

59-63). Fou aleshores que hom va sentir les primeres veus apuntant que el desconegut agent causal podia ser un virus que es propagava d'acord amb un patró epidemiològic similar al de l'hepatitis B. La prova definitiva confirmatòria d'aquesta hipòtesi va arribar quan, a l'estiu de 1982, van ser detectats els primers hemofilics infectats a través dels productes sanguinis filtrats que havien d'emprar per tractar llur malaltia. Per aquella mateixa època, les investigacions dels CDC d'Atlanta, els *National Institutes of Health* (NIH) de Bethesda (EUA), l'Institut Pasteur de París i l'OMS van permetre localitzar els caps de pont de la nova malaltia a tots els continents.

Fou aleshores que el nou fenomen patològic va començar a ser conegut per l'expressió *Acquired Immune Deficiency* (i, finalment, *Immunodeficiency Syndrome* (*AIDS*), que el butlletí epidemiològic dels CDC utilitzà a partir de setembre de 1982. Els CDC definien llavors un cas d'*AIDS* (SIDA a la majoria de llengües llatines) com "una malaltia almenys moderadament predictiva d'un defecte de la immunitat cel·lular, que incideix en una persona sense que hi hagi una causa coneguda per a presentar una disminució de la resistència a aquella malaltia" (CDC, 1982). El conjunt de casos descrits era dividit en cinc grups: 1) homes homosexuals o bisexuals (75%); usuaris de drogues per via intravenosa sense història d'activitat homosexual masculina (13%); haitians sense història d'homosexualitat ni de consum de drogues intravenoses (6%); persones amb hemofilia A que no eren ni haitians, ni homosexuals, ni usuaris de drogues intravenoses (0,3%); i d'altres no inclosos en cap dels grups anteriors (5%).

La nova malaltia quedava, doncs, conceptualitzada com a un "síndrome", és a dir un quadre clínic amb unes causes i mecanismes patogènics que no es podien prejutjar. Hom deixava de banda la hipòtesi de l'"estil de vida" i es començava a parlar de "grups de risc". Tot i que els epidemiòlegs encara no havien aconseguit detectar un agent transmissor per a la SIDA, el fet d'adoptar el model de l'hepatitis B va servir de base per introduir mesures de salut pública, com ara són les encaminades a evitar contactes sexuals amb persones sospitoses o malaltes de SIDA així com llurs donacions de sang o plasma, i recomanar les autotransfusions. A la darrerria de 1982 la premsa popular dels EUA s'ocupava de la nova malaltia, presentant-la com una plaga selectiva que afectava "els altres" (a Europa l'inici de l'alarma es retardà fins a l'estiu de 1983). Era anomenada la "malaltia de les 4 H" (homosexuals, heroinòmans, haitians i hemofilics). Alguns n'hi afegien encara una altra: *hookers* (prostitutes).

Més emfàticament, el març de 1983 el butlletí dels CDC qualificava aquests grups com "de risc elevat", és a dir, "grups els membres dels quals tenien un risc més gran d'infectar-se i d'infectar-ne d'altres, transportant un microbi que és capaç de ser transmès mitjançant tràfic sexual i donacions de sang". Encara que l'òrgan subratllava que a cada grup hi havia "moltes persones que probablement tenen poc risc de contreure la SIDA", el cert és que per al conjunt de la població, per als mitjans de comunicació i fins i tot per als científics, la inclusió dins d'un dels grups de risc significava, mancant l'aïllament de l'agent causal, l'assignació de l'estatus de portador i, consegüentment, de contaminador potencial. A més, l'adopció per a la SIDA del model epidemiològic d'una malaltia tan extremadament contagiosa com ara l'hepatitis B va reforçar la idea que la SIDA es podia transmetre àdhuc de manera casual. Finalment, la creació del concepte de "grups de risc elevat" reforçà la relació entre la malaltia i grups socials marginals (Oppenheimer, 1992: 61-2).

La SIDA com a malaltia específica

Un segon paradigma que va redefinir la SIDA com a una malaltia específica substituï de manera gradual l'anterior a partir de març de 1983. Si l'epidemiologia havia formulat el context social i la morfologia de la SIDA com a síndrome, el protagonisme en aquesta redefinició va correspondre a la investigació biològica bàsica. Viròlegs, immunòlegs i canceròlegs caracteritzaren llavors la SIDA com un conjunt de problemes biomèdics oberts a una resolució bioquímica en forma de fàrmacs i vacunes (Oppenheimer, 1992: 63-8).

El maig de 1983 l'equip de viròlegs de l'Institut Pasteur de París dirigit pel professor Luc Montagnier aconseguí d'aïllar un virus que d'aleshores ençà és considerat l'agent causal de la SIDA: l'anomenat "Virus de la Immunodeficiència Humana" (VIH). Un any més tard (maig de 1984) va assolir aquest mateix objectiu l'equip de canceròlegs del *National Cancer Institute* de Bethesda (EUA), dirigit pel professor Robert Gallo. Com ha afirmat expressivament Grmek, es tractava d'un germen "diabòlic, maligne en tots els sentits del terme, que comença alterant les defenses immunitàries de l'organisme, després en desorganitza la policia interna, en acabat pertorba de retop les relacions sexuals i, finalment, les relacions socials d'una manera inèdita, més subtil i més insidiosa que la lepra medieval, la sífilis del Renaixement o la tuberculosi del començament de la civilització de les màquines" (Grmek, 1990: 19).

La detecció i aïllament del VIH per l'equip del professor Montagnier en 1983, foren presentats inicialment, a la comunitat científica internacional i als mitjans de comunicació de masses, com un exemple més de "descobriment simultani" entre dos equips investigadors (en aquest cas, el francès de Montagnier i el nord-americà de Gallo). Tanmateix, ha constituït fins als anys noranta la font d'una agra controvèrsia entre aquests dos professors per la paternitat del descobriment del VIH. La resolució definitiva només ha arribat després del reconeixement científic internacional unànime el 1992, de la primacia de Montagnier en aquest descobriment, i l'acord financer entre l'Institut Pasteur i els NIH pel que fa al repartiment dels drets de patent sobre el VIH el juliol de 1994. *L'affaire Gallo-Montagnier* no solament ha revelat l'existència d'uns poderosos interessos econòmics en joc i el desig de glòria dels seus protagonistes. Com ja ho ha assenyalat Bernard Seytre, ha estat també el resultat d'una peculiar traducció mediàtica, marcadament personalista, de les controvèrsies franco-americanes a l'entorn de les investigacions sobre el VIH (Seytre, 1993).

Un cop aïllat el retrovirus suposadament causant de la SIDA, l'abril de 1984 es considerava provada definitivament la relació causa-efecte entre el germen i la malaltia. La SIDA es convertia, doncs, en un estat patològic específic degut a la infecció pel virus VIH, així com la tuberculosi és causada pel bacil de Koch o la sífilis venèria pel *Treponema pallidum*. Conseqüentment, l'expressió AIDS/SIDA per la qual era coneguda la fins aleshores síndrome, perdia la condició d'acrònim i es transformava en el nom d'una nova malaltia específica, si bé la aids/sida, la paraula encunyada, més consistent amb la nova situació, ha estat poc prodigada fins a l'hora actual.

La demostració definitiva de la condició infecciosa de la SIDA va obrir el camí d'investigar-ne les vies de contagi (sang, semen i fluid vaginal) i al desenvolupament de proves serològiques per a detectar anticossos contra el VIH. Hom va poder disposar dels tests diagnòstics de rutina a partir de juliol de 1985; a Espanya, des de l'octubre d'aquell any. A partir de 1986 es començà a emprar l'AZT, el primer medicament que aparentment

frenava la multiplicació del virus i perllongava el temps de la supervivència dels malalts. A més, entre la tardor de 1985 i la primavera de 1986, fou descobert a l'Àfrica Occidental subsahariana un segon virus de la SIDA, que fou denominat VIH-2, alhora que el primer era rebatejat VIH-1.

La redefinició de la SIDA com a malaltia causada per un microorganisme específic significà —com ja s'havia esdevingut a darreries del segle XIX i començament del XX després de la formulació de la teoria bacteriològica de les malalties infeccioses— la desvitalització de la tesi que la considerava com a malaltia social, conductual i multifactorial i, consegüentment, un considerable descens de l'interès pels estudis epidemiològics sobre la SIDA.

Això no obstant, la redefinició estrictament biològica de la SIDA tingué, paradoxalment, algunes implicacions socials positives. En efecte, va contribuir a una certa desestigmatització social de la malaltia, que quedava així convertida en diana d'una croada purament sanitària, com ja antriorment ho havia estat la pòlio i ho és el càncer de manera permanent. La disponibilitat de proves serològiques fiables per a detectar anticossos contra la SIDA (el test de detecció *ELISA* i el test de confirmació *Western Blot*, principalment), que es començaren a comercialitzar l'any 1985, a més de reforçar la vigència de la nova orientació en l'estudi de la malaltia, va originar que hom posés en dubte l'anterior concepte de "grups de risc elevat" que havia jugat un autèntic paper estigmatitzador dels grups socials implicats. Els tests biològics permetien no solament determinar quins membres d'aquells grups estaven realment infectats, sinó també detectar els casos d'infecció per VIH que no en formaven part. En conseqüència, el concepte de "grup de risc elevat" va ser reemplaçat de manera gradual pel de "activitats de risc elevat". Ara bé, aquest canvi conceptual només fou socialment operatiu quan el conjunt de la població heterosexual activa fou presentat com exposat també al risc de contreure la malaltia (Oppenheimer, 1992: 63-4).

Pel que fa a la resta, l'epidemiologia, en el nou paper subsidiari de la investigació biològica bàsica, va contribuir al coneixement de la història natural i transmissió de la infecció per VIH, subministrant proves addicionals sobre la hipòtesi viral, establint els factors de risc en aquesta infecció i altres variables susceptibles d'intervenció clínica o social, a la vegada que recaptava informació en àrees allunyades de l'abast de la microbiologia i les seves tècniques. Dues raons principals li permeteren de jugar aquest paper: la primera, la incapacitat dels investigadors dedicats a la recerca bàsica per tal de trobar models animals adequats per estudiar la conducta humana; la segona, la capacitat tècnica dels epidemiòlegs per superar les limitacions ètiques que planteja l'experimentació humana, mitjançant l'estudi dels patrons de malaltia que s'esdevenen en poblacions concretes (Oppenheimer, 1992: 64-8).

La SIDA com a pandèmia mundial

Només el pas del temps ha permès calibrar les veritables dimensions de la SIDA com a problema sanitari a escala planetària. A hores d'ara sabem que la SIDA constitueix una pandèmia mundial que, fins avui dia, ha progressat per tot el món a través de tres onades epidèmiques diferents en l'espai i en el temps. La primera es va desenvolupar a darreries dels anys setanta als països del Primer Món i tingué com a vies de transmissió principals les relacions homo i bisexuals i la utilització de drogues intravenoses. La segona

ha transcorregut a l'Àfrica subsahariana a partir de 1982, i la principal via de transmissió han estat les relacions heterosexuales. La tercera es desenvolupa des de mitjan anys vuitanta a l'Àsia, l'Europa Central i l'Orient Mitjà, i és el Sud-est asiàtic la regió on l'embranzida pren la seva tonalitat més espectacular. Però tampoc hom no pot menystenir noves onades epidèmiques els anys vinents, atès que la pandèmia de SIDA es troba encara en una fase ascendent (Montagnier, 1995: 106-8).

Ara bé, des de molt aviat els responsables sanitaris de tot el món començaren a sospitar que aquesta malaltia podia tenir dimensions planetàries. En efecte, als clínics i epidemiòlegs de París i Brussel·les no els va passar inadvertida la presència, entre els nombrosos casos de SIDA que van diagnosticar al llarg de 1981 i 1982, d'uns quants pacients africans de raça negra (majoritàriament individus de condició benestant que acudien a hospitals europeus cercant tractament), o bé individus de raça blanca que havien romàs un bon temps a l'Àfrica. Des de començament de l'any 1982, a més, als EUA s'havien detectat nombrosos casos de la nova síndrome en immigrants haitians de raça negra (6% total de malalts dels EUA a l'estiu d'aquell any) que, com ja ha estat comentat, passaren immediatament a convertir-se en "grup de risc" (Grmek, 1990: 61-65, 71-74).

A l'estiu de 1982, les autoritats sanitàries dels EUA van declarar oficialment els immigrants haitians com a "grup de risc" en relació a la SIDA. Aquesta declaració no solament implicava l'estigmatització de tots els ciutadans d'aquest país del Carib com a portadors potencials de la nova malaltia, sinó que els permetia posar-ne alguns sota la sospita de ser-ne els importadors i, per tant, la veritable font de l'epidèmia als EUA (Grmek, 1990: 71-74). Havien trobat un "cap de turc" perfecte, per a projectar l'angoixa de tot el cos social nord-americà davant l'amenaça del nou i desconegut flagell:

"Els americans acusaven doncs els haitians, notablement els immigrants il·legals, d'importar la nova pesta d'un país en condicions higièniques desastroses a un país net i ben vigilat. Actitud conforme a les ensenyances de l'epidemiologia tradicional, però que en aquest cas concret es convertia en un greu perjudici científic i moral. S'especulava més i més sobre la misèria incubadora de gèrmens, sobre les aigües brutes i els paràsits externs i intestinals, sobre l'alcoholisme dels haitians, sobre el consum que fan de la marihuana i tota mena d'altres privacions o depravacions. S'arribava fins i tot a afirmar que l'origen de la SIDA, o si més no la seva transmissió podia ser explicada per les pràctiques sagnonnts del vudú" (Grmek, 1990: 73).

A començament de 1983, els metges del Grup de Treball francès encapçalats per Jacques Leibowitch van presentar a Boston i Nova York la hipòtesi que l'aleshores encara "síndrome d'immunodeficiència adquirida" s'havia originat a l'Àfrica. Durant els anys 1983-1984, fou descobert un nínxol epidèmic de la malaltia al cor de l'Àfrica Equatorial, amb centre a Ruanda i l'oest del Zaire, i difusió cap a Congo-Brazzaville, Burundi, Uganda, Tanzània, Rep. Centrafricana, l'oest de Kènia, Zàmbia, Malawi i Nigèria. Finalment, el seguiment de la presència del virus VIH-1 als diferents continents va permetre que fos descobert, entre la tardor de 1985 i la primavera de 1986, a través d'una acció conjunta de tres institucions franceses (el *CNRS*, el *INSERM* i l'Institut Pasteur), un segon retrovirus

(VIH-2) igualment causant de SIDA, el nínxol epidemiològic del qual es localitzava a l'Àfrica Occidental subsahariana (Grmek, 1990: 144-7, 281-96).

D'ençà de la hipòtesi de Leibowitch formulada l'any 1983, molts científics i una gran part dels metges de comunicació de masses nord-americans i de la resta del món desenvolupat han proposat diverses teories que tenen per denominador comú que el virus VIH tingué l'origen a l'Àfrica, des d'on es va estendre a Europa i, a través del Carib, als EUA. Molts postuladors d'aquestes teories, entre ells el mateix Robert Gallo, han propugnat que el virus va començar afectant determinats micos africans, particularment el mico verd, que té com a hàbitat una gran part de l'Àfrica Equatorial (Hunt, 1989ab).

Ni la hipòtesi de l'origen africà de la SIDA, ni la de l'origen animal del VIH hom no les ha pogudes verificar fins ara (maig de 1995). En la seva monografia més recent sobre la SIDA, Montagnier, després d'alertar contra lectures xenòfobes d'aquest problema científic, formula nombroses hipòtesis i conjectures sobre ambdues qüestions, però conclou limitant-se a afirmar que, sense cap mena de dubte, el virus de la SIDA "era present en l'home des de fa molt temps a l'Àfrica i probablement a altres indrets" (Montagnier, 1995: 94-7). Tanmateix, aquesta hipòtesi "interessada" continua exercint una profunda influència en la percepció dominant d'aquesta malaltia en el món desenvolupat; i, com subratlla Grmek, ha contribuït al reforçament de la idea que la SIDA és una malaltia "estrangera" que ha irromput "en un món ordenat a partir de països subdesenvolupats i mitjançant subgrups marginals i moralment repressibles", ampliant l'impacte que el "descobriment" dels immigrants haitians com a "grup de risc" havia provocat inicialment als EUA (Grmek, 1990: 23; Chirumuuta R.C. i R.J., 1987; Sabatier, 1988).

A la vegada, la percepció racista ha suscitat una agra reacció d'ira i frustració en els països africans acusats de constituir l'origen de la pandèmia. Parlem d'uns països que, absolutament desbordats per la magnitud dels problemes sanitaris, demogràfics i econòmics que la malaltia els planteja i no tenint prou suport del món desenvolupat per afrontar-los, han optat per ignorar-la, per negar la presència de la SIDA en llurs territoris, i fins i tot per bloquejar les investigacions epidemiològiques o ocultar-ne els resultats a les institucions i conferències sanitàries internacionals (Hunt, 1989b: 168-9).

En un altre ordre de coses, la presència de la SIDA a l'Àfrica i, en general, al món subdesenvolupat ha ajudat, si no a comprendre, al menys a intuir la complexitat d'aquest i d'altres fenòmens epidemiològics (Hunt, 1989ab; Montagnier, 1995: 100-8). En efecte, ja d'ençà de la hipòtesi formulada l'any 1983 per Leibowitch hom feia el suggeriment de l'existència de formes clíniques i epidemiològiques singulars per a la SIDA a l'Àfrica i a l'Occident desenvolupat (Europa i EUA). Com ja és prou sabut, a l'Àfrica la *ratio* de seropositius al VIH segons el sexe (homes/dones) era d'1:1 en l'inici de la pandèmia. Ara bé, la *ratio* actual en alguns països ha atés el nivell d'1:6, en infectar-se des de fa anys les dones en un nombre més elevat que els homes. Al Primer Món la situació de partença era diametralment oposada (*ratio* inicial 16:1), però el nombre de dones infectades també creix actualment amb més rapidesa que el d'homes (a Espanya la *ratio* el mes de setembre de 1994 vorejava el 4:1).

Hi ha igualment una disparitat pel que fa als factors de risc involucrats en un cas i en l'altre, atès que a l'Àfrica ni les relacions homosexuals masculines ni el consum de drogues intravenoses no són mitjans de transmissió epidemiològicament rellevants. Ans al contrari, són els heterosexuals actius qui presenten la incidència més elevada i, en el cas de

les dones, la SIDA incideix molt més entre les prostitutes que no pas en les altres. D'altra banda, el fet que a l'Àfrica la incidència de dones infectades pel VIH sigui més gran fa que hi hagi una taxa elevada de SIDA infantil.

Finalment, també varia el perfil dels càncers i infeccions oportunistes més freqüents en la SIDA de l'Àfrica i del Primer Món: mentre que en els malalts europeus i nord-americans predominen el sarcoma de Kaposi, la toxoplasmosi cerebral i la pneumocistosi, en els malalts africans preponderen les afeccions estomacals i digestives, les cutànies, la tuberculosi i la meningitis. Tot això va motivar que en dues conferències internacionals sobre la SIDA, una a Ginebra (16 abril) i una altra a Bangui (22-24 octubre), que l'OMS organitzà l'any 1985, fossin definits de manera independent els criteris de diagnòstic de la SIDA als països de grau elevat i de grau baix de desenvolupament tècnic, científic i sanitari, respectivament. Malgrat que ambdues definicions han estat ulteriorment revisades en diverses ocasions, continuen mantenint-se separades.

La SIDA com a malaltia crònica

Com han subratllat Elisabeth Fee i Nancy Krieger (1993: 469-477), a darreries dels anys 80 la SIDA va començar a ser reconceptualitzada als països de l'Occident desenvolupat com una malaltia crònica més, que havia de competir amb moltes d'altres per tal d'obtenir la seva "quota de participació" en els pressupostos sanitaris dels diferents estats. Van contribuir a la nova percepció de la malaltia, entre altres factors, l'absència de perspectives a curt termini d'una vacuna efectiva, l'evidència que una proporció gens menyspreable de persones infectades pel VIH romanien asintomàtiques al cap de deu anys de seropositivitat i, òbviament, també una certa habituació del cos social a conviure amb el nou flagell.

Sens dubte, la reconceptualització de la SIDA com a una malaltia crònica ha ajudat a oferir un horitzó més esperançador per a molts afectats i els seus acostats. Però també ha promogut una visió d'aquesta malaltia, la seva prevenció i el seu tractament extremadament individualista i que redueix la qüestió social a la mínima expressió. L'estratègia de lluita contra la SIDA consubstancial a aquest nou paradigma ha insistit més en l'adaptació de la persona malalta i el seu entorn a la "convivència" amb la malaltia, que no pas a prevenir l'exposició a l'agent causal o simplement a eliminar-lo. Les investigacions sobre la SIDA s'han decantat, consegüentment, cap a uns mecanismes patogènics, en detriment dels estudis sobre l'origen i els mecanismes de producció i reproducció de l'epidèmia, i per la recerca de remeis més eficaços, en detriment de les mesures que poden prevenir-ne la difusió en la població.

Les actuacions clíniques concordants amb aquesta nova estratègia refermen la idea que un règim de vida "ordenat" i una utilització adequada de fàrmacs constitueixen la garantia millor en el maneigament de la malaltia per part de les seves víctimes. A conseqüència d'això hi ha hagut una tendència a responsabilitzar (i, eventualment, culpabilitzar) en excés el pacient individual respecte al curs de la seva malaltia.

Òbviament, el nou paradigma no ha deixat gaire espai per a polítiques de salut pública ambicioses en l'àmbit social, tal com ara les adoptades durant el període de màxima alerta i mobilització social en front a la pandèmia de SIDA. El dispositiu desplegat de cara a afrontar la nova malaltia es caracteritza per una disminució marcada de l'interès cap a

d'altres implicacions que té més enllà d'aquelles que, habitualment, són enllestides en el context individual de la relació metge-malalt.

Aquesta reconceptualització de la SIDA ha incidit notablement en la situació de la malaltia a l'Occident desenvolupat dels anys noranta. En termes generals, contribueix a la progressiva circumscripció de la SIDA a àmbits socials marginals (homosexuals desposseïts, usuaris de drogues intravenoses, hemofílics, membres de minories ètniques i indigents en general i, no cal dir, encara més en els casos d'interseccions entre tots aquests grups), i a la seva conversió en un indicador fi de desigualtats socials cròniques, particularment al cor de les grans ciutats; una circumstància que es fa particularment patent a països com ara els EUA, on el cru neodarwinisme social imperant ha deixat molts infectats exclosos *a priori* de la nova àrea de cobertura de la lluita contra la SIDA, per raons econòmiques, socials o culturals. Per tal raó, no ens sorprèn que durant els últims anys, en confluència amb un descens de la preocupació social a l'entorn d'una eventual difusió epidèmica d'aquesta malaltia entre la població heterosexual —tot i la creixent incidència que hi té— s'hagi reforçat la consideració de la SIDA com a una malaltia "dels altres".

Conclusió

Des del 1981, que els EUA va escoltar per primera vegada els crits d'alarma sanitària a l'entorn d'un nou fenomen patològic, fins avui dia, la SIDA ha adquirit un paper d'actor i mitjancer social, articulant un conjunt de relacions socials en mutació constant, tot al llarg i ample del globus terraqüi (Rosenberg, 1989: 4-5, 10). A mitjan 1995, la SIDA prossegueix el seu avanç imparable per tot l'orbe i —cal reconèixer-ho— la seva conceptualització no es pot donar encara per conclosa. No solament perquè ens manca un tractament adequat i una vacuna eficaç, sinó també perquè hi ha molts aspectes dels seus orígens, causes, mecanismes patogènics i epidemiologia que ens són encara desconeguts. El període en què la imatge científica de la SIDA es capgirava radicalment setmana rera setmana ha estat ultrapassat, però encara queda, previsiblement, molt camí per fer abans que no en sigui assolit el guariment i la total eradicació. I encara que sembli que han quedat enrera també les reaccions de pànic generalitzat dels primers moments, i la SIDA hagi perdut "visibilitat" en els mitjans de comunicació de masses des de darreries dels anys vuitanta, no ens podem enganyar: la SIDA hi és, inevitablement omnipresent, i una por sorda al nou flagell ha arrelat en el si de la societat civil d'un Occident desenvolupat que només feia una dècada mirava pletòric d'optimisme l'horitzó sanitari de l'any 2000.

Fee i Krieger (1993: 477-87) han apuntat la crisi del paradigma que contempla la SIDA com a una malaltia crònica, i han subratllat la necessitat d'un nou paradigma que reflecteixi millor els trets inèdits d'aquest flagell nou. Per a elles, la SIDA no és pas una pesta, ni una afecció crònica més, sinó una malaltia amb una història pròpia prou llarga i peculiar ja, per tal que pugui ser considerada un model nou de malaltia social. El nou paradigma que postulen contempla la SIDA, alhora, com una malaltia crònica de caràcter infeccios i, per tant, notablement transmissible, i com una pandèmia lenta i persistent, per raó de les seves característiques epidemiològiques i de la peculiar biologia del virus de la immunodeficiència humana (VIH).

Del fet que aquest paradigma o, eventualment, d'altres més satisfactoris es consolidin i articulin en les polítiques de salut dels diferents països i en la política de prevenció global preconitzada per l'OMS, dependrà en una gran mesura que la humanitat pugui fer front més eficaçment a la SIDA els anys vinents.

La discussió sobre el paper que correspon a cada terme de l'essencial binomi biologia-cultura en la gènesi i desenvolupament de les malalties humanes ha estat font d'aferissades controvèrsies a l'Occident desenvolupat durant els darrers trenta anys. Fins a la primeria de la dècada dels vuitanta les interpretacions "relativistes", que en una major o menor mesura emfasitzaven el paper dels contextos socioculturals en la conceptualització de la malaltia, cobraren un pes creixent, encoratjades per una emergent contestació social i a l'empara del consens polític liberal-conservador que havia caracteritzat els governs occidentals, començant pels Estats Units i la Gran Bretanya, durant més de vint anys.

Però, a començament de la dècada passada el consens se'n va anar en orris amb l'arribada al poder d'una Nova Dreta, senyorejada pels governs de Reagan i Thatcher, que ha propugnat una nova ideologia conservadora, coherent i explícita, en resposta a la gran crisi econòmica i social dels setanta. El neodarwinisme social en què se sustenta la ideologia d'aquest nou conservadorisme l'ha portat a propugnar la reducció de l'aspecte social a una mínima expressió i a defensar una visió de la naturalesa humana caracteritzada per un individualisme massa agut i un marcat determinisme biològic (Lewontin, Rose, Kamin, 1987: 13-28; Lewontin, 1993).

Per al seu rearmament ideològic el nou conservadorisme ha sabut instrumentalitzar hàbilment tant un rebuig creixent en front dels "excessos relativistes" de la contestació contracultural "post 68", com una admiració general pels espectaculars avanços que la investigació biomèdica ha experimentat durant els darrers lustres. La nova situació ha exercit, a més, un fort impacte sobre la mateixa investigació científica. En són una viva prova, entre altres fets: la "tecnificació" creixent de la investigació científica; l'envigoriment, des de les polítiques científiques nacionals o internacionals, d'àrees d'investigació arrengrades amb els supòsits de la Nova Dreta, en detriment d'altres que els són desfavorables o que s'hi afronten deliberadament; la "domesticació" del discurs de les ciències socials sigui amb submissió a allò que hom ha anomenat la doctrina del "pensament únic" (Ramonet, 1995), sigui mitjançant una dilució o pèrdua del fet social que en provoca la "desvitalització" pura i simple; i l'ofensiva contra el paper de la Història presentada com a eina d'ensenyament i de coneixement inútil en relació al present, cosa la qual desacredita al mateix temps la memòria i la utopia (Vázquez Montalbán, 1995: 79). Un indicador addicional de l'hegemonia ideològica de la Nova Dreta en l'àmbit de la cultura científica és el fet que els resultats d'investigacions en la línia del reduccionisme biologicista més radical sobre la intel·ligència, la conducta i les malalties humanes siguin acaparadors sovint, de les seccions de medicina dels mitjans de comunicació de masses on, dia rera dia, se'ns omple el cap de "descobriments" aparentment definitius en relació a les bases genètiques de l'esquizofrènia, l'homosexualitat, la violència o la suposada inferioritat intel·lectual dels pobres o de les minories ètniques.

Hom no pot menystenir els suculents rèdits que la irrupció de la SIDA va proporcionar a la causa de la Nova Dreta i del "rearmament moral" d'Occident (Altman, 1986): *se non è vero è ben trovato*, hom podria dir sobre la idea, d'un ampli ressò social en medis progressistes al seu moment, que el VIH havia estat fabricat en un laboratori militar

nord-americà i disseminat deliberadament per la CIA. Ara bé, juntament amb aquest i molts d'altres efectes –alguns dels quals impossibles de calibrar encara avui dia– té un innegable fons d'ironia observar que la SIDA ha posat en dubte la visió reduccionista de les malalties pròpia del discurs de la Nova Dreta. Encara més, com ha assenyalat Charles Rosenberg, la SIDA ha contribuït a crear, més que qualsevol altre esdeveniment concret, un nou consens "postrelativista" en relació a les malalties, el qual "ofereix espai a factors biològics com socials, i emfasitza la interrelació entre ambdós" (Rosenberg, 1988: 13-4).

Agraïments

Agraïco a Juan Antonio Amiguet, Josep Bernabeu, Montserrat Cabré, Marga Ezkieta, José Luis Martínez Alonso, Àlvar Martínez Vidal, José Nájera Morrondo, José Pardo Tomás, Enrique Perdiguero i Fernando Salmón, i als participants a les reunions de Saragossa, Tarragona i Alacant, on foren presentades successives versions d'aquest treball, els comentaris, suport material i assessorament tècnic durant el procés d'elaboració.

Bibliografia

- ALTMAN, D. (1986), *AIDS and the New Puritanism*. Londres-Sidney, Pluto Press.
- CHIRIMUUTA, R.C.; CHIRIMUUTA, R.J. (1987), *Aids, Africa and Racism*. Burton-on-Trent.
- CDC (1981a), "Pneumocystis Pneumonia - Los Angeles", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 30(21), 250-252.
- CDC (1981b), "Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis Pneumonia Among Homosexual Men - New York City and California", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 30(25), 305-308.
- CDC (1982), "Update on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) - United States", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 31(37), 507-508, 513-514.
- FEE, E.; FOX, D.M. (eds.) (1992), *AIDS. The making of a chronic disease*. Berkeley, Univ. of California Press.
- FEE, E.; KRIEGER, N. (1993), "The emerging histories of AIDS: Three successive paradigms", *History and Philosophy of Life Sciences*, 15(3), 459-487.
- GALLO, R.C. (1991), *Virus hunting. AIDS, cancer, and the human retrovirus: A story of scientific discovery*. Nova York, A new Republic Book / Basic Books.
- GRMEK, M.D. (1969), "Préliminaires d'une étude historique des maladies", *Annales E.S.C.*, 24(6), 1473-1483.
- GRMEK, M.D. (1990), *Histoire du sida*. 2ª ed., París, Payot (trad. cast.: Madrid, Siglo XXI, 1992).
- HUNT, C.W. (1989a), "El SIDA y la medicina capitalista", *Selección de artículos de la Monthly Review (mayo 1989)*. Madrid, Revolución, pp. 135-153.
- HUNT, C.W. (1989b), "Africa y el SIDA: desarrollo dependiente, sexismo y racismo", *Selección de artículos de la Monthly Review (mayo 1989)*. Madrid, Revolución, pp. 155-170.
- LEWONTIN, R.C. (1993), *The doctrine of DNA. Biology as ideology*. Harmondsworth, Penguin.

- LEWONTIN, R.C.; ROSE, S.; KAMIN, L.J. (1987), *No está en los genes. Racismo, genética e ideología*. Barcelona, Crítica, pp. 13-28.
- MONTAGNIER, L. (1995), *Sobre virus y hombres. La carrera contra el SIDA*. Madrid, Alianza.
- MORLEY, D.; ROHDE, J.; WILLIAMS, G. (eds.), *Practising Health for All*. Oxford, Oxford Univ. Press.
- OPPENHEIMER, G.M. (1992), "Causes, cases, and cohorts: the role of epidemiology in the historical construction of AIDS", a FEE, E. y FOX, D.M. (eds.), *AIDS. The making of a chronic disease*. Berkeley, University of California Press, pp. 49-83.
- PRESSMAN, J. (1991), "Commentary [on Workshop 2: Clinical and Biomedical Research Responses to AIDS]", a HARDEN, V.A.; RISSE, G.B (eds.), *AIDS and the Historian. Proceedings of a Conference at the National Institutes of Health, 20-21 March 1989*. Bethesda, NIH, pp. 57-61.
- RAMONET, I. (1995), "Pensamiento único y nuevos amos del mundo". En CHOMSKY, N.; RAMONET, I., *Cómo nos venden la moto*. Barcelona, Icaria, pp. 55-98.
- ROSENBERG, C.E. (1988), "Disease and social order in America: Perceptions and Expectations", a FEE, E.; FOX, D.M. (eds.), *AIDS. The Burdens of History*. Berkeley, Univ. of California Press, pp. 13-4.
- ROSENBERG, C.E. (1989), "Disease in History: Frames and Framers", en ROSENBERG, C.E; GOLDEN, J. (eds.), *Framing Disease: The Creation and Negotiation of Explanatory Schemes*. Nova York, The Milbank Memorial Fund (*The Milbank Quarterly*, 67 [Suppl. 1]), pp. 1-15.
- ROSENBERG, C.E; GOLDEN, J. (eds.) (1989), *Framing Disease: The Creation and Negotiation of Explanatory Schemes*. Nova York, The Milbank Memorial Fund (*The Milbank Quarterly*, 67 [Suppl. 1]).
- SEYTRE, B. (1993), *Sida: les secrets d'une polémique. Recherche, intérêts financiers et médias*. Paris, Presses Universitaires de France.
- SABATIER, R. (1988), *Blaming others. Prejudice, race and worldwide AIDS*. Londres, The Panos Institute.
- VAZQUEZ MONTALBAN, M. (1995), *Panfleto desde el planeta de los simios*. Barcelona, Crítica.
- WHO/OMS (1994), "World Malaria situation in 1992", *Weekly Epidemiological Record / Releve Epidémiologique Hebdomadaire*, 69(42), 309-314, 317-321, 325-330.
- WHO/OMS (1995), "AIDS - Global data. The current global situation of the HIV/AIDS pandemic", *Weekly Epidemiological Record / Releve Epidémiologique Hebdomadaire*, 70(2), 5-8.

DISCURS DE CLOENDA

Joan Martí

Rector de la Universitat Rovira i Virgili

Il·lustríssim senyor degà de la Facultat de Química, senyor Antoni Quintana i Mari, benvolguts companyes i companys universitaris, benvolguts companyes i companys de l'Institut d'Estudis Catalans:

Em resulta molt grat assistir a l'acte de cloenda d'unes jornades que han servit per a reflexionar, estudiar i investigar a l'entorn de la història de la ciència i de la tècnica als Països Catalans, a partir del tercer encontre sobre el tema. Primer de tot, perquè heu volgut escollir la nostra ciutat i la nostra Universitat per a celebrar-lo, el que és una mostra més que som prou coneguts i reconeguts per les altres institucions dedicades a la més alta docència i a la més alta recerca; en aquest cas, una manifestació de confiança concretament als professors i les professores de la Facultat de Química. Vagi, doncs, per endavant la meua felicitació per a tots i, molt especialment al degà, el doctor Xavier Rius.

Estem cloent aquestes Terceres Trobades i em consta que des de la mateixa Facultat s'està treballant ja per a un magnífic congrés internacional sobre quimiometria. És ben obvi que la voluntat d'empènyer fort la nostra Universitat, per tal que adquireixi progressivament el renom que es mereix, no cessa, ans al contrari, s'accentua, probablement també per la satisfacció que suposa comprovar l'èxit i l'interès d'actes com el que heu acabat. L'enhorabona!

També em resultat particularment agradable que l'organització de les Trobades parteixi de la Societat Catalana d'Història de la Ciència i de la Tècnica, filial de l'Institut d'Estudis Catalans; no solament perquè es tracta d'una acadèmia del més alt prestigi als Països Catalans i a fora, sinó també per la raó personal que són col·legues meus, companys i amics meus en la tasca, sempre necessària, ara, però, potser més que mai, de contribuir perquè la nació catalana despunti com a capdavantera en la ciència; són conquestes d'aquesta índole les que valen com a prova més eloqüent i convincent de la importància que donem a l'estudi i la investigació; que no restem ancorats en una defensa nostàlgica de la nostra realitat. Al cap i a la fi, construir, definir la història de la ciència i de la tècnica als Països Catalans és construir i definir la Història en majúscula, ja que la parcel·la on és la ciència i la tècnica representa un àmbit capital en el seu desenvolupament general i universal.

En una època en què ens obsedeix més el futur que el mateix present; en què ens falta el temps per a meditar sobre la vida coetània i fem salts massa precipitadament, no cal dir fins a quin punt el passat corre el risc de ser oblidat o menystingut. És absurda aquesta actitud. I no es tracta pas de reivindicar que hem de mirar el passat per complaure'ns-hi o per rebel·lar-nos-hi en el record; es tracta, en el vostre cas, d'aprofundir en tot allò que fou treball per al progrés de la ciència i de la tècnica.

Tenim la falsa imatge que als nostres dies el món va més de pressa que en cap altre moment en els avenços en aquests terrenys. I ingènuament sovint tenim la il·lusió d'haver descobert allò que ja era conegut, però que nosaltres no ho sabem: redescobrim, sense gairebé ni adonar-nos-en. Ens falta la disponibilitat en l'anàlisi del passat, per tal de redefinir, resituar o reconduir moltes trobades autènticament revolucionàries i freqüentment absolutament vàlides encara, amb els ajustaments necessaris, és clar, per al món d'avui.

Aquesta és ja la tercera edició de les Trobades. I pel que sé ha tingut tant d'èxit com les dues anteriors. Crec que és saludable que no costi d'anar recuperant el bon hàbit de discutir sobre el que els nostres predecessors aportaren en el món científico-tècnic. En un altre sentit, també és satisfactori per a mi el fet que reunions com aquestes impliquin per definició un treball interdisciplinari, no solament ni especial per la consideració de la ciència —o recerca més teòrica— i la tècnica —o recerca més aplicada—, sinó sobretot perquè hi entra la història i, per tant, inevitablement també els mètodes propis dels historiadors; d'una branca, per tant, de les Humanitats. Es parla molt que és recomanable que els qui es dediquen a allò que anomenem *lletres* sàpiguen adquirir coneixements d'àmbits que als nostres dies es considera que pertanyen a allò que anomenem *ciències* i de les noves tecnologies. Però es parla molt poc o gens de la viceversa: que és igualment profitós que els científics de les ciències experimentals i pures i els especialistes en tecnologia coneguin l'àmbit de les humanitats. Al meu entendre, cal, en definitiva, arribar a un perfil en què es conjuminin harmònicament tots els aspectes del saber, sense excloure la inevitable i desitjable especialització. I aquesta no és una aspiració que hagi de conduir a un concepte nou del coneixement, ja que en moments històrics de gran transcendència per al pensament científic i tècnic ha estat habitual aquesta consideració de la formació global, àmplia; on es barregen i s'identifiquen complementàriament tots els camps del saber.

Heu volgut celebrar les Terceres Trobades a Tarragona fent una demostració exemplar del respecte precisament a la història: el bicentenari de la mort de Lavoisier us ha dut a centrar-vos especialment en la història de la química. Us heu sentit impulsats pel record d'un altafullenc il·lustre, segurament un dels qui han impulsat més decisivament la història de la química, Antoni de Martí i Franquès. I un altre bicentenari us ha fet venir aquí: el de la medicació de l'arc de meridià Dunkerque-Barcelona, a partir del qual es determinà el metre com a mesura universal de longitud, efemèride que tingué a Tarragona un marc privilegiat mitjançant el mateix Antoni de Martí i Franquès, en la prolongació fins al nord d'Àfrica de l'arc de meridià mesurat. Heus ací tres motius, la rellevància dels quals no cal que sigui explicada. Però en qualsevol cas, tres exemples que justifiquen —si és que cal— l'interès i l'enriquiment resultant de l'estudi del passat.

A més a més, no heu volgut ocultar la intenció d'ampliar i de reforçar els contactes amb les nostres entitats culturals i científiques i, de manera especial, amb la Universitat. En conseqüència, com a rector, us he d'agrair que hàgiu pensat en nosaltres, una Universitat jove amb moltes ganes de projectar-se sense límits; que ens hàgiu donat la possibilitat d'acollir a la nostra seu il·lustres investigadors i investigadores. Estic segur que us hi haureu trobat a gust, perquè conec l'entusiasme dels professors i les professores que us han atès. Ara aquesta Universitat és una casa que coneixeu una mica més: la vostra casa, on us esperem sempre que voldreu per a qualsevol col·laboració.

Celebro també que la presidència d'honor de les Terceres Trobades hagi estat delegada en un tarragoní il·lustre, digne successor d'Antoni Martí i Franquès, el doctor

Antoni Quintana i Marí, precisament el qui millor ha contribuït al coneixement de la figura de Martí d'Ardenya. L'honor merescut que li heu concedit és un honor que sentim una mica nostre, per la ciutat on vivim, per la Facultat de Química i per la Universitat en el seu conjunt.

Agraeixo ben sincerament la vostra assistència a les Terceres Trobades. Estic segur que han estat particularment útils per a una millor coneixença del passat que redunda en profit del present i també d'un futur que volem i esperem que sabrà igualment valorar el que fem els investigadors d'avui.

Moltes gràcies.

Queden oficialment clausurades les Terceres Trobades d'Història de la Ciència i de la Tècnica als Països Catalans.

S'aixeca la sessió.