmisión del VIH en el continente africano (Caldwell *et al.*, 1989). Según estos tres autores, los africanos habían desarrollado culturas de sexualidad caracterizadas por una fuerte permisividad sexual tanto para hombres como para mujeres, con la práctica del sexo antes del matrimonio, el derecho a las relaciones extramatrimoniales con múltiples parejas

y la ausencia total de reglas morales en el control de la sexualidad. El punto esencial que diferenciaba la sexualidad africana de la occidental era, se dijo, en la gran permisividad otorgada a las mujeres africanas en materia de sexualidad. Para respaldar su concepción del modelo africano de sexualidad, los autores australianos se basaron en un gran número de citas de etnólogos, misioneros, administradores y viajeros, la mayoría de las veces hechas a partir de impresiones superficiales.

En este inmenso viaje panorámico de las sociedades aldeanas africanas, se revelan detalles nítidos sobre las prácticas sexuales. En estas sociedades, uno encontraría una gran laxitud, el elogio de la no virginidad, la ausencia de culpa en materia de sexualidad y una permisividad no restringida por reglas morales. Además de que el método “atomista y puntualista” de estos autores tiende a descontextualizar cada dato, no se puede dejar de pensar que han hecho una enorme selección de los datos etnográficos, al retener los que sustentaban su tesis mientras rechazaban lo que los contradecía.³⁸ Los autores han olvidado que los datos etnográficos solo adquieren significado en antropología si se colocan dentro de la configuración total de representaciones y prácticas que prevalecen en una sociedad particular. Por esta misma razón, los antropólogos siempre han sido cautelosos con estos “recorridos turísticos” de hábitos y costumbres sexuales, que a menudo son solo versiones intelectuales del voyerismo que acompaña al turismo sexual internacional.

En asociación con su colega I. O. Orubuloye de Nigeria, John y Pat Caldwell (1996, 1991) dicen que han estudiado la cultura sexual de los yoruba durante unos 30 años, centrándose principalmente en la “desestabilización de su sistema de normas”. Es lamentable que no especificaran si la gran libertad sexual y la ausencia de normas que mencionaron en su texto de 1989 son el resultado de que los Yoruba viven en las grandes ciudades —Ibadan, Abéokuta— o si la misma permisividad sexual otorgada a las mujeres también se encuentra en las aldeas del país Yoruba.³⁹ La cuestión de la relación entre la presencia/ausencia de la circuncisión masculina y el riesgo de transmisión del VIH también les llamó la

³⁸ En 1991, dos antropólogos y un demógrafo de Montreal criticaron a los Caldwell por haber omitido “muchas fuentes etnográficas que socavarían su argumento” (Le Blanc, Meintel & Piché, 1991: 497). En respuesta a las críticas a su método, los Caldwell adoptaron una posición claramente anti-anropológica, escribiendo: “Puede que estemos equivocados en nuestra descripción de la cultura sexual africana, pero si este es el caso, la culpa es de los antropólogos, incluso desde que obtuvimos nuestra información de sus etnografías” (1991: 512).

³⁹ En Bibeau (1996), yo contrastaba, a partir de las obras de Wole Soyinka, los valores que rigen la vida en el campo yoruba y las transformaciones que estos valores sufren durante la migración de los aldeanos a la ciudad.

atención. Es en este contexto que señalaron que el cinturón donde encontramos una mayor prevalencia de sida en África Central, Oriental y Sudoriental se superpone, globalmente, a las regiones de África “con grandes números de hombres incircuncisos” (Caldwell y Caldwell, 1996: 67). Por ello, agregaron la ausencia de la circuncisión masculina a su lista de rasgos culturales que, junto con la promiscuidad femenina, formaban parte de su “modelo de riesgo”. Por esta razón, sugirieron que la circuncisión podría ofrecerse en los países del África subsahariana como “un refuerzo de otras medidas de protección” (1996: 68).

El enfoque genético propuesto en 1989 por John Philippe Rushton y Anthony Francis Bogaert —dos profesores de psicología de la Universidad de Western Ontario (Londres)—, se ha combinado, aportando argumentos sociobiológicos, con el promovido por investigadores australianos. Para Rushton y Bogaert, la evolución humana y la genética hacen posible comprender por qué el VIH-SIDA apareció en África Central y no en otras partes del mundo.⁴⁰ Ellos encuentran la explicación en el hecho de que ciertas razas —en este caso los negroides— poseen rasgos culturales que los predisponen más que los caucásicos y mongoloides a la epidemia del VIH. Sobre este tema, Rushton y Bogaert escriben, haciéndose eco de Freedman (1979), que las sociedades humanas

crean normas y entornos compatibles al máximo con sus genotipos. Esto explicaría por qué en China y Japón a menudo se han elegido estilos de ropa para aplanar el pecho y las nalgas en un intento explícito de “desanimalizar”, con un estilo de ropa opuesto que a menudo se elige en África. Además, en África se han inventado danzas que enfatizan los ritmos ondulantes y la cópula simulada.

Para estos dos científicos canadienses, el comportamiento sexual está directamente relacionado con las características de la historia evolutiva de cada grupo humano. Sobre esta base construyeron su interpretación sociogenética de la epidemia del VIH-SIDA en la que jerarquizaron tres grupos raciales —mongoloides, caucásicos y negroides— con referencia a cinco categorías de atributos: el ritmo de maduración física; el tipo de personalidad y temperamento; estrategias reproductivas; modos de organización social y formas de inteligencia. Según estos autores, los africanos tienen más probabilidades de ser víctimas de enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido el VIH-SIDA, debido a

⁴⁰ Rushton y Bogaert escriben que la mayoría de los africanos piensan en el sexo todos los días, mientras que solo la mitad de los estudiantes universitarios ingleses y solo el 1% de los japoneses piensan en ello. No importa cuánto busquemos en sus escritos, no encontramos rastro de evidencia que apoye tal afirmación.

las diferencias raciales que se expresan, entre otras cosas, en la dimensión de los órganos sexuales, en las normas, en controlar el comportamiento sexual y el rendimiento intelectual. Las tasas diferenciales de ETS e infecciones por VIH se explican agrupando los datos en orden racial: mongoloides-caucásicos-negroides.

Lo que lleva a los africanos a infectarse con el VIH es, por lo tanto, según Rushton y Bogaert, su genotipo, lo que conduce a una mayor asunción de riesgos en materia de sexualidad, más embarazos de adolescentes y muchas tasas de fertilidad, más altas que en cualquier otro lugar del mundo. Además de su tendencia a entregarse a prácticas sexuales de riesgo, se dice que los africanos encuentran la escarificación, los tatuajes, la circuncisión y el intercambio de sangre en pactos de amistad. Por eso, concluyen Rushton y Bogaert, los africanos están condenados a tener sida, a diferencia de los caucásicos y los mongoloides. Dado que sus conductas sexuales se heredan genéticamente, los africanos tendrían poco margen de maniobra para escapar de la epidemia del VIH-SIDA. A la crítica radical realizada por el psicólogo Michael Lynn (1989) quien destacó la ideología implícita integrada en el enfoque genético de las diferencias raciales desarrollado por Rushton y Bogaert, se deben agregar otras dos limitaciones que descalifican totalmente su posición: por un lado, su manipulación de la noción de raza se basa en una psicología que desconoce totalmente el trabajo realizado en las ciencias sociales y más particularmente en antropología y paleontología; por otro lado, su pensamiento se desarrolló de una manera puramente teórica sin que se proporcionara ningún dato fáctico del campo.

El trabajo de estos dos equipos, los Caldwell de Australia y Rushton-Bogaert de Canadá, incorpora lo más caricaturizado y lo peor en el discurso de los estudiosos occidentales sobre África. Es sorprendente que posiciones tan fantasiosas hayan influido, cada una a su manera, en las lecturas que algunos epidemiólogos, sociólogos y antropólogos han propuesto en sus estudios sobre las culturas africanas de la sexualidad. De hecho, las posiciones planteadas por los Caldwell y por Rushton y Bogaert han sido retomadas, en versiones ciertamente suavizadas, por expertos en salud pública que parecen no haber visto que las elaboraciones —divagaciones— de los profesores Los australianos y anglocanadienses no se basaron en ningún dato etnográfico sólido y desconocían totalmente los patrones sociales y culturales que organizan el universo de la sexualidad, la familia y el parentesco en las sociedades africanas. El médico de enfermedades infecciosas Nathan Clumek, profesor de la Université Libre de Bruxelles, habló en una entrevista de 1987 con *Le Monde* sobre la “sexualidad

desenfrenada de los africanos”, llegó a comparar su apetito sexual con el de una población de “obesos bulímicos” (28 de noviembre de 1987).

El tema de la promiscuidad sexual de los africanos ya se había consolidado, a mediados de la década de 1980, en la mente de los científicos sociales, como lo demuestran otros tres artículos (Van de Perre *et al.*, 1984; Serwadda *et al.*, 1985; Feldman, 1986) que se refieren explícitamente a la noción caricaturizada de “promiscuidad heterosexual” entre los africanos. Randall M. Packard y Paul Epstein (1991) se encuentran entre los primeros en señalar los posibles excesos que la demanda casi exclusiva de estudios sobre la dimensión cultural de las prácticas sexuales entre africanos corría el riesgo de provocar una “sobreculturalización” del fenómeno —basado en gran parte en estereotipos y prejuicios, y para eliminar los enfoques sociales y económicos para explicar la epidemia del VIH-SIDA en África.

Es lamentable que los epidemiólogos y los expertos en salud pública no se hayan opuesto a este tipo de enfoque de la perspectiva de los Caldwell, que omite radicalmente lo que realmente son las estructuras africanas de la sexualidad, familia y parentesco.

En antropología, los datos sociales y culturales solo tienen sentido si se interpretan en el horizonte de la configuración global de representaciones y prácticas que prevalecen en una sociedad determinada. Para captar las estructuras africanas de la sexualidad, el único camino verdaderamente etnográfico requiere adentrarse de lleno en el mundo del pensamiento de grupos étnicos específicos, esforzándose por identificar los elementos clave en torno a los cuales se organiza la cultura de la sexualidad y reconstruir, mediante el método comparativo, la diversidad de los múltiples regímenes de prácticas sexuales inventados por sociedades de todo el mundo. En su trabajo etnográfico realizado entre el pueblo samo de Burkina Faso, la antropóloga Françoise Héritier definió un campo específico de significado, el de la fertilidad-esterilidad, que utilizó como puerta de entrada para comprender el universo de la sexualidad. En sus cursos en el *Collège de France* y en sus textos relacionados con la fertilidad, la familia y el parentesco entre los Samo, exploró los parámetros de la cultura de la sexualidad del Samo a partir de una reflexión fundamental sobre “la ‘antropología simbólica del cuerpo’”.

Según Françoise Héritier, no podemos estudiar la sexualidad si la excluimos de su articulación las tensiones existentes entre fertilidad y esterilidad, feminidad y masculinidad, filiación y ascendencia. Además, debemos examinar las reglas que gobiernan la relación entre fluidos y sangre, semen y leche, prohibiciones

matrimoniales y leyes que gobiernan el compartir alimentos, y mucho más. Todo ello contribuye a conformar una formidable asociación de campos de significación dentro de los cuales ciertos conceptos actúan a modo de mecanismos de transferencia —desplazamiento— que permiten el paso de un dominio a otro, del cuerpo biológico y las prácticas sexuales, al espacio social que es el de las relaciones entre linajes y la producción de descendientes y valores culturales a menudo construidos sobre los antepasados como guardianes del orden. La propia Hérítier (1986) explicó en términos claros su método de análisis de las estructuras de la sexualidad:

El objeto de estudio está fuera de lugar: no es ni la etnia ni el corpus reunido sobre un tema preciso, sino la descripción de una red de conceptos asociados entre sí, donde algunos juegan el papel del centro rector, organizando todo o parte del todo conceptual o estableciendo un puente hacia otros conjuntos, desde los cuales se abren en consecuencia múltiples asociaciones [...] Se trata de la elección de los hilos conductores y de las empresas tomadas como ejemplo de diseño de rutas o hacer cortes en conjuntos de importancia global (1986-1987: 427).

La noción de fertilidad está, según Françoise Hérítier, en el centro de una cadena de significados, en la medida en que involucra las nociones complementarias de feminidad, concepción, gestación, nacimiento, hijo, generación, matrimonio, linaje, lactancia materna y menopausia. Basándose en su exploración del tema de la infertilidad, dejó en claro que la fertilidad en las personas de Samo, lo patrilineal solo es posible si la pareja sigue estrictamente una serie de reglas basadas en el principio de que no se pueden cruzar generaciones: a) padres e hijos deben experimentar su sexualidad en casas diferentes, b) que no se pueden mezclar líquidos; c) no hay relaciones sexuales cuando la mujer está menstruando o amamantando; d) que el género —distinción entre espacios femeninos y masculinos, y e) la prohibición de las relaciones homosexuales. Se trata de un marco normativo basado en representaciones de reproducción, relaciones hombre-mujer, relaciones intergeneracionales y filiación, marco que legitima, funda y mantiene las prácticas africanas de la sexualidad, la organización del parentesco y la filiación, sistemas sociales. Mezclar, confundir y unir lo que debe permanecer distinto y separado sólo puede secar los cuerpos, vaciar a las personas, bloquear la circulación y esterilizar.

La misma cadena asociativa enlaza la fertilidad de los cuerpos y la vitalidad de los linajes de modo que la sexualidad de las personas queda aprisionada en una red de obligaciones inscritas en el corazón mismo de la ideología de la

filiación. Cualquier incumplimiento de estas reglas solo puede secar el cuerpo de sus humores, cerrar las aberturas y conducir a la esterilidad. La interpretación que brinda F. Héritier de las concepciones y prácticas de la sexualidad entre los samo, presenta de alguna manera, el marco que los autores australianos antes mencionados sin duda habrían necesitado para vincular las diferentes prácticas sexuales que ellos pescaban a diestra y siniestra en un conjunto de textos heterogéneos y descontextualizados. Muchos comportamientos sexuales que les parecían provenir de la laxitud y la ausencia de estándares, sin duda, habrían adquirido un significado completamente diferente una vez transferidos al fondo de una antropología de la fertilidad, la filiación y las relaciones entre ambos, femenino y masculino de las sociedades consideradas.

Origen del virus, transmisión de monos a humanos

Según la teoría de la llamada “transferencia natural”, que está recibiendo cada vez más apoyo en los círculos científicos, el hábitat original del virus se limitó inicialmente a las comunidades de las aldeas que viven en el bosque ecuatorial. Sería en estas aldeas donde el VIH habría pasado de los grandes simios, los chimpancés, a los humanos, posiblemente a través de cazadores infectados por mordeduras o por la matanza de sus animales de caza. Si bien el origen simio del virus es actualmente un hecho bien establecido, las preguntas sobre cuándo y cómo el virus de inmunodeficiencia simio (VIS) ingresó a los humanos continúan generando mucha controversia. Aunque la mayoría de los investigadores localizan el origen del VIH-1 en los bosques de África Central, más precisamente en áreas al norte del río Zaire, nadie parece saber cómo sucedieron las cosas o por qué sucedieron. Sin embargo, existe cierto acuerdo en torno a la aparición del VIH-1 en Zaire, aunque no es posible decir cuándo ocurrió exactamente, algunos investigadores hablan de finales de la década de 1950 mientras que otros se refieren más a la de 1920.

De hecho, puede haber varias introducciones del virus de los simios a los humanos a lo largo de los siglos sin que el virus condujera necesariamente a epidemias. Sigue surgiendo la pregunta de por qué la epidemia de VIH-SIDA, que se ha convertido en la zoonosis más grande conocida hasta antes del COVID-19, se desarrolló precisamente hacia fines del siglo xx y no antes. Ahora tenemos pruebas que demuestran la existencia de una estrecha relación entre el VIS en los chimpancés comunes (*Pan troglodytes*, cuyo hábitat se extiende desde Guinea en el norte hasta el río Zaire en el sur) y el VIH-1 encontrado principalmente

en aldeas y poblaciones urbanas de África Central.⁴¹ También se ha demostrado la relación de organización genómica entre el VIH-2 y el virus de los simios (VIS) que se encuentra en Camerún en monos Mangabey. Los reservorios de VIS son ciertamente muy numerosos en toda el África subsahariana, donde viven 18 especies de monos, los cuales son indudablemente portadores sanos de virus genéticamente cercanos al VIH. Así como otras cepas de estos virus pueden haber infectado a humanos en el pasado, pueden infectarlos en el futuro.⁴² Una vez que se transmitió a los humanos, el VIS sin duda sufrió una mutación durante el curso de la transmisión que dio lugar al VIH.

Otra teoría postula que el VIS pasó de los simios a los humanos a través de las campañas de vacunación contra la poliomielitis que llevaron a cabo las autoridades coloniales belgas en la década de 1950 (Epstein, 1999). Las vacunas orales administradas a millones de africanos en el Congo, Ruanda y Burundi se hicieron a partir del cultivo de células renales de monos que se cree que portaban el VIS. Esta hipótesis, aún no totalmente probada, fue propuesta en 1992 e inicialmente rechazada por la comunidad científica. El debate se reavivó después de que el periodista Edward Hooper (1999) demostrara la existencia de una superposición entre las áreas geográficas de vacunación masiva y la ubicación de los primeros casos probables de sida que aparecieron en África Central. Si queremos tener una idea clara sobre este tema, sería conveniente reexaminar, lo que parece no haberse hecho hasta la fecha, las existencias restantes de las vacunas antipoliomielíticas para ver si realmente están infestadas por el VIS.

Más bien, otros investigadores creen que el virus se propagó accidentalmente a través de agujas sin esterilizar o mediante transfusiones de sangre. Como en el caso del virus del ébola, la transmisión del virus entre humanos puede haberse acelerado por la esterilización inadecuada del equipo médico o la reutilización de jeringas contaminadas en actividades de vacunación y el tratamiento de ciertas enfermedades. Sin embargo, son la migración del campo a la ciudad, el sexo sin protección, la prostitución y, más fundamentalmente, la pobreza, lo que

⁴¹ Malos nadadores, los chimpancés comunes no cruzaron el río Zaire. Más allá del río comienza el territorio donde viven los bonobos, primos de los chimpancés y también del género Pan. Los chimpancés y los bonobos ahora están amenazados de extinción debido a la actividad humana: destrucción del hábitat y caza furtiva.

⁴² Según Patrick Berche (2007), hay 26 especies de primates no humanos en África. Podemos pensar que las poblaciones de pigmeos que han vivido en el bosque ecuatorial durante milenios deben haber sido contaminadas por virus de simios aunque estos no estén particularmente adaptados a la especie humana. Cualquier contaminación que haya ocurrido en el pasado puede haber quedado aislada, debido a la falta de condiciones suficientemente favorables para la propagación de virus entre grupos humanos.

ha contribuido a crear las condiciones que han favorecido la propagación de la epidemia del VIH-SIDA. Ciertamente, un accidente médico o de laboratorio podría haber ocurrido y contaminar a algunas personas, pero estos accidentes no pueden constituir en modo alguno el principal vehículo por el que ha avanzado la epidemia.

En 2019, el doctor Jacques Pépin, actualmente microbiólogo en el Departamento de Infectiología de la Universidad de Sherbrooke, publicó, bajo el título de *Aux origines du sida. Enquête sur les racines coloniales d'une pandémie*, y en 2011 una versión revisada titulada *The Origins of AIDS*. Se trata de una investigación sobre las raíces coloniales de una pandemia. Este libro magistral se abre con un relato muy personal en el que el doctor Pépin relata los cuatro años que pasó, al principio de su carrera, como médico de campo en el pequeño hospital de Nioki en la región de Equateur de Zaire, en Mai-Ndombe. En su trabajo diario, el joven médico conoció de primera mano los problemas que plantea la contaminación de agujas y jeringas en pequeños hospitales y clínicas de los distritos rurales de Zaire. La introducción de nuevos medicamentos para tratar la enfermedad del sueño y el descubrimiento del VIH por investigadores franceses del Institut Pasteur ayudaron a consolidar, a principios de la década de 1980, su plan para aprender más sobre la medicina tropical.⁴³ Luego se fue para capacitarse en epidemiología en Londres antes de regresar a África cuando la epidemia del VIH-SIDA estaba en pleno apogeo.

Fue en África donde el doctor Pépin comprendió, gracias a las preguntas que eran corrientes entre los investigadores con los que trabajaba, que la historia del VIH-SIDA era mucho más antigua de lo que se decía. Sospechaba, al igual que otros compañeros, que su origen no estaba en Estados Unidos y que la aparición del virus era anterior a la década de 1980. Se iba a manifestar, confiando en diversas fuentes, que el VIH apareció por primera vez en África, específicamente en Zaire, y probablemente al menos en las primeras décadas del siglo xx. Los registros médicos de la época colonial consultados por el doctor Pépin le permitieron descubrir que los primeros casos de VIH-SIDA aparecieron entre las poblaciones rurales de Zaire en la década de 1920; estábamos entonces en medio de la epidemia de la enfermedad del sueño y que el VIH-1 luego se propagó a través de una combinación de rutas a las principales ciudades de África Central y más tarde a Europa y América hasta que surgió la pandemia actual. En su relato

⁴³ Después de recibir formación en epidemiología, se convirtió en investigador del VIH-2 en los Laboratorios del Consejo de Investigación Médica de Gambia. El epicentro de la propagación del VIH-2 fue precisamente Guinea-Bissau. En 1990, el doctor Pépin regresó a Canadá.

de su investigación, el doctor Pépin vuelve a enfatizar en la teoría del cazador para explicar cómo tuvo lugar la transición de VIS a humanos; acompaña esta teoría con referencia a las intervenciones médicas —inyecciones no esterilizadas para el tratamiento de la sífilis, el pian, la lepra y la tuberculosis que, según él, han jugado un papel importante en la propagación del virus.

En este libro que combina medicina, epidemiología, historia y ciencias sociales, Jacques Pépin da cuenta, con extraordinaria precisión, de la historia de la pandemia del VIH-SIDA, dando vida a las figuras a menudo olvidadas de médicos, virólogos y científicos que dieron su vida cuidando a pacientes portadores no solo del VIH sino de muchas otras enfermedades tropicales que fueron las principales causas de muerte durante el período colonial. Su pensamiento es particularmente original cuando vincula, con pruebas que parecen sólidas, el origen y la propagación del VIH con la historia colonial africana de la década de 1920 y, en particular, con la medicina que se practicaba, especialmente a través del manejo de las principales especies endémicas, en la colonia del Congo Belga después de 1908.

A pesar de los grandes avances en nuestra comprensión de los diferentes aspectos de la epidemia del VIH-SIDA de los que se hace eco el libro del doctor Pépin de una manera creativa y eminentemente personal, debemos reconocer que aún queda mucho por escribir.

Referencias

Bazin, Laurent

(2000) “Sexualité et SIDA en Afrique: prévention et évolution des recherches. Entretien avec Laurent Vidal”, *Journal des Anthropologues*, nos. 82-83, pp. 309-323.

Bazin, Laurent, Rommel Mendès-Leite & Catherine Quiminal (Éditeurs)

(2000) “Anthropologie des sexualités”, *Journal des Anthropologues*, no. special.

Bedford, M. Ward; A. Tatem, J. D. Sousa, N. Arinaminpathy, J. Pépin, D. Posada, Martine Peeters, O. Pybus & P. Lemey

(2014) “The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human populations”, *Science*, vol. 346, no. 6205, pp. 56-61.

Berche, Patrick

(2007) *L'histoire des microbes*, Paris, John Libbey, Eurotex.

Bibeau, Gilles & Duncan Pedersen

(2002) “A Return to Scientific Racism in Medical Social Sciences. The case of sexuality and the AIDS epidemic in Africa”, in Mark Nichter & Margaret Lock

- (eds.), *New Horizons in Medical Anthropology. Essays in Honour of Charles Leslie*, New York/London, Routledge, pp 141-171.
- Bibeau, Gilles & Ruth Murbach (dirs.)
 (1991) “Déconstruire l’univers du sida”, *Anthropologie et Société*, vol. 15, nos. 2-3, pp. 5-11.
- Bibeau, Gilles
 (1979) *De la maladie à la guérison. Essai d’analyse systémique de la médecine des Anghandi du Zaïre*, Thèse de doctorat, Département d’anthropologie, Université Laval.
 (1989) *For a Biocultural Approach to AIDS: Deadends and New Leads*, Ve Congrès Mondial sur le Sida, Montréal.
 (1991) “L’Afrique, terre imaginaire du sida”, *Anthropologie et Société*, vol. 15, nos. 2-3, pp. 125-147.
 (1995) *Dérives montréalaises. Itinéraires de toxicomanies dans le quartier Hochelaga Maisonneuve*, Montréal, Boréal (avec Marc Perreault).
 (1996) “L’Étranger dans le théâtre de la guérison. À propos de la dramaturgie yoruba selon Wole Soyinka”, *Nouvelle Revue d’ethnopsychiatrie*, vol. 29, no. 2, pp. 31-90.
 (2004) *Le Québec transgénique. Science, marché, humanité*, Montréal, Boréal.
 (2016) “Construction vagabonde d’un mythe de l’américanité. Jack Kerouac et Neal Cassady”, in Jean-François Chiantaretto & Catherine Matha (dirs.), *Écriture de soi, écriture du corps*, Paris, Hermann, pp. 225-240.
- Broqua, Christophe & Fred Eboko
 (2009) “La Fabrique des identités sexuelles”, *Autrepart*, no. 49.
- Bygbjerg, I. C.
 (1983) “AIDS in a Danish Surgeon (Zaïre, 1976)”, *The Lancet*, 321, 8338 (23 Avril 1983), pp. 925.
- Caldwell, J. C. & P. Caldwell
 (1996) “The African AIDS epidemic”, *Scientific American*, vol. 274, no. 3, pp. 40-46.
- Caldwell, J. C., I. O. Orubuloye & P. Caldwell
 (1991) “The destabilization of the traditional Yoruba sexual system”, *Population and Development Review*, vol. 17, no. 2, pp. 229-262.
- Caldwell, John, Pat Caldwell & Pat Quiggin
 (1989) “Disaster in an Alternative Civilization. The Social Dimension of AIDS in Sub-Saharan Africa”, *Population and Development Review*, vol. 15, no. 2, pp. 185-234.
- Clumek, Nathan, F. Mascart-Lemone, J. de Maulbeuge *et al.*
 (1993) “Acquired immuno-deficiency syndrome in Black Africans”, *The Lancet*, no. 1, pp. 642.

- Clumek, Nathan, J. Sonnet, H. Taelmand *et al.*
 (1984) “Acquired immunodeficiency syndrome in African patients”, *New England Journal of Medicine*, vol. 310, no. 8, pp. 492-497.
- Cohen, Jon
 (1997) “The Rise and Fall of Projet SIDA”, *Science*, vol. 278, no. 5343, pp. 1565-1568. <https://www.doi.org/10.1126/science.278.5343.1565>
- Constant, Paule
 (2016) *Des chauves-souris, des singes et des hommes*, Paris, Gallimard.
- Cornet, René J.
 (1947) *La Bataille du Rail. Construction du chemin de fer de Matadi au Stanley-Pool*, Bruxelles, Éditions L. Cuypers.
- Curran, James W. & Harold W. Jaffe
 (2011) AIDS: the Early Years and CDC’s Response, Morbidity and Mortality Weekly Report, no. 60, pp. 64-69.
- De Cock, K. M.
 (1996) “The emergence of HIV/AIDS in Africa”, *Revue d’épidémiologie et de santé publique*, no. 44, pp. 511-518.
 (1984) “AIDS: An Old Disease from Africa?”, *British Medical Journal*, no. 289, pp. 306-308.
- De Villers, Gauthier, Bogumil Jewsiewicki & Laurent Monnier (dirs.)
 (2002) *Manières de vivre: économie de la “débrouille” dans les villes du Congo/Zaire*, Tervuren.
- Delaunay, Véronique, Alice Desclaux & Cheikh Sokhna (dirs.)
 (2018) *Niakbar Mémoires et perspectives. Recherches pluridisciplinaires sur le changement en Afrique*, L’Hartmattan Sénégal/IRD éditions
- Devisch, Renaat
 (1995) “Frenzy, violence and ethical renewal in Kinshasa”, *Public Culture*, no. 7, pp. 593-629.
- Durham, W. H.
 (1990) “Advances in Evolutionary Culture Theory”, *Annual Review of Anthropology*, no. 19, pp. 187-210.
- Epstein, H.
 (1999) “Something Happened” A review of Edward Hooper “The River: A Journey to the Source of HIV and AIDS”, in *The New York Review of Books*, vol. XLVI, no. 19, pp. 14-18.

- Essex, M. & P.J. Kanki
 (1988) "The Origins of the AIDS Virus", *Scientific American*, vol. 259, no. 4, pp. 64-71.
- Faria, Nuno R., Andrew Rambaut, Marc A. Suchard, Guy Baele, Trevor Bedford, Melissa J. Ward, Andrew J. Tatem, João D. Sousa, Nimalan Arinaminpathy, Jacques Pépin, David Posada, Martine Peeters, Oliver G. Pybus & Philippe Lemey
 (2014) The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human populations, *Science*, vol. 346, no. 6205 (3 octubre 2014) : 56-61.
 DOI: <https://www.doi.org/10.1126/science.1256739>
- Farmer, Paul
 (1996) *Sida en Haïti: la victime accusée*, Paris, Karthala (1992 AIDS and accusation. Haiti and the geography of blame, Berkeley, University of California Press).
- Fassin, Didier
 (1997) *L'anthropologie entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique*, in Charles Becker, Jean-Pierre Dozon, C. Obbo & Moriba Touré (Eds), *Vivre et penser le sida en Afrique*. Dakar/Paris, CODESRIA/Karthala/IRD.
- Fassin, Didier (Directeur)
 (2004) *Afflictions: l'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*, Paris, Karthala.
- Feldman, Douglas
 (1986) Anthropology, AIDS and Africa, *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 17, no. 2, pp. 38-40.
- Garrett, Laurie
 (1994) *The Coming Plague. Newly Emerging Diseases in A World Out of Balance*, New York, Farrar, Straus and Giroux.
- Geiger, Jack
 (1987) Plenty of Blame to go Around, *The New York Times*, (8 novembre 1987), p. 9.
- Getchell, J. P.; D. R. Hicks, A. Svinivasan, J. L. Heath, D. A. York, M. Malonga, D. N. Forthal, J. Mann & J. B. McCormick
 (1987) "Human Immunodeficiency Virus Isolated from a Serum Sample Collected in 1976 in Central Africa", *Journal of Infectious Diseases*, vol. 156, no. 5, pp. 833-837.
- Gilman, S.
 (1985) *Difference and Pathology: Stereotypes of Sexuality, Race and Madness*, Ithaca: Cornell University Press, in Packard R.M. & Epstein, P. "Epidemiologists, Social Scientists and the structure of medical research on AIDS in Africa", *Social Science and Medicine*, vol. 33, no. 7, pp. 771-794.

- Goody, Jack
(1976) *Production and Reproduction: A Comparative Study of the Domestic Domain*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Grmek, Mirko D.
(1989) *Histoire du Sida. Début et origine d'une pandémie actuelle*, Paris, Payot.
- Hahn B.H., G. M. Shaw, K. M. De Cock & P. M. Sharp
(2000) "AIDS as a zoonosis: scientific and public health implications", *Science*, no. 287, pp. 607-614. PMID 10649986 [archive] Science [archive]
- Héritier, Françoise
(1984) "Stérilité, aridité, sécheresse : quelques invariants de la pensée symbolique", in Marc Augé & Claudine Herzlich (eds.), *Le sens du Mal*, Paris, Éditions des Archives contemporaines, pp. 123-154.
- Hooper, Edward
(1999) *The River: A Journey Back to the Source of HIV and AIDS*, Boston, MA, Little, Brown and Company.
- Hrdy, D. B.
(1987) Cultural practices contributing to the transmission of human immunodeficiency virus in Africa, *Review of Infectious Diseases*, no. 9, pp. 1109-1119.
- Iliffe, John
(2006) *The African AIDS Epidemics. A History*, Athens, Ohio University Press.
- Keele *et al.*
(2006) "Chimpanzee reservoirs of pandemic and non-pandemic HIV-1", *Science*, vol. 313, no. 5786, pp. 523-526.
- Kramer, Jane
(1993) "Letter from Europe: Bad Blood", *New Yorker*.
- Le Blanc Marie-Nathalie, Deirdre Meintel & Victor Piché,
(1991) "The African Sexual System: Comment on Caldwell *et al.*", *Population and Development Review*, vol. 17, no. 3, pp. 497-505.
- Lynn, Michael
(1989) Race differences in sexual behavior: A critique of Rushton and Bogaert's evolutionary hypothesis, *Journal of Research in Personality*, vol. 23, no. 1 (Mars 1989), pp. 1-6.
- Mann, Jonathan & D. Tarantola
(1996) *AIDS in the World II - Le SIDA dans le monde II*, Oxford, Oxford University Press.
- Mann, Jonathan, D. Tarantola & T. Netter
(1992) *AIDS in the World [Le SIDA dans le monde]*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.

- Mann, Jonathan, Henry Francis, Thomas C. Quinn, Kapita Bila, Pangu Kaza Asila, Ngaly Bosenge, Nzila Nzilambi, Leopold Jansegers, Peter Piot, Kalisa Ruti & James H. Curran
(1986) "HIV Seroprevalence Among Hospital Workers in Kinshasa, Zaire", *JAMA*, no. 256, pp. 3099-3102.
- Mann, Jonathan, Robert L. Colebunders, Ndangi Khonde, Nzila Nzilambi, Leopold Jansegers, Joseph B. McCormick *et al.*
(1986) "Natural History of Human Immunodeficiency Virus Infection in Zaire", *The Lancet*, vol. 328, no. 8509, pp. 707-709.
- Miller, James
(1993) *The Passion of Michel Foucault*, New York, Simon and Schuster.
- Miller, Norman & Richard C. Rockwell (eds.)
(1988) *AIDS in Africa: the Social and Policy Impact*. Lewinston/Queenston, Edwin Mellen.
- Nlandu-Tsasa, Cornelis
(1997) *La rumeur au Zaïre de Mobutu: radio-trottoir à Kinshasa*, Paris, Harmattan.
- Packard, R. M.
(1989) *White Plague, Black Labour: Tuberculosis and the Political Economy of Health and Disease in South Africa*, Berkeley, University of California Press.
- Packard, R.M. & P. Epstein
(1991) Epidemiologists, social scientists and the structure of medical research on AIDS in Africa, *Social Science & Medicine*, vol. 33, no. 7, pp. 771-783.
- Pellow, D.
(1990) Sexuality in Africa, *Trends in History*, vol. 4, no. 4, pp. 71-96.
- Pépin, Jacques
(2019) *Aux origines du sida. Enquête sur les racines coloniales d'une pandémie*, Paris, Seuil
(2011) *The Origins of AIDS*, Cambridge, Presses de l'Université de Cambridge.
- Peter Piot, Peter, Bila M. Kapita, Elisabeth N. Ngugi *et al.*
(1993) *Le SIDA en Afrique: manuel du praticien*, Genève, OMS.
- Piot, Peter & Michel Caraël
(2011) *Le Sida dans le monde. Entre science et politique*, Paris, Odile Jacob.
- Piot, Peter, Henri Taelman, Kapita Bila Milangu, N. Mbendi, N. Ndangi, Kayembe Kalambayi *et al.*
(1984) "Acquired Immunodeficiency syndrome in a heterosexual population in Zaire", *The Lancet*, vol. 324, no. 8394, (14 Juillet 1984).
- Piot, Peter, Henri Taelman, Kapita Bila Milangu, N. Mbendi, N. Ndangi, Kayembe Kalambayi *et al.*
(1984) "Acquired Immunodeficiency syndrome in a heterosexual population in

Zaire”, *The Lancet*, vol. 324, no. 8394, (14 Juillet 1984).

<https://www.doi.org/doi.org/10.1016/>

Quammen, David

(2012) *Spillover: Animal Infections and the Next Human Pandemic*, New York, W. W. Norton and Company.

Quammen, David

(2015) *The Chimpanzee and the River: How AIDS Emerged From An African Forest*, New York, W. W. Norton and Company.

Quinn, T.C., Jonathan Mann, James M. Curran & Peter Piot

(1986) “AIDS in Africa: An epidemiologic paradigm”, *Science*, no. 234, pp. 955-963.

Risse, G. B.

(1988) “Epidemics and History. Ecological Perspectives and Social Responses”, in E. Fee & D. M. Fox (Dirs), *AIDS. The Burdens of History*, Berkeley, University of California Press, pp. 33-66.

Rushton, J.P. & A.F. Bogaert

(1989) Population Differences in Susceptibility to AIDS: An Evolutionary Analysis, *Social Science & Medicine*, vol. 28, no. 12, pp. 1211-1220.

Serwadda, D., R.D. Mugerwa, N. Sewankambo *et al.*

(1985) Slim disease: a new disease in Uganda and its association with HTLV-III infection, *The Lancet*, pp. 849-852.

Setel, Philip W. Miton Lewis & Maryinez Lyons (eds.)

(1999) *Histories of Sexually Transmitted Diseases and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*. Westport, Connecticut/London, Greenwood Press.

Shilts, Randy

(1987) *And the Band Played on: Politics, People, and the AIDS Epidemic*, New York, St. Martin's Press (Traduction française: *Et l'orchestre continua à jouer: la politique, les gens, et l'épidémie du sida*).

Tape Goze & Dédy Séri

(1991) *Tarantola, Daniel 1998 Obituary: Jonathan Mann and Mary Lou Clements-Mann*, *The Independent* (September 5, 1998).

Van de Perre, P., D. Rouvroy, P. Lepage *et al.*

(1984) “Female prostitutes: a risk group for infection with human T-cell lymphotropic virus type III”, *The Lancet*, vol. 326, no. 8454 (Septembre, 1985), pp. 524-527.

Vangroenewege, Daniel

(2000) *Sida et sexualité en Afrique*, Bruxelles, Éditions Aden (Original: *Aids in Africa 1997*).

Vangroenweghe, Daniel

(1986) *Du sang sur les lianes. Léopold II et son Congo*, Bruxelles, Didier Hatier.

Wade, Simeon

(2019) *Foucault in California. Wherein the Great French Philosopher Drops Acid in the Valley of Death*, San Francisco, Heyday Books.

Way, P. O. & K. Stanecki

(1991) *The Demographic Impact of AIDS in Sub-Sahara Africa*, Washington, Center for International Research, United States Bureau of the Census.

Worobey, Michael; Thomas Watss *et alii*.

(2006) 1970s and 'Patient 0' HIV-1 genomes illuminate early HIV/AIDS history in North America, *Nature*, no. 539, pp. 98-101.

<https://www.doi.org/10.1038/nature19827>



Fotografía: Michael Ali, bajo licencia Creative Commons de Flickr.
Fuente: <https://flic.kr/p/NxnsPi>