
Les polítiques de prevenció de la sida a Espanya: el seu desenvolupament institucional

Jacint Jordana

Universitat Pompeu Fabra

Elvira Méndez

Universitat Pompeu Fabra

Resumen: La reacción de la administración pública a causa de la imprevista aparición de la epidemia del Sida pasó de una respuesta inicial rutinaria hacia un nuevo y específico problema sanitario, al desarrollo - a partir de finales de los años ochenta- de un conjunto de programas y acciones, con el objetivo de modificar comportamientos sexuales de la población, disminuir el riesgo de contagio de los adictos a las drogas ilegales y modificar la respuesta social frente a la enfermedad. En este artículo se analizan diversos problemas afrontados por la administración en la instauración e institucionalización de estas políticas de prevención del Sida en España, así como el papel jugado por las ONGs y la movilización social en los procesos de formulación de estas políticas de prevención.

Abstract: The reaction of the public administration when AIDS epidemic showed up moved from an initial routine response to the development of different programs during the eighties, aiming to modify sexual habits of people, reduce the risk of infection among drug users and to reeducate social response regarding the illness. This article analyzes several problems concerning the implementation of AIDS preventive policies in Spain, specially how public administration managed to introduce these policies, and the role played by non-gubernmental organizations in the process of creating and the put-in-practice of the preventives policies.

Introducció

Durant la primera meitat dels anys noranta, les dades sobre el nombre de casos de malalts de la Sida a Espanya (per milió d'habitants), en relació a la major part dels països europeus, han mostrat una tendència divergent important. Així, en aquests anys, el nombre de casos creix espectacularment a Espanya, i es configura com el primer país europeu en nombre de malalts de la Sida -en termes relatius-, mentre que gairebé tots els països europeus aconsegueixen estabilitzar el seu nombre de casos (vegeu la taula I). Aquestes dades, entre altres, han fet que alguns especialistes caracteritzessin recentment la situació espanyola envers la Sida com un «desastre» de la salut pública (Álvarez/Hernández, 1994), i també -evidentment- han provocat una renovada atenció en molts àmbits administratius sobre el problema de la prevenció de la Sida a Espanya.

En aquestes pàgines s'analitza com s'han desenvolupat i articulat institucionalment les polítiques de prevenció de la Sida a Espanya, amb el propòsit de buscar una explicació a les dificultats que aquestes polítiques han afrontat. Bàsicament, el nostre argument pretén destacar que en aquestes polítiques ha concorregut la dificultat de percepció de beneficis, comú a totes les polítiques preventives i que, en el cas d'Espanya, ha estat minsament corregida per experiències prèvies de prevenció comunitària, juntament amb una percepció específica sobre l'epidèmia de la Sida amb tendència a menysprear els riscos. Malgrat això, en el cas espanyol en particular, el que és més destacable no són tant les pròpies percepcions distorsionades, que davant del problema de la Sida van sorgir de forma més o menys similar en molts dels països, sinó la forta estabilitat d'aquestes percepcions, fruit de les dificultats de molts dels agents implicats en la prevenció per aprendre de la pròpia experiència i de les noves informacions existents, i canviar significativament les seves distorsionades percepcions inicials.

Des del punt de vista de la prevenció, la pandèmia de la Sida va representar al principi dels anys vuitanta un problema completament nou, que al llarg de la dècada es va anar configurant com una «Policy Issue», un problema de polítiques públiques, en el sentit que requeria una intervenció pública, no rutinària, amb un elevat component d'implicació política. A cada país, al voltant dels intents per resoldre aquest problema es van articular, amb visions i interessos diferents, nombrosos actors i col·lectius socials que -per diferents motius- es trobaven afectats pels seus efectes. El grau de consolidació institucional prèvia, la capacitat de reacció (o experiència previament adquirida) dels diferents actors envers els nous problemes, o bé les

seves habilitats de percepció, entre altres, són factors que van contribuir en cada cas, a articular i definir de forma diferent les relacions entre els actors i la capacitat d'influència de cadascun. Podem considerar que, hipotèticament, aquests actors es van veure forçats a col·laborar entre ells, per afrontar el problema de la prevenció, i en darrer terme, definir conjuntament -encara que no igualitàriament- les polítiques de prevenció de la Sida. En aquest sentit, el que aquest article pretén és analitzar com s'han mobilitzat els recursos públics a l'entorn de la prevenció, així com també apuntar quina és la importància dels lligams i les relacions interorganitzatives en aquestes polítiques. Es tracta d'avançar en l'explicació, en relació a Espanya, dels complexos motius pels quals la lògica de la prevenció de la Sida ha afrontat moltes més dificultats per imposar-se que la lògica de la curació, tot i que el nombre de recursos necessaris per a la prevenció és inconmensurablement menor.

Evolució de la incidència de casos de Sida en alguns països europeus (1985-1994).

	Dina- marca	França	RFA	Itàlia	Països Baixos	Espanya	Suïssa	Gran Bretanya
1985	7,5	10,5	4,1	3,4	4,6	4,3	12,9	4,2
1986	13,5	22,6	7,6	7,9	9,4	11,9	26,5	8,3
1987	19,6	4,0	14	17,7	16,6	25,8	40,9	11,7
1988	24,7	54,2	17,6	30,6	22,0	53,5	65,8	15,5
1989	33,9	66,6	21,1	42,2	26,2	73,3	80,3	18,0
1990	38,3	73,4	18,4	53,0	27,6	84,8	76,4	20,4
1991	40,2	77,1	20,2	63,4	29,6	99,1	74,3	21,9
1992	36,9	90,3	20,5	70,7	34,7	119,6	90,3	27,0
1993	46,2	97,1	21,7	82,7	30,1	143,2	83,1	28,9
1994	48,2	105,4	22,2	90,1	30,0	163,5	88,5	29,6

L'expansió de l'epidèmia de la Sida

Des de les noves publicacions sobre la Sida aparegudes el 1981, el nombre d'habitants afectats pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) ha augmentat permanentment. Una estimació actual considera que existeixen en el món uns 13 milions de persones infectades, i que es produeixen unes 5.000 noves infeccions diàries. De totes aquestes persones infectades, quasi 3 milions han desenvolupat Sida i 2.5 milions han mort ja per la malaltia. Tot i les limitacions de les projeccions a llarg termini, s'estima que per l'any 2.000

s'hauran produït en el món entre 75 i 110 milions d'infeccions, i es desenvoluparan 25 milions de casos de Sida.

El conjunt de països de la Regió Europea de l'OMS havia declarat un total acumulat de 154.629 casos de Sida fins al final de 1995, dels quals el 22,4% correspondrien a Espanya. Dins de la Regió Europea, Espanya és el país que té una taxa d'incidència acumulada més alta (441,2 casos per milió d'habitants), així com també el primer país en superar la taxa d'incidència anual de 10 casos per cent mil habitants (OMS, 1993). Dades més recents (setembre 1995) assenyalen que el nombre de casos acumulats és de 34.618, dels quals es concentra la meitat entre Catalunya i Madrid (CNE, 1995). A Catalunya, la taxa d'incidència anual ha anat augmentant progressivament fins arribar a 16 casos per cent mil habitants l'any 1990. Durant els últims tres anys (1991-1994), la taxa anual sembla que es manté estable amb uns 18 casos per cent mil habitants. A la ciutat de Barcelona, a final de juny de 1994, la taxa d'incidència acumulada era una de les més altes entre les ciutats europees, amb 170,8 casos per cent mil habitants, i en el districte de Ciutat Vella arribava fins 535,5 casos per cent mil habitants (AjB, 1994). Per tant, l'evolució desfavorable que està tenint l'epidèmia de la Sida a Espanya comporta que se la consideri, per la seva importància potencial, com un dels grans problemes socials i sanitaris del país (SESPAS, 1993).

Distribució de casos acumulats Espanya/Catalunya (fins març 1994)

Grup de transmissió	Espanya	%	Catalunya	%
UDVP heterossexuals	15.518	64,1	3.385	57,4
UDVP homosex/bixes	520	2,1	103	1,7
Homossexuals/bisex	3.079	15,3	1.296	22,0
Receptors de hemoder.	509	2,1	83	1,4
Receptors de trasnfus.	239	1,0	43	0,7
Fills de mares amb risc	479	2,0	112	1,9
Heterossexuals	1.803	7,4	484	8,2
Altres	134	0,6	13	0,2
Desconegut (NC)	1.291	5,3	383	6,5
Total	24.202	100,0	5.902	100,0

Font: Centro Nacional de Epidemiología, 1994.

El patró de distribució dels casos de Sida per categories de transmissió és fonamental per comprendre la dinàmica de l'epidèmia, així com per dissenyar i prioritzar les formes d'intervenció pública més apropiades, i avaluar posteriorment el seu l'impacte. A l'expansió del VIH a Espanya han predominat les formes de transmissió sexual,

bàsicament per la via de les relacions homosexuals no protegides. Aquest grup de transmissió representa, concretament, el 39,7% dels casos acumulats a tota Europa fins al juny de 1993. Pel que fa al conjunt europeu, aquest grup va seguir de molt a prop pel grup d'usuaris de drogues il·legals per via parenteral. Aquest segon grup representava el 36,6% dels casos acumulats fins al juny de 1993 (DGRS, 1993). Tanmateix, aquesta última forma de transmissió és proporcionalment molt més important en els països del Sud d'Europa. En el cas d'Espanya, els casos acumulats fins al març de 1994 entre usuaris de drogues il·legals suposen el 66,3% i, concretament a Catalunya, el 59,1% de tots els casos de Sida declarats (CNE, 1994), que resulta ser la incidència de la infecció per VIH entre usuaris de drogues per via parenteral a Espanya la més alta dels països occidentals (Aviño et al., 1994). Hem de recordar també que aquest important expandiment de la Sida entre usuaris de drogues il·legals per via endovenosa afecta la Sida pediàtrica i la seva transmissió heterosexual.

L'evolució de l'epidèmia de la Sida, des dels primers casos registrats el 1981, a Catalunya, ha seguit un patró d'increment del percentatge dels usuaris de drogues il·legals fins a l'any 1988. Així mateix, com ja s'ha assenyalat, el grup de transmissió heterosexual ha augmentat a un ritme molt ràpid des de 1989. Mentre que durant aquests últims anys el nombre de nous casos entre el grup de varons heterosexuals es manté proporcionalment força estabilitzat; després del seu creixement en els períodes previs d'evolució de l'epidèmia, el grup d'usuaris de drogues il·legals fins i tot sembla que disminueixi una mica durant l'any 1993 (Muga et al., 1994). En aquests moments, només pot afirmar-se que existeix un gran nivell de desconeixement del comportament i els hàbits dels usuaris de drogues il·legals, i que, amb dades del desembre del 1993, la taxa acumulada per milió d'habitants de casos de Sida en usuaris de droga per via parenteral (UDVP) a Espanya, és la més elevada d'Europa (370,3), seguida a gran distància per Itàlia (227,9) i Suïssa (194,3) (OMS, 1993). Aquest conjunt de tendències sembla indicar un creixement inferior de la infecció per VIH entre els grups de transmissió més afectats a l'inici de l'epidèmia, s'aprecia també un expandiment vers el vast col·lectiu heterosexual.

Al llarg d'aquests anys, ha existit un problema d'informació important en analitzar les pautes de l'epidèmia a partir de casos declarats de Sida, ja que representen infeccions que es van produir amb una antiguitat mitja d'uns cinc anys (Casabona et al., 1993). Aquesta dificultat ha tingut i té implicacions importants en les polítiques de prevenció de la Sida, ja que ha introduït constantment un nivell

estable d'incertesa sobre l'evolució de l'epidèmia, i no ha permès valorar els efectes de les polítiques de prevenció amb rapidesa. Això ha produït ocasionalment i de forma excepcional sobrevaloracions del risc, especialment durant el període de creixement exponencial del nombre de casos declarats de Sida, a mitjan dels anys vuitanta. Malgrat tot, la resta del temps, i a la major part dels casos, la incertitud no ha afavorit gens la modificació de les percepcions contràries a la prevenció, ja que ha estabilitzat menysvaloracions del risc existents prèviament, o bé no ha permès justificar les polítiques innovadores davant de fortes crítiques o reserves de caràcter conservador. El millor mètode per modificar aquesta situació és perfeccionar el grau d'informació que hi ha, aprenent sobre les pautes de transmissió de la infecció en la societat i difondre aquesta informació entre els actors implicats en la prevenció. Malgrat tot, només amb el desenvolupament de sistemes de monitorització de la infecció a partir de poblacions **centinela** és possible disposar de dades «en temps real» de l'evolució de la infecció pel VIH entre la població (DSSS, 1992). Aquests sistemes d'informació, ja existents en alguns països europeus, aconseguen reduir de forma significativa la incertesa, la qual cosa elimina el desfasament temporal que hi ha entre la intervenció i l'avaluació de les polítiques preventives. Una valoració ajustada de l'expansió de l'epidèmia «en temps real» -reduint la incertesa- pot disminuir en gran manera les percepcions distorsionades del risc, i també pot incidir en una disminució de les distorsions que de forma genèrica ha d'afrontar la prevenció com forma de despesa.

Les polítiques públiques de prevenció de la Sida

Actualment, podem trobar un cert consens acadèmic sobre l'existència, en forma de tipus ideals, de dos estils que orienten la intervenció pública de la prevenció de la Sida. Per una banda, trobem un estil excloent, centrat en la discriminació social i en el control coactiu, que té com objectiu reduir l'expansió de l'epidèmia restringint els contactes entre els portadors de virus i la resta de la població. Per una altra banda, tenim l'estil integrador, impulsor de l'aprenentatge social, que pretén augmentar el nivell de responsabilitat social del conjunt de la població, considerant que els efectes emergents d'una correcta articulació comunitària condueixen a la màxima prevenció en les pràctiques de risc de la població (Indyk / Rier, 1993).

La discriminació social regulada des de l'Estat ha estat implantada de forma contundent en pocs països. Tanmateix, bastants aspectes de l'estil excloent –sense un caire extrem– es poden trobar en moltes societats democràtiques, tant en àmbits públics com privats.

Mesures com ara establir un control de fronteres per als seropositius, no mantenir l'anònim de la prova, o dissenyar circuits sanitaris especials constitueixen elements discriminatoris bastant usuals de les administracions públiques del països occidentals (Adam, 1989). En els àmbits privats, són freqüents actituds defensives i reaccions específiques de la població no afectada ni amenaçada de forma directa per la infecció. Per exemple, podem trobar exclusions d'individus portadors de VIH a les escoles i els veïnats, atemptats als portadors en els drets laborals, discriminacions sanitàries, etc. En cap sentit ha estat comprovada l'efectivitat de les actituds basades en la discriminació, però en estar la Sida associada a col·lectius poc populars –especialment en contextos amb poca o gens d'informació–, els esforços per promoure actituds integradores no troben sempre tot el suport necessari (Schneider et al., 1993). D'altra banda, l'estil integrador es basa en establir polítiques que fomentin la reducció voluntària de riscos: propagant la informació adequada en cada àmbit social, facilitant les mateixes vies d'accés a tota la població en els serveis socials i de salut, incentivant i donant suport a dinàmiques comunitàries o d'autoorganització entre els col·lectius més amenaçats, entre altres mesures. Les administracions públiques poden evitar estigmatitzar grups, tot facilitant la capacitat de l'aprenentatge social i els canvis de comportament (Valdiserri et al., 1992; Friedman, 1993).

En aquest sentit, es considera que allí on hi hagi una millor informació sobre la malaltia, que eviti una diferenciació de la societat entre col·lectius que conviuen amb el risc i sectors socials que veuen el risc com una amenaça externa, més fàcilment es reduiran els factors de risc per a l'expandiment de l'epidèmia (Schneider et al., 1993). Un aïllament social dels grups de risc pot induir respostes reactives de protecció, per la qual cosa la capacitat de control de l'epidèmia –en les nostres societats interconnectades– s'escapa completament de qualsevol intervenció pública. A la llarga, una menor integració acaba produint una major difusió de l'epidèmica entre col·lectius més amplis.

Després de més de deu anys d'experiència en les polítiques de prevenció de la Sida, es pot considerar que l'estil exclouent de prevenció, centrat en una àmplia i intensa discriminació social, té un paper clau en la vulnerabilitat d'una societat envers a l'expansió del VIH (Mann, 1993). A major discriminació, menor és la capacitat dels individus per aprendre i modificar el seu comportament, i per tant, els mecanismes d'infecció continuen actuant i expandint l'epidèmia. Per contra, l'estil integrador, basat en l'aprenentatge social, ha produït uns resultats espectaculars, aconseguint una gran efectivitat

en la modificació dels comportaments humans associats a pràctiques de risc i reduint notablement l'expansió de l'epidèmia. Des del punt de vista de les respostes preventives ha dominat l'estil integrador; cal destacar que en moltes ocasions s'han produït configuracions complexes i –canviants– d'ambdós estils. En general, per predominar, l'estil integrador ha hagut d'afrontar diverses opcions: en l'àmbit polític, l'enfrontament amb grups que tenien una relació principalment ideològica amb el problema; en el camp professional, una concepció mèdica que majoritàriament s'inclinava per estratègies de control; i en relació a l'opinió pública, una majoria de la població que donava suport a la discriminació, com a forma d'autoprotecció (Rosenbrock, 1993).

A Europa, tres tipus diferents de respostes s'han observat per prevenir l'expansió de l'epidèmia de la Sida (Moerkerk/Aggleton, 1990). En primer lloc, es troben els països que clarament van optar per l'estil integrador, com Noruega o bé Holanda, donant una resposta «pragmàtica» a l'epidèmia. Fomentant el consens amb tots els col·lectius afectats i ajudant –sense limitar la seva llibertat d'iniciativa– a moviments socials i ONGs implicats en la lluita contra la Sida, en aquests països es va reduir l'expansió de l'epidèmia des dels nuclis inicials optant a fons per les estratègies d'aprenentatge social. En segon lloc, tenim els països on han predominat les respostes mixtes de tipus «polític», confluint integració i discriminació. S'entén com respostes «polítiques» perquè es va afrontar la Sida com un problema polític, i no únicament com un problema sanitari. A mitjan dels anys vuitanta, el Regne Unit i Alemanya, i també en països com Àustria o Suècia, la Sida es va caracteritzar com una gran catàstrofe, i es va considerar com el seu problema de salut més important. La percepció del risc va resultar exagerada, però va canalitzar una gran receptivitat política, permetent nombroses innovacions en les polítiques de prevenció (Rosenbrock, 1993; Freeman, 1992). Els governs d'aquests països van ser menys conseqüents en les polítiques antidiscriminació, i en ocasions es va utilitzar la coacció per regular determinats comportaments (homosexualitat a Irlanda, prostitució a Alemanya, etc.), ja que les seves polítiques preventives quasi sempre van estar limitades pel que era políticament possible (Day/Klein, 1990). Un tercer grup de països, entre els quals es troben França, Itàlia o Grècia, es caracteritza per les seves respostes mixtes de caràcter «professional», que també comporten una barreja d'elements integradors i discriminatoris (Setbon, 1991). Les actuacions governamentals d'aquests països van ser bastant reactives –menys sensibles al risc de l'epidèmia–, i freqüentment guiades a curt termini. Des dels nivells polítics no es van promoure intervencions po-

tents de les administracions implicades en la prevenció. En aquest context, els col·lectius i les institucions sanitàries van ser els que van encapçalar les polítiques preventives (mentre que les ONGs i els grups comunitaris jugaven un paper relativament marginal), utilitzant el capital de cultura preventiva ja existent a cada país. Per tant, la innovació i la intensitat de la prevenció depenia en gran manera de la capacitat d'acció dels grups professionals i del seu poder d'influència política i social, ja que aquests col·lectius i institucions havien d'impulsar políticament les accions preventives.

Les polítiques de prevenció de la Sida a Espanya: actors i contextos

El cas espanyol s'inscriu clarament dins del grup de països on ha predominat una reacció «professional», poc pragmàtica i a la qual les consideracions polítiques han donat un suport minso. Amb un estil bastant integrador en les polítiques preventives, les intervencions públiques han afrontat amb poc èxit molts elements discriminatoris presents en el context polític i social del país. Han estat diferents col·lectius mèdics els que han aixecat la inquietud sobre els problemes de la Sida, impulsant l'administració a dur a terme accions i programes encaminats a prevenir l'expansió de l'epidèmia.

La coordinació intersectorial de la prevenció ha estat en mans dels professionals sanitaris, sense cap implicació política d'alt nivell, i –en termes generals– els resultats han estat bastant decebedors (Álvarez/Hernández, 1994; Zunzunegui, 1994). A més a més, la debilitat de moviments socials i de les ONGs, a causa en gran part a l'extrema divisió, no ha permès que es pressionés eficaçment el sistema polític. Des dels àmbits polítics, generalment, s'ha observat l'epidèmia de la Sida com un problema professional, que per les seves característiques exigia recursos importants, però que, fins i tot quan els indicadors mostraven dades alarmants, i es produïen «puntes» en la percepció del risc, no s'examinava políticament a fons, més enllà dels costos polítics a llarg termini, i únicament s'entenia com una nova apel·lació genèrica a destinar més recursos per afrontar la malaltia. Aprofitant aquesta dinàmica, diferents col·lectius mèdics han remarcat en diferents moments l'expansió de la malaltia, per disposar de més recursos, generalment amb força èxit.

Malgrat això, els recursos s'han centrat especialment en la investigació clínica i l'atenció farmacològica, essent menys ateses les necessitats preventives.

Per què s'han produït les coses d'aquesta manera a Espanya?

La nostra hipòtesi s'articula al voltant de dues consideracions.

En primer lloc, la hipòtesi que entre els diversos col·lectius professionals (metges especialistes, investigadors clínics, microbiòlegs, gestors hospitalaris, etc.) els especialistes en salut pública –impulsors de les polítiques de prevenció– van constituir una comunitat feble, en termes relatius a altres professionals del món sanitari, i deficitàriament institucionalitzada, malgrat els avenços realitzats durant els últims anys (Antó, 1992). Tot i així, en la prevenció de la Sida, aquesta comunitat havia de gestionar uns reptes extraordinàriament complexos, d'igual o major importància que altres col·lectius mèdics, centrats a afrontar les dificultats que hi ha per canviar la percepció dels riscos de l'epidèmia en cercles socials i polítics. En segon lloc, la presumpció del fet que no hi ha hagut en cap moment un compromís polític important sobre la prevenció, ni tan sols reactiu, tant per l'entorn de «professionalisme», que implica i «protegeix» totes les polítiques de la Sida, com pels eventuais costos a curt termini (ideològics, culturals, electorals, etc) que els partits polítics haurien d'assumir si decidissin dirigir -estratègicament- les polítiques de prevenció de la Sida.

Amb l'aparició dels primers casos de Sida, en la primera meitat dels anys vuitanta, les autoritats sanitàries espanyoles van crear comitès d'experts mèdics per assessorar-se de les característiques de la malaltia, i de com podia ser tractada en el sistema sanitari públic. Hi havia poca informació i era difícil de valorar els riscos que podia produir l'extensió de la nova malaltia. L'atenció es centrava més en els aspectes d'identificació dels casos i la seva curació, que no pas en les possibles activitats de prevenció. No constituint una especificitat espanyola, conflueix en aquest fet l'habitual distorsió dels possibles beneficis ajornats de la prevenció i la inicial estigmatització de la malaltia. En aquest sentit, com activitat preventiva, aquests comitès es dedicaven bàsicament a distribuir informació dels mecanismes de transmissió de la malaltia als professionals clínics. Però la influència d'aquests comitès era bastant limitada dins de la pròpia comunitat mèdica. Un exemple d'això, que va manifestar la deficitària capacitat de reacció de l'administració sanitària envers nous problemes, va ser el retard per imposar l'obligatorietat del control dels productes hemoderivats.

El creixement exponencial del nombre de casos de Sida a mitjan dels vuitanta amb la polèmica associada al postergat control obligatori dels productes hemoderivats, que va manifestar la incapacitat institucional de produir reaccions a temps envers els nous problemes sanitaris que produïa la Sida, van motivar la creació, des de principi del 1987, d'organitzacions públiques especialitzades a coordinar els problemes de prevenció i atenció a la Sida. Per explicar la seva aparició és ne-

cessari destacar que en aquells moments, havent-hi una gran incertesa sobre l'evolució de l'epidèmia, es va produir a Espanya –així com en altres països– una significant valoració del seu risc que facilitava un important canvi conceptual en la prevenció de la malaltia, així com una inicial intervenció política.

Els nous aires en la formulació de polítiques públiques que dominaven el panorama polític espanyol van denominar –simbòlicament– com «programes» aquests òrgans nous de coordinació i assistència. El Ministeri de Sanitat va crear el seu «Programa de lluita contra la Sida» -després es va titular «Plan Nacional del Sida»- de magnitud nacional, i diverses comunitats autònomes, com Catalunya o el País Basc, van crear el seus «programes» a nivell autonòmic (Galícia i Madrid posteriorment). En altres comunitats autònomes, l'atenció als problemes de la Sida es va integrar -amb més o menys fortuna- dins de les organitzacions de l'administració sanitària ja existents. El «Plan Nacional del Sida», que va representar l'organisme màxim de coordinació intersectorial, també havia d'impulsar la coordinació amb les administracions autonòmiques. Per això, havia d'establir les pautes d'actuació per al conjunt del país, coordinant la seva activitat amb la de les comunitats autònomes i conduint les ajudes econòmiques als programes d'actuació de les diferents administracions i ONGs.

En aquests anys, hi havia ja un ampli coneixement de les vies de transmissió de l'epidèmia i dels canals per on es transmetia la infecció, i a més a més, es disposava de tecnologia per detectar la infecció. Si durant els primers anys vuitanta la imatge social de la Sida es reduïa a col·lectius minoritaris, a partir de la meitat dels vuitanta es va començar a entendre que aquests col·lectius no eren compartiments aïllats i que, per tant, la Sida podia constituir una amenaça per al conjunt de la població. Aquest fet va permetre redefinir les polítiques de prevenció de la Sida, que ja no podien ser afrontades exclusivament per les pròpies estructures sanitàries, sinó que necessitaven respostes polítiques específiques, coordinació intersectorial i nous programes de prevenció orientats a tota la població. L'evolució del Regne Unit és un bon exemple d'aquesta inflexió. Fins a l'any 1986 s'encara la Sida com un problema tècnic que requereix respostes professionals, dins de les rutines d'acció preexistents. Però davant de la nova percepció que la Sida podia convertir-se en una gran catàstrofe humana, l'any 1986, es va crear un comitè de govern per coordinar les polítiques contra la Sida, a través del qual un comitè d'experts va proposar noves polítiques, incloent grans campanyes educatives sobre conducta sexual que trencaven tots els esquemes precedents (Day / Klein, 1990).

Malgrat tot, en el cas espanyol, tot i la inicial intervenció política

l'any 1987, les polítiques de prevenció no van seguir el mateix camí. Des dels àmbits polítics no es va controlar aquest impuls institucional inicial, i les noves dades de final dels anys vuitanta on desapareixia la tendència exponencial -tot i mantenint-se la incertesa de l'expansió de la infecció- conduïrien a un nou menyspreu dels riscos. Per altra banda, la Secretaria del nou «Plan Nacional del Sida» no va definir un pla integral d'actuació ni exercir una direcció sobre el conjunt de polítiques preventives, activant els suports polítics necessaris. Aquesta situació va provocar una absència contínua de prioritats i un repartiment de recursos proporcional al pes de l'epidèmia en les diferents comunitats autònomes, sense que això reflectís la intensitat del problema en cada comunitat. En aquest sentit, les polítiques preventives dutes a terme en cada comunitat van demostrar una gran descoordinació entre elles, i, sense cap suport, van intentar -amb major o menor intensitat- «recrear», en els seus àmbits territorials, els suports polítics i professionals necessaris per impulsar polítiques preventives, que van ser efectives per impedir l'expansió de l'epidèmia.

Podem interpretar l'evolució erràtica de les polítiques de prevenció de la Sida a Espanya després del 1987 com un cas extrem de les polítiques basades en reaccions «professionals», on l'aprenentatge dels actors per definir un nou marc en la prevenció de la infecció s'ha vist contínuament destorbat. La debilitat prèvia dels serveis de la salut pública a Espanya, així com de les seves estructures institucionals, ha produït que -en termes generals- aquests hagin estat incapaços de suportar la sobrecàrrega que representava l'absència de mobilització social, així com els atacs ideològics de sectors conservadors de la societat contraris a aspectes clau de les polítiques preventives de caràcter integrador. Les seves forces s'han centrat a fomentar la mobilització social i a mostrar l'eficàcia tècnica dels seus programes, articulant els reduïts suports polítics disponibles de forma defensiva. En aquest sentit, potser s'hauria de parlar d'una no implicació en les polítiques de prevenció de la Sida de molts actors que amb el seu control de recursos i habilitats són clau per a una bona articulació d'aquestes polítiques. En certa manera, el factor polític hagués hagut de forçar una cooperació inicial entre aquests actors, ja que la seva relació continuada originaria un procés d'aprenentatge mutu sobre la prevenció. Tot i l'impuls polític inicial del 1987, les intervencions polítiques posteriors sobre la prevenció de la Sida van ser de caràcter reactiu, no orientades a fomentar la implicació de nous actors en les polítiques de prevenció. L'exemple més destacat d'aquest problema d'aprenentatge ha estat precisament la ja mencionada inoperància durant llargs períodes del Plan Nacional del Sida. Això no vol dir que en aquests anys no s'hagin desenvolupat

nous programes i activitats de prevenció, generalment ben orientats conceptualment, però les dificultats han sorgit continuament quan aquestes iniciatives s'han intentat generalitzar i establir de forma continuada. Davant d'aquestes dificultats, ocasionalment ha sorgit la polèmica sobre la possible implantació de mesures obertament discriminatòries (el novembre de 1990, el director de l'Institut de Salut Carlos III declarava que si continuava el creixement de la Sida durant la dècada del noranta, les autoritats sanitàries haurien de controlar a les persones infectades pel virus VIH) (Najera, 1990).

Uns pocs casos concrets poden ajudar a caracteritzar aquest problema. El primer fa referència als programes d'intercanvi de xeringues, àmpliament estesos en nombrosos països europeus des de final dels anys vuitanta. Des de 1989, en diferents llocs de l'Estat espanyol (País Basc, Catalunya, Comunitat Valenciana, etc.) s'han assajat programes d'aquest tipus, amb diferents modalitats (a vegades en col·laboració de col·legis farmacèutics) avaluant i comprovant la seva eficàcia (Estébanez, 1992). Malgrat tot, la manca d'un suport polític adequat que afronti els riscos de reacció d'alguns sectors socials, continuen considerant-los com programes experimentals, en àmbits d'aplicació reduïts, i amb una oferta molt inferior a la que seria necessària per generalitzar la seva efectivitat. Amb una població estimada d'uns 150.000 usuaris de drogues per via intravenosa a Espanya, des de la Secretaria del «Plan Nacional del Sida», es reconeix que durant el 1994 s'han repartit unes 600.000 unitats, i es preveu –com un gran esforç– per l'any 1995 repartir-ne 1,2 milions (ABC, 1994). Aquests tipus d'actuacions limitades i puntuals no han aconseguit evitar que actualment la meitat d'usuaris de drogues il·legals per via intravenosa estiguin ja infectats, mentre que en altres països europeus, s'ha aconseguit mantenir els nivells de prevalença en percentatges inferiors al 20% (Zunzunegui et al., 1993).

L'evolució de les intervencions preventives a les presons espanyoles es un altre cas significatiu. Durant la segona meitat dels anys vuitanta no es va realitzar cap tipus de prevenció important, fet que va provocar que al 1989 la xifra de seropositius s'apropés al 30% del total dels interns (de Miguel, 1991), i arribés a un 70% en les presons de Madrid (Estébanez et al., 1990). L'alarma creada va originar la creació d'una organització sanitària específica en el Ministeri de Justícia a l'any 1991, no relacionada amb els organismes ja existents responsables de la prevenció de la Sida. Les intervencions dutes a terme a partir d'aquell moment han aconseguit certa eficàcia, malgrat ser relativament fluïdes, per evitar qualsevol alteració de l'ordre a les presons, i sempre amb el propòsit present de no crear alarma social. Actualment s'ofereixen proves voluntàries de detecció

de la infecció, i hi ha alguns programes de prevenció (introducció del kit sanitari), tot i que no s'han introduït programes d'intercanvi de xeringues. L'evolució de la prevenció de la Sida a les presons és una clara mostra d'absència de coordinació d'aquesta institució amb la resta d'organismes públics i ONGs que treballen en la prevenció de la Sida en altres àmbits, fet que ha originat que l'aprenentatge preventiu es produís exclusivament dins del món de les institucions penitenciàries, i per tant amb molta més lentitud i moderació (afrontant resistències internes) que si hi hagués hagut una forta intervenció externa des del principi.

Un altre exemple es refereix a les polítiques d'informació per a amplis col·lectius heterosexuels desenvolupades amb l'objectiu de modificar hàbits sexuals i generalitzar l'ús del preservatiu. Des de final dels vuitanta, a tots els països es van iniciar campanyes massives i constants en els mitjans de comunicació, associades a una gran oferta de mitjans de barrera. A Espanya, amb una mica de retard, es van dissenyar programes similars de prevenció. La campanya impulsada pel Plan Nacional del Sida «Póntelo/Pónselo» (1990) fa significar el model d'aquesta nova línia de polítiques preventives, no vinculada directament als col·lectius de major risc. No obstant això, les intenses reaccions contràries de l'Església Catòlica i de sectors conservadors de la societat, juntament amb una feble mobilització social per defensar els sectors socials implicats en la prevenció i atenció de la Sida, va significar en la pràctica, malgrat una defensa inicial de la campanya des dels àmbits polítics i professionals, la no provocació de nous conflictes ideològics i socials durant els anys següents i que no es generalitzessin programes amb una eficàcia experimentalment comprovada en el propi país.

En certa manera, la manca de mobilització social i de suport polític estable han estat les dificultats més importants que han afrontat les polítiques de prevenció de la Sida a Espanya, evitant reforçar les iniciatives impulsades pels col·lectius professionals, que han mantingut les seves activitats de prevenció en uns nivells molt limitats d'efectivitat. Malgrat tot, cal preguntar-se pels aspectes que han dificultat l'aprenentatge col·lectiu dels diferents actors implicats en la prevenció. En aquest sentit, ha influït la idiosincràsia política del país, que davant problemes complexos i de gran incertesa, la tendència és restringir la gestió dels col·lectius professionals corresponents, facilitant una forta discrecionalitat per orientar les seves polítiques en el seu àmbit sectorial. Per això, tant les dificultats de coordinació intersectorial, com les limitacions i impediments per generalitzar programes efectius reflexen una dificultat per a l'aprenentatge dels actors del sistema polític i administratiu per gestionar

problemes complexos i interconnectats. En altres paraules, en el cas espanyol, la clau de greus dificultats per impulsar polítiques de prevenció de la Sida ha estat en bona part, la incapacitat de professionals i polítics per aconseguir «pragmatitzar» elements bàsics del problema de la Sida. Hi ha hagut defenses puntuals i respostes positives d'importància, però en no assumir les polítiques intersectorials en els períodes crítics, no s'ha pogut consolidar una activitat rutinària i suficientment àmplia dels professionals de la prevenció.

La institucionalització en la prevenció de la Sida. El cas de Catalunya

A Catalunya, igual que ha succeït en altres llocs, és possible distingir dues fases en l'evolució de les polítiques de prevenció de l'epidèmia. Una primera fase, a la qual podríem anomenar la fase de la instauració -entre els anys 1987 i 1991-, quan les administracions reaccionen creant organismes específics de coordinació i direcció de les polítiques. Durant aquesta fase es defineixen els actors implicats, es configuren les seves percepcions envers els problemes i es creen les relacions bàsiques entre ells, impulsades per la reacció professional abans esmentada. La segona fase es caracteritza per la consolidació institucional, que es basa en la cristallització d'actors i percepcions produïda en la fase anterior. En aquesta fase -entre els anys 1991 i 1994 -el creixement de la Sida tendeix a estabilitzar-se, però augmenta la proporció de transmissions heterosexuales. Per això, els problemes no resolts durant la fase anterior -especialment l'absència de coordinació intersectorial i la manca d'implicació política- en aquesta fase passen a ésser limitacions quasi estructurals, que dificulten en gran manera el desenvolupament de polítiques preventives adequades a les noves pautes d'expansió de l'epidèmia.

En els anys 1981 i 1986, la reacció de l'administració sanitària de Catalunya envers la Sida va ser bàsicament una reacció rutinària, concentrada en el tractament hospitalari d'una nova malaltia, sense actuacions externes de rellevància. Al voltant de 1984 es va crear una comissió tècnica d'assessorament del Departament de Sanitat, formada per especialistes, per recollir informació sobre les característiques de la malaltia. A l'any 1986, quan ja hi ha els mitjans per detectar el virus VIH i al mateix temps comença a augmentar el nombre de casos de Sida declarats, es produeix un escàndol en un gran hospital de Catalunya -a Bellvitge- en aparèixer contaminades per VIH diverses transfusions sanguínies. Poc temps després, l'octubre de 1986, el Departament de Sanitat va declarar obligatori el

control de les donacions de sang i tots els productes hemoderivats a Catalunya. No obstant això, l'esdeveniment fa conscient a l'administració sanitària del fet que les característiques de la malaltia obliguen a crear una cèl·lula de control, formada per especialistes de la salut pública, dins del Departament, que faci el seguiment i eviti l'aparició de nous incidents. Com a resultat, el març de 1987 va ser creat per decret del President de la Generalitat el «Programa per a la prevenció i el control de la Sida» (GdC, 1987). Les tasques concretes encarregades al programa eren d'una condició molt variada. Es tractava d'un conjunt de mesures molt ambiciós, d'acord amb les iniciatives que s'estaven portant a terme a diferents països europeus en aquells mateixos anys. Malgrat tot, entre els propòsits del decret i la realitat hi ha notables diferències. En primer lloc, el Programa no es va constituir com una organització autònoma i amb importants suports polítics, sinó que a la pràctica es va configurar com una petita secció administrativa, amb una certa canalització directa amb el Conseller de Sanitat.

Els recursos de què va disposar el Programa, almenys durant una primera fase fins al 1991, van ser bastant escassos: tot i que el grup inicial de professionals creixia, el pressupost anyal propi per mesures de prevenció i control era molt limitat. En aquest context, l'activitat realitzada es va orientar per accions viables, entre las quals es destaca la vigilància epidemiològica dels casos de la Sida, la difusió d'informació sobre la malaltia per professionals de l'àmbit assistencial i l'inici de diverses activitats de prevenció primària (DSSS, 1988). Mentrestant, un altre tipus d'iniciatives, que necessitaven recursos més importants i suports polítics més efectius, com la planificació i la coordinació de les accions assistencials i l'aplicació de programes de prevenció intersectorial, van ser deficitàriament desenvolupades i es va reconèixer que «bona part de les activitats que són raonablement útils per controlar l'epidèmia no depenen directament de l'organització sanitària» (Segura, 1992: 137). Tot i havent-hi un problema de recursos, la principal dificultat que afrontava el Programa era l'absència de suports socials i polítics per establir mecanismes potents de coordinació, tant dins de l'àmbit assistencial sanitari com entre els diferents sectors de l'administració que havien d'implicar-se en la prevenció (educació, política social, toxicomanies, institucions penitenciàries, administracions locals, etc.).

Amb tot, des del Programa es va fomentar el debat polític en el Parlament de Catalunya (Miravet, 1989), es va promoure la sensibilització de l'opinió pública i es va dinamitzar la col·laboració entre ONGs i l'administració, facilitant la consolidació d'aquestes.

En aquesta primera fase, ni els professionals ni els afectats van

aconseguir els suports polítics suficients per motivar una dimensió diferent en les polítiques de prevenció de la Sida, amb un impuls coordinador polític, i no professional. Per altra banda, el nivell de mobilització social vinculat a les ONGs era bastant limitat, bàsicament de caràcter assistencial, i més centrat a evitar tendències a la discriminació que a impulsar polítiques integradores. Això no obstant, durant aquests primers anys el programa estableix les bases conceptuals i tècniques d'actuació, que seran sistematitzades i desenvolupades durant la segona fase, quan es disposi de majors recursos humans i materials, així com d'una major experiència. En aquesta fase s'intenta potenciar la intermediació política, tot i que els professionals implicats copsen clarament algunes característiques ben establertes dels processos polítics del país.

Durant la segona fase, el Programa va organitzar el seu volum de personal tècnic i suport, i va aconseguir, a partir de l'any 1992, uns recursos materials superiors als que hi havia en els anys anteriors. En general, el seu propòsit era configurar-se com una unitat tècnica sobre l'epidèmia, sense assumir tasques d'instauració, les quals es pretenia que fossin assumides per les ONGs i per les diferents unitats operatives de l'administració sanitària o d'altres sectors de l'Administració. Amb aquest propòsit, quant a les intervencions en l'àmbit de la sanitat, es van assolir resultats notables en aquesta fase, en consolidar-se dins del Departament els serveis impulsats, mantenint el programa Sida una certa coordinació assistencial entre ells (DSSS, 1992; Segura, 1992). Tot i així no es van superar els aspectes de coordinació intersectorial amb altres Departaments de l'administració autonòmica. Les dificultats van continuar essent molt importants, sense aconseguir una política preventiva articulada i efectiva. Entre els Departaments de la Generalitat amb intervenció a les polítiques de prevenció de la Sida, deixant a part Sanitat, es troben Justícia (prevenció a les presons), Benestar Social (en els serveis d'atenció no sanitària) i Educació (prevenció a les escoles, mesures antidiscriminació). Malgrat tot, la capacitat d'incidència dels professionals del Programa Sida en aquests Departaments va ser molt reduïda, establint generalment una coordinació tècnica, quasi mai política.

Tot això va comportar que la lògica de la prevenció fos de base sectorial, i bastant desigual en intensitat i efectivitat. L'evolució de les ONGs relacionades amb la Sida a Catalunya segueix unes pautes bastant ajustades a les fases esmentades anteriorment.

A partir de 1987 es produeix un creixement, sorgeixen noves organitzacions, mentre que altres evolucionen, i es defineix una gran pluralitat organitzativa amb freqüents rivalitats internes, fet que

ocasionarà una major debilitat i l'aparició de grans deficiències i duplicitats, i sobretot, una influència fragmentada i puntual de les polítiques públiques de la Sida. La major part de les organitzacions agrupen persones que comparteixen un problema, és a dir, gent afectada o voluntaris que pertanyen a col·lectius pròxims. Una minoria d'organitzacions són promogudes per professionals interessats en el tema, que aporten una experiència prèvia amb grups marginals i discriminats. En una primera fase, les ONGs es centren a respondre a les necessitats concretes de la població afectada, mentre que la seva atenció a la prevenció és bastant secundària. Així mateix, promouen informació i acció pública contra la discriminació, i comencen a col·laborar amb les administracions municipals i autonòmiques (Bimbela, 1992). Des de 1991, la major part de les ONGs es van organitzar en una federació catalana (ONG/SIDA) –llevat les dues més importants– i es va consolidar el seu paper com a interlocutors de l'administració en l'elaboració de prioritats i en la identificació de projectes concrets (Bimbela, 1992; Villalbi, 1992). Lentament, coincidint amb l'augment de recursos, la política de subvencions del Programa Sida va intentar prioritzar intervencions de prevenció primària, en col·lectius de difícil accés, com prostitutes i usuaris de drogues il·legals per via intravenosa.

Des de principis dels anys noranta, es necessari assenyalar l'aparició d'un gran patrocinador privat –la Fundació «La Caixa»– de les polítiques de prevenció de la Sida a Catalunya. De forma autonòma, i gestionant un pressupost similar al que disposa l'Administració autonòmica per la prevenció de la Sida, aquesta fundació ha donat suport a les ONGs, ha publicat llibres informatius sobre la Sida, i ha dissenyat un programa educatiu de prevenció de la Sida. Aquestes actuacions estan poc relacionades amb les actuacions de l'Administració i, en un sentit substitutori, intenten ocupar buits existents en les polítiques públiques de prevenció. Deixant de banda aquest cas, la relació del Programa Sida amb les ONGs és més dirigista en aquesta segona fase, induint –gràcies a la seva capacitat de distribuir i assignar recursos– un procés de selecció evolutiva. Per això, s'intenta influir en la competència tècnica de les ONGs, promovent la diversificació de les seves activitats i fomentant la seva especialització en diverses tasques d'implantació. També es comença a dur a terme un seguiment dels projectes finançats, per condicionar futures ajudes vers una evolució positiva. Dins d'aquesta orientació, el Programa Sida intenta fomentar iniciatives comunitàries, donant suport a l'autoorganització de col·lectius específics perquè actuïn directament dins de les seves comunitats, ja que són conscients del fet que la intervenció directa de l'administració és molt poc efectiva.

Per això, és freqüent que el programa impulsi projectes basats en la col·laboració conjunta, amb finalitats compartides o pactades. Un exemple d'això és la creació de material informatiu, finançat i revisat tècnicament pel programa, però dissenyat, elaborat i distribuït per les ONGs.

Un altre greu problema de les polítiques de prevenció de la Sida a Catalunya que mereix esmentar-se és la deficient coordinació efectiva entre l'Administració local i l'autonòmica. Un exemple és el cas dels programes d'atenció a usuaris de drogues per via parenteral que es duen a terme a la ciutat de Barcelona en els últims anys, i consisteixen en una lenta extensió de programes pilot desenvolupat des de final dels anys vuitanta (Villalbí, 1992). Durant l'any 1989, quan el nombre de persones drogodependents malaltes de la Sida augmentava constantment, s'aprova, amb el consens de totes les forces polítiques, el Pla Municipal d'Actuació sobre Drogodependències. Una de les característiques d'aquest Pla, absolutament innovadora a Espanya en aquelles dates, era el voler assegurar l'atenció, no només a aquells que es comprometien al programa de tractament «lliure de droga» sinó també a aquells que no volien, o no podien deixar la seva addicció, però que estaven disposats a modificar els seus hàbits de risc associats al consum (AjB, 1992). Així, a partir del Pla va sorgir el programa de disminució de risc en la població toxicòmana, que ha anat creixent des de la seva creació el 1990. **L'any 1993, el nombre de pacients actius en el tractament amb metadona era de 1.129, partint d'una població censada d'uns 12.000 toxicòmans (AjB, 1994).** La continuïtat de les teràpies substitutives amb metadona es manté quan els toxicòmans inscrits en el programa passen períodes, més o menys llargs a la presó Modelo de Barcelona. Per això, hi ha una coordinació entre els professionals sanitaris de l'administració penitenciària i el Pla Municipal —tot i que aquestes actuacions no responen a acords formals entre l'Ajuntament de Barcelona i la Direcció General d'Institucions Penitenciàries de la Generalitat, cosa que evita que el programa arribi a toxicòmans no inscrits. Malgrat els bons resultats del programa, les dades reflecteixen que la major part de la població toxicòmana de la ciutat no està en contacte amb els programes de teràpia substitutiva amb metadona ni amb altres programes de prevenció de riscos. Per això, seria important —superant les dificultats polítiques i de recursos— ampliar les franges d'usuaris dels programes de disminució del risc associat al consum de drogues il·legals, introduint en tot cas, amplis programes d'intercanvi de xeringues entre la població toxicòmana que concentra molts factors de risc social, danys sanitaris instaurats i respostes institucionals insuficients (Villalbí et al., 1994).

En aquest sentit, la precarietat de les relacions interadministratives existents incideix encara més en aquestes dificultats. Teòricament, la coordinació entre el Pla Municipal i els diferents departaments de l'administració autonòmica s'estableix en un «Organisme Tècnic de Drogodependències», com a resultat d'un conveni entre el Departament de Sanitat i Seguretat Social i l'Ajuntament de Barcelona (AjB, 1992). No obstant això, la coordinació efectiva amb la Generalitat és poca, i abasta poc més de les discussions formals sobre la valoració dels programes i les previsions de finançament. En aquest context, la relació entre el Pla Municipal i el Programa Sida és molt indirecta, bàsicament informal –a través de la comunitat de professionals– i sense capacitat d'incidència mútua. Aquesta desconexió provoca que els col·lectius professionals que pertanyen a les dues administracions no es puguin donar suport mutu, ni activar els suports polítics necessaris per ampliar els programes de prevenció que estan duent a terme.

Conclusions

A Espanya, les polítiques de prevenció de la Sida, han afrontat grans dificultats per aconseguir consolidar-se. Des d'importants debats religiosos i ideològics, fins al pes d'interessos electorals immediats, passant per dificultats institucionals, han estat presents de forma quasi constant forts obstacles per forjar percepcions que motivessin polítiques eficients, fet que ha permès perdre grans oportunitats d'evitar que el progrés de l'epidèmia fes créixer les despeses –actuals i futures– de la curació de la malaltia, incloent no únicament els costos econòmics, sinó també els més importants costos vitals (Casabona et al., 1993). Tot això ha originat una situació, com ara la de Catalunya, on comença a existir una certa percepció de la importància de la prevenció, encara que hi hagi mancances en la coordinació intersectorial i interadministrativa. Juntament amb el repte no resolt de la coordinació, comença a sorgir un nou propòsit relacionat amb l'eficàcia dels models d'intervenció. Potser l'expansió de l'epidèmia a Espanya provoqui que les polítiques de prevenció actuals, imitant models d'èxit d'altres latituds, siguin poc efectives, ja que on aquests van aconseguir resultats exitosos els nivells d'expansió del VIH eren molt inferiors als que hi ha actualment. Aquest és un argument per a la creativitat política preventiva i no per a la imitació, però segurament, en la fase actual en què es troben els actors implicats en el problema, les alternatives poden girar al voltant d'«arribar a» o ésser «similar a» i no a «afrontar» realment la situació. Tot això pot provocar en un futur una certa decepció, i una crítica sobre l'efecti-

vitat de les noves despeses originades per a la prevenció. Actualment, quan tots els indicadors mostren tendències molt divergents en relació a la resta dels països europeus, tornen a plantejar-se els dilemes estratègics i polítics ja presents en ocasions anteriors, amb la diferència que actualment disposem d'una major i més precisa informació epidemiològica i amb unes ONGs bastant més consolidades que en les anteriors conjuntures.

Agraïments

Agraïm els comentaris dels Srs. F. Garcia Benavides, A. Rodes i R. Zapata a una versió prèvia de l'article, que han ajudat a millorar la qualitat del text actual. Agraïm també la informació i col·laboració proporcionada pel Dr. Jordi Casabona i la Dra. Anna Rodes (Programa de Prevenció de la Sida del Departament de Sanitat i Seguretat Social), la Dra. Pilar Solans (Pla Municipal de Drogodependències de l'Ajuntament de Barcelona), el Dr. Lopez Colomer (metge adjunt del Servei d'Infeccions de l'Hospital del Mar) i el S. Pere Graells (President de l'associació no governamental ACTUA).

Bibliografia

- ABC (1994): «El Plan Nacional del Sida duplicará las campañas de reparto gratuito de jeringuillas», *ABC* 18 Nov 1994: 55.
- ADAM B. (1989): «The State, public policy, and AIDS discourse», *Contemporary Crises*, 13: 1-14
- AjB (Ajuntament de Barcelona) (1994):, Àrea de Salut Pública. Sida a Barcelona: vigilància epidemiològica; 24.
- AJUNTAMENT DE BARCELONA, Àrea de Salut Pública (1992): *Pla Municipal d'Acció sobre les Drogodependències*. Barcelona, març.
- AJUNTAMENT DE BARCELONA, Àrea de Salut Pública (1994): «Evolució Indicadors DIDB 2on trimestre 1994». Barcelona: Institut Municipal de la Salut.
- ÁLVAREZ, C.; HERNÁNDEZ, I. (1994): AIDS in Spain: lessons learned from a public health disaster, *J Epidemiol Community Health*, 48: 331-2.
- ANTÓ, J.M. (1992): «Public health research in Spain». En: Gunning-Schepers J, de Jong G, van der Zee J (dir). *Uniting public health in Europe*. Amsterdam: European Public Health Association, pp. 29-31.
- AVIÑO, MJ.; HERNÁNDEZ, I., PÉREZ (1994): «Incidencia de la infección por el virus VIH-1 en usuarios de drogas por vía parenteral». *Med Clí (Barc)*; 102:369 373

- BIMBELA, J. (1992): «Les Organitzacions No Governamentals (ONG) de servei en SIDA a Catalunya. Una reflexió», *Salut Catalunya*; 6: 152-155.
- CASABONA, J.; BLANCH, C.; VALL, M. et al. (1993): «Premature mortality related to AIDS among men and women in Catalonia», *AIDS*; 7: 1099-1103.
- CASABONA, J.; SALAS, T.; RODÉS, A.; VALL, M. (1992): Característiques i evolució de l'epidèmia de la SIDA a Catalunya. *Salut Catalunya*; 6: 121-127.
- CNE (Centro Nacional de Epidemiología) (1994): Registro Nacional de Casos de Sida. Actualización a 31.03.94. *Pub of Seisida*; 5:438-448.
- DAY, P.; KLEIN, R. (1990): «Interpreting the unexpected: the case of AIDS policy making in Britain», *Journal of Public Policy*; 9: 337-353.
- de Miguel JM. (1991): «El problema social del Sida en España», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* ; 53: 75-105.
- DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL. *Guia de Serveis*. Barcelona, 1988.
- DGRS (Direcció General de Recursos Sanitaris), (1993): Vigilància epidemiològica de la sida a Catalunya. *Butlletí Epidemiològic de Catalunya*, XIV, setembre, núm. 18.
- DSSS (Departament de Sanitat i Seguretat Social), (1992): *Programa per a la prevenció i control de la SIDA a Catalunya*. Barcelona.
- ESTÉBANEZ, P.; COLOMO, C.; ZUNZUNEGUI, MV. (1990): «Cárceles y Sida: factores de riesgo de infección por el VIH en las cárceles de Madrid», *Gac Sanit* ; 4: 100-5.
- ESTÉBANEZ, P. (1992): «Sida: el mayor desafío sanitario del siglo XX». *Quadern CAPS*, 17.
- FREEMAN, R. (1992): «Governing the voluntary sector response to AIDS: A Comparative study of the UK and Germany», En: Kuhnle S, Selle P (dir). *Government and Voluntary Organizations*. Aldershot: Avebury, pp. 71-86.
- FRIEDMAN, S. (1993): «Aids as a Sociohistorical Phenomenon», *Advances in Medical Sociology*; 3: 19-36.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. Decret 68/1987, de 20 de febrer, pel qual es crea el programa per a la prevenció i el control de la SIDA. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* 1987; 817: 3098.
- INDYK, D.; RIER, D. (1993): «Grassroots AIDS Knowledge», *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*; 15: 3-43.
- MANN, J. (1993): «We Are All Berliners: Notes from the Ninth International Conference on AIDS», *Am J Public Health*, 83: 1378-1379.

- MIRABET, A. (1989): «Actuacions i propostes enfront la SIDA a Catalunya», *Revista de Trabajo Social* ; 113: 138-144.
- MOERKERK, H. AGGLETON, P. (1990): «AIDS Prevention Strategies in Europe: A Comparison and Critical Analysis». En: Aggleton P, Davies P, Hart G (dir). *AIDS: individual, cultural and policy dimensions*. Basingstoke: Falmer Press, pp. 181-190.
- MUGA, R; EGEA, JM.; TOR, J. et al. (1994): «Desciende la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana de drogadictos intravenosos de Barcelona: 1987-1993. *Med Clín (Barc)*; 103: 567-570.
- NAJERA, R. (1990): «El director del Centro de Salud Carlos III, anuncia la posible realización de pruebas masivas de Sida», *El País* 30 Nov 1990: 11.
- OMS (1995): «AIDS Cases reported to WHO by Country», Regional Office for Europe, 15 December.
- OMS (1993): Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del Sida. Casos de Sida declarados en la Región Europea de la OMS. *Pub of Seisida*; 4:380-387.
- ROSENBROCK, R. (1993): «AIDS: Questions and lessons for Public Health»; *AIDS and Public Policy Journal*; 8: 5-19.
- SCHNEIDER, A.; SNYDER-JOY, Z.; HOPPER, M. (1993): «Rational and Symbolic Models of Attitudes toward AIDS Policy», *Social Science Quarterly*, 74: 349-366.
- SEGURA, A. (1992): «La SIDA i les polítiques d'intervenció sanitària», *Salut Catalunya*; 6: 135-138
- SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria), (1993): *Informe Sespas 1993: la salud y el sistema sanitario en España*. Barcelona: SG Eds.
- SETBON, M. (1991): «La santé publique à l'épreuve du SIDA». *Sociologie du Travail* 1991; 33: 403-428.
- VALDISERRI, R.; WEST, G.; MOORE M. (1992): «Structuring HIV prevention service delivery systems on the basis of social science theory», *Journal of Community Health*; 17: 259-269.
- VILLALBÍ, J.; PLASÈNCIA, A.; CAYLÀ, J. (1994): «La SIDA a Barcelona: problemes i perspectives», *Barcelona Societat* ; 2: 81-86.
- VILLALBÍ, J. (1992): «Les iniciatives comunitàries en la prevenció de la SIDA», *Salut Catalunya*; 6: 145-151
- ZUNZUNEGUI, MV (1994): « Sida y salud pública en España», *Gac Sanit* ; 8:1-2.
- ZUNZUNEGUI, MV.; RODRÍGUEZ, MA.; SARASQUETA, C. (1993): «Drogadicción intravenosa y riesgo de infección por VIH en Madrid, 1990». *Gac Sanit* , 7:2-11.

