



# Enfrentando el Sida

El desafío y la respuesta de las iglesias

*Un documento de estudio del CMI*

# EL SIDA

Respuesta de las Iglesias

*Documento de estudio del CMI*

Diseño de portada: Edwin Hassink

Foto de portada: Peter Williams, CMI

Traducido del inglés  
Servicio Lingüístico del CMI

ISBN 2-8254-1213-9

© 1998, WCC Publications, Consejo Mundial de Iglesias,  
150 route de Ferney, 1211 Ginebra 2, Suiza

En 2003:  
Nuevo Preámbulo,  
Revisión de “La magnitud del problema” en el Capítulo 2

# Índice

Índice	iv
Preámbulo	vii
Capítulo I	1
Capítulo II: Hacer frente al SIDA	7
Capítulo III: Perspectivas teológicas	22
Capítulo IV: Perspectivas éticas	54
Capítulo V: derechos humanos, responsabilidades y SIDA	78
Capítulo VI: Acción pastoral y comunidad terapéutica	87
Conclusión: Lo que las Iglesias pueden hacer	105
Apéndice I: Los efectos del VIH/SIDA y la reacción de las iglesias	108
Apéndice II: Pequeño glosario sobre el VIH/SIDA	123
Apéndice III: Personas que participaron en el proceso de estudio sobre el VIH/SIDA	127

# Preámbulo

"La epidemia del VIH/SIDA, por su terrible amplitud y sus consecuencias, constituye una urgencia mundial y uno de los desafíos más formidables de nuestro tiempo. Amenaza la vida y la dignidad humana, el disfrute efectivo de los derechos humanos y el desarrollo económico y social en el mundo entero. Todos los niveles de la sociedad se ven afectados, en el plano nacional, comunitario, familiar e individual."

*Declaración de la Asamblea General  
de las Naciones Unidas, Período  
extraordinario de sesiones sobre el  
SIDA, 25-27 de junio de 2001.*

El contexto global de esta tragedia de dimensiones planetarias se conoce hoy mejor que en el momento de la primera publicación de este libro en 1997. Ha habido una toma de conciencia y una nueva movilización en el mundo en general, aun cuando lamentablemente las respuestas no estén a la altura de los dramas.

Los temas abordados en este libro son particularmente importantes para ayudar al movimiento ecuménico y a las iglesias a lanzarse más consciente y resueltamente a la lucha contra el SIDA y sus consecuencias.

Al subrayar las perspectivas teológicas, éticas y pastorales en el planteamiento del problema, este documento constituye una contribución muy preciosa para aprender a "leer" y a comprender, a través de los recursos de la fe cristiana, las situaciones dramáticas con las que nos enfrentamos.

Como decía el canónigo Gideon Byamugisha de la Iglesia Anglicana de Uganda con ocasión del lanzamiento de la iniciativa ecuménica contra el SIDA en África en febrero de 2002,

"Todo el mundo sabe que lo más doloroso para las personas afectadas por el SIDA o el VIH positivo no es tanto el sufrimiento por la enfermedad misma (pues hay otras enfermedades que hacen sufrir y son mortales) como el tener que soportar la estigmatización, los riesgos y el rechazo de la discriminación, la falta de comprensión y de confianza."

Más que nunca, el desafío que se lanza a las iglesias y a las comunidades cristianas es pues el de comprender y actuar.

La introducción al Plan de Acción elaborado en la consulta ecuménica sobre el SIDA en África en noviembre de 2001 es un llamamiento sin paliativos a la conciencia cristiana, que merece ser recordado en la introducción a este documento.

"Las iglesias viven con el drama del VIH/SIDA. Los hijos de Dios mueren del SIDA. Como creyentes hemos hecho mucho, pero hay también muchas cosas que hemos descuidado. Confesamos nuestro silencio. Confesamos que a veces nuestras palabras y nuestras acciones han hecho sufrir y han negado la dignidad del prójimo. Predicamos la buena nueva para "que todos conozcan la vida en su plenitud", pero tememos haber contribuido también a la muerte.

Ha llegado el momento de decir la verdad.

Ha llegado el momento de actuar por amor.

Ha llegado el momento de superar la fatiga y de no negarnos a ver.

Es el momento de vivir en la esperanza.

Para responder a los desafíos del SIDA, las iglesias deben transformarse haciéndose ellas mismas fuerzas de transformación, capaces de llevar curación y esperanza, de acompañar a los afectados por el SIDA y de condenar los actos que los estigmatizan. Debemos trabajar con todas las personas de buena voluntad.

La verdad es que todos hemos sido creado a imagen de Dios. En consecuencia, la discriminación y la estigmatización de todo ser humano son contrarias a la voluntad de Dios.

*Geneviève Jacques*  
*Directora de Programmas*

## CAPÍTULO I

# Las Razones de este estudio

La “pandemia” (epidemia mundial) del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el consiguiente Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) han suscitado iniciativas por parte de muchos gobiernos así como de organismos de las Naciones Unidas y de organizaciones no gubernamentales. Muchas son las razones que exigen que las iglesias respondan a este problema, sumándose al esfuerzo mundial para prestar ayuda y apoyo a las personas que viven y conviven con el SIDA y disminuir los factores de riesgo y las consecuencias de la pandemia.

Muchos consideran que el SIDA ha sido como un foco que ha revelado muchas injusticias latentes en nuestras comunidades y que hasta ahora no habíamos tenido el coraje de afrontar. El SIDA pone en evidencia las trágicas consecuencias que pueden tener los actos que perjudican directamente a otros, o la negligencia, que expone a las personas arriesgos adicionales. La pandemia expone claramente el silencio y la indiferencia de las iglesias, exhortándolas a estar mejor informadas, a movilizarse y a dar un testimonio más fiel del Evangelio de reconciliación, en su propia vida y en sus comunidades.

Por otro lado, cada vez más personas contraen la enfermedad, con todo lo que ello implica de sufrimiento físico, psíquico y espiritual; muchas de esas personas viven en situaciones de abandono y desolación. Hombres, mujeres, niños y jóvenes están muriendo; familias y grupos humanos sufren graves consecuencias sociales y económicas, sobre todo en los países menos ricos. Los efectos del SIDA sumen a la gente en la pobreza más absoluta, violan los derechos humanos y se repercuten física y anímicamente.

Jesucristo puso en evidencia el amor de Dios por todos los seres humanos, encarnándose en medio de sus luchas. Si las iglesias están llamadas a cumplir su misión, deben comenzar tomando conciencia de que el SIDA irrumpe en la vida de muchas personas como una crisis, y que esa crisis exige una respuesta de su parte. Para responder con eficacia a esta crisis, las iglesias deben estar dispuestas a actuar. Por

otro lado, la crisis exige que las iglesias pongan en tela de juicio las condiciones humanas que promueven de hecho la pandemia, haciendo que tomemos mayor conciencia de nuestra inhumanidad unos con otros, de las relaciones quebrantadas y de las estructuras injustas, así como su propia complacencia y complicidad. El SIDA es una señal de los tiempos que nos invita a ver y comprender.

Estas razones indujeron al Comité Central del CMI, en su reunión celebrada en Johannesburgo, Sudáfrica, en 1994, a encargar la formación de un Grupo Consultivo sobre el SIDA, que debía realizar un estudio para ayudar al movimiento ecuménico a formular su respuesta en los campos de la teología y la ética, del ministerio pastoral y de la iglesia como comunidad terapéutica, y de la justicia y los derechos humanos. El objetivo del estudio debía ser ayudar a las iglesias para que sean más honestas y más fieles a su vocación y a estar mejor informadas, y para que sean comunidades que ofrezcan refugio seguro a las víctimas del SIDA.

Este *documento de estudio* es el resultado de ese proceso. En él se presenta la labor realizada por los subgrupos en cada uno de esos tres ámbitos en el marco global de los desafíos que plantea el SIDA y de la vigente necesidad de una respuesta fiel y creativa por parte de las iglesias. El documento fue presentado al Comité de la Unidad II del CMI (Las Iglesias en Misión: Salud, Educación, Testimonio) en el marco de la reunión del Comité Central que tuvo lugar en septiembre de 1996. El pleno del Comité Central acogió con beneplácito el documento y solicitó que se presentara a estudio y comentario por las iglesias, con el fin de que le dieran el seguimiento adecuado.

El Comité Central *adoptó también oficialmente una declaración* más breve (es significativo que no hubiera ningún voto en contra), “Los efectos del VIH/SIDA y la reacción de las iglesias”, que figura en apéndice a este volumen.

Las distintas secciones de este informe presentan variaciones de estilo, lo que refleja la diversidad de contribuciones de los miembros del grupo, y en ciertos casos, el tono y el vocabulario característicos de una disciplina particular. El informe también presenta algunos recuadros. Los textos son de naturaleza muy diversa: declaraciones de órganos de iglesias; testimonios, relatos y narraciones personales; estudios de casos de iglesias locales; y pasajes de estudios científicos y de programas de estudios de las Naciones Unidas. Esos textos tienen por objetivo enriquecer y amenizar el informe, y dar la palabra

a un círculo más amplio de personas y autoridades que el que se expresa por lo general en las iglesias en relación con la pandemia del SIDA.

El proceso de estudio en el que se basaron estos textos fue, en sí mismo, una peregrinación ecuménica en la que participaron personas con experiencia y conocimientos especializados en varios campos relacionados con el SIDA, procedentes de todos los continentes y de muchas confesiones, en particular, personas que viven y conviven con el VIH/SIDA.

Los conocimientos y las opiniones de los miembros del Grupo Consultivo eran tan diversos como sus orígenes geográficos y confesionales. Así pues, había que empezar por escuchar y aprender unos de otros, proceso que no siempre fue fácil, pues hubo que dar prueba de espíritu de humildad. La gran divergencia de opiniones suscitó momentos de tensión y largas deliberaciones sobre temas delicados. Por otro lado, en numerosas ocasiones los miembros del grupo se vieron obligados a poner en tela de juicio sus más profundas convicciones a la luz de lo que habían aprendido y de la experiencia de los otros.

En diferentes momentos de este peregrinaje ecuménico, los miembros del grupo consultivo tuvieron oportunidad de conocer la realidad tal como la viven las comunidades y las personas directamente afectadas por el SIDA y los que trabajan en proyectos en relación con esta enfermedad. Esa sensibilización se llevó a cabo mediante una serie de visitas a Sudáfrica, Estados Unidos e India, en cuyo transcurso se comunicaron a los miembros de la comunidad local las conclusiones preliminares del estudio invitándolos a formular observaciones, con el fin de evitar la presentación de un informe demasiado “académico” distante de las luchas, los sufrimientos y celebraciones de personas que son de carne y hueso. De ese modo, muchas personas que no formaban parte oficialmente del grupo consultivo pudieron contribuir al informe y cabe destacar su contribución en los resultados obtenidos.

A pesar de las divergencias y los puntos de vista aparentemente irreconciliables, los que participaron en esta aventura pudieron experimentar un fuerte sentimiento de unidad y de visión común. Todos ellos se esforzaron verdaderamente por comprender el contexto y las verdaderas intenciones de cada cual, aun cuando las conclusiones fuesen distintas en algunos aspectos. En ese sentido, el

proceso de estudio fue una verdadera experiencia de aprendizaje ecuménico. Los miembros del grupo tuvieron también la impresión que el Espíritu de Dios los ayudó a aceptarse unos a otros como hermanos y hermanas que trabajaban juntos por el bien común. La riqueza de la vida de culto de todas las reuniones y consultas fue una fuente constante de inspiración y apoyo, que permitió llevar los debates y las resoluciones ante la presencia del Dios vivo, que está presente cuando nos reunimos para orar, cantar, aprender, llorar y celebrar la vida.

Así pues, este informe se ha escrito con la firme convicción de que no poseemos la verdad, pero que estamos llamados a discernir constantemente la voluntad de Dios en un mundo en plena transformación. En la lucha mundial por encontrar soluciones al problema del SIDA aparecen, casi cada día, nuevos descubrimientos, nuevas informaciones, nuevas respuestas y nuevos informes sobre la forma en que las comunidades se ven afectadas por esta pandemia. Ningún informe publicado en un momento determinado podrá aportar la solución “definitiva” a este problema; sólo podrá inscribirse en el marco de un proceso continuo.

Tampoco hay que olvidar que las cuestiones relativas al SIDA son extremadamente complejas. Aunque el VIH es un virus y el SIDA es la consecuencia médica de la infección viral, los problemas que plantean distan mucho de ser meras preocupaciones médicas o clínicas. Las normas y prácticas culturales, las condiciones socioeconómicas, los problemas del desarrollo y las cuestiones de género, la sexualidad y muchos otros factores influyen en la pandemia y se ven a la vez influidos por ella.

En este informe se aborda el problema del SIDA desde diferentes ángulos: la ciencia, el contexto socioeconómico, la teología, la ética, los derechos humanos, las iglesias como comunidades terapéuticas, el ministerio pastoral y la educación. Todos estos aspectos están vinculados y no pueden dissociarse unos de otros. Sin embargo, el informe trata esos aspectos en capítulos distintos para que los lectores puedan consultar las cuestiones por las que tengan un interés particular.

Aun cuando este informe es parte de un proceso que sigue su curso, y a pesar de que se abordan problemas de gran complejidad, los lectores no deben desanimarse, ni dejarse llevar por una resignación pesimista ni caer en la pasividad. A medida que se extiende la

pandemia, es cada vez mayor el número de personas, comunidades y países que se encuentran en una situación de urgencia. La vida y el bienestar de innumerables personas dependen de las decisiones y de las iniciativas que se imponen hoy. Todas las instituciones, en particular las iglesias y sus congregaciones, tienen el deber de responder a ese problema y de prestar ayuda a todas y a cada una de las personas y sus comunidades de la mejor manera que puedan.

Desde el comienzo de la pandemia, algunos cristianos, iglesias e instituciones relacionadas con las iglesias han organizado programas de información y de prevención y se han ocupado de personas seropositivas y enfermas del SIDA. El grupo consultivo tuvo el privilegio de poder trabajar con algunas de ellas en el curso de este estudio. Ahora bien, el grupo observa, que por lo general, la respuesta de las iglesias ha sido insuficiente, y en algunos casos, ha contribuido a agravar el problema. Como destacaba el Comité Ejecutivo del CMI en 1987, "... muchas iglesias, con su silencio, son también responsables del miedo que se ha propagado por nuestro mundo más rápidamente que el propio virus"<sup>1</sup>. Las iglesias no siempre han facilitado la difusión de una información exacta, o han impedido que se aborde abiertamente el tema para contribuir a una mejor comprensión. Al despreocuparse de los problemas que suscita el VIH/SIDA, ha habido casos en que las iglesias han contribuido a fomentar actitudes racistas para con determinados grupos étnicos y raciales injustamente discriminados por considerarse que son los principales portadores de la infección.

La situación exige que las iglesias se decidan a enfrentar directamente el problema del SIDA. El objetivo de este informe es dar los medios a las iglesias, a sus miembros y a sus dirigentes, de emprender una iniciativa valiente y tomar decisiones con conocimiento de causa, sobre la base de las informaciones de las que se dispone actualmente. Es preciso responder a las necesidades reales de las personas y las comunidades afectadas por el SIDA mediante iniciativas que se adapten siempre a la situación local. Pero para actuar, se precisa primero tomar conciencia de la situación, y sobre todo, estar dispuestos a reconocer y a abordar los difíciles problemas que plantea esta pandemia. En definitiva, son las propias iglesias las que están afectadas por el SIDA, y su credibilidad dependerá de la forma en que reaccionen. Frente a ellas se encuentran personas, miembros del cuerpo de Cristo, que no sólo buscan apoyo y

## 6 *EL SIDA : Respuesta de las Iglesias*

solidaridad, sino que preguntan: ¿Quieres ser mi hermano, quieres ser mi hermana?

### NOTES

- <sup>1</sup> 1 Comité Central del Consejo Mundial de Iglesias: Actas de la 38a reunión, Ginebra, Consejo Mundial de Iglesias, 1987, Apéndice VI, "AIDS and the Church as a Healing Community", p.135, versión en inglés.

## CAPÍTULO II

# Hacer frente al SIDA

### **Introducción a los datos científicos**

Periódicamente se producen brotes o rebrotes de enfermedades en diversas partes del mundo. A veces ocurre que se “descubre” una enfermedad, que, de hecho, ha estado prevalente desde hace cierto tiempo. Por lo general, estos fenómenos se han limitado geográficamente a determinados medios naturales donde las condiciones son favorables al brote o rebrote de enfermedades. El SIDA es sin duda una enfermedad nueva, pero su medio natural parece abarcar el mundo entero. Su aparición ha suscitado no pocas sorpresas, obligándonos a reflexionar.

SIDA significa

*Síndrome* (una enfermedad que se presenta en varias formas)

*de Inmunodeficiencia* (serio deterioro de las células del sistema de inmunización, es decir, las células que defienden al organismo contra las infecciones, incluso las más benignas)

*Adquirida* (no transmitida genéticamente).

Su origen es desconocido; sin embargo, fue en Estados Unidos en 1981 cuando se identificó por primera vez la enfermedad. Los primeros casos se registraron entre los homosexuales y las primeras muertes entre los jóvenes. Los medios de información de todo el mundo dieron publicidad de forma sensacionalista a estos dos aspectos, de modo que la imagen de “SIDA = plaga de los homosexuales” no tardó en quedar grabada en la mente de todos. La aversión y el miedo que se suscitaron en aquel momento han permanecido, a pesar de los elementos que claramente prueban lo contrario. Después de los homosexuales, la idea estereotipada de que el siguiente grupo más afectado era el de los drogadictos por vía intravenosa no hizo sino reforzar la actitud negativa.

Esos prejuicios siguen vivos hoy en día, a pesar de que los grupos afectados son cada vez más numerosos: el SIDA afecta a más y más mujeres, niños, heterosexuales, y personas que no mantienen relaciones sexuales; ya no afecta tan sólo a “otros”, sino a nuestras

comunidades locales, nuestros vecinos e incluso nuestras propias familias. Lamentablemente, muchos cristianos y algunas iglesias están contribuyendo a suscitar actitudes negativas que sentencian y condenan.

En 1982, se había detectado el SIDA en algunos países de África (de hecho, se puso en evidencia que había causado elevados índices de mortalidad desde los años setenta). Y afectaba a hombres y mujeres que ni eran homosexuales ni drogadictos por vía intravenosa. Se supo entonces que el SIDA se transmitía por las relaciones sexuales – en uno y otro sexo – y por la sangre (por ejemplo, por jeringas contaminadas o por transfusión sanguínea). También se puso en evidencia que la transmisión sexual estaba relacionada con el hecho de mantener relaciones sexuales con muchas parejas distintas. Al establecer un vínculo entre la promiscuidad sexual y la enfermedad, se legitimaron los juicios negativos sobre las personas afectadas por el SIDA.

En 1983-1984 se identificó el virus causante de la inmunodeficiencia. Aunque anteriormente se conocía por otros nombres, hoy se lo denomina VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y ha seguido propagándose sin ser detectado, alcanzando todas las regiones. En el momento de ultimar este informe, la infección del VIH ya se ha propagado a casi todos los países del mundo y afecta a muchísimas familias. Se ha convertido así en una epidemia mundial, una pandemia. A nivel de las ciudades, las aldeas y las congregaciones, origina epidemias locales. La infección y la enfermedad, al principio epidémicas (con una tasa de propagación rápida y en aumento), pasan a ser “endémicas”: es decir, que se implantan y progresan a ritmo constante. Las epidemias tienen fin, las enfermedades endémicas permanecen.

La cadena de transmisión del VIH no se limita en absoluto a las personas que tienen más de una pareja sexual.

- Un cónyuge fiel, mujer u hombre, que tiene relaciones sexuales monógamas puede quedar infectado si su pareja ha contraído antes la infección, sea por contacto sexual o por el uso de agujas contaminadas.

- El VIH se ha propagado y se sigue propagando en entornos sanitarios por las transfusiones de sangre no analizada, o por la reutilización de agujas y jeringuillas sin la debida limpieza y esterilización.

- Los hijos recién nacidos de madres infectadas por el VIH corren también el riesgo de contraer la infección. Es lo que se llama transmisión “vertical”. Entre el 15 y el 40 por ciento de los recién nacidos de madres infectadas contraen a su vez la infección por transmisión vertical.

La infección del VIH es un fenómeno latente que sólo puede diagnosticarse mediante análisis de sangre. La infección del VIH no es en sí misma una enfermedad. Sin embargo, las personas están infectadas de por vida, y, por lo tanto, pueden infectar a otros por contacto con la sangre u otros líquidos orgánicos. Como consecuencia de una infección prolongada del VIH, el sistema inmunitario se debilita y, a causa de esa deficiencia inmunitaria, la persona está expuesta a enfermedades secundarias. Esta fase, caracterizada por infecciones oportunistas, cáncer u otras enfermedades debilitadoras, es lo que suele llamarse enfermedad del SIDA.

A pesar de las importantes investigaciones biomédicas realizadas, aún no se ha encontrado un remedio para la inmunodeficiencia causada por la infección del VIH. Aunque se han fabricado varios medicamentos antivirales, el virus ha desarrollado resistencias contra todos, debido a su capacidad de mutación y adaptación, y ha dado lugar a que el virus se diferencie en subtipos según las regiones geográficas. Todos los intentos de encontrar una vacuna eficaz contra la infección del VIH han fracasado hasta la fecha. Se cree en general que una única vacuna puede no ser eficaz contra todos los subtipos de virus. Para resumir, un tratamiento biomédico o una vacuna contra el VIH/SIDA siguen siendo un objetivo difícil de alcanzar.

A nivel individual, la infección del VIH puede prevenirse si se evitan los factores de riesgo que facilitan la transmisión de la infección. En el acto sexual, las personas intercambian secreciones sexuales y, con ellas, los microbios que normalmente están presentes en abundancia en las superficies mucosas genitales. Es la llamada flora microbiana normal, que adquirimos de nuestro medio ambiente durante los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo. En una relación monógama, basada en la fidelidad, los dos miembros de la pareja tienen sólo la flora normal.

Los microbios patógenos que causan diversas enfermedades como la sífilis, la gonorrea, el herpes genital, el chancro, etc. sólo pueden transmitirse por otra persona infectada en el curso de relaciones sexuales. Son las denominadas enfermedades de transmisión sexual

(ETS); como el VIH se transmite por vía sexual, el SIDA es también una ETS. A diferencia de la mayoría de esas enfermedades, el VIH/SIDA no se localiza en la mucosa y en la piel de los genitales. No obstante, la presencia de una ETS, particularmente con una lesión ulcerada, facilita la transmisión del VIH en la pareja, cuando uno de los dos miembros tiene esta infección. Si no hay una lesión local, el VIH se transmite con menos facilidad y menos frecuencia. Por consiguiente, el diagnóstico precoz y el tratamiento de todas las demás ETS reducirán el riesgo de transmisión del VIH, aun en el caso de que una de las partes tenga el virus.

La probabilidad de transmisión sexual de cualquier elemento patógeno, incluido el VIH, es mínima o nula si los dos miembros de la pareja utilizan una barrera eficaz para impedir el contacto físico entre sus mucosas genitales. La barrera impide también el intercambio de secreciones genitales. En este principio se basa el uso del preservativo para impedir la transmisión del VIH. El hombre es el que lleva el preservativo pero también se ha diseñado y sometido a pruebas un preservativo femenino.

### **La magnitud del problema**

Cuando apareció el SIDA hace dos decenios, pocos podían imaginar cómo iba a evolucionar la epidemia. Sabemos hoy por experiencia que el SIDA puede devastar regiones enteras, borrar decenios de desarrollo nacional, ensanchar el foso que separa a los países ricos de los pobres y marginar todavía más de la sociedad a grupos ya estigmatizados. La experiencia muestra también que los planteamientos correctos, aplicados rápidamente, con valentía y determinación, pueden hacer bajar los porcentajes de infección y disminuir los sufrimientos de los afectados por la epidemia.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) estiman que el número de personas que viven con el VIH o el SIDA se situaba en 36,1 millones a fines del año 2000<sup>1</sup>. Ya 21,8 millones de personas, entre las cuales 4,3 millones de niños, han muerto del SIDA en el mundo. Las estimaciones más recientes indican que solo durante el año 2000 ha aumentado en 5,3 millones el número de personas seropositivas. La pandemia ha hecho también huérfanos a 13,2 millones de niños.

De los 36,1 millones de personas afectadas por el VIH/SIDA, 25,3 millones (el 70 por ciento) viven en el África subsahariana. En dieciséis países de esa región, más del 10 por ciento de la población es seropositiva, y en seis de ellos lo son el 20 por ciento. Los programas de prevención seguidos con éxito en algunos países africanos, en especial en Uganda, han reducido los porcentajes nacionales de infección y señalan el camino para otros países.

Se calcula que hay en la región de Asia meridional y sudoriental 5,8 millones de adultos y niños seropositivos o afectados por el SIDA. En Asia oriental, la mayor parte de la numerosa población adulta presenta un porcentaje del 0,07 por ciento, frente al 0,56 por ciento en Asia meridional y sudoriental. Se prevé una propagación rápida de la epidemia en Asia oriental, donde se registra un fuerte aumento de la frecuencia de enfermedades sexualmente transmisibles.

En América Latina y el Caribe, 1,8 millones de personas viven con el VIH/SIDA. En esta región, la epidemia se caracteriza por un mosaico complejo de tipos de transmisión, observándose que el VIH sigue extendiéndose por transmisión homosexual.

En Europa oriental y en Asia central se calcula que el número de adultos y niños seropositivos o afectados por el SIDA ascendía a 420 000 a fines de 1999. Solo un año más tarde, un cálculo prudente situaba esa cifra en 700 000. La mayor parte del cuarto de millón de adultos recién infectados eran hombres, en su mayoría toxicómanos.

Está sobradamente probado<sup>2</sup> que la evolución de la seropositividad tendrá un efecto profundo sobre las tasas futuras de mortalidad infantil, postinfantil y maternal, de esperanza de vida y de crecimiento económico. A estos efectos sin precedentes a nivel de la sociedad vienen a añadirse los enormes sufrimientos de las personas y de las familias. La asistencia a los afectados por la infección sigue siendo un enorme problema nacional e internacional. La atención a los huérfanos que dejan las víctimas de la epidemia complica todavía más la situación. La protección de la nueva generación contra la enfermedad y la muerte prematura es una responsabilidad de máxima importancia.

### **Prevención de la transmisión del VIH**

Considerando la magnitud del problema y la actual aceleración del ritmo de propagación de la pandemia del VIH, la prevención es una prioridad fundamental. Desde el comienzo de la pandemia, se ha

avanzado mucho en la búsqueda de los mejores métodos para prevenir la transmisión del VIH. El proceso de aprendizaje ha sido difícil y doloroso. Muchos enfoques han sido inútiles e incluso perjudiciales, y la aplicación de métodos eficaces ha sido a menudo lenta o ha adolecido de una financiación insuficiente. Estos obstáculos han costado la vida a innumerables personas. Tras una evaluación meticulosa de los éxitos y los fracasos de muchos enfoques y programas, se dispone hoy de varias medidas eficaces, que se exponen a continuación.

### *1. Información, educación, comunicación*

La prevención de la transmisión del VIH requiere ante todo que la gente esté debidamente informada sobre la forma en que el virus puede – o no puede – transmitirse de una persona a otra. Disponer de esta información facilita las opciones responsables de la gente sobre la forma de evitar la transmisión. Pero no es por sí sola suficiente para determinar la conducta humana, que tiene que ver con emociones profundas, condiciones socioeconómicas, y normas y valores culturales y tradicionales. Por otra parte, en muchas situaciones se carece de libertad de opción, lo que impide que las personas actúen de manera sensata. Se requieren enfoques participativos en los que la educación esté vinculada a la experiencia. A continuación se enuncian los criterios esenciales para la planificación de programas de información, educación y comunicación:

- los mensajes educativos deben ser claros y fáciles de entender, y transmitirse a través de medios de información pertinentes, encargados específicamente de los grupos que se desea educar;
- los mejores educadores son las personas directamente afectadas por el SIDA;
- la comunidad debe participar en la determinación de las prácticas culturales y sociales que aumentan o disminuyen el riesgo de transmisión del VIH y en la formulación de programas de educación adaptados a su situación;
- personas de la misma edad que estén familiarizadas con el contexto social y cultural de los grupos destinatarios del mensaje son mucho más eficaces como educadores que personas “de fuera”.

En general, los mensajes basados en el miedo y en imágenes negativas del SIDA no han sido eficaces para promover un cambio de conducta a largo plazo.

*2. Reducción de la transmisión sexual*

La transmisión sexual del VIH puede prevenirse si se evita una conducta sexual que aumente el riesgo de infección. Las conductas más seguras son la abstinencia sexual y la fidelidad de los dos miembros de la pareja, en el marco de relaciones sexuales estables. Si estas opciones no son posibles para algunas personas, el uso adecuado y sistemático de preservativos de látex ofrece un alto grado de protección contra el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

*3. Diagnóstico y tratamiento precoces de otras enfermedades de transmisión sexual*

Puesto que la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual eleva notablemente el riesgo de transmisión del VIH, el diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz de esas enfermedades contribuyen a reducir los riesgos.

*4. Seguridad en las transfusiones de sangre*

El VIH puede transmitirse en el medio hospitalario por la transfusión de sangre infectada. Este riesgo puede minimizarse haciendo transfusiones sólo cuando sea necesario y evitándolas siempre que pueda optarse por otros tratamientos. Toda la sangre destinada a transfusiones debe ser analizada para comprobar la ausencia de anticuerpos al VIH.

*Esterilización adecuada de agujas y otros instrumentos incisivos*

Escalpelos, agujas, hojas de afeitar o instrumentos tradicionales contaminados por el VIH pueden transmitir el virus si penetran en la piel de personas sanas. La esterilización mediante técnicas normalizadas puede prevenir este tipo de transmisión.

Las instituciones sanitarias deben establecer políticas y normas estrictas para la prevención de todas las infecciones nosocomiales (intrahospitalarias).

6. *Suministro de instrumentos estériles para los drogadictos*

El uso de agujas ya utilizadas por parte de los drogadictos es otro factor de riesgo de transmisión del VIH. La disponibilidad de equipo individual para la inyección, la desinfección del equipo antes de usarlo o los programas de cambio de agujas viejas por nuevas pueden eliminar el riesgo de transmisión del VIH (igual que otras infecciones contenidas en la sangre como la hepatitis viral B o C).

7. *Atención y prevención*

Se ha demostrado que la atención física, afectiva y espiritual de las personas que viven y conviven con el VIH/SIDA es muy importante y contribuye eficazmente a la prevención. Es también importante para ganar la confianza de las personas afectadas y contar con su colaboración. Esta atención integral ayuda a las familias y las comunidades a hacer frente a los problemas suscitados por el SIDA y a reflexionar y entender las consecuencias que pueden tener para ellas mismas.

8. *Lucha contra la discriminación*

La exclusión de personas sobre la base de su condición social, su orientación sexual o de la drogadicción las hace más vulnerables a los riesgos, entre otros, el de contraer infecciones. Si se sienten excluidas y temen revelar su verdadera identidad, esas personas estarán menos dispuestas a consultar los servicios médicos o sociales que podrían informarles sobre el SIDA y a cooperar con los programas de prevención. Por consiguiente, la resistencia a todas las formas de discriminación y la defensa de los derechos de las personas vulnerables al VIH son no sólo exigencias éticas sino contribuciones a una prevención eficaz.

9. *Dar a las personas particularmente vulnerables al VIH los medios de decidir por sí mismas*

Las personas que no tienen los medios necesarios para decidir lo que hacen de su propio cuerpo ni de sus relaciones corren un riesgo mucho mayor de infección del VIH, aunque conozcan bien la forma de prevenir la enfermedad. Eso atañe en especial a las mujeres, a las que hay que dar los medios de hacer frente a las presiones culturales y económicas que las llevan a aceptar relaciones sexuales no deseadas

(véase el texto “Plataforma Ecuémica de Acción - La salud de la mujer y el problema del SIDA”).

*Prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo recién nacido*

Se ha demostrado recientemente que el tratamiento antiviral de las mujeres embarazadas y de los recién nacidos reduce el riesgo de transmisión vertical en dos terceras partes aproximadamente. No obstante, este tratamiento todavía no está disponible en todo el mundo, por su elevado costo.

**Contexto socioeconómico y cultural**

Los contextos socioeconómicos y culturales son factores determinantes que favorecen la propagación del SIDA. Como estas circunstancias difieren de un lugar a otro, de un país a otro, de un distrito a otro e incluso de una aldea a otra, las experiencias en relación con el VIH/SIDA pueden variar. La OMS calcula actualmente que nueve de cada diez personas portadoras del VIH viven en regiones caracterizadas por la pobreza y la discriminación y se considera a las mujeres y los niños en condiciones de inferioridad.

Queda claro que la práctica del desarrollo en lo que se refiere al VIH es concretamente la práctica del desarrollo humano. El centro del problema son las relaciones y la conducta sexuales, psicológicas y sociales de la gente. No hay carreteras, fertilizantes, sistemas de adquisición pública ni bolsas de valores que puedan hacer olvidar o disimular el hecho de que lo que está en el centro de esa práctica son los seres humanos.

Es esencial analizar la relación entre las variables económicas, sociales y culturales y la propagación del VIH, o sea, quién contrae la infección del virus y cómo se han distribuido geográficamente las personas infectadas. Entre los factores que desempeñan un papel en la propagación del virus, cabe destacar los problemas de género (más exactamente la falta de autonomía económica, social y cultural de las mujeres, que las expone al riesgo de infección); la pobreza y la exclusión social (la ausencia de derechos económicos, sociales y políticos); y la movilidad profesional (que es más que la movilidad física de las personas e incluye la influencia de los procesos de modernización en los valores y las estructuras tradicionales. La discriminación por razones de sexo y la pobreza están en el centro del problema de la transmisión del VIH.

Los componentes clásicos del desarrollo – sistemas de transportes, mercados de trabajo, crecimiento económico, gestión de los asuntos

públicos, pobreza, etc. – se inscriben el marco que determina las modalidades y el ritmo de propagación del virus. Estos componentes se verán a su vez afectados por las consecuencias de la propagación del virus, la mortalidad y la morbilidad resultantes y las consecuencias de dependencia y perturbación social que origina. Ya no pueden entenderse por separado los fracasos de las medidas para mitigar la pobreza y los éxitos de las medidas en favor de la creación de empleos. Todos los componentes del desarrollo inciden en la epidemia del VIH.

*Naciones Unidas*  
*Dra. Elizabeth Reid, Programa de las*  
*para el Desarrollo, Programa “VIH y*  
*desarrollo”.*

Tras los problemas socioeconómicos y culturales mundiales relacionados con el VIH/SIDA se esconde un factor fundamental: la acumulación y distribución injustas de la riqueza, la tierra y el poder que perturban en distintas formas las comunidades humanas. Cada día oímos hablar más de las migraciones económicas y políticas en y entre los países. Esas personas desarraigadas pueden ser trabajadores migrantes que buscan empleos mejor remunerados, o refugiados que huyen de conflictos económicos, políticos o religiosos. El racismo, el acoso sexual, la discriminación por razón de sexo, las desigualdades económicas, la falta de voluntad política para el cambio, las enormes deudas interiores y exteriores, los graves problemas de salud, el comercio ilícito de drogas y del sexo, en particular, la creciente prostitución infantil, y la fragmentación y marginación de las comunidades son todas realidades que hay que tomar en consideración. Todos esos factores – que afectan tanto a las sociedades “desarrolladas” como a las que están “en desarrollo” – forman una red de problemas mundiales interconectados que aumentan la vulnerabilidad de las comunidades humanas al VIH/SIDA.

### **La familia y el SIDA**

La familia es la célula social básica de las relaciones humanas. En la familia, las personas crecen y se apoyan en un clima de responsabilidad y amor mutuos. La familia se presenta bajo formas diversas, en función del lugar y de las circunstancias: familia nuclear tradicional agrupada en el “hogar”, familia ampliada o familia de opción. Pero en todos los casos el SIDA afecta la vida, el

comportamiento y las perspectivas de vida de las personas en las familias.

Las familias sufren constantemente los embates del contexto socioeconómico y cultural y de los fenómenos de mundialización y fragmentación que contribuyen a la actual fragilidad de las relaciones humanas. El tejido de la vida familiar y comunitaria se debilita en muchas sociedades por el desequilibrio del poder entre hombres y mujeres, desequilibrio que se inicia desde el momento mismo del nacimiento. A menudo, la “responsabilidad común” de mantener el tejido social recae sobre niñas y mujeres que, sin embargo, siguen subordinadas a los hombres en muchas culturas. A este desequilibrio del poder viene a añadirse el hecho de que los hombres no asumen su responsabilidad en las cuestiones de sexualidad, reproducción y propagación del VIH.

La mayoría de las personas afectadas por el SIDA tienen entre 15 y 44 años, la edad de la procreación y de mayor actividad productiva. Alrededor del 50% de todas las infecciones del VIH se dan entre jóvenes de menos de 24 años, lo que pone claramente en evidencia la vulnerabilidad propia de los jóvenes en casi todas las culturas. Se trata de una constante, aunque haya muchos contextos diferentes dentro de cada cultura.

En una reunión ecuménica internacional de jóvenes organizada en Namibia, en mayo de 1993, adolescentes de todo el mundo identificaron tres de sus principales preocupaciones: las relaciones con chicos y chicas de su misma edad, los cambios en las relaciones con los padres y las familias, y la experiencia del descubrimiento de su identidad y su sexualidad. Los jóvenes sienten la necesidad de formar parte de un grupo y de ser aceptados por las personas con las que se identifican. Muchas de estas relaciones son enriquecedoras, pero la presión de los compañeros puede llevar a la experimentación con la sexualidad y con el uso del alcohol y las drogas<sup>3</sup>, exponiéndolos a los factores de riesgo respecto al VIH/SIDA. Muchas veces, los problemas se complican con la actitud y la política de los dirigentes de las comunidades. Por ejemplo, un miembro del personal de la OMS especializado en cuestiones que atañen a los jóvenes en relación con el SIDA observó que “la oposición de los dirigentes políticos y religiosos (para no hablar de padres y maestros) a un debate abierto y objetivo sobre la educación de los jóvenes sobre el SIDA dificulta y a

veces imposibilita la aplicación de medidas innovadoras que podrían ser eficaces, empeorando la situación.”<sup>4</sup>

La vulnerabilidad de los jóvenes, en particular de las adolescentes, refleja la actual fragilidad de los papeles masculino y femenino que cada sociedad construye desde la infancia. Por lo que respecta a la educación, la formación especializada, y el acceso a la propiedad o a otros recursos esenciales, la discriminación de que son víctima las mujeres, las hace también más vulnerables a la infección del VIH. En 1980 se calculaba que el 80% de los seropositivos eran hombres, y el 20% mujeres. A mediados de los años noventa, el porcentaje de mujeres seropositivas ha aumentado de forma desproporcionada, y según estadísticas recientes, se sitúa en 40%.

Los factores económicos, sociales y culturales que perpetúan la subordinación de las mujeres contribuyen a la propagación del VIH. Por su condición en muchas sociedades, las mujeres tienen un poder de decisión limitado sobre su cuerpo y la reproducción. Las mujeres pueden verse obligadas al comercio del sexo por su propia situación económica o la de sus familias. En una situación de extrema pobreza, una mujer que trabaja en un burdel puede pensar: “Si trabajo aquí, puede que muera en 10 años, pero si no lo hago, me moriré mañana de hambre.”

Además, las mujeres ocupan posiciones importantes en sus familias y comunidades. Al ser las mujeres las que tradicionalmente cuidan de la familia y la comunidad, también recae en ellas la carga de ocuparse de los seropositivos y los enfermos de SIDA. Raro es que los hombres compartan la exigente tarea de cuidar y educar a la familia. En el contexto del VIH/SIDA, las mujeres han demostrado su capacidad de cuidar y ayudar con amor a sus enfermos: esposos, hijos, padres y otros familiares. En consecuencia, son ellas las últimas en reclamar atención médica: o los recursos no son ya suficientes para ellas, o están demasiado agotadas para buscar atención médica, o no tienen tiempo para ocuparse de sí mismas. Y a falta de atención prenatal, es difícil reducir los riesgos de transmisión del VIH de las mujeres embarazadas infectadas a los recién nacidos.

**Plataforma ecuménica de acción**

**La salud de la mujer y el problema del SIDA**

La epidemia del VIH/SIDA afecta a todos los aspectos de la vida de las personas. Los factores económicos, sociales y culturales que perpetúan la subordinación de las mujeres están contribuyendo a la propagación del virus y exacerbando sus efectos en su propia vida. Reconocemos el excelente trabajo que se está haciendo en muchas situaciones, pero, en general, las estrategias de prevención y atención de los gobiernos, las iglesias y las organizaciones no gubernamentales no han conseguido hasta ahora influir sobre los mayores factores determinantes de la condición de las mujeres.

**¿En qué concierne esto a las iglesias?**

Cuando la iglesia guarda silencio frente a la injusticia, no está siendo fiel a la misión de Dios. Ha llegado pues el momento de que las iglesias examinen y determinen en qué medida han sido cómplices en el mantenimiento de estructuras sociales que perpetúan la subordinación de las mujeres.

En algunas regiones del mundo, por ejemplo, las iglesias han contribuido a difundir el mito de que el virus del SIDA sólo se transmite a las personas que comercian con el sexo, los homosexuales y los drogadictos: esa falsa imagen es perjudicial y debe ser refutada ... Somos un grupo de treinta personas procedentes de cinco continentes ... Todos nosotros tenemos experiencia práctica de trabajo en programas de las iglesias en relación con el SIDA. Algunos de nosotros estamos afectados directa o indirectamente por el SIDA ... Todos nosotros, nos hemos dado cuenta de que nuestro trabajo ha interpelado constantemente nuestra manera de pensar, nuestras actitudes y nuestra teología, y ha transformado totalmente nuestros puntos de vista. Al compartir nuestras experiencias y los resultados de nuestras investigaciones, hemos descubierto que tenemos mucho en común; que adquirimos fuerza y confianza al comunicar nuestras perspectivas; y que los problemas que abordamos – aunque desde contextos muy diferentes – son en buena medida los mismos. Hemos podido llegar a un acuerdo unánime sobre una plataforma ecuménica de acción.

**Plataforma de acción**

1. Instamos a nuestras iglesias a proceder a un examen de conciencia y a preguntarse si no han contribuido a perpetuar los prejuicios y modelos culturales que promueven la subordinación y la opresión de las mujeres.
2. Exhortamos encarecidamente a nuestras iglesias a favorecer las condiciones necesarias para que las mujeres puedan relatar sus experiencias de vida sin temor a ser juzgadas, y que se las escuche con

espíritu de amor y respeto, de manera que puedan tratarse los problemas planteados.

3. Recomendamos vivamente que las iglesias examinen su forma de interpretar la Biblia, sus tradiciones eclesiales y sus imágenes de Dios. Muchos cristianos las han aceptado como verdad sin considerar en qué medida se arraigan en las realidades cotidianas de las gentes y son compatibles con el mensaje liberador de Jesús.

4. Pedimos a las iglesias que reconozcan abiertamente la dimensión sexual de la experiencia humana y que estén dispuestas a abordar juntas esa dimensión en el marco del diálogo que mantienen.

5. Recomendamos esta plataforma de acción a nuestras iglesias en todo el mundo con la esperanza de que tengan siempre presentes en su reflexión y sus oraciones que no se trata de ideas abstractas sino de gente de carne y hueso, de la calidad de su vida, de su bienestar y su salud.

*Fuente: Taller del Grupo Consultivo del CMI sobre el SIDA, Vellore, India, 7 de septiembre de 1995*

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), en los países con elevado porcentaje de prevalencia, el SIDA ha menoscabado los progresos conseguidos contra la mortalidad infantil, acortando la esperanza de vida y amenazando el proceso mismo de desarrollo.

Las familias quedan destrozadas a causa del SIDA: los niños quedan huérfanos y hombres y mujeres mueren en sus años más productivos dejando a los abuelos a cargo del cuidado de la familia, como ilustra el caso siguiente en una aldea remota de Tanzania:

“Visité a un anciano ... Era un hombre respetable, y había sido uno de los primeros ministros ordenados de su iglesia. Me dijo que sus dos hijas habían muerto de SIDA. Siendo viudo, él era el único responsable de educar a sus cuatro nietos. Tenía que alimentarlos y vestirlos, además de pagar la escuela de su nieta mayor.

Gracias a una pequeña pensión que le pagaba su iglesia, estaba en posición algo mejor que muchos abuelos en todo el mundo que tienen que cuidar en nuestros días de sus nietos huérfanos. Pero su casa casi arruinada, las señales de malnutrición de sus nietos y la resignación de su rostro mostraban que era difícil para él soportar esta carga adicional al final de su vida.”

NOTE

- <sup>1</sup> *AIDS Epidemic Update*, ONUSIDA/OMS, diciembre de 2000
- <sup>2</sup> Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, Programe Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA (ONUSIDA), junio de 2000.
- <sup>3</sup> Véase Joao Guilherme Biehl, Janet Kenyon, Siv. Limstrand y Ana Talvivaara, eds., *Hagamos frente al SIDA: Creemos lazos de solidaridad*, publicado bajo la dirección de Ginebra, Consejo Mundial de Iglesias, Unidad III- Equipo de Juventud, Federación Luterana Mundial, y Oficina de los jóvenes en la Iglesia y la Sociedad”, 1993.
- <sup>4</sup> Chandra Mouli, Declaración sobre “*Los jóvenes y el SIDA, una prioridad para la prevención*”, Actas de la primera reunión del Grupo Consultivo sobre el SIDA (1994), Ginebra, Unidad II, Consejo Mundial de Iglesias, 1995, p. 69, versión únicamente en inglés.

## CAPÍTULO III

# Perspectivas teológicas

El SIDA puede plantear a las iglesias preguntas acuciantes “¿por qué permite Dios que exista el SIDA?” o “¿qué hace Dios ante la epidemia?”, o bien, “¿en qué creencias acerca de Dios y los seres humanos deberían inspirarse las iglesias para luchar contra el SIDA?”. Al relacionar el contexto médico social de la enfermedad y sus efectos con su fe en Dios, este capítulo comienza en el marco más amplio posible – una teología de la creación – porque es sólo en el contexto de la creación donde puede entenderse la aparición del virus del SIDA. En esa creación de Dios viven los seres humanos, que son criaturas sociales y sexuadas y cuya capacidad para responder a la relación con Dios y unos con otros, es fundamental.

### **Teología de la creación**

#### *1. Relaciones*

Lo más valioso en la teología de la creación puede expresarse en términos de relaciones: las relaciones en la Trinidad, las relaciones entre Dios y la creación – tanto en sus aspectos humanos como no humanos – las relaciones entre los seres humanos, las relaciones entre los seres humanos y la naturaleza.

La vida de la Santa Trinidad se expresa en relaciones entre el Padre, el Hijo y el Espíritu Santo, y por consiguiente todo lo que Dios hace en y con la creación se expresa también en un proceso relacional. Así pues, cuando Dios ordena la creación del mundo (véase Génesis 1:3), no la deja sola. El mundo no fue abandonado a su suerte. Al contrario, no hay fragmento alguno ni partícula de este mundo creado con el que el Dios Trino no establezca ni mantenga relaciones en todo momento. Esa es la constante de Dios, independientemente de que su acción sea o no reconocida. Pero ¿qué dice esa acción sobre Dios? A esta pregunta podemos responder mediante el examen de dos características fundamentales de una buena relación, y las consecuencias de cada una de ellas.

• *La libertad y el riesgo del mal.* No es posible establecer una buena relación por la fuerza, por la dominación del más fuerte sobre el

más débil. Las relaciones duraderas y enriquecedoras se basan en el respeto mutuo. De la misma manera, Dios, que entabla y mantiene relaciones con la creación, no la dominará ni la gobernará por la fuerza, porque así destruiría toda posibilidad de respuesta de la creación. En lugar de obligar a la humanidad a obedecer manipulándola como si fuera un títere, Dios le ha dado libertad para que pueda escoger la relación.

Pero hombres y mujeres pueden utilizar ese don divino de la libertad, que es necesario para establecer una verdadera relación con Dios, así como para rechazar esa relación e incluso para rechazar cualquier relación. Es posible preferir la comodidad y la afirmación de sí mismo, o de su “yo”, o de su “yo” más amplio que es la familia o el clan, a las posibilidades de una relación. De esa exclusiva concentración en sí mismo – de ese replegarse en sí mismo, como Lutero describía el pecado – nace la posibilidad del mal moral, el mal que los seres humanos se hacen unos a otros.

Lo que es cierto para los seres humanos y para Dios también lo es, a su manera, para el mundo no humano. Dios prefiere no gobernar por la fuerza, sino permitir que el mundo natural se desarrolle como pueda. Así pues, no hay que culpar a Dios por los terremotos o las erupciones volcánicas, fenómenos que ocurren en el libre curso de un mundo en evolución. La creación, incluidos todos los gases, insectos, plantas y animales, es una multiplicidad de libertades finitas que coexisten unas con otras, y mantienen relaciones complejas. Al evolucionar, las especies humanas han dejado su propia huella en el mundo natural, complicando aún más las relaciones de causa a efecto.

No es sorprendente que, a veces, se produzcan males naturales, es decir, sufrimientos causados por acontecimientos naturales. Por ejemplo, cuando la corteza de la tierra se enfrió, se formaron libremente las placas tectónicas. Pero, en las épocas posteriores, cuando esas placas han ido frotándose unas con otras, se han producido los terremotos que pueden causar sufrimientos. Asimismo, de la libertad que Dios dio al mundo natural han surgido criaturas que son dañinas para otras: por ejemplo la mosca tsetsé, portadora de un parásito que puede transmitir una enfermedad al ganado. La mosca tsetsé puede causar sufrimiento tanto a los animales como a los seres humanos, pero es una criatura natural.

Y del mismo modo, de la libertad que Dios ha dado al mundo natural para desarrollarse ha surgido la posibilidad del virus VIH.

Causa daño a los seres humanos, y grandes sufrimientos. Sin embargo, a pesar de todos los sufrimientos y de todos los problemas ocasionados, el virus no está fuera de la creación, ni es una creación “especial” de Dios con la intención de castigar a los seres humanos. Es más bien algo que ha surgido, a medida que el mundo ha ido evolucionando, un ser creado como todo lo demás, y capaz por lo tanto de mantener relaciones con el mundo y de engendrar el mal natural. Dios permite que esto suceda a pesar de las calamidades que causa, pero no es una “intervención” de su parte. Dios no retirará la libertad dada a la creación humana y no humana, y en su deseo de mantener relaciones verdaderas, no utilizará su poder de dominación y de control.

Es sólo una descripción parcial de la relación de Dios con lo que ha creado. Pero, si eso fuera *todo* lo que pudiéramos decir de Dios en sus relaciones, no sería una descripción adecuada de un Dios de amor.

•*La relación divina de amor.* Si la primera característica de una buena relación es el respeto a la alteridad y la renuncia a la dominación, una segunda característica, igualmente importante, es el afecto, el amor o la estima que tiene cada uno por el otro. Sólo con ese espíritu de respeto y el sentido de reciprocidad florecerá y fructificará la relación de uno y otro. Así la Biblia describe un Dios de amor que “tanto amó al mundo ...” (Juan 3:16), y exhortó a hombres y mujeres a que lo amen a su vez, y sigan por sus caminos.

Ninguna criatura queda excluida de este amor ni de este peregrinar. Si tuviésemos que *ganar* el amor de Dios, nadie sería digno de él. Pero como se da gratuitamente, todos quedan incluidos. Todos los que están expuestos al olvido, la exclusión, el descrédito o la marginación en todas las sociedades del mundo, nunca son abandonados, porque la relación divina es constante. Ni siquiera los que rechazan la relación quedan apartados del amor omnipresente de Dios.

Según esta teología de la creación, Dios asume primero el riesgo de que la libertad de la creación produzca el mal moral o natural. Por lo tanto, lo que hombres y mujeres *hacen* con su libertad es importantísimo. Además, al establecer relaciones con todo lo que es, Dios no sólo es receptivo a la alegría y el esplendor de la creación, sino vulnerable al dolor ocasionado por sus maldades y calamidades. Así pues, cualesquiera que sean los problemas que surjan de la

libertad de la creación, Dios no la abandona. En definitiva, aunque las criaturas humanas y no humanas no tengan otra opción que sufrir cuando el mundo, en su libertad, les hace daño, Dios ha escogido, por amor, acompañar a la creación en todos los cambios de sus precarios sistemas, buscando la respuesta finita de las criaturas al amor divino.

## 2. *Los seres humanos en relación*

La naturaleza humana implica relación, inclusión en una red de conexiones con otros: en la familia, en el trabajo, en la iglesia o en los momentos de esparcimiento. Por encima y más allá de ese relacionarse humano, está la relación que Dios ofrece libremente a todos en el amor. Las relaciones con otros seres humanos, así como las relaciones con Dios, pueden manifestar el mismo respeto a la alteridad que hace posible la libertad, y el mismo calor de la relación en forma de amor.

Los cristianos pueden hablar con confianza de Dios, que se conoce en relación porque esa relación de libertad y amor se hizo visible en Jesucristo. Durante su vida – que es tan importante para la fe como su muerte, aunque haya recibido menos atención en la tradición teológica occidental – Jesús mostró en la práctica lo que es vivir esta relación con Dios, yendo al encuentro de los otros para anunciarles la promesa y la exigencia del reino.

El comportamiento de Jesús se caracteriza por su *apertura* a todos, sin barreras de clase, raza o sexo. Así como Dios acompaña con amor a toda la creación, Jesús se dirigió a los pobres, diciéndoles que Dios los amaba aunque no hubiesen sido capaces de cumplir escrupulosamente la ley. Se sentó a la mesa de un fariseo rico, y dijo a otro que vino a verlo por la noche que era necesario que viese las cosas desde otra perspectiva (Juan 3:3). Curó a leprosos judíos y a la hija de un soldado romano. Había mujeres en el grupo de sus seguidores, y no se retrajo (como muchos hombres santos podrían haberlo hecho) del contacto con una prostituta. En toda esa vasta gama de relaciones, Jesús encarna la *accesibilidad* de Dios que “no muestra parcialidad”, (Hechos 10:34; Romanos 2:11), sino que está abierto a todos, ricos y pobres, enfermos y sanos, viejos y jóvenes.

Cuando los cristianos y las iglesias viven concretamente la relación con Dios y siguen el ejemplo de Jesús manifestarán una apertura constante a otros y a la relación con ellos, aun con los que parecen muy diferentes. Así como en los relatos evangélicos, Jesús no excluye ninguna relación, las iglesias no pueden retirarse

encerrándose en grupos de personas constituidos por afinidades, negándose a la apertura y a la estima a otras personas por razón de diferencia física o social.

La misma observación surge de un examen de las relaciones de Jesús con las autoridades religiosas de su tiempo. Acudía a la sinagoga, y no era ciertamente un disidente religioso. Pero denunciaba o dejaba de lado las prácticas o preceptos religiosos que dificultaban la relación de la gente común con Dios. No sólo predicaba el amor y el perdón de Dios inmediatos e incondicionales, sino que los ponía en práctica por su propia accesibilidad, dirigiéndose a la gente, allí donde se encontraba. Todo esto significa algo para las iglesias sobre el ser humano en relación. Habla con mucha fuerza contra las iglesias, que confiesan que nada nos separa del amor de Dios (Romanos 8:39) y luego erigen barreras entre sus miembros y otras personas.

No puede haber relaciones valiosas si cada parte no desea el bien de la otra. El interés de Dios por el *bien* de la creación se manifiesta cuando Jesús cura a los enfermos y exorciza a los demonios. Las actividades médicas y todas las otras formas de curación continúan esa tradición. Es una de las formas en que los seres humanos expresan su apertura, su estima y su afecto para con los afectados por el SIDA, aun cuando no se haya encontrado la forma de curarlos.

Las relaciones requieren una comprensión siempre mayor. Nadie comprende inmediatamente todo lo que implica el estar en relación. Al parecer, ese fue el caso de Jesús. Los Evangelios relatan el encuentro de Jesús con una mujer sirofenicia que le pidió ayuda (Mr 7:24-30; Mt 15:21-28). Al principio él respondió que sólo había sido enviado para Israel. Pero, gracias a esa mujer, Jesús comprendió que el alcance de su ministerio tenía que ser mucho mayor. De modo análogo, los seres humanos en relación están llamados a extender su comprensión, especialmente cuando se enfrentan con nuevas situaciones, como la de la pandemia del VIH/SIDA. Al orar para que el cáliz se aparte de él, Jesús en el huerto de Getsemaní no está ciertamente protegido por una inmunidad divina, sino que aparece como una persona que no sabe exactamente dónde está y que *tuvo confianza* en Dios. A nosotros tampoco se nos exige que seamos invulnerables y sin vacilación en nuestras relaciones. Más bien estamos llamados a mostrarnos abiertos, dispuestos a aprender y a confiar.

Tomar como modelo a Jesús en nuestras relaciones es una actitud difícil. Cabe esperar que esa apertura a todas las relaciones, que rechaza las barreras y busca el bienestar de todos, no cuente con la simpatía de las autoridades. Desde un punto de vista político, Jesús fue crucificado porque su persona y lo que hacía constituían una amenaza para el poder que mantenía el orden público como lo entendían las autoridades romanas y la sensibilidad religiosa de los dirigentes judíos. Sin embargo, la resurrección permite comprender retrospectivamente que, por abandonado que se sintiese Jesús (Mr 15:34), Dios estuvo presente en todo momento, y finalmente lo justificó. Ni aun las mayores incomprensiones o represiones pueden apartar de este amor sustentador de Dios ni de la comunidad de la Iglesia a los que están “en el camino”.

### 3. *Pecado, arrepentimiento y perdón*

Por supuesto, en nuestra libertad, tenemos el derecho de rechazar la relación con Dios y de actuar como si no existiera. También es posible romper las relaciones con otros seres humanos o distanciarse de ellos. Esta distorsión del ser en relación es *pecado*, que también se manifiesta en las relaciones en las que interviene el egoísmo. Las acciones que causan daño a otros o al mundo natural son pecados por los que cargamos parte de la responsabilidad.

Esa naturaleza pecadora del ser humano ha sido expresada de diversas maneras en nuestras diferentes tradiciones eclesiales y teológicas. Las iglesias ortodoxas, por ejemplo, sin negar el hecho de la naturaleza pecadora de lo humano, han insistido en la posibilidad de alcanzar la perfección humana mediante el crecimiento espiritual. Esta *theosis* o “deificación” depende tanto de la gracia de Dios como de la voluntad humana. La *theosis* se refiere a la libertad de escoger que tienen los seres humanos y que, al final, conducirá a una mayor unión con Dios: cuanto más seamos “renovados por el Espíritu Santo” (véase Tit 3:5) y sigamos creciendo en nuestra comunión con Dios, más nuestras vidas dejarán transparentar el amor y la solicitud de Dios. Las iglesias protestantes, por su parte, han tendido a destacar la omnipresencia y la presencia inveterada del pecado, entendido como una distorsión de la relación con Dios, con otras personas y con el orden natural. Han insistido en que esta condición sólo puede superarse por la justificación: es decir, la restauración de una relación justa con Dios por medio de Jesucristo.

“Todos han pecado” (Ro 3:23); nadie escapa de esta situación. Pero el reconocimiento de nuestra común condición de pecadores no sólo impide cualquier sentimiento de superioridad personal, sino que conduce al perdón mutuo y hace posible el crecimiento espiritual. Un relato de los Padres del Desierto ilustra ese crecimiento:

En una dependencia de su monasterio, un hermano, llamado Abba Moses, cometió una falta. Se convocó un consejo y se le invitó a presentarse, pero él se negó a ir. Entonces el sacerdote envió a alguien a decirle: “Ven, porque todos te esperan.” Y él se levantó y fue. Tomó un jarro con un agujero, lo llenó con arena y lo llevó consigo. Los otros salieron a su encuentro, y le preguntaron: “¿Qué es esto, Abba?” El anciano les dijo: “Mis pecados se quedan detrás de mí, y no los veo. ¿Y acaso puedo venir yo hoy a juzgar los errores de otros?” Cuando oyeron esto ya no dijeron nada al hermano, sino que lo perdonaron.<sup>1</sup>

Una de las acusaciones contra Jesús fue que perdonaba los pecados. Sólo Dios, decían sus contemporáneos, podía hacer eso. Sin embargo, a quienes venían a él por lo menos con algo de fe, Jesús les decía: “Tus pecados te son perdonados.” Jesús perdonó los pecados durante su vida: no era necesario que muriese para hacerlo. Así pues, los cristianos ven, tanto en su vida como en su muerte, la gran afirmación de que Dios nos perdona, con todas las malas acciones, grandes y pequeñas, que acumulamos, todos los fracasos en las relaciones de familia, trabajo y comunidad, y todas las omisiones, las mentiras y los excesos que inundan nuestra vida.

Jesús contó la parábola del intendente a quien se le perdonó una gran deuda y después mandó a prisión a otro siervo por una deuda mucho menor (Mt 18:23-35). Evidentemente, no es ésta la conducta que se espera en las relaciones humanas. El rechazo del perdón pone fin a una relación, en tanto que el perdón permite continuarla. Cuando se ha recibido una herida, no es ciertamente fácil perdonar; y hay muchas situaciones relacionadas con la propagación del SIDA en las que se han dañado las relaciones y puede requerirse tiempo para restaurarlas. El verdadero perdón, de Dios o de los seres humanos, nunca es lo que Dietrich Bonhoeffer llamaba “gracia barata”. Pero sí es una gracia y hace posible la continuación de la relación.

Si las iglesias no actúan como el intendente despiadado habrán de llegar a ser comunidades de personas libremente perdonadas y curadas y, por lo tanto, lugares de curación para otros. Las iglesias de los perdonados no están en situación de rechazar a otros ni de negarse a relacionarse con otros. “Aceptar” al otro en una comunidad así no es abstenerse de juzgar, sino más bien ampliar la experiencia enriquecedora de descubrir lo que todos nosotros somos: seres en relación.

Todo esto llama al arrepentimiento o a la *metanoia* como la reacción personal adecuada al tomar conciencia del pecado en su horror y dolor. El arrepentimiento no *conlleva* el perdón divino del pecado, como si pudiese obtenerse por un acto humano. Por el contrario, el perdón de Dios, que mantiene la relación entre Dios y los seres humanos, precede al arrepentimiento humano, aunque sea en el arrepentimiento donde se descubre la existencia del perdón.

#### 4. *Castigo*

Un Dios que perdona de esta manera no es un Dios que se preocupe por el *castigo*. Ni el relato bíblico de la creación ni nuestra comprensión de Dios dan base para atribuir a Dios el deseo de castigo. Además, cuando se dijo a Jesús que vinculara el pecado con la catástrofe, él se negó rotundamente: “¡Os digo que no!” (Lc 13:3; véase Juan 9:1-3). Puede ocurrir en el plano de la espiritualidad personal que la experiencia del VIH/SIDA, como la de otros sufrimientos, lleve a las personas a arrepentirse de sus propias acciones. Pero esta forma de ver nuestras acciones es muy distinta del hecho de creer que Dios, al que se conoce en relación y se caracteriza por el amor, enviaría deliberadamente un castigo, y menos aún un castigo cada vez más indiscriminado.

Además, es necesario hacer una diferencia entre el *castigo* por una acción y las *consecuencias* de una acción. Las consecuencias son el resultado natural de ciertas acciones al que habrán contribuido varios factores. Los resultados pueden ser buenos o malos para la persona o las personas, pero todo habrá sucedido “según la lógica del mundo” y con arreglo a la libertad que Dios dio al mundo. Sin embargo, hablar de un acontecimiento como “castigo” de Dios es atribuir a Dios una exigencia de retribución – como si la moral divina fuese la del “ojo por ojo, diente por diente” – y una voluntad al hacer efectiva esa

retribución, de perturbar con su intervención las leyes de la vida humana o natural.

Un estudio de caso puede ilustrar que los acontecimientos reales siempre son complejos, una *constelación de causas y consecuencias* y no una sola causa para cada efecto. En ese proceso se hacen evidentes los problemas y las limitaciones de considerar a las consecuencias como “castigo”.

Veamos la siguiente situación: una muchacha de las tribus del norte de Tailandia deja a su familia para buscar trabajo en la gran ciudad de Bangkok. Sus padres la urgen a hacerlo, porque – como agricultores de subsistencia cuyos productos se venden a precios muy bajos – son muy pobres y no pueden sobrevivir sin ingresos adicionales. En Bangkok, la joven va a parar a un burdel, cuyo rico propietario mantiene en cautividad a muchas pupilas. La mayor parte del dinero de los clientes va a manos del propietario, pero ella se las arregla para enviar pequeñas sumas a su familia. El burdel recibe regularmente la visita de hombres ricos de Bangkok, y también de turistas extranjeros, que abusan de las jóvenes para su placer personal. La tasa de infección del VIH es muy elevada entre las muchachas, ya que muchos clientes están infectados y les transmiten el virus, y ellas, por su parte, contaminan a otros clientes.

Está claro que aquí intervienen muchos factores: no hay un proceso simple de causa a efecto. Entre esos factores señalamos: las estructuras perversas de la sociedad – la situación económica de los padres que prácticamente los obliga a vender a su hija como esclava – y el comportamiento pernicioso de muchas personas, en particular el propietario del burdel, los clientes y los turistas que consideran a las chicas no como seres humanos sino como mercaderías u objetos. En todos los aspectos del caso, las relaciones se rompen y se menosprecian.

Se puede ver así porque desde un punto de vista social, ético y teológico, no tiene sentido vincular el pecado directamente con el castigo. Dadas las circunstancias de su entorno, si en su relación con un turista la joven resultase infectada por el VIH, esta consecuencia, ciertamente lamentable, no puede considerarse como “un castigo por ser prostituta”. Si, a su vez, el turista se contaminara en su contacto con la muchacha, ello sería igualmente una consecuencia del encuentro. Pero ¿quién puede decir qué circunstancias lo han empujado a esta conducta, o lo han disuadido de vivir su sexualidad

de manera responsable en una relación de pareja? Aunque no puede negarse que algunas acciones son mejores que otras, y que las personas son siempre, en cierta medida, responsables de lo que hacen, cuando se analiza y se comprende el entorno y todas las circunstancias de cada persona – y Dios lo *comprende* –, resulta impropio entonces calificar de “castigo” las consecuencias de ciertas acciones.

En una declaración de 1987, el Comité Ejecutivo del Consejo Mundial de Iglesias destacó la necesidad de “... afirmar que Dios nos trata con amor y misericordia y que, por lo tanto, quedamos liberados de una visión moralizante simplista respecto a las víctimas del virus.”<sup>2</sup> La terminología del castigo debe rechazarse en favor de una comprensión de Dios en relación omnipresente, constante, amorosa, por más tristeza que den a Dios los actos cometidos por cada uno de nosotros. Un enfoque moralista puede fácilmente desnaturalizar la vida en la comunidad cristiana, dificultando la comunicación de informaciones y la discusión franca, que son tan importantes para hacer frente a la realidad del VIH/SIDA y frenar su propagación. La acción de los cristianos y de las iglesias en favor de las personas afectadas por el VIH/SIDA debe estar guiada por el amor y la solidaridad, expresadas en la atención solícita y el apoyo a esas personas, así como en los esfuerzos para impedir su propagación.

### 5. *Aceptación*

La comunidad de servicio de Cristo es un entorno en el que pueden asumirse riesgos, donde todos los miembros aceptan la mutua vulnerabilidad y donde puede hablarse de la historia de cada uno en confianza y sobre la base del compromiso recíproco. Lamentablemente, las iglesias no ofrecen ese lugar seguro para las personas afectadas por el SIDA. Con demasiada frecuencia el conocimiento de que una persona es seropositiva da lugar a habladurías y rechazo.

Por el contrario, en una comunidad de servicio, la “aceptación” del otro deja de significar simplemente evitar de ser juez, y pasar a aceptar lo que somos individualmente y, lo que es más importante, lo que somos juntos. Es la diferencia entre recibir en nuestra propia casa a un huésped que sigue siendo “el otro” y acogerlo como miembro de pleno derecho en la familia.

La presencia del VIH en nuestra comunidad – en particular, pero no exclusivamente, en la comunidad eclesial – requiere de nosotros

este cambio en la comprensión de la aceptación. No se nos llama simplemente a ser compasivos con las personas cuyos cuerpos físicos están afectados por el virus. Nuestra innegable pertenencia a la comunidad nos obliga a admitir el hecho, por doloroso que sea, de que el virus ha penetrado en *nuestro* cuerpo.

La historia del hijo pródigo (Lc 15:11-32) es una parábola rica en enseñanzas sobre la aceptación. Los personajes ilustran las actitudes contradictorias que muchos de nosotros tenemos sobre el VIH. Sin embargo, debemos tener cuidado de no hacer comparaciones entre el hijo pródigo y los afectados por el VIH/SIDA en relación con la “culpa” de la que serían responsables. Tal equiparación mostraría muy poca comprensión de lo que es el virus y de las formas en que se transmite.

El amor y la compasión de Dios no se limitan ciertamente a los cristianos, ni a los que los cristianos puedan considerar “dignos” de estos dones. Sin embargo, a menudo reaccionamos como el hijo mayor, quien con su sentido de la justicia lamenta que Dios se preocupe y manifieste amor, compasión y misericordia por todos. Lo que se requiere respecto al VIH/SIDA es la actitud del Padre que sale al encuentro de su hijo con amor incondicional, sin pensar en la conducta de su hijo.

El hijo menor es el primero que demuestra una actitud de aceptación de sí mismo, de su situación y de su necesidad de reconciliación. Su acción interpela al padre para que lo reciba en el hogar y lo acepte como hijo; y en la aceptación mutua, se restablece la relación entre padre e hijo y comienza la curación.

Como él, nosotros también debemos reconocer que el VIH nos afecta como comunidad. Es en este contexto, en las relaciones de reciprocidad con aquellos cuyos cuerpos están infectados, donde puede iniciarse la curación. Y en la curación se incluirá el restablecimiento de las relaciones con nosotros mismos, con los demás y con Dios.

En una comunidad de ese tipo podemos compartir nuestras historias. La verdadera conversión (*metanoia*) pasa por ese proceso, es el camino que lleva a la comunidad entera, a través de momentos de auténtica vulnerabilidad, a ofrecer y recibir los dones de cada persona con amor y aceptación.

## **Sexualidad humana**

La sexualidad es parte integrante de la identidad humana. Se expresa de diversas maneras, pero encuentra particular expresión en relaciones humanas íntimas. Es “erótica” en el sentido clásico, es decir, hace que la persona salga de sí misma al encuentro del otro. Y aunque este aspecto de la identidad humana encuentra particular expresión en la intimidad física, ésta no puede separarse de sus dimensiones afectiva, intelectual, espiritual y social. Una comprensión cristiana de la sexualidad trata de tener en cuenta todas esas dimensiones, sin dejar de reconocer el misterio que Dios ha dado a los seres humanos en la sexualidad.

El cristianismo ha entendido tradicionalmente la sexualidad como un don de Dios para la procreación. En algunas tradiciones, esta perspectiva está relacionada con la concepción de los seres humanos como “cocreadores” con Dios. Aunque el papel de la sexualidad en la procreación es evidente, una concepción más amplia de la sexualidad valora también el enriquecimiento de la relación de la pareja y el placer que aporta. La sociedad ha llegado pues a reconocer los diversos tipos de relaciones sexuales entre los seres humanos y sigue planteándose preguntas tales como si debe aceptarse o no la identidad no heterosexual.

Por su capacidad de aportar una mayor riqueza a la intimidad y alegría a las relaciones, la sexualidad hace que las personas sean particularmente vulnerables entre sí y a la presión social. En lo que se refiere al SIDA, la sexualidad aumenta la vulnerabilidad de dos maneras. Ante todo, como hemos visto, muchas expresiones físicas de la sexualidad pueden poner a la persona en contacto con la infección del VIH. En segundo lugar, el hecho mismo de que los seres humanos sean seres sexuales los hace vulnerables a los muchos factores sociales que influyen en las decisiones morales y en nuestras acciones.

Como en relación con otros aspectos de la creación, la sexualidad también puede utilizarse erróneamente cuando las personas no reconocen su responsabilidad personal. A lo largo de la historia, las sociedades han tratado de proteger a las personas contra esta vulnerabilidad. Mediante sistemas de valores que clasifican algunas conductas como socialmente inaceptables, y mediante medios formales como la institución del matrimonio, la expresión del deseo sexual en los seres humanos se ha regulado y orientado en formas que se consideran necesarias para una vida comunitaria responsable y sin

riesgo. En particular, las iglesias han afirmado el papel del matrimonio. Pese a todos esos esfuerzos por brindar protección y estimular la responsabilidad, el abuso del poder sexual y de las relaciones sexuales sigue siendo una realidad. Esto es particularmente claro en la creciente comercialización del sexo y en el turismo sexual.

Le virus du SIDA est fragile. Il a besoin, pour se transmettre, d'un contact intime. Et il y a un rapport intéressant entre intimité et vulnérabilité. Tout contact intime nous rend vulnérable de toutes sortes de manières, non seulement par la transmission d'infections mais aussi sur le plan psychologique et dans notre identité personnelle. C'est pourquoi toutes les civilisations ont entouré les relations intimes de règles, de structures, de cérémonies, de tabous, et cela de diverses manières. Ces précautions ont en quelque sorte protégé les relations.

El virus del SIDA es frágil. Para su transmisión, es necesario el contacto íntimo. Y existe una interesante relación entre intimidad y vulnerabilidad. Cada contacto íntimo nos hace vulnerables de las más diversas maneras, no sólo por la transmisión de la infección sino también psicológicamente en nuestra identidad personal. Por este motivo, todas las civilizaciones han enmarcado las relaciones íntimas con reglas, estructuras, ceremonias y tabúes que, en cierto modo, han protegido las relaciones. Creo que la epidemia del SIDA nos enseña que ya no podemos tratar con ligereza esas relaciones íntimas de las personas. El mundo actual ha perdido de vista el hecho de que los contactos íntimos entre los seres humanos necesitan situarse en un marco normativo ... Me parece que esta concepción moral y teológica puede expresarse de manera que sea aceptable no sólo para los que han hecho una opción cristiana sino para todos aquellos que reflexionan seriamente sobre nuestra naturaleza humana y nuestros contactos personales.

*John Habgood, Arzobispo de York.*

*Sesión sobre el SIDA, reunión del Comité Central del CMI,  
enero de 1987*

Sin embargo, las nociones de lo que es sexualmente moral (es decir, lo que es “bueno” hacer) se forjan en interacción constante entre valores personales y comunitarios. El debate sobre los orígenes de la identidad sexual, es decir, sobre lo que es genéticamente “dado” o aprendido mediante el desarrollo social aún no ha terminado. Pero, la

creencia en una *conducta* moral y la adhesión a ella se desarrollan en interacción social.

La fe cristiana y las iglesias tienen ciertamente un papel importante al influir en la forma de llevar a cabo esa interacción, y en la formación de las creencias personales y comunitarias. En muchos casos el cristianismo y otras religiones han contribuido a desarrollar, cuando no a determinar, los sistemas dominantes de responsabilidad moral social. La concepción del matrimonio como destinado ante todo a la construcción de la familia y la comunidad es un buen ejemplo de ello.

La ortodoxia es muy clara en este punto: la vida sexual de hombres y mujeres sólo está autorizada en el marco del matrimonio, cuyo fin es la procreación. En todo el mundo cristiano, el matrimonio se ha vuelto tan inestable que parece ahora casi innecesario. En Rusia, casi la mitad de los matrimonios se deshacen, dejando medio millón de niños cada año sin padre o sin madre. El sesenta por ciento de los hombres y el cuarenta por ciento de las mujeres cometen adulterio, y la infidelidad va desde el encuentro ocasional hasta la creación de una segunda y hasta una tercera familia paralela. Es en ese clima que los niños se inician hoy a las relaciones sexuales. Los jóvenes que no quieren casarse se abandonan a los juegos sexuales, corrompiendo sus cuerpos y sus almas. Hablar hoy día de abstinencia sexual antes del matrimonio es algo anormal e incluso “amoral”.

Sin embargo, el matrimonio es una institución divina. La ortodoxia siempre ha enseñado que el matrimonio es una gran vocación y lo ha considerado como la voluntad de Dios y el cumplimiento del deber en la tierra de hombres y mujeres, que es la procreación y la propagación de la fe cristiana.”

*Profesor Anatoly Berestov de la Iglesia Ortodoxa Rusa  
Grupo Consultivo en la reunión del CMI sobre el SIDA,  
Ginebra, septiembre de 1994*

Aunque no podemos resolver aquí el actual debate intraconfesional y ecuménico sobre la orientación sexual, es importante reconocer el papel que las iglesias desempeñan en la determinación del contexto en el que la gente – a menudo aquéllos con los que la iglesia puede discrepar – se ve afectada por el VIH/SIDA. A veces, deben dejarse de lado las diferencias teológicas a la luz del imperativo de prevenir el sufrimiento humano y de cuidar a

los que sufren. Para cumplir esta misión las iglesias tienen, ante todo, que enseñar a tomar decisiones morales.

Las iglesias no siempre han alentado un debate franco y positivo sobre los temas de la sexualidad humana. No obstante, si se quiere que las personas tomen decisiones morales sanas, es preciso propiciar un ambiente que facilite la toma de esas decisiones, en el que se promuevan relaciones de confianza y la gente puede hablar con libertad de sus experiencias y preocupaciones, y se afirmen la integridad de las personas y sus relaciones. Cuando ese ambiente no existe, los grupos marginados son mucho más vulnerables a un comportamiento de alto riesgo.

Los hombres homosexuales, que fueron de los primeros afectados por la pandemia, y que a menudo desempeñan un papel muy importante en la atención y la prevención, han sido frecuentemente condenados y marginados por las iglesias. Algunos dicen que las comunidades religiosas que han contribuido a esta marginación son en cierta medida responsables de la mayor vulnerabilidad de esas personas, y que las dos partes deben entablar una nueva relación que permita una prevención y una asistencia más eficaces.

Entre los muchos factores relacionados con la pandemia, el de la sexualidad es quizá el que ha recibido menos atención en la comunidad ecuménica. Reconocemos la necesidad de continuar el estudio para lograr una mejor comprensión de los problemas planteados por el SIDA.

### **Una teología del sufrimiento, la muerte, la esperanza y la resurrección**

Dios en Cristo rodea con su amor a cada uno de nosotros y a toda la creación. Como cristianos, vivimos de la promesa de que nada puede separarnos del amor de Dios: ninguna tragedia, accidente o desastre, ninguna enfermedad del cuerpo o del espíritu, ninguna acción, pensamiento o sentimiento personales, ninguna estructura mundial de injusticia y opresión, ningún poder natural ni sobrenatural. Nada, ni siquiera la muerte, puede menoscabar la solidaridad de Dios con nosotros y con toda la creación (Ro 8:38-39).

También se nos ha prometido que nuestras vidas y toda la creación entrarán en el designio final de Dios. Es la vida abundante, una vida en la que cada uno tiene suficiente y reina la justicia, una vida de plenitud en la que podemos explorar, en seguridad, todos los

dones que Dios nos ha dado. Esta promesa resplandece a través de los diversos relatos de la creación (Gn 1-3), en los profetas (Is 25) y hasta en la visión de la ciudad celestial en Apocalipsis 21-22. Es el *derecho innato* de la creación, la “gloria” a la que Dios ha destinado a la humanidad y toda la creación.

Pero en ese designio final de Dios para la humanidad y la creación se sitúa otra experiencia. Porque no vivimos en un mundo en el que estén ausentes la muerte, la aflicción, el llanto y el dolor (Ap 21:3). Evidentemente, el camino de la gloria pasa por el sufrimiento: por toda la alegría y la belleza que la vida puede ofrecer, hay mucho sufrimiento, pena, injusticia, tragedia y despilfarro. Podemos entender parte de este sufrimiento, injusticia y despilfarro como la consecuencia – para nosotros mismos y para otros – de nuestras propias acciones, en la libertad que Dios nos ha dado; otros sufrimientos no podemos entenderlos inmediatamente, aunque sentimos que pueden pertenecer a un designio más amplio del que sólo percibimos, de momento, una parte. Pero hay ciertos sufrimientos, tristezas e injusticias que no podemos entender en absoluto, y clamamos: “Creo; ¡ayuda mi incredulidad!” (Mr 9:24).

Pero no somos los únicos que sufrimos en este mundo; el mundo sufre también. Porque toda la creación, con toda su belleza y el maravilloso orden que revela, también “gime con dolores de parto” (Ro 8:22). Tanto los seres vivos como la materia inanimada están condenados a debilitarse y decaer. Existen los padecimientos y las enfermedades. Muchas criaturas viven – y *pueden* vivir – sólo a *expensas* de otras. El “mundo natural” está atormentado por catástrofes igualmente “naturales”. ¿Es esto también una expresión de la libertad que Dios ha dado a sus “criaturas”?

Y con toda su diversidad, todas las cosas vivas sin excepción están unidas por un destino común: su vida en su forma actual se terminará en la muerte.

La promesa de Dios es firme y verdadera. Pero no es sorprendente que algunos de nosotros, de vez en cuando, nos sintamos abrumados, confusos o irritados ante misterios que ponen a prueba nuestra fe en la fidelidad de Dios.

En tales momentos vivimos la experiencia del Espíritu que nos recuerda el misterio y la “locura” de nuestra fe, habla por nosotros cuando no podemos encontrar las palabras, nos da aliento para apoyar a otros a pesar de nuestro propio desánimo y nuestro temor, exhorta a

la iglesia a que sea lo que es: el cuerpo de Cristo, roto por otros en el amor. Es el Espíritu el que nos llama a escuchar de nuevo la promesa de Dios, y nos libera para oírla de nuevo, abriéndonos a la esperanza (Ro 8:15, 24-26).

Finalmente vivimos por la esperanza, y nuestras preguntas y dudas quedan en el marco más amplio del amor de Dios y de su promesa para nosotros y toda la creación. Reconocemos que no estamos solos. Sufrimos con Cristo – que es “Dios con nosotros”, Emmanuel – “a fin de que con él seamos glorificados” (Ro 8:17). Cristo que pasó a la gloria antes que nosotros es la base de nuestra esperanza. Cristo está presente con nosotros en nuestros sufrimientos y luchas, no ofreciendo una respuesta sencilla a cada pregunta, sino como inspiración y modelo en nuestro camino. Y en nuestra debilidad nos sostiene el “Espíritu que mora en nosotros” (Ro 8:11) intercediendo cuando no sabemos cómo orar (versículo 26), y dando finalmente de nuevo vida a nuestros cuerpos mortales (véase Ef 3:16).

Como Cristo se identifica con nosotros en nuestro sufrimiento y sufre con nosotros, así estamos llamados a identificarnos con los que sufren. Recordando al siervo sufriente (Is 42:1-9, 49:1-7, 50:4-11, 52:13-53:12), estamos llamados a compartir los sufrimientos de los que viven y conviven con el SIDA, accediendo en este encuentro a nuestra propia vulnerabilidad y mortalidad.

Como Cristo nos precedió en el camino que va de la muerte a la gloria, estamos llamados a recibir “la esperanza segura y cierta de la resurrección”. Dios nos promete a nosotros y a toda la creación que su promesa no será destruida por la muerte: somos mantenidos en el amor de Dios, reivindicados por Cristo como suyos, y vivificados por el Espíritu: Dios nunca nos abandonará ni nos relegará al olvido.

Los primeros textos cristianos conciben y expresan esta esperanza en varias formas complementarias. Algunos hablan de una nueva calidad e Intensidad de vida, que penetra en nuestra existencia y la transforma dándole un nuevo significado (Jn 5:24, 10:10). Otros textos hablan de una nueva existencia después de esta vida, de que seremos resucitados a la vida eterna en el “último día” (Jn 6:39-40), o de que nos despertamos a una nueva vida en un cuerpo resucitado cuya semilla se siembra en el momento de la muerte (I Corintios 15:35-58). Pero todas las corrientes de la tradición cristiana primitiva afirman la base de la fe: que Dios, por el poder del Espíritu, da nueva vida en Cristo, una vida que es mucho más fuerte que la muerte.

**La experiencia de la fe frente a la desesperación del sufrimiento, la búsqueda de curación y salvación, la expectativa de la muerte y la esperanza de la resurrección**

*Ernesto Barros Cardoso*

**Haciendo teología sobre cimientos y epifanías**

Durante mi adolescencia, la educación espiritual que recibí reforzó mi convicción de que la fe era importante porque daba cimientos firmes y una base y una estructura bien precisas; tener fe fue, en esa etapa de mi vida,

confiar y ponerme totalmente “en manos de Dios”, adquirir principios y valores, conceptos y afirmaciones, que me orientaron e hicieron de mí un “multiplicador”, interesado en “hablar de Jesús” a amigos y extraños. En diversas ocasiones, encontré inspiración en la parábola de las dos casas construidas sobre dos tipos de cimientos: arena y roca (Mt 7:24-27).

Durante cinco años viví en una casa en un lugar tranquilo de las afueras de Río de Janeiro: una aldea de pescadores. La casa era espaciosa pero su construcción sencilla y más bien rudimentaria. Sin embargo, no era fácil entender el proceso de construcción ni la lógica del constructor. Era el tipo de casa que se va ampliando y renovando poco a poco – por decisiones de momento – utilizando el espacio sin nunca haber seguido un plano.

El trabajo que hice en la casa me enseñó a prestar mucha atención a esos detalles. Era difícil hacer cambios en el mobiliario, pero cuando me proponía utilizar el espacio de una manera más práctica o adaptarlo a una nueva situación, cuando quería seguir mi impulso creador y mi sentido estético, cuando quería cambiar el “destino” de la estructura “básica”, para poner de relieve otras características y detalles que no se podían ver por costumbre, tedio y rutina, la tarea se hacía aún más difícil.

Recuerdo un juego infantil, esos juegos de construcción con gran número de piezas y engranajes que había que montar dando forma a una estructura que, a veces, se movía. A partir de los elementos básicos había muchas soluciones, algo así como 1001 posibilidades creativas.

La teología clásica – y la manera clásica de hacer teología – parece reforzar la importancia de las afirmaciones y de las certidumbres – de las bases y los cimientos – , de la seguridad que brota del consenso. En la tradición bíblica, la producción de una teología nacional, institucional y mesiánica durante la época de la reconstrucción nacional (después del exilio), afirmaba la fe en los cimientos y en la seguridad como manera de

superar los tiempos de inestabilidad y vulnerabilidad. Hasta ahora, las imágenes bíblicas, repetidas en los manuales de teología y en la poesía de los himnos tradicionales (en las “manos de Dios”, la Roca, los Cimientos, “el monte Sión que nunca se conmueve”, el ancla que resiste a todas las fuerzas del mar y a todas las tormentas), refuerzan la experiencia de lo sagrado como relación con lo inmutable.

Pero como en la declaración de fe del padre que fue al encuentro de Jesús para que curara a su hija: “Creo, ayúdame en mi poca fe” (Mr 9:24), ¿es posible concebir la teología como una actividad *arriesgada* y *contingente*? Para encontrar una expresión auténtica de fe ante el abandono y la duda, convendría remitirse a las expresiones de Abraham, Jacob, Moisés, Job. Los Salmos también reflejan esos instantes de fe en medio de la crisis y la falta de perspectivas o de significado “¿Por qué no me escuchas, Señor? ¿Por qué te apartas de mí?” Algunos profetas decían que esta situación de abandono y alejamiento de Dios, era el resultado de los

pecados del pueblo, los pecados de la nación. Algunas veces recurrieron a la metáfora de la prostitución, significando que el pueblo buscaba refugio en otras formas de seguridad, mediante falsas alianzas, tratando de mantener su poder político y económico, apartándose de la pura gratuidad de “servir a Yahveh” y “ponerse en sus manos” con confianza total.

Poner el acento en la base, la estructura, como lo útil, lo importante, lo significativo, lo esencial, es algo muy diferente. El valor reside en la estructura, los cimientos, y por consiguiente en su permanencia, inmutabilidad, inflexibilidad y rigidez, como la piedra, la roca, el monte Sión que es incommovible. Pero, por otra parte, ¿qué diferente sería reconocer la importancia de la estructura y de los cimientos precisamente por la riqueza de *posibilidades* que ofrecen de creación, de interpretación, de epifanías y de expresiones sucesivas que inspiren y agudicen la sensibilidad, que estimulen la visión, que inviten a nuevos gestos, renovando el compromiso, posibilitando una “conversión” permanente o metanoia. Muy lejos de esto están los discursos inflexibles y repetitivos que no convencen precisamente por la monotonía de sus formas y sus métodos.

### **La experiencia de la fe en tiempos inaprensibles**

Hacer teología en el siglo XX ha sido una tarea difícil, y la dificultad se ha acentuado con la aceleración de los cambios al final del milenio, y la preocupación de lo que ha de venir en los próximos decenios; la debilidad de las categorías y los paradigmas; la “pasteurización” de los procesos

culturales, que se opone a una diferenciación considerada como radicalismo y sectarismo.

A pesar de la diversidad de lecturas y respuestas, vivimos, por otra parte, con una buena medida de adaptación al proceso de mundialización. Ante la imposición de modelos neoliberales y las soluciones mundiales no sólo económicas y políticas, sino también culturales, hay un gran silencio y una cierta complicidad. Las comunidades de creyentes, los seminarios de teología y los centros ecuménicos son lentos en adaptarse y mantenerse en sintonía con los cambios. Hay cuestiones cruciales, y la situación del SIDA con sus efectos sobre las sociedades y las culturas es sólo un ejemplo de la dificultad de respuesta, de experimentación, de construcción de lenguajes y de visiones adecuadas.

### **La teología desde el punto de vista del cuerpo que sufre y sueña y se libra al Misterio**

Es difícil no hablar en la primera persona del singular. No creo que esto sea reduccionismo ni individualismo exagerado. Cada vez que prestamos atención a la experiencia personal, esa experiencia nos remite a elementos más generales, colectivos.

Así es con el cuerpo sufriente. Cuando mi infección se agudizó, en los últimos años, mi primera reacción fue identificarme por medio de mi cuerpo con los cuerpos de muchas otras personas, en forma anónima y solidaria y, en cierto modo, con su sufrimiento, su debilidad y su resistencia al dolor.

De cierta manera, el sufrimiento me llevó a reconocer los límites de mi cuerpo. Había una especie de división entre el ritmo de mi pensamiento y de mi consciencia que con esperanza se esforzaban por evitar los obstáculos, y mi incapacidad de controlar mis piernas y pies, mi cuerpo sufriente, la somnolencia inesperada y la diarrea intermitente.

La experiencia acentuó el mismo sentimiento de debilidad, fragilidad, vulnerabilidad; la mortalidad, reflejada en ciertas obras de artistas contemporáneos como Freddy Mercury, George Michael y Sting. O la controversia suscitada por el presentador de la Bienal de Venecia de 1995, el crítico e historiador de arte francés Jean Clair. El tema de la exposición era "Identidad y alteridad: breve historia del cuerpo." Según Clair, la exposición era bastante sombría "tal vez porque estamos al final de un siglo y tanto el arte como la sociedad atraviesan un período mórbido" Un comentarista dijo que "morbidez es una manera elegante de decir horror. Podemos preguntarnos: ¿por qué tiene el final de un siglo que traer tantos cadáveres, rostros deformados, enfermedades, infortunios físicos?" ... Una exposición de la decadencia y el deterioro del proyecto humano al terminar el siglo. Profundas contradicciones.

Como respuesta normal al dolor y la desesperación de experimentar los límites, surge a veces un llanto profundo, en el silencio o en las lágrimas, un murmullo que parece como la imagen de Pablo: "toda la creación gime con dolores de parto," como si esperase su liberación de los límites y la vulnerabilidad (véase Ro 8). Una sensación del inconsciente colectivo: en un cuerpo, todos los cuerpos. La experiencia personal puede crear lazos de solidaridad, hacerle sentir a uno que está unido a todos los cuerpos que sufren. Esto está cerca tal vez de una de las canciones del siervo sufriente: "¡Y con todo eran nuestras dolencias las que él llevaba y nuestros dolores los que soportaba! Nosotros le tuvimos por azotado, herido de Dios y humillado" (Is 53:4). En un cuerpo, todos los cuerpos. El cuerpo cansado y sufriente del mundo, el cuerpo oprimido y pisoteado del pobre, el cuerpo

reprimido y violado de tantas mujeres, los cuerpos sin energía ni resistencia de niños y niñas ...

Es imposible no tener el sentimiento de que, aunque mi experiencia sea particular, se identifica con la de millones. Sí, somos millones los *infectados y afectados*.

### **Curación, destino, salvación**

Ante el dolor y el sufrimiento, la primera solución que se nos ocurre es un tratamiento: detener el sufrimiento, poner fin al dolor, recuperar la energía, “volver a la vida”. Como la curación es difícil y que en el caso del SIDA, es imposible, surge con fuerza la idea de algún tipo de milagro. Una solución fantástica quizás, pero ¿qué puede decirse de las muchas curaciones en los relatos bíblicos, o asociadas con el ministerio de servicio (diaconía) y curación?

Desde la primera vez que tuve conocimiento de mi diagnóstico, me pregunté por qué debería o querría curarme. ¿Y los millones restantes? ¿Habría un tratamiento para cada uno? ¿El milagro nos alcanzaría a todos? ¿Por qué? ¿Resuelve el problema de cada uno?

Se plantean entonces de nuevo las preguntas sobre el destino, la predestinación y las consecuencias o el tributo del pecado ... O tal vez sea una prueba a la que se nos somete. Se formulan una vez más las mismas preguntas inquietantes que hizo Job, y vuelven a darse los mismos no muy buenos consejos de sus amigos, según el relato bíblico. La misma experiencia de abandono y de absurdo. Si no hay tantas curaciones como es necesario, ¿bastaría con aumentar el número de personas que curan y oran? ¿Es la fe de cada persona lo que cuenta? ¿O lo que cuenta es el “plan” de Dios? ¿Es una prueba o es la predestinación?

Personalmente, yo entendía que los milagros y las curaciones como los descritos en el Evangelio son signos de una posibilidad divina, del deseo fundamental de Dios de penetrar en las vidas de las personas dándoles plenitud personal, felicidad, integración en el grupo social y la familia, ciudadanía y dignidad de sus cuerpos. *Epifanías*. Eso parecen ser los gestos de Jesús. Lo fantástico y lo insólito eran indicaciones de esas posibilidades de salvación (*shalom*) específicas de los tiempos mesiánicos, del Reino de Dios. Eran expresiones de la “locura” (como dice el apóstol Pablo) de la fe, de aquello por lo que vale la pena arriesgar la vida, lo que es realmente esencial.

¿Por qué habría de haber curación para mí si yo sé que millones no la tendrán? Se desploma aquí una concepción teológica de un Dios que

escoge, asignando a unos la curación y a otros el sufrimiento. En definitiva, ¿qué clase de Dios hemos construido? ¿En nombre de qué Dios actuamos? ¡Cuántas cosas ridículas y escandalosas se han visto bajo el nombre de “curación divina” en ciertas iglesias y santuarios ...!

Sobre el “destino”: es interesante recordar la expresión griega de esta idea – o poder – que gobernaba la vida de todos, incluso de los dioses: *moira*. José Américo Pessanha, un filósofo de Río de Janeiro, recuerda que

La palabra *moira* tenía originariamente un significado espacial. Es el sentimiento del propio espacio, de la provincia, la jurisdicción, la parroquia, el territorio que una persona puede ocupar. Cuando alguien vive su vida hasta el final, esa persona ha abierto en el espacio todo lo que era capaz de ser. Así pues, un segundo significado de la palabra “destino” guarda relación con “fin”; una persona llega a su límite, su fin, que se identifica con la muerte. Sólo con la muerte se muestra plenamente el espacio de la vida. La vida es la conquista de un espacio que se ensancha y, con la muerte, adquiere su forma final. De ahí que *moira*, el destino, sea esa parcela, esa superficie, el solar ocupado por cada persona. (En Fayga Ostrower, *Acasos e criação artística*, p. 5.)

Y esto me hace pensar en la vida eterna. ¿Es real? ¿Será un don? ¿Es una condición para la esperanza? ¿O es un regalo? Asumir su vida, cualquiera que sea su duración, pero impregnándola de sentido, añadiéndole calidad, dándole profundidad por la relación íntima con el misterio que la engendra y la mantiene. ¿Son maneras éstas de “llenar el espacio” (*moira*) y de “cumplir el destino”?

### **Misterio y gracia - Esperanza y resurrección**

Juan del Apocalipsis soñaba con una tierra sin males ni lágrimas, y con una tienda levantada por Dios para afirmar la presencia y la compañía constantes del Dios (véase Apocalipsis 21:22).

Juan concebía la fe como un paraíso que se encontraba en la esperanza (utopía) más bien que en la añoranza del pasado.

La clave para entender la esperanza es, a mi parecer, ese coraje o energía para librarse al Misterio, a lo Sagrado, a lo que hay más allá ...!

Esto es contrario a la idea de un plan humano para “construir el Reino de Dios” que ha estado omnipresente en nuestros centros teológicos, y en los púlpitos de nuestras iglesias, desde los años cincuenta o sesenta. Una vez

más, me parece que las imágenes de la Bienal de Venecia indican la bancarrota del proyecto de civilización del siglo XX y la degradación de la raza humana.

Los Evangelios presentan el Reino en signos, gestos, indicaciones, indicios, primicias. Todo ello apunta a una situación en que – aun en forma de primicias, de anticipo – la calidad de la vida, la defensa de la dignidad de la vida y de la gente, de su integridad, pueden experimentarse no como una LUCHA, en la que hay vencedores y nuevos detentores del poder (aunque actúen en nombre del pueblo y de la democracia). Más bien, el ideal del Reino está próximo a un antipoder, una antiinstitución, a la locura de la fe, de la esperanza contra toda esperanza (la esperanza de Abraham). El Reino se manifiesta – su epifanía – en gestos, rituales y oráculos sin pretensiones de universalidad o planes y estrategias mundiales. Esas manifestaciones se producen en diferentes contextos culturales simultáneamente y sucesivamente, como una respuesta a la fidelidad de hombres y mujeres que

se adentran en el “misterio”, aguzan sus sentidos para descubrir esas “epifanías” y hacen teología como *sensibilidad pura*, como expresión de dependencia y entrega.

No es posible hacerse preguntas racionales sobre el misterio de la Vida y la Muerte. Ese camino no conduce a ninguna parte. Frente al Misterio, lo que es posible es simplemente seguir la corriente, dejarse llevar, sumergirse como tortuguitas que nacen en la arena y se dejan ir hasta el inmenso mar.

Cazuza, un compositor brasileño que murió del SIDA cantaba: “*Vida loca, vida breve ... vida inmensa ... i no puedo llevarte conmigo, quiero que tú me lleves*”

El misterio no puede traducirse en palabras y racionalizaciones. Las formulaciones teológicas, en la forma clásica, suelen distanciarse escandalosamente de la vida cotidiana, de situaciones contradictorias y críticas, de cuerpos que están en los márgenes de la experiencia social y cultural, excluidos y discriminados en los planos económico y político. Lamentablemente esa teología clásica y sus “reglas” como enseñan los nuevos “teólogos”, vuelve siempre a los mismos estribillos, las mismas palabras y frases rotundas. Argumentos muy buenos, muy bien razonados, que siguen estrictamente el modelo de humanidades y ciencias sociales. Argumentos filosóficos ...

Me pregunto qué otra acción sería necesaria para percibir este contacto con el Misterio y con todas las situaciones inauditas e insólitas, y con la perplejidad que causan en los cuerpos mutilados y sufrientes que buscan esperanza y signos de resurrección. Recuerdo la absurda cantidad de sufrimiento de Job y cómo, al final de su experiencia de hacer teología con

su propio cuerpo, aprendió a rechazar las racionalizaciones impuestas como verdades.

Recuerdo también lo que sus amigos decían que era “el fundamento”, “la base” de los argumentos, y cómo le decían que debía confiar en ellos, aceptar el dolor, confesar su pecado y ¿quién sabe? ser perdonado y curado. Al final de su experiencia, cuando ve toda la grandeza de Dios, Job se humilla y dice: “Yo te conocía sólo de oídas, mas ahora te han visto mis ojos” (Job 42:4).

Esperanza y resurrección están íntimamente vinculadas a esta profunda experiencia de fe. Esta confrontación no suele encontrar palabras o argumentos que expresen su impacto. Un cambio radical de percepción, de perspectiva y de proyección:

*Ante el drama de tantos cuerpos que caminan  
buscando un hogar, un hombre, un abrazo,  
un sentido que ayude a explicar el dolor, a afrontarlo,  
y a ir más allá de la resignación ...  
y a asumirlo después como una experiencia que forma parte de la  
vida,  
ese sentimiento de estar encerrado en los límites de la enfermedad,  
pero avanzando con osadía y  
ampliando las márgenes impuestas ...*

Creo que la actitud de los dirigentes de las iglesias, sus pensadores (teólogos) y sus ministros (diáconos y pastores) debería ayudar a esas personas – la multitud de los sin hogar, sin techo, sin abrigo, sin familia, sin energía, sin futuro – a recobrar y reencontrar, desde dentro de su dolor y de su cuerpo sufriente, las respuestas y los argumentos, la fuente inagotable que ayuda a hacer cambios radicales. Sólo la confrontación con el Misterio, con la Revelación de Dios siempre abierta, puede quebrar la confianza en discursos bien preparados que – por esa misma razón – no “convencen” ya a muchos.

Es ahora cuando los símbolos, los gestos, las indirectas, los silencios son fundamentales: aprender a hacer liturgia con gentes que sufren, aprender a descubrir signos de lo sagrado en medio de la basura y las heces, aprender a reconocer esta “tierra santa” para quitarse las sandalias y, en silencio y profunda expectación, descubrir como Moisés lo que hay “más allá”.

Creo que la experiencia más profunda para el que sufre sin encontrar una razón para su sufrimiento, que se pierde en las muchas preguntas y recetas para aliviar su dolor y curar las llagas del cuerpo y del alma, que está abrumada de tantos consejos de amigos ineptos y tanta palabrería ...

Es precisamente *vivir* una experiencia totalmente nueva, basada en el cambio de enfoque y de perspectiva, en la apertura a la novedad de la Revelación de Dios. Es algo como nacer de nuevo, nacer en el Espíritu: encontrar, profundamente, en solidaridad y compañerismo, este Espíritu de todos los cuerpos – y de la totalidad de la creación – en el que encuentran eco los gemidos y clamores (Ro. 8) en espera de la utopía de la Resurrección.

Sin embargo, esta experiencia en su radicalidad es muy frágil. Es como entregarse al viento, a movimientos imprevisibles, pues el Espíritu es como el viento (Juan, 3:8 “¿De dónde viene y a dónde va?”) Lo que tenemos es el efecto de su paso, el efecto del movimiento. Quien tenga ojos para ver y oídos para oír ... El “nacimiento en el Espíritu” resulta de ese salto en el aire o de ese volar a la merced del viento, o cómo zambullirse en los rápidos o en una corriente del mar, “dejarse ir”. Recuerdo juegos infantiles con burbujas de jabón: la ligereza y la fragilidad de la burbuja, el cuidado para llenarla con aire y desprenderla de la paja, para verla volar, libre en el viento, el deseo de extender la palma de la mano para “agarrarla”: Casi siempre imposible. Lo mismo sucede a menudo con los globos llenos de aire o de helio que teníamos en festejos infantiles: ¿Estallarán? ¿Desaparecerán por los aires? Había una magia que nos emocionaba cuando pesábamos la “ligereza” del aire mediante esa vulnerabilidad y esa fragilidad. He aprendido, con cierta dificultad y no sin sufrimiento, a ejercitar activamente mi experiencia de fe. Esta confrontación con mi cuerpo – y con todos los cuerpos en solidaridad, en los límites y en los márgenes – y con las dimensiones espirituales de mi propia existencia, me da una atención redoblada, una sensibilidad aguzada. A partir de lo que he visto, vivido y experimentado, entiendo que la teología y la ética están construidas así, tejidas en medio de la existencia. Una epifanía constante, una revelación. Un proceso frágil, contingente, que se encara con la vida misma y con la posibilidad de descubrir, en medio de muchos riesgos (“la burbuja va a estallar”, “el globo no va a volar”), una nueva racionalidad, de encontrar valores relativos a la base y la substancia de la fe, perdidos o escondidos con el tiempo, una técnica más perfecta que “saltar en el aire” – cuestión de conversiones permanentes ... esta inaudita e insólita convivencia de tradiciones y modernidad, de cimientos y epifanías. Estamos cada vez más cerca de abrir nuestros oídos, aguzar nuestra mirada, espabilar nuestra imaginación y ejercitar nuevos lenguajes, de asumir el riesgo en medio de símbolos, palabras y sonidos, colores, silencios, memorias de vida, y celebrar el Misterio de la vida. Como Lulú Santos y Nelson Motta escribieron en “Como una onda” (Como una ola):

*Nada de lo que fue será  
como fue antaño  
todo pasará  
todo siempre pasará ...*

*la vida viene en olas como el mar  
en un infinito ir y venir  
todo lo que se ve  
es distinto de lo que hemos visto  
hace un instante*

*todo cambia a cada momento algo en el mundo  
es inútil engañarnos  
o mentirnos a nosotros mismos*

*ahora, hay tanta vida por ahí  
por aquí  
siempre  
como una ola en el mar.”*

*Ernesto Barros Cardoso, miembro del Grupo Consultivo del CMI sobre el SIDA, escribió este texto durante y después de su hospitalización en 1995 por infecciones oportunistas de SIDA. Esas infecciones lo llevaron a la muerte tras otra hospitalización a finales de 1995.*

### **El cuerpo de Cristo, el cuerpo humano y el SIDA**

Como cuerpo de Cristo, la iglesia tiene que ser el lugar en que se vive y se ofrece el amor y la curación de Dios, donde tenemos libre acceso a la vida abundante, que es promesa de Dios. Al hacer tangibles el amor y la atención solícita de Cristo, la iglesia ofrece un signo profético y un anticipo del reino. En su confesión, proclamación, culto y servicio, la iglesia está llamada a dar testimonio de la presencia de Cristo en el mundo.

La vida abundante ofrecida por Cristo ha de estar al alcance de todos. El enfoque inclusivo que practicaba Cristo se evidencia claramente en las parábolas de las comidas, como la del gran banquete descrito en Lucas 14:15-24. Se destaca la generosidad de la invitación de Dios, que no hace discriminación alguna basada en méritos, capacidades, creencias o moralidad.

Como el amor de Dios no excluye a nadie y que a todos corresponde ser objetos de la atención solícita de Cristo, todos estamos llamados a mostrar igual solicitud con el prójimo, como si en cada persona encontrásemos al propio Cristo. Cuando dejamos de honrar el icono y la imagen de lo divino que debemos ver en nosotros mismos y en nuestros prójimos, no somos fieles a nuestra vocación como miembros del cuerpo de Cristo, la Iglesia.

Como Cristo se identifica y hace suyo nuestro sufrimiento, así la iglesia, como cuerpo de Cristo, está llamada a hacer suyo el sufrimiento de los demás, a estar a su lado contra todo sentimiento de rechazo y desesperación. No es una opción: es la vocación de la Iglesia. Y por cuanto es el cuerpo de Cristo – que murió por todos y que sufre con todos – la iglesia no puede excluir a nadie que necesite a Cristo, y ciertamente no a los afectados por el SIDA.

Al estar al servicio de las personas afectadas por el SIDA, al hacer suyo su sufrimiento, al permanecer a su lado y luchar contra el rechazo y la desesperación, la iglesia expresa más plenamente lo que es ser el cuerpo de Cristo. Y al manifestar la iglesia su solidaridad con las personas afectadas por el SIDA, revive nuestra esperanza en la promesa divina de vida abundante y se hace visible en el mundo.

Algunas iglesias demuestran valentía y dedicación manifestando el amor de Cristo a las personas afectadas por el SIDA. Otras iglesias han contribuido a excluir y a discriminar a las personas afectadas por el SIDA, aumentando así su sufrimiento. Recordamos con gratitud el consejo de San Basilio el Grande a quienes ocupan puestos de dirección en la iglesia, en el que insiste en su responsabilidad de crear un ambiente – un terreno fértil – en que el cultivo del amor y la bondad puedan prosperar en la comunidad y conducir a la “buena acción moral” que es el amor.<sup>3</sup>

Es vocación de la Iglesia estar al lado de los afectados por el VIH/SIDA. Este “estar al lado”, este servicio de la iglesia para los que sufren, adoptará distintas formas según las necesidades y posibilidades de cada situación. En algunos casos, las iglesias tendrán que procurar mejorar la atención médica a las personas afectadas; en otros, tendrán que tratar de mejorar los servicios de consejos; en otros, defenderán los derechos humanos fundamentales; en otros, velarán por que se disponga de información objetiva y fidedigna para los miembros de las iglesias, y el público en general; en otros, se esforzarán por que

reine un clima de comprensión y compasión. En la mayoría de los casos serán necesarios todos estos esfuerzos, y más.

En la encarnación Dios en Cristo entró en el mundo, derribando las barreras entre lo espiritual y lo material, reivindicando el mundo de la materia como el lugar en el que Dios está presente y actúa por el bien. De este modo, en la encarnación,

... la materia se hizo sagrada, al menos en potencia, vehículo de lo divino. La substancia misma de la creación es reveladora y ha de celebrarse ... La materia es sacramental, está imbuida de lo divino y, usada debidamente, es un vehículo de la presencia divina, haciéndose lo externo y visible el signo efectivo del misterio invisible pero real de Dios.<sup>4</sup>

Nuestra respuesta a Dios en esta vida es inseparable de nuestra participación física en la vida del mundo. Negar esta participación, desvalorizar el mundo material y físico, equivale a no comprender la encarnación como signo de que cielo y tierra son inseparables, de que ambos pertenecen a Cristo y son honrados por Cristo.

Pero el mundo material es corruptible y mortal. El cuerpo padece enfermedades. Tenemos miedo del SIDA sobre todo porque nos recuerda esas realidades de las que no podemos escapar. Tenemos miedo del SIDA, que se ampara del cuerpo, de la forma en que nos coloca frente a la mortalidad de nuestro ser físico ante el cual somos totalmente impotentes, a pesar de los extraordinarios progresos de la medicina. El cuerpo humano es todavía salvaje, no lo hemos domesticado completamente: se pone enfermo, envejece, muere; es frágil y falible, hermoso y fuerte; es quebradizo y un día, finalmente, se quiebra.

Frente a estas realidades, clamamos ansiosos nuestra necesidad de curación, de liberarnos de las ataduras de la corrupción. Y en el ministerio de Jesús encontramos un modelo de nuestra propia encarnación. Porque vemos a Cristo hecho carne, Cristo que adopta las condiciones de nuestra propia humanidad (Fil 2:6-8), Jesús que sirve allí donde es necesario, que no rehuye una situación por horrible y repulsiva que sea: ni las heridas de los leprosos (Mt 8:2-3) ni el hedor de Lázaro tras cuatro días en la tumba (Jn 11:39). Acoge a los condenados por impureza, como la mujer con el flujo de sangre (Mr 5:25-34) y a los marginados por su identidad étnica o su conducta

sexual, como la mujer en el pozo (Jn 4:7-30) o por sus acciones fraudulentas, como Zaqueo (Lc 19:1-10); acepta el ministerio de quienes se piensa que no tienen nada que ofrecer, como María, ungiéndole con unguento (Jn 12:1-8).

Los hechos de Jesús nos muestran que en medio del dolor, la fragilidad y la miseria de nuestro mundo, la curación todavía es posible, e incluso necesaria. Donde aparentemente no hay esperanza, donde la muerte está constantemente presente, el acto de servicio de Jesús crea comunidad y significa vida.

Como cuerpo de Cristo, la Iglesia está llamada a ejercer ese ministerio de servicio desde dentro del sufrimiento del mundo. Puede asumir esta tarea porque sabe que, cualquiera que sea su condición presente, el mundo material es creado y amado por Dios, que Cristo también lo ama y lo cuida, y está destinado a la gloria por el Espíritu (Ro 8:1-30). Siendo las cosas de este mundo valiosas y dignas de amor y honor, la iglesia será lenta en condenar incluso aquellas que, a ojos del mundo, parezcan participar de manera más irrevocable en la degradación y la corrupción.

La Iglesia representa ese misterio de la materia portadora de lo divino cada vez que se reúne en torno a la mesa para el banquete en que Cristo es alimento, anfitrión e invitado. Tomando las cosas del mundo material, las ofrece a Dios, mostrando así su verdadera identidad y su origen, y enviándonos a servir al mundo que Dios ha hecho.

## NOTES

- <sup>1</sup> En Benedict Ward, ed., *Apophthegmata Patrum (The Wisdom of the Fathers)*, Londres, SL6 Press, 1977, p.61.
- <sup>2</sup> Comité Central del Consejo Mundial de Iglesias: *Actas de la 38a reunión*, op.cit., p.135, versión en inglés
- <sup>3</sup> San Basilio, *obras ascéticas*, 2.1.
- <sup>4</sup> Richard Holloway, "Introduction", en *Who Needs Feminism?: Male Responses to Sexism in the Church*; Londres, SPCK, 1991, p. 1-2.

## CAPÍTULO IV

# Perspectivas éticas

Para los cristianos y las iglesias, la pandemia del SIDA plantea muchas cuestiones éticas difíciles: ¿Cómo deben responder las iglesias a sus propios miembros que viven y conviven con el SIDA o son seropositivos? ¿Deben las iglesias incentivar la aplicación de medidas para limitar la propagación de la infección? ¿Cómo deben distribirse los recursos para atención médica, prevención e investigación básica? ¿Cómo pueden corregirse las condiciones que favorecen la propagación del VIH? y ¿qué tienen que decir las iglesias a este respecto? ¿Cuál es la responsabilidad personal de los cristianos en este ámbito? ¿Cómo pueden los cristianos y las iglesias decidir sobre estas cuestiones?

### **El carácter distintivo de la reflexión ética cristiana**

Los cristianos tratan de hacer frente al problema del SIDA, motivados por imperativos de su conciencia cristiana: mostrar el amor de Cristo por el prójimo, salvar vidas, luchar por la reconciliación, por que se haga justicia. Sin embargo, para tomar decisiones en este ámbito, es preciso reunir la información más reciente y exacta, esforzarnos por resolver problemas y sopesar opiniones e intereses diferentes y a veces conflictivos. Es decir que la preocupación apasionada debe impulsar e inspirar un proceso de *discernimiento*, que necesita apoyarse en el estudio de la Biblia, la oración y la reflexión teológica.

Los cristianos hacen opciones éticas de conformidad con ciertos principios, derivados de su comprensión del testimonio bíblico y de sus convicciones religiosas que se expresan de varias maneras según los distintos grupos y tradiciones cristianas, pero que ciertamente incluyen los siguientes puntos:

- porque Dios ha creado y ama a todos los seres humanos, los cristianos estamos llamados a tratar a cada persona como poseedora de un valor infinito;
- porque Cristo murió para reconciliar a todos en Dios, los cristianos estamos llamados a obrar por la verdadera

reconciliación – que incluye la justicia – entre las personas que se han distanciado;

- porque somos “miembros unos de otros”, conformados por el Espíritu en un solo cuerpo, los cristianos estamos llamados a una vida responsable en la comunidad.

Para aplicar estos principios – el valor infinito de cada persona, el imperativo evangélico de reconciliación, el llamamiento a la vida responsable en la comunidad – a los problemas que plantea cotidianamente el VIH/SIDA a los cristianos y las iglesias, es preciso reunir información sobre cada problema específico, examinar todas las opciones posibles, sopesar los beneficios (y las dificultades potenciales) de cada una, y por último preguntarse: “¿cuál de las posibles líneas de acción expresa mejor el amor de Cristo a todos los afectados?”

Este proceso de discernimiento es a menudo difícil: los resultados de varias líneas de acción pueden no ser del todo evidentes; también puede ser que ninguna de las opciones disponibles sea plenamente satisfactoria, o que el mandato bíblico para algunas situaciones actuales no sea claro, o que los cristianos discrepen sobre la manera de aplicar un principio teológico particular a un problema específico. Por ello es muy importante que los cristianos y las iglesias reflexionen sobre las cuestiones éticas *juntos* y no por separado, que respeten las opiniones de los otros y dialoguen con ellos, y que trabajen en colaboración para responder a los problemas que el VIH/SIDA plantea a las iglesias y al mundo.

Se pide a las iglesias que den orientación espiritual y moral, no sólo a sus propias comunidades sino a la sociedad en general sobre los problemas planteados por la pandemia del VIH/SIDA. Además de sus debates internos y ecuménicos, deben seguir participando con responsabilidad en la discusión de esas cuestiones en la sociedad en general, así como en las consideraciones más especializadas de la ética biomédica. En ese debate, encuentran a quienes invocan principios éticos generales como el valor incondicional de toda persona, la benevolencia y la justicia, aportando la perspectiva de sus propias convicciones de fe.

Por lo que respecta a la valiosa contribución que pueden hacer las iglesias a ese debate mencionaremos dos ejemplos. En primer lugar, teniendo en cuenta su *apuesta por la verdad*, las iglesias deberían destacar la necesidad de una información exacta y examinar

abiertamente las cuestiones, antes de tomar decisiones éticas. El proceso de discernimiento no deja espacio para juicios basados en generalizaciones superficiales o estereotipos, en el temor o en una información incompleta o equivocada. Es esencial apoyarse en los conocimientos de la medicina y de otras disciplinas para llegar a una comprensión objetiva exacta de los problemas del SIDA, aunque esta comprensión, por necesaria que sea para la toma de decisiones éticas, no puede sustituirla. Las iglesias pueden hacer mucho, tanto en su propio medio como en la sociedad en general, para que las cuestiones éticas planteadas por la pandemia se estudien abiertamente, con tacto y objetividad.

En segundo lugar, las iglesias, que insisten en la *responsabilidad personal y comunitaria*, deben promover condiciones que puedan ayudar a las personas a realizar opciones éticas. Es necesaria una cierta libertad personal para hablar de responsabilidad personal. Este hecho guarda relación directa con la pandemia del VIH/SIDA: es bien sabido que el VIH se propaga más fácilmente cuando los factores culturales y socioeconómicos hacen difícil el ejercicio de la responsabilidad personal y social. De hecho, muchas personas están tan desamparadas que han perdido la libertad de optar, en materia de conducta, por lo que es mejor desde un punto de vista ético y práctico. Las mujeres, por ejemplo, aun dentro del matrimonio, pueden no tener capacidad de hacer aceptar medidas preventivas eficaces como la abstinencia, la fidelidad mutua y el uso de preservativos.

La respuesta ética de las iglesias a los problemas suscitados por el VIH/SIDA se inspira en el Evangelio. Si queremos que esa respuesta aporte un testimonio más fuerte y más amplio, y sea útil para el mayor número posible de personas, debería también destinarse a hombres y mujeres de buena voluntad y con buen sentido en las sociedades modernas pluralistas y secularizadas.

Para ser convincente, esa respuesta tendrá que estar *bien fundada*. Para entablar un diálogo ético hace falta un conocimiento profundo de los principios éticos básicos, una comprensión de las dimensiones personales y sociales del problema, y una clara información científica y técnica. Si las iglesias están dispuestas a participar en un debate y un proceso de toma de decisiones fundamentado, transparente y verificable encontrarán ciertamente hoy una respuesta favorable. En todas las sociedades, la gente espera recibir, a través de consideraciones éticas, respuestas a sus preguntas acuciantes y a sus

dilemas morales. En particular, se espera que las iglesias desempeñen su papel de orientación moral a ese respecto. Las iglesias tienen una oportunidad única de transmitir al mundo un mensaje pertinente en un tiempo de crisis moral y política. Este mensaje debería ayudar a individuos y naciones a una coexistencia pacífica y justa.

Los desacuerdos considerables que existen dentro de la propia comunidad cristiana sobre la manera de abordar ciertas cuestiones éticas son un obstáculo para su testimonio, y amenazan el espíritu de “unidad en la diversidad” que caracteriza el movimiento ecuménico. Esos desafíos y posibilidades se exponen claramente en la siguiente declaración del Grupo Mixto de Trabajo del Consejo Mundial de Iglesias y la Iglesia Católica Romana:

... surgen nuevas expectativas en las iglesias y fuera de ellas en relación con la posibilidad de que las comunidades religiosas ofrezcan orientación moral en el ámbito público. Sin embargo, cuestiones morales, personales y sociales apremiantes, dan lugar a divergencias entre los propios cristianos y amenazan incluso con provocar nuevas divisiones dentro de las iglesias y entre ellas ... En un ambiente de oración en el que nadie se siente amenazado, el diálogo puede permitir determinar con más exactitud los puntos de acuerdo, de desacuerdo y las contradicciones y afirmar las convicciones comunes de las que las iglesias deben dar testimonio al mundo. Además, el diálogo puede permitir discernir la relación entre las creencias y las prácticas éticas en relación con esa unidad en la vida moral que es la voluntad de Cristo.<sup>1</sup>

Al reflexionar sobre el significado de la pandemia del SIDA y al buscar soluciones a los muchos problemas que causa, las iglesias inevitablemente entablarán un debate ético en la sociedad en general. En las siguientes secciones se analiza la relación entre las perspectivas y los principios que caracterizan esta amplia reflexión ética, y los rasgos distintivos de compromiso ético cristiano.

### **Perspectivas y principios éticos**

La ética es el estudio sistemático del razonamiento moral en la teoría y en la práctica. Aclara las preguntas sobre lo bueno y lo malo, pero también demuestra su complejidad: la mayoría de las teorías éticas, y muchos juicios morales, son discutibles. Algunas normas, valores y principios han tenido una aceptación suficientemente amplia

para constituir la base de códigos de deontología o de leyes. Pero no hay teoría ética ni método para tomar decisiones que conduzca a conclusiones inequívocas y convincentes para todos; son demasiadas las diferentes convicciones, filosofías, contextos culturales y experiencias que influyen en nuestras concepciones de lo bueno y lo malo. Sin embargo, para examinar los hechos y los valores se pueden utilizar marcos expresivos y constructivos elaborados por la ética a través de los tiempos, que pueden llevar a algún grado de consenso, o por lo menos a una comprensión mutua de las opiniones divergentes.

### *1. Perspectivas éticas: dos enfoques*

La reflexión ética se ocupa de la “rectitud” de acciones particulares. En la tradición filosófica, esta reflexión se basaba sea en las normas que rigen el comportamiento humano, sea en las consecuencias de ese comportamiento. Un breve examen de esos dos amplios enfoques – llamados “deontología” y “utilitarismo” respectivamente – servirá como introducción al estudio de las formas específicas de reflexión ética en el contexto del VIH/SIDA.

*Deontología.* La “deontología”, o doctrina del deber, caracteriza a algunos de los más antiguos sistemas éticos de todas las culturas. Se centra en los deberes y valores “intrínsecos”, o dados, formulados como mandamientos y reglas de comportamiento, que determinan nuestras acciones. Estos valores se entienden como cuestión de principio, cuya justificación es innegable. La formulación y la justificación de esos valores deontológicos pueden tener diversos orígenes. Por ejemplo, los diez mandamientos del Antiguo Testamento (Ex. 20:1-17, Dt. 5:6-21) son un código ético basado en la revelación divina. La regla de oro – “Haced con los demás como queréis que los demás hagan con vosotros”, (Lc 6:31) – que se encuentra en el Nuevo Testamento y que tiene paralelos en muchas religiones del mundo, sirve como directriz general para la evaluación del comportamiento humano. El razonamiento filosófico deontológico, como se encuentra por ejemplo en la “ley moral suprema” de Emmanuel Kant (“Actúa según una máxima que puedas desear al mismo tiempo que se convierta en ley universal”) pretende convencer con su lógica intrínseca a toda persona sensata. En resumen, según este enfoque, hay reglas y valores morales que pueden considerarse como universales y como base de los principios e ideales que han de traducirse en acciones morales concretas.

*Utilitarismo.* Por su parte, el “utilitarismo”, sostiene que son las consecuencias de la acción las que permiten determinar si es buena o mala. La cualidad moral de una acción no depende de la acción en sí misma, sino de su “utilidad” para los otros, es decir, su eficacia para brindar felicidad o lograr “el mayor bien para el mayor número”. Puesto que esa teoría se basa en un único principio moral, el principio de la utilidad, no podría haber conflictos entre dos principios de conducta: para decidir lo que es bueno y lo que es malo, es preciso calcular los beneficios netos y comparar las soluciones alternativas, tomando en consideración los recursos disponibles y las necesidades de las personas interesadas.

La supremacía de la “utilidad” como principio, no significa que cualquier tipo de acción pueda justificarse si conduce a un mayor beneficio para una persona o un grupo de personas. Una versión particular de esta teoría, el “utilitarismo normativo”, considera – la obligación de decir la verdad, el respeto de la vida, la fidelidad a las promesas, etc. – como elementos esenciales de la trama de la vida humana. Estas normas morales tienen que observarse porque el beneficio general que se deriva de su aplicación es mayor que el que se obtendría de no aplicarlas, aun cuando, en casos individuales, la inobservancia de esas normas pudiese acarrear algún beneficio. Sin embargo, el principio de utilidad sigue considerándose el criterio supremo en caso de que alguna de las normas morales entre en conflicto con otra.

## 2. *Principios éticos*

Estas obviamente amplias y generales perspectivas para la reflexión ética, deben completarse con *principios* más concretos de análisis ético, que puedan servir de directrices para tomar decisiones éticas en situaciones específicas. En el ámbito de la ética actual de la atención de salud, el marco conceptual más utilizado incorpora cuatro principios: 1) el respeto a las personas, 2) la beneficencia activa, 3) la beneficencia pasiva, y 4) la justicia.<sup>2</sup> Cada principio constituye en primer lugar un deber, es decir, una obligación moral a menos que entre en conflicto con otro de los otros tres. Pero el marco no ofrece un método que permita escoger entre esos principios cuando haya conflicto entre ellos, ni determinar su ámbito de aplicación (por ejemplo, por lo que respecta al primero, puede haber desacuerdo sobre lo que se entiende por una “persona”).

Aunque esos principios generales pueden utilizarse para analizar cuestiones y problemas éticos en muchos ámbitos, es particularmente útil estudiarlos en relación con la ética médica. Médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud tienen una urgente necesidad de principios éticos que los guíen en el tratamiento de los pacientes y otras personas afectadas por el SIDA, o cuando experimentan nuevos medicamentos, o buscan medidas personales y sociales para limitar la propagación de la enfermedad, y ha habido una intensa reflexión ética en los medios de la salud sobre las cuestiones relacionadas con el SIDA. Eso constituye una importante fuente de inspiración para la reflexión ética cristiana y al mismo tiempo puede ilustrar la forma en que los cuatro principios pueden aplicarse a otros ámbitos, por ejemplo, al de los problemas éticos derivados de la asistencia y los consejos pastorales a los afectados por el VIH/SIDA.

En la ética médica en general, y en la ética relativa al VIH/SIDA en particular, a menudo surgen problemas que implican cuestiones extremadamente complejas e intrínsecamente ambiguas. Al optar entre diferentes nociones de lo que, en una situación específica, es “bueno” o “malo”, a menudo, pueden encontrarse argumentos “concluyentes” en apoyo de varias o incluso todas las decisiones posibles. El conjunto de principios no puede, por sí solo, resolver esas situaciones; puede haber decisiones que se excluyan mutuamente, y que cada una encuentre apoyo en alguno de los principios, aunque infrinja otros. Surge así un dilema ético: con frecuencia la cuestión que se nos plantea no es la de *si se puede o no* violar ciertas teorías o principios, sino cuál de las alternativas posibles los viola *menos*.

Pero incluso si estos principios éticos no pueden por sí mismos, resolver los dilemas éticos, añaden una dimensión ética accesible al discurso científico internacional, y ofrecen un lenguaje común para las diferentes culturas a fin de abordar, analizar y discutir las cuestiones. Una ventaja adicional es que ese marco puede ser empleado por las dos principales escuelas de pensamiento de la ética filosófica (deontología y utilitarismo), y puede ser aceptado por los seguidores de muchas tradiciones religiosas. Incluso cuando personas de diferentes opiniones filosóficas o religiosas limitan los principios, o su alcance, el lenguaje común de base sigue siendo “ecuménico”. Además, estos principios particulares se determinaron originalmente tras examinar los códigos y criterios éticos (especialmente de las

profesiones médicas y paramédicas) que habían recibido una profunda influencia de la historia judeocristiana.

### **Principio uno: respeto a las personas**

Aunque muchos convendrían en que una persona no puede o no debe ser considerada como una entidad separada, al margen de las relaciones o de la comunidad, en este principio el centro de atención es el concepto del ser humano capaz de ejercer su autonomía, por más limitada que sea. Autonomía es, literalmente, “autogobierno”, o capacidad de pensar, de tomar decisiones y de actuar por uno mismo. La autonomía puede ser limitada por razón de inmadurez, falta de información pertinente, o por una dificultad física; la capacidad de autonomía es una cuestión de grado, y es mayor o menor según los individuos, la edad y el momento. Asegurar el máximo respeto a la autonomía de personas que no pueden expresarse, son minusválidas o tienen una libertad restringida, puede requerir habilidades especiales para escuchar o capacitar, o en el ámbito político.

Para ejercitar su autonomía, los individuos necesitan tener acceso a información pertinente como base para sus decisiones, y cierto grado de libertad para que puedan tomar las decisiones sin coacción ni manipulación indebidas.

### **Principios dos y tres: Beneficencia activa y pasiva**

Beneficencia [activa] significa literalmente “hacer el bien”, y beneficencia pasiva “no hacer daño”. El primero de esos principios significa el deber de promover el bienestar del prójimo si uno está en condiciones de hacerlo, y el segundo refleja lo que se ha considerado desde tiempos de Hipócrates como el principio moral supremo para los médicos: “Ante todo, no hacer daño”. Para determinar qué es lo que más beneficia a una persona que padece una incapacidad temporal o permanente para expresarse de forma autónoma, pueden necesitarse aquí no sólo los conocimientos de la medicina, sino también de otras disciplinas y de amigos.

### **Principio cuatro: Justicia**

El principio de justicia, o equidad, es más amplio que los tres principios anteriores, por lo que puede invocarse cuando hay conflicto. Mientras los principios de respeto a las personas y de beneficencia se orientan más – aunque no exclusivamente – hacia la ética individual, la justicia se refiere más a la ética social, al tratamiento de las personas en la comunidad o a la cuestión del bien y del mal en las comunidades, las sociedades o las naciones.

La justicia se refiere especialmente a la repartición de los bienes, los servicios y los recursos. A este respecto presupone que todos los seres humanos tienen igual valor, y que atributos como la condición, el sexo, la riqueza o los méritos no justifican las desigualdades. No todas las

desigualdades son injustas: las personas tienen necesidades muy diferentes, y aunque los que tienen necesidades iguales deben ser tratados igualmente, quienes tienen necesidades distintas deben ser tratados de forma diferente, pero dentro de los límites de la justicia y la equidad.

La justicia interviene en la formulación de criterios para resolver los conflictos que surgen entre personas porque los conceptos que tienen de lo que “merecen” o “no merecen” difieren mucho. Esos conceptos dependen no sólo de las convicciones personales, sino también de la posición de cada persona en la comunidad local, nacional o mundial. En lo que concierne al VIH/SIDA, la justicia se refiere tanto a las cuestiones sobre la distribución de los escasos recursos de atención de salud como a las cuestiones más amplias de la pobreza y las limitaciones económicas como factores que contribuyen a la propagación del VIH.

### **Enfoques cristianos y otros enfoques éticos en relación con los cuatro principios**

Como se ha expuesto más arriba, estos principios son aceptables para las dos principales escuelas de pensamiento en la ética filosófica. El respeto a las personas refleja tanto el imperativo (deontológico) de Kant de tratar siempre a las personas como un fin y no como un medio, el imperativo (utilitario) de John Stuart Mill de que cada uno debe ser libre para determinar sus propias acciones mientras no coarten la autonomía de los demás. Ambas escuelas aceptan también los principios de beneficencia activa y pasiva, aunque puedan discrepar en el ámbito de aplicación de estos principios, en la forma de evaluar las consecuencias y en la consideración de si la beneficencia es una obligación de todos o una virtud encomiable. También están de acuerdo en la justicia como objetivo, pero preconizan distintas estrategias para su consecución: la ética libertaria deja en buena medida a las fuerzas del mercado la tarea de establecer la justicia distributiva, mientras que la ética igualitaria exige que todos

reciban una parte igual. Algunas teorías restringen la libertad para lograr un mayor grado de justicia; otras, como la teoría contractual de Rawls, dan prioridad a la libertad sobre la igualdad, pero sólo si la tolerancia de las desigualdades redundará de hecho en beneficio de los menos favorecidos.<sup>3</sup>

La mayoría de los demás planteamientos contemporáneos de la ética médica son compatibles con el enfoque de los cuatro principios o complementarios del mismo. Los métodos de *estudio de casos* que tratan de actualizar los mejores métodos de la casuística tradicional, relacionan ejemplos concretos con los principios aceptados; *la ética narrativa* (similar al método cristiano de hablar en parábolas) también puede establecer una relación constructiva con los cuatro principios. *La ética de la virtud* según la cual los “buenos” tienen más posibilidades de hacer opciones correctas insiste en otros aspectos del ámbito moral que hay que tener en cuenta. Lo mismo hay que decir de los enfoques basados en la actitud de servicio al prójimo, que hacen hincapié en el contexto, las relaciones, las personas y las circunstancias del caso, y en la compasión.

El único enfoque que verdaderamente trata de reemplazar los cuatro principios es el de la *moralidad corriente*, que se basa en un método deductivo que pretende encontrar las respuestas correctas a cuestiones éticas específicas. Pero hay dos dificultades principales a tener en cuenta: 1) es discutible su pretensión de que sus interpretaciones de la “racionalidad” y de la “moralidad corriente” son las únicas válidas; 2) el sistema deductivo propuesto para tomar decisiones no sólo es muy complicado, sino que requiere también que se llegue a un acuerdo sobre una serie de juicios de valor más o menos abstracto antes de poder emitir el juicio correcto sobre la cuestión ética de que se trate.

Volviendo a la ética cristiana, otro punto de vista – que tendría también sentido para el comportamiento ético en general – es el descrito por H. Richard Niebuhr, que describe una ética en relación, como “diálogo de responsabilidad”. Las dos cuestiones éticas que Niebuhr discierne son: “¿De qué se trata en esta situación?” (esto es, hay que estar bien informado), y “¿Qué es lo que hay que hacer?” (es decir, qué se puede hacer para favorecer el diálogo y su continuación). Puesto que lo que hay que hacer dependerá de las circunstancias particulares nunca puede especificarse de antemano, por lo que se

requiere un discernimiento responsable por parte de los que tienen que realizar las opciones éticas necesarias.<sup>4</sup>

La ética cristiana deriva de una reflexión teológica sobre las Escrituras y de la respuesta de las iglesias a la revelación. En lugar de proponer una teoría ética única y completa, abarca principios y valores derivados de la experiencia histórica y personal cristiana y, para algunos, del derecho natural. Es deontológica por cuanto ve en la obediencia a la Palabra viva de Dios, la norma suprema para la conciencia y para la comunidad. Pero, por su idea de la encarnación y la escatología, considera que la libertad que tiene el ser humano para responder a la complejidad y a las ambigüedades de la experiencia moral ordinaria es un don de Dios, una oportunidad de crecer, mediante el perdón mutuo, en gracia y comprensión.

En el texto antes citado del Grupo Mixto de Trabajo del CMI y la Iglesia Católica Romana se mencionan también otros recursos cristianos, además de la Biblia, para la reflexión moral. Son éstos la liturgia, la enseñanza moral tradicional, el catecismo y los sermones, las prácticas pastorales consagradas por el tiempo, la sabiduría que es el resultado de experiencias pasadas y presentes, y las artes de la reflexión y el discernimiento espiritual. Dada la complejidad de las cuestiones sociales, científicas y técnicas planteadas por el VIH/SIDA en nuestros días, es importante reconocer que

la visión bíblica en sí misma no proporciona a los cristianos todos los principios morales claros ni las normas prácticas que necesitan. Tampoco resuelven las Escrituras todos los casos éticos ...

No obstante, hay un consenso general en el hecho de que orando y estudiando las Escrituras y las tradiciones de interpretación bíblica que siempre evolucionan, reflexionando sobre las experiencias humanas y compartiendo en comunidad nuestras percepciones, los cristianos podemos llegar a juicios y decisiones razonables en muchos casos de comportamiento ético.<sup>5</sup>

Estos juicios y decisiones de ética cristiana están en armonía con los cuatro principios de bioética antes descritos. Pero también van más allá, ya que derivan de nociones de relación. Dios se relaciona con toda la creación, en sus aspectos humanos y no humanos, que a su vez están en relación entre sí. Así un principio como la autonomía de las personas puede encontrarse en el valor incondicional de todas las

criaturas (Mt 10:29-30), o en el respeto de Pablo por la conciencia de los gentiles (Ro 2:4). Pero así como Dios no sólo respetó la libertad del mundo, sino que lo amó (Jn 3:16), así los cristianos deberían no sólo respetar la autonomía de los demás, sino amar a sus prójimos.

Para los cristianos, la beneficencia es un deber fundamental pero la ética cristiana va más allá de la norma moral de beneficencia, que todos deben observar en todo momento. Como forma parte del mandamiento “amarás a tu prójimo como a ti mismo”, (Mt 22:39, Mr 12:31, Lc 10:25-28) incluye, siempre que es posible, la benevolencia (o buena voluntad). Como rasgo característico de los valores del Reino de Dios, Jesús nos enseñó no sólo a hacer lo que ordena la ley sino a hacer más por amor, a “llevar la carga una segunda milla” (Mt 5:41).<sup>6</sup>

Aunque no encontremos en la Biblia una teoría completa de la justicia distributiva, “justicia” es un concepto bíblico importante y frecuentemente utilizado. Es un concepto relacional, por cuanto afirma la interdependencia inevitable de todas las cosas. La igualdad queda también corroborada en el propio relato de la creación, y la Biblia nos recuerda repetidamente que debemos ocuparnos primero y principalmente de los más necesitados. En el lenguaje del Antiguo Testamento, los más necesitados eran las viudas, los huérfanos y los extranjeros, para quienes los israelitas tenían obligaciones especiales. En el Nuevo Testamento, son los pobres, los rechazados y marginados los que primero entienden el mensaje del Reino de Dios, y Jesucristo viene a nuestro encuentro en el más pequeño de sus hermanos y hermanas. Recordemos que todos estos grupos son precisamente los más afectados hoy por el VIH/SIDA.

### **La ética aplicada a algunas cuestiones planteadas por el VIH/SIDA**

Los problemas bioéticos planteados por el VIH/SIDA son con frecuencia complejos y ambiguos, y los argumentos en favor de una u otra opción son rara vez, por no decir nunca, concluyentes; sin embargo, es necesario tomar urgentemente decisiones prácticas. Las personas encargadas de tomar las decisiones pertenecen a confesiones diferentes, o a ninguna, y, para discernir entre las soluciones posibles se precisan datos firmes e información técnica. Para ser algo más que retórica, las perspectivas éticas cristianas deben pues enunciarse en un lenguaje que puedan entender todas las personas esclarecidas de

buena voluntad, y traducirse después en actos significativos. La aplicación de los cuatro principios a los problemas y cuestiones particulares planteados por el VIH/SIDA puede considerarse como piedra de toque para la validez y pertinencia de los argumentos. A continuación examinaremos de cerca nueve de esas cuestiones.

### 1. *Discriminación*

Lamentablemente, la discriminación contra las personas que viven y conviven con el VIH/SIDA existe en todas las sociedades y comunidades, y constituye un obstáculo importante que dificulta el empleo de medios eficaces contra la propagación de la pandemia. La discriminación hace que toda la comunidad – tanto los que discriminan como los discriminados – sea más vulnerable a la propagación del VIH. En una situación de exclusión, prejuicio y habladurías, es menos probable que ambos grupos reconozcan la presencia del VIH en la comunidad y cooperen en la prevención de los factores que llevan a una mayor vulnerabilidad al virus. La resistencia a la discriminación contra las personas afectadas por el VIH es pues parte integrante de la prevención.

Todos los principios éticos requieren que nadie sea discriminado por motivos de raza, sexo, religión o por padecer una enfermedad particular. Los principios de beneficencia activa y pasiva se violan claramente en caso de discriminación, ya que causa un daño considerable a los que son discriminados y, como se ha dicho, perjudica en definitiva también a los que la practican. La justicia, por su parte, requiere que las personas sean tratadas de la misma manera y con equidad para que reciban los cuidados y la atención que necesitan.

### 2. *Confidencialidad*

Por confidencialidad se entiende que la información que las personas no desean comunicar o solamente a una persona de confianza (un médico o un consejero) se mantenga secreta. Esa relación de confianza mutua, está protegida por obligaciones especiales. La confidencialidad de la información sanitaria personal viene impuesta tanto por el principio de respeto a las personas como por la ética médica tradicional. La falta de intimidad inhibe las decisiones responsables. Este hecho es particularmente importante en relación con informaciones delicadas como que una persona es seropositiva, la forma de infección o los síntomas del SIDA. Al

mantener la confidencialidad y la confianza, los médicos o consejeros pueden tener la posibilidad de influir sobre el comportamiento, reduciendo con ello el riesgo de transmisión del VIH a otras personas. Por otra parte, la vulneración del principio de confidencialidad puede llevar a las personas infectadas a ocultar su condición, cuando puedan pensar que ésta podría ser revelada a otros. De esta forma, las benéficas relaciones entre el médico y el paciente se deteriorarían.

Sin embargo, puede haber situaciones de conflicto entre principios cuando alguien revela a un médico o un consejero su condición de seropositivo pero se niega a revelarla a otras personas con las que mantiene relaciones poniendo su vida en peligro. El dilema del médico o del consejero (que se agrava si se ocupan de ambos miembros de una pareja) es si debe respetar la autonomía del primer cliente o si debe violar el secreto profesional, para evitar un daño que puede ser fatal para el cónyuge, compañero o compañera.

El principio de autonomía exige una confidencialidad estricta y prohíbe la divulgación de la información a terceros. Los principios de beneficencia activa y pasiva exigen que se proteja la vida de las personas facilitándoles la información necesaria para que puedan evitar una infección grave. Al hacerlo, a su vez puede permitir que se la divulgue a otras personas en el futuro. Así pues, en este caso particular el respeto del deber de beneficencia puede tener consecuencias a largo plazo que sean médicamente más perjudiciales que benéficas.

Ambos principios tienen que sopesarse, y cada caso particular debe considerarse con sumo cuidado y antes de tomar una decisión ética, hay que hacer todo lo posible por ayudar al o a la paciente a comunicar voluntariamente la información a su pareja. Sólo cuando estos intentos fracasen por completo podrá el médico o el consejero considerar la necesidad de infringir el principio de confidencialidad, siempre sobre la base estricta de la necesidad de saber.<sup>7</sup>

Las personas que deben tomar decisiones de este tipo viven esa experiencia con mucha angustia. Sin embargo, esas decisiones rara vez son necesarias, ya que normalmente una relación de confianza entre el médico o el consejero y el paciente permitirá evitar tomar medidas que signifiquen la violación del secreto. Mucho más corriente es la necesidad de cuidar en todo momento de que no se viole por inadvertencia o descuido.

### 3. *Educación sobre sexo, SIDA y salud*

En algunos contextos culturales, la gente se niega a hablar de relaciones sexuales, del SIDA y de los aspectos de la salud relativos a la salud sexual. Muchas personas de buena voluntad temen que hablar de relaciones sexuales o de educación sexual lleve al libertinaje. Es evidente que la iglesia tiene una responsabilidad moral de reducir al mínimo la vulnerabilidad de las personas y las comunidades a las condiciones en que pueden propagarse enfermedades de transmisión sexual, y la educación es una importante contribución a ese objetivo.

Pese a reservas comprensibles, las investigaciones han revelado que la educación sexual, que informa sobre el SIDA y la salud en general, impartida particularmente a niños y jóvenes, no conduce a un aumento de la actividad sexual.<sup>8</sup> Así pues, es evidente la responsabilidad de las iglesias en promover una educación sólida y bien documentada.

Capacitar a las personas, en particular a los niños y los jóvenes, para tomar decisiones morales sanas, es la manera más eficaz de conseguir un comportamiento moral responsable. Sin embargo, la educación es más que transmisión de conocimiento. Aumentar el número de datos conocidos por una persona no hará necesariamente que sus decisiones estén bien fundadas. Una educación eficaz tiene en cuenta el contexto cultural en el que se introduce la información e implica la participación tanto de educadores como de estudiantes.

### 4. *Preservativos*

La promoción y el empleo del preservativo, medio técnico sencillo para impedir el intercambio de líquidos orgánicos durante el acto sexual, ha suscitado una preocupación considerable entre los cristianos y las iglesias. Hay quienes lo han considerado contrario a la enseñanza según la cual la abstinencia de relaciones sexuales o la mutua fidelidad en las relaciones son los métodos más seguros de prevención del VIH.

Otros se han interrogado también sobre la seguridad y la eficacia de los preservativos, aunque un estudio meticulosamente realizado por la Organización Mundial de la Salud ha aportado pruebas científicas contundentes de que el preservativo es un medio de protección seguro y eficaz frente a las enfermedades de transmisión sexual.

“Se han analizado la resistencia del preservativo a la rotura y su deslizamiento, mediante estudios en los que se interrogó a los participantes sobre el uso del preservativo y otros estudios en los que los participantes recibieron preservativos y se les pidió que informasen sobre varios aspectos de su uso. Una encuesta entre casi 3300 consumidores estadounidenses arrojó una tasa de rotura del preservativo inferior al 1 por ciento.

Se han hecho también estudios de laboratorio para comprobar la permeabilidad a diversos microorganismos, entre ellos el VIH. Estos estudios han demostrado que las membranas de látex impiden el paso del VIH, de los virus de herpes y de la hepatitis B, del citomegalovirus y de la *chlamydia trachomatis*, incluso después de estimulación mecánica.

*Conclusión del estudio:* Usados sin interrupción y correctamente, los preservativos son un medio muy eficaz de reducir el riesgo de infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Por consiguiente, los esfuerzos orientados a mejorar la calidad, la disponibilidad y el uso de los preservativos son un aspecto esencial de las estrategias de salud pública para frenar esas enfermedades.”

*“A response to Recent Questions about Latex Condom Effectiveness in Preventing Sexual Transmission of the AIDS Virus”, por el Program for Appropriate Technology in Health (PATH), Seattle, Estados Unidos de América, enero de 1994.*

Pueden plantearse problemas éticos en relación con los efectos del uso y la promoción de los preservativos sobre el comportamiento. Según algunas personas, el fomento del uso de preservativos puede aumentar la promiscuidad sexual; mientras que otros sostienen que el comportamiento sexual está determinado sobre todo por otros factores, y que los preservativos no afectan a la frecuencia de la relación sexual sino a las consecuencias no deseadas de ese comportamiento, es decir, la propagación de enfermedades de transmisión sexual. Hasta ahora no ha habido ningún estudio concluyente que indique que la promoción y el uso de preservativos tengan influencia sobre la promiscuidad del comportamiento sexual, pero el recurso a los argumentos en favor y en contra del uso y la promoción de preservativos depende de los principios éticos que se

apliquen. Por ejemplo, podría haber conflicto entre el deseo de proteger la integridad moral de las personas reduciendo los incentivos a la promiscuidad sexual, y el deseo de proteger la vida humana evitando una infección potencialmente mortal.

El principio del respeto a las personas promueve la libre determinación, lo que requiere que se dé acceso a la información sobre la protección contra la infección, así como acceso al propio medio protector. Desde ese punto de vista, aunque los preservativos tengan también efectos negativos, se incurriría en paternalismo si se ocultara la información necesaria para que cada persona decida por sí misma si los utiliza o no.

Si la promoción de preservativos pudiera reducir el riesgo de transmisión del VIH, los principios de beneficencia activa y pasiva implicarían una obligación moral de salvar vidas dando a las personas los medios de protegerse. El principio de justicia exigiría que todos aquellos que necesitan un medio de protección tengan acceso a él, y no sólo los que viven en sociedades en las que esos métodos son fácilmente accesibles, o que pueden pagarlos.

Sobre la base de la responsabilidad pastoral y tras haber examinado estos argumentos, muchos profesionales médicos y consejeros cristianos han decidido facilitar preservativos a las personas que los piden expresamente. Esto se hace sin pretender que el empleo del preservativo sea o deba ser la única respuesta o solución a la cuestión de la prevención del VIH. Los preservativos son sólo uno de los diversos métodos para prevenir la transmisión del VIH. La finalidad principal debe ser cambiar el comportamiento y las condiciones sociales de manera que la gente se exponga a un menor riesgo de entrar en contacto con el virus. Es importante presentar todas las opciones a los interesados, y no deben escatimarse esfuerzos para darles los medios que les permitan tomar decisiones responsables, sobre la base de las opciones disponibles en función de los conocimientos y la experiencia actuales.

Tras haber examinado cuidadosamente las cuestiones éticas y los detalles técnicos, hemos llegado a la siguiente conclusión: *sin bendecir ni alentar la promiscuidad sexual, reconocemos la realidad de las relaciones y las prácticas sexuales humanas, así como la existencia del VIH en el mundo. Se ha demostrado científicamente que la educación sobre medidas seguras de prevención y la disponibilidad y el uso de preservativos ayudan a prevenir la transmisión del virus y*

*los sufrimientos y la muerte consiguientes de muchas personas infectadas. A la luz de estos hechos, ¿no deberían las iglesias reconocer el uso de preservativos como un método para la prevención del VIH?*

5. *Disponibilidad de agujas estériles para los drogadictos por vía intravenosa*

Entre los drogadictos por vía intravenosa, el intercambio de agujas y jeringuillas es una de las principales formas de transmisión del VIH. El suministro de agujas y jeringuillas limpias a quienes las utilizan es, pues, un método para prevenir la transmisión involuntaria del VIH causada por el empleo de instrumentos no estériles. Como técnica, este método no plantea problemas éticos. Pero, dado que el uso de ciertas drogas inyectables como la heroína es ilegal en muchos países, y puesto que las sociedades tratan de disuadir de su uso, el suministro de medios que permitan inyectar esas drogas puede ser éticamente impugnado.<sup>9</sup>

Los programas de ayuda a los drogadictos han recurrido a varios métodos de prevención del VIH, en particular, el intercambio de agujas usadas por agujas estériles. Las evaluaciones de programas que se llevan a cabo en varias ciudades han mostrado que la combinación de esos métodos ha sido eficaz para la prevención del VIH, y no ha hecho aumentar el consumo de drogas.<sup>10</sup> Hay por consiguiente una fuerte obligación moral, basada en los cuatro principios, de aplicar estos métodos, para salvar vidas.

Debe recordarse una vez más que los programas de distribución de agujas esterilizadas y otras intervenciones son sólo uno de los métodos para reducir los muchos riesgos y amenazas a la vida humana que se derivan del uso de estupefacientes. La mejor manera de reducir la transmisión del VIH por agujas infectadas sería evidentemente la prevención primaria del consumo mismo de drogas. Todos los programas, cualesquiera que sean sus métodos, deben ser culturalmente aceptables, accesibles y basados en la participación voluntaria.

Tras haber examinado cuidadosamente las cuestiones éticas y los detalles técnicos, hemos llegado a la siguiente conclusión: *Sin bendecir ni alentar el consumo de estupefacientes o drogas por vía intravenosa, reconocemos que la adicción humana a esas drogas es una realidad y que la práctica de intercambiar agujas para inyectarse*

*la droga conlleva un alto riesgo de transmisión del VIH. Los estudios sobre los programas en curso han demostrado que la educación y el suministro de agujas esterilizadas ayudan a reducir el riesgo de transmisión del virus y los sufrimientos y la muerte consiguientes de muchas de las personas infectadas. A la luz de estos hechos, ¿no deberían las iglesias, reconocer la necesidad de una educación adecuada y del suministro de agujas esterilizadas para todos los drogadictos por vía intravenosa?*

#### *6. Pruebas del VIH*

El respeto a las personas exige que no se obligue a nadie a someterse a exámenes o procedimientos terapéuticos que comprometan su futuro sin haber recibido previamente la información necesaria para tomar decisiones de forma independiente y con conocimiento de causa sobre la aplicación o no de tales procedimientos. No se requiere un consentimiento explícito para todos los exámenes de laboratorio: para los exámenes de rutina que no implican un riesgo particular y son necesarios para el tratamiento, es suficiente un consentimiento general del paciente o el deseo evidente de seguir un tratamiento. Pero la prueba del VIH es diferente de esos exámenes de rutina, no sólo porque la enfermedad diagnosticada es todavía incurable, sino también por sus consecuencias personales, sociales y económicas para los interesados, que se expondrán a la discriminación y la exclusión una vez que se haga pública su infección.

Por consiguiente, la prueba del VIH deberá hacerse tan sólo si se ha obtenido el consentimiento con conocimiento de causa de la persona interesada sin forma alguna de coacción o persuasión, y si se ofrecen servicios adecuados de consejos antes y después de la prueba. De ahí que las pruebas obligatorias de VIH, cualquiera que sea la finalidad, que se trate de pruebas destinadas a la contratación para un trabajo, o de la admisión en un centro docente, o de la entrada en un país, de un tratamiento médico, deban considerarse como contrarias a la ética. Asimismo las pruebas prenupciales, si se recomiendan, deben ser libremente aceptadas por los dos contrayentes.

Las personas que desean saber si son seropositivas para poder tomar decisiones responsables sobre su vida futura se someten voluntariamente con frecuencia a la prueba del VIH, en estricta

confidencialidad, y con el apoyo de servicios de consejos. Estos servicios deben ofrecerse siempre que sea posible.

Podría haber un conflicto entre los derechos individuales de una persona infectada por el VIH y los derechos de la sociedad que desea proteger al mayor número de sus miembros mediante mecanismos de control que restringen esos derechos individuales. En el pasado, ha habido casos de epidemias en los que se ha recurrido a argumentos de utilidad para justificar la supeditación de los derechos individuales (consentimiento explícito, confidencialidad) en favor de los derechos de la mayoría. En la práctica, sin embargo, estas medidas extremas no son ni necesarias ni útiles en el caso de la infección del VIH. Al cabo de diez años de pandemia del VIH, la comunidad internacional tiene suficiente experiencia para admitir que los mejores métodos de prevención son la información y la cooperación voluntaria, y no la imposición de pruebas obligatorias.

### *7. Investigación*

La investigación relativa al VIH/SIDA plantea varios problemas éticos, por ejemplo, la experimentación humana para la elaboración de nuevos medicamentos, la administración de medicamentos experimentales a pacientes en fase terminal y las directrices para la elaboración y el ensayo de vacunas.

Hay códigos y directrices internacionales que regulan los requisitos éticos necesarios para emprender investigaciones sobre sujetos humanos. El Código de Nuremberg (1947), la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1975) y las Directrices Internacionales de Ética y Epidemiología del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (1990) protegen los derechos de los que participan en cualquier forma de prueba o ensayo en busca de nuevos tratamientos o vacunas. Estos códigos establecen claramente las condiciones fijadas: la participación debe estar sometida al consentimiento explícito y libre de los interesados, las experiencias deben ser científicamente válidas y los riesgos para las personas deben reducirse al mínimo.

Las pruebas relacionadas con el VIH/SIDA no son una excepción a esa regla, pero se plantean problemas cuando la enfermedad está tan avanzada que la única esperanza de tratamiento potencialmente eficaz reside en la participación en experiencias. El principio de la beneficencia pasiva obliga a los investigadores a aumentar el número

de los que reciben una terapia experimental sólo lentamente, y por etapas, a medida que se van reuniendo las pruebas de su eficacia y de la ausencia de daños colaterales. Esta forma de proceder puede entrar en conflicto con el principio de autonomía de los pacientes que deseen decidir por sí mismos si quieren o no arriesgarse a soportar los efectos colaterales de una terapia potencialmente beneficiosa. Pero si se accede a los deseos de demasiados pacientes en esas condiciones, la prueba puede perder su validez, promoviéndose un medicamento cuya eficacia no ha sido comprobada o que es incluso peligroso, y pueden demorarse las investigaciones sobre alternativas prometedoras, en detrimento de futuros pacientes. Sólo una ética aliada a una actitud solícita hacia los otros, la tolerancia y la comprensión mutua entre pacientes e investigadores podría resolver esos conflictos.

En la investigación sobre terapias experimentales puede ser necesario administrar a algunos de los sujetos no ya el propio medicamento sino un placebo (que no tiene efecto alguno ni positivo ni negativo, pero que tiene el mismo aspecto que el medicamento), con fines de comparación. Los problemas éticos correspondientes se agudizan en los ensayos de vacunas contra el VIH. Cuando la demostración de la eficacia de una vacuna experimental requiere que los sujetos se expongan a un riesgo constante, el problema ético se complica con la posibilidad de que la participación pueda crear un falso sentido de seguridad, y también de que pueda reducirse el riesgo por la educación sanitaria. Además de estas inquietudes derivadas del principio de beneficencia pasiva es necesario tener en cuenta los problemas de justicia, que surgen cuando las personas son demasiado pobres o están mal informadas para negarse a participar. La justicia requiere como mínimo que los riesgos y los beneficios de la elaboración, la producción y la distribución de tratamientos y vacunas potenciales se repartan a nivel mundial, sin poner en desventaja a grupos o países vulnerables.

#### 8. *Asignación de recursos*

La asignación justa de recursos es indispensable si se quiere que las personas afectadas por el VIH/SIDA reciban una atención adecuada y que la propagación de la infección sea objeto de una prevención eficaz. Esto es aplicable a los diversos niveles de las estructuras sociales y económicas. A nivel de una comunidad hay que movilizar recursos personales, financieros, afectivos y espirituales

para obtener la plena participación de las personas afectadas en la vida de la comunidad, y prestarles la atención que necesitan para su bienestar físico y psíquico.

A nivel nacional, la lucha contra el VIH/SIDA necesita la atención y el apoyo de los dirigentes, de la sociedad y el gobierno y una movilización de recursos en consonancia con la importancia del problema, tanto en relación con el sufrimiento humano que produce, como con las consecuencias sociales y económicas de la pandemia en toda la nación.

A nivel mundial, la comunidad internacional tiene que velar por que se tomen medidas adecuadas para luchar contra la pandemia, que afecta a todas las regiones y a todos los continentes. Hasta ahora, la distribución de recursos para el tratamiento y la atención a los enfermos de SIDA, y para la prevención de la transmisión del VIH, ha sido muy desigual: aunque más del 80% de todas las infecciones por el VIH tienen lugar en los países más pobres, éstos reciben sólo una pequeña porción de los recursos internacionales dedicados a hacer frente al SIDA.<sup>11</sup> Este hecho suscita graves dudas sobre la justicia distributiva. La justicia exige que los más necesitados reciban más atención. Esto significa, en la práctica, que los recursos disponibles deberían redistribuirse dando a cada país una parte equitativa para que pueda establecer programas adaptados a su situación local. Desde una perspectiva político-económica a corto plazo, esto puede no parecer realista. Pero los objetivos de tal acción – reducir tanto la carga que pesa sobre los directamente afectados como la propagación de la infección – sirven también a toda la humanidad en una época en que, en el plano económico y epidemiológico, las poblaciones del mundo son cada vez más interdependientes.

#### *9. Deberes de los profesionales de la salud en el tratamiento de los enfermos del SIDA*

Lamentablemente hay informes sobre personas afectadas por el VIH/SIDA a las que se niega el ingreso en instituciones sanitarias – incluidas las de las iglesias – y que son rechazadas por determinados profesionales de la salud a quienes se han dirigido en busca de tratamiento, ayuda o consejo. Estas actitudes no se justifican desde ningún punto de vista. El acceso a la atención de salud es un *derecho* de toda persona, incluidos los infectados por el VIH. No hay

argumentos médicos ni éticos para cualquier restricción de este derecho.

Algunos profesionales sanitarios se han justificado diciendo que al tratar a enfermos del SIDA corrían un riesgo mayor de contraer el VIH. Esta preocupación no tiene base en los estudios realizados hasta ahora sobre los riesgos profesionales del personal médico. Hay muy pocos profesionales de los servicios de salud seropositivos cuya infección pueda probarse que se ha contraído en el ejercicio de su actividad profesional.

Si se observan las debidas precauciones, el riesgo de contraer la infección en el ejercicio de la actividad profesional es muy reducido. Estadísticamente, el pinchazo de una aguja con sangre infectada con el VIH dará lugar a una infección en el 0,3% de los casos.<sup>12</sup> Por consiguiente, hasta ahora los organismos internacionales que regulan el comportamiento profesional han exigido que los individuos infectados por el VIH sean tratados de la misma manera que los demás pacientes; y la denegación de tratamiento se consideraría como una grave violación de las normas de deontología profesional. Esta opinión encontraría apoyo en los cuatro principios de la bioética.

## NOTES

- <sup>1</sup> "The Ecumenical Dialogue on Moral Issues: Potential Sources of Common Witness or of Divisions. Documento de estudio del Grupo Mixto de Trabajo del Consejo Mundial de Iglesias y la Iglesia Católica Romana", en *Ecumenical Review*, Vol. 48, No 2, abril de 1996, 1.2, p. 144, 1.3 y 1.4, p.145.
- <sup>2</sup> Véase Tom Beauchamp y James Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 4e ed., Nueva York y Exford, Oxford University Press, 1994; y Ranaan Gillon, *Principles of Health Care Ethics*, Chichester, R.V. John Wiley & Sons, 1994.
- <sup>3</sup> John Rawls, *A Theory of Justice*, Nueva York, Oxford University Press, 1972, p. 302.
- <sup>4</sup> Véase H. Richard Niebuhr, *The Responsible Self: An Essay in Christian Moral Philosophy*, Nueva York, Harper & Row, 1963.
- <sup>5</sup> "The Ecumenical Dialogue on Moral Issues"; op. Cit., III.1, p.147
- <sup>6</sup> John Habgood, "An Anglican View of the Four Principles", en *Gillon*, op. Cit., p. 55-64.
- <sup>7</sup> Kenneth Boyd, "HIV Infection and AIDS: The Ethics of Medical Confidentiality, En *Journal of Medical Ethics*, vol. 18. 1992, p. 173-179.
- <sup>8</sup> Resultados de la investigación: "Does Sex Education Lead to Earlier or Increased Sexual Activity in Youth?", M. Baldo, P. Aggleton y G. Slutkin, OMS, presentada

NOTE

en la IX Conferencia Internacional sobre el SIDA, Berlín, junio de 1993, documentación No PO-D 02-344.

<sup>9</sup> M. O'Brien, "Needle Exchange Programs: Ethics and Policy Issues", en *AIDS & Public Policy Journal*, Vol. 4, No 2, 1989, p. 75-82

<sup>10</sup> Erik von Ameidjen, et al., "Interventions Among Injecting Drug Users: Do They Work?", en *AIDS*, vol. 9 (Supl.A), 1995, S75-S84.

<sup>11</sup> Véase "Vaccine Briefing", en *Global AIDS News*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, No 2, 1994, p.5

<sup>12</sup> D.K. Henderson, et al., "Risk for Occupational Transmission of HIV-1 Associated with Clinical Exposures", en *Ann. Int. Med.*, 113, 1990, 740-746.

## CAPÍTULO V

# Derechos humanos, responsabilidades y SIDA

Los derechos humanos se han reconocido y defendido desde varias perspectivas filosóficas, religiosas y políticas, como la teoría liberal de los derechos individuales, el derecho natural y la teología moral, y las teorías de la justicia económica y social. Los derechos humanos internacionalmente reconocidos se han recopilado y protegido mediante instrumentos como la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) y los dos pactos de las Naciones Unidas, uno sobre derechos económicos, sociales y culturales y otro sobre derechos civiles y políticos, ratificados por la mayoría de los gobiernos.

Durante los últimos 30 años, el CMI participó activamente en la definición de normas en materia de derechos humanos, en la promoción de esos derechos y en su protección. Desde hace diez años, se ha avanzado mucho en la elaboración de normas internacionales de protección de las personas víctimas de la discriminación por motivos de raza, sexo, pertenencia étnica y religión. Pero existen otras formas de discriminación, algunas provocadas por la ignorancia o el miedo. Las personas que viven y conviven con el SIDA son víctimas de esta última clase de discriminación. A menudo se les niega su derecho fundamental a la seguridad, a la libertad de asociación y de circulación, y al acceso a una atención de salud apropiada.

En todas partes del mundo se acusan violaciones de los derechos humanos de las personas afectadas por el SIDA. La pandemia pone en evidencia muchas desigualdades y prejuicios antes ignorados en nuestras sociedades, y refuerza las disparidades a largo plazo. Las personas afectadas por el VIH/SIDA son víctimas del aislamiento y la discriminación en casi todas las sociedades y culturas. A los síntomas físicos que sufren vienen a añadirse las consecuencias psicológicas derivadas del VIH/SIDA. La enfermedad y la muerte como consecuencia del virus se sufren frecuentemente en la soledad y el abandono, pues los enfermos del SIDA se ven frecuentemente aislados e incluso menospreciados. Las personas que descubren que

han contraído la infección del VIH sufren de la pérdida de su propio futuro, la pérdida de la posibilidad de tener una familia, de tener un trabajo que dé significado a su vida, o de otros derechos humanos fundamentales.

La consecución de una sociedad justa y humana requiere que todos los individuos y las organizaciones respeten los derechos humanos y la dignidad de las personas, y observen los principios de humanidad que reflejan los valores humanos universales compartidos por las religiones y culturas de todo el mundo.

El respeto del derecho a la vida y el derecho al nivel más alto posible de salud, así como del principio de no discriminación, requiere que los Estados velen por que todos los sectores de la sociedad reciban información y educación adecuadas sobre el VIH y el SIDA, y que se preste particular atención a los habitantes de lugares aislados y a los grupos más desfavorecidos.

*“Declaration and Charter on HIV and AIDS”, Rights and Humanity, the International Movement for the Promotion and Realization of Human Rights and Responsibilities. Londres.*

### **Definiciones, obligaciones y limitaciones**

En el curso del estudio hemos trabajado a partir de la definición básica de los derechos humanos, a saber, todos los derechos indispensables para la integridad, la supervivencia, el crecimiento y la dignidad en relación con las dimensiones física, espiritual y social de la persona. Los derechos humanos no sólo conciernen la libertad individual, sino también la justicia económica y social y la relación entre el individuo, la comunidad y el Estado.

Los derechos humanos se fundamentan en el reconocimiento de la igualdad y la dignidad de todos los seres humanos. La afirmación de los derechos humanos no es tan sólo una cuestión de militanteismo político; es una visión mundial que se extiende a la percepción que tenemos de nosotros mismos por iguales o no que seamos; a nuestras relaciones individuales y comunitarias (en la competición agresiva y el prejuicio, o en el amor y el respeto mutuo); y al papel de los dirigentes (paternalista y dominante, o capaz de promover la emancipación y la autonomía).

Las pruebas de anticuerpos del VIH deben hacerse con el libre consentimiento de las personas, excepto en los casos de estudios epidemiológicos realizados en el anonimato;

La segregación, el aislamiento o la cuarentena de personas en prisiones, escuelas, hospitales u otros lugares por el simple hecho de tener SIDA son inaceptables.

*“AIDS Charter”, publicada por el AIDS Consortium, Centre for Applied Legal Studies, Universidad de Witwatersrand. Sudáfrica.*

En lo que se refiere al SIDA, los principios de base en los que se fundamenta la salud pública militan en favor del respeto de los derechos humanos. Esos derechos dictan el imperativo moral y jurídico de asegurar el pleno respeto del valor y la dignidad iguales de cada uno, sin discriminación.

Las diferentes interpretaciones y enfoques de los derechos humanos se advierten claramente en los argumentos en favor y en contra de la “universalidad” de esos derechos, la idea de que toda persona en todo lugar tiene los mismos derechos humanos fundamentales sin consideración de diferencias culturales, políticas o religiosas. Los que abogan por la universalidad dicen que todos los seres humanos tienen las mismas necesidades básicas y comparten por lo menos algunos valores humanos centrales de los que pueden desarrollarse normas universales de derechos humanos. Otros opinan que, a la luz de las diferentes características culturales y de los distintos valores de las sociedades, es imposible atribuir una aplicación mundial a un sistema único de valores. Hay, incluso, quienes sostienen que los derechos humanos son una noción “occidental” que se les impone contra su voluntad. Y sin embargo muchas personas de esos mismos países o comunidades donde se esgrime este argumento contra los derechos humanos arriesgan sus vidas para reivindicar esos mismos derechos, que ellos consideran fundamentales para sus propias culturas y religiones.

Pese a estas diferentes interpretaciones, la dignidad e igualdad de los seres humanos son ya valores reconocidos. Un aspecto importante de esta cuestión es la necesidad de llegar a un equilibrio justo entre los derechos del individuo y los derechos de la comunidad. Ese equilibrio puede requerir limitaciones en el ejercicio de los derechos. Estas

limitaciones deben estar definidas por la ley y sobre la base de una argumentación rigurosa; no deben ser arbitrarias.

De lo anterior cabe concluir que a cada derecho corresponde un deber. Por ejemplo, ya que toda persona ejerce sus derechos individuales en un contexto social, también está obligada a respetar los derechos de los demás (y, según algunos, a ayudarlos a responder a sus necesidades). Es decir, los derechos implican también responsabilidades. Sin embargo, la relación entre derechos y responsabilidades es compleja. Sobre estas últimas no se debate a menudo, por temor a comprometer el principio de la inalienabilidad de los derechos humanos, o sea la convicción de que un individuo sigue siendo titular de tales derechos aun en el caso de que no cumpla con sus responsabilidades.

El deber de solidaridad humana requiere que todos cooperen en los esfuerzos para prevenir y aliviar el sufrimiento humano y luchen contra la injusticia. Con respecto a la protección de la salud pública, la jurisprudencia internacional de derechos humanos y la legislación y la práctica en materia de salud pública confirman que las medidas de salud pública que restringen los derechos y libertades individuales son justificables en la medida en que:

- se establezcan en una ley específica,
- sean estrictamente necesarias para la protección de la salud pública,
- sean estrictamente proporcionales a los beneficios esperados de las medidas o políticas restrictivas,
- sean el método menos intrusivo y restrictivo de lograr el fin propuesto, y
- no se dirijan arbitrariamente contra un individuo, grupo o sector particulares de la sociedad.

*“Declaration and Charter on HIV and AIDS”,  
Rights and Humanity. Londres.*

### **El individuo frente a la comunidad**

Esta compleja relación entre derechos y deberes se plasma en la condición de los seres humanos como creados a imagen de Dios. La Biblia, en lugar de referirse a “derechos”, habla de los deberes para con Dios dentro de la Alianza; la finalidad es proteger a los otros de los abusos y dar a toda persona una posibilidad igual de beneficiarse.

Dios es descrito como todo amor y los seres humanos, creados a imagen de Dios, están llamados consiguientemente a reflejar esa realidad y reciben los medios necesarios para ello. La imagen de Dios es una descripción de la familia humana sin exclusiones, no un motivo para el orgullo humano. A la luz de esa observación, la existencia misma de la humanidad como amor y koinonía debe enfocarse desde la perspectiva de las relaciones con los demás, y con el mundo natural. Este enfoque conducirá, de hecho, a aplicar la idea de los derechos y los deberes de los seres humanos.

Por consiguiente, no puede hablarse de derechos humanos sin abordar también la cuestión de la justicia económica y social, medioambiental y ecológica, y de la relación entre el individuo, la comunidad y el gobierno. Ahora bien, dicho esto, es importante definir claramente los intereses de la comunidad, y precisar quién determina la naturaleza de esos intereses. Lo que se presenta a menudo como el interés de la comunidad puede basarse en intereses egoístas o personales de los “representantes” más poderosos de la comunidad.

En una auténtica koinonía, derechos y deberes se conjugan armoniosamente. Lo “individual”, como se llama normalmente, no prevalece sobre lo comunitario, pero tampoco lo comunitario prima sobre lo individual. Desde esa perspectiva teológica, la idea misma de derechos humanos sólo puede considerarse a la luz de la vida en comunidad y no contra la comunidad. Así pues, los derechos de la persona e intereses de la comunidad no tienen por qué entrar en conflicto. Los derechos humanos deben ser un instrumento para que tanto las personas como las comunidades tomen su destino en manos con objeto de restaurar su dignidad y elevar su calidad de vida.

### **Derechos humanos y SIDA**

La cuestión de los derechos humanos en relación con el SIDA está por supuesto muy vinculada a muchas de las cuestiones éticas abordadas en el capítulo precedente y esta sección, que se centra en particular en las cuestiones de justicia, debe leerse teniendo en cuenta ese material.

*1. La denegación de los derechos humanos aumenta la vulnerabilidad al VIH*

En un momento u otro todos los afectados por el VIH y el SIDA se enfrentan a una violación de sus derechos. Y cada vez es más evidente que las personas que se ven privadas de sus derechos humanos fundamentales y que son marginadas social o económicamente son especialmente vulnerables al riesgo de infección del VIH. El SIDA ataca las “presas indefensas” de nuestras sociedades: los niños de la calle, los pobres, los presos, los profesionales del sexo, los toxicómanos, las poblaciones indígenas, las minorías étnicas, son grupos particularmente expuestos al riesgo, y a menudo tienen tasas de infección desproporcionadamente elevadas en comparación con el resto de la sociedad.

Como hemos visto anteriormente, las mujeres son particularmente vulnerables como consecuencia de su inferior condición económica, social y jurídica. La falta de instrucción, de oportunidades de empleo, de ingresos independientes, así como de acceso a los servicios de salud y al tratamiento de las ETS, son factores que elevan el riesgo de infección del VIH, así como la falta de seguridad en sí mismas en cuestiones sexuales.

La violencia contra los niños es una creciente preocupación en nuestras sociedades. La proliferación del turismo del sexo es alarmante, y está afectando a un número cada vez mayor de niños. Es precisamente para evitar la infección del VIH que muchos hombres, tanto en el Norte como en el Sur, abusan de niños y jóvenes.

*2. La respuesta de la salud pública*

Está claro que la protección del derecho a la vida exige que los Estados tomen medidas sanitarias eficaces para limitar la propagación de las enfermedades contagiosas. En aras del interés público, hay quien consideraría admisible limitar los derechos individuales a la libertad por la sola razón de ser portador del VIH. El temor y la ignorancia del público en torno al SIDA han originado muchas veces presiones públicas e incluso la introducción de medidas draconianas para impedir la propagación del VIH. Algunas de las leyes y políticas adoptadas violan de hecho los derechos humanos y los principios éticos fundamentales. No hay justificación desde el punto de vista de la salud pública para limitar la libertad individual de las personas

afectadas por el SIDA, ya que el VIH no puede transmitirse por los contactos sociales.

*3. Discriminación contra las personas afectadas por el VIH/SIDA o grupos de riesgo*

Por lo que respecta a las violaciones de derechos humanos en el contexto del SIDA, las más frecuentes son, sin duda, la discriminación y la exclusión social de que son objeto las personas directamente afectadas por la pandemia, así como sus familias y sus próximos, o las personas que se consideran que forman parte de grupos expuestos a la infección: homosexuales, personas que ejercen la prostitución y drogadictos.

Según Sofía Gruskin la pandemia del SIDA ha suscitado una aversión irracional: “los ataques a personas por su enfermedad ... La violencia específica contra el SIDA es una violencia directamente relacionada con la enfermedad. Para algunos, el miedo al SIDA ha venido a constituir un argumento de peso por erróneo que sea, para justificar los ataques a grupos tradicionalmente marginados, particularmente los homosexuales y las prostitutas.”<sup>1</sup>

**La restauración de la dignidad**

Como se expuso en el capítulo 3 sobre las perspectivas teológicas, toda violación de derechos humanos es contraria a la fe cristiana. Lamentablemente, la reacción de muchos cristianos e iglesias miembros frente al SIDA apenas ha sido diferente del de la sociedad en general, o incluso ha sido peor.

La pandemia del VIH/SIDA nos obliga a prestar atención a la importancia de los usos y tradiciones locales, así como a los conocimientos populares y las iniciativas comunitarias. La situación actual nos exhorta a recuperar y dar nueva forma a esos aspectos esenciales.

Es fundamental que las comunidades participen en la aplicación de los derechos humanos y que promuevan el desarrollo económico y social, a la luz de sus propias experiencias y sistemas de valores. La participación de todos los miembros de la comunidad es esencial. Como el conocimiento de los derechos humanos tiene repercusiones para el ejercicio y el uso del poder, es importante que toda la comunidad disponga de ese conocimiento como instrumento. Del mismo modo, toda la comunidad debería participar en la definición de

los derechos humanos y la promoción de su aplicación. El resultado sería una lucha para una comprensión y una práctica más globales de los derechos humanos, lucha en la que la iglesia tiene un papel particularmente activo que desempeñar.

En el proyecto de investigación activa participativa de Kagoma, Uganda, la comunidad empezó a debatir y analizar los problemas de desigualdad y de derechos humanos a partir de su experiencia con el SIDA. Mediante grupos especiales de debate se tomó conciencia, por ejemplo, de que la condición de inferioridad de las mujeres era perjudicial para el conjunto de la comunidad. Al carecer de derecho a la educación, las jóvenes eran más vulnerables a la explotación sexual y económica, y en consecuencia, a la infección del VIH. Se consideró, pues, que la promoción de la educación de las niñas y las jóvenes era un medio de reducir la tasa de infección en la

comunidad. Esta medida se combinó con un endurecimiento de las sanciones contra los actos de violación. Los grupos empezaron también a analizar los papeles tradicionales de hombres y mujeres y las divisiones del trabajo en la comunidad, para proponer cambios y estrategias y mejorar la cooperación.

*Participatory Action Research on AIDS and the Community as a Source of Care and Healing, informe publicado en 1993 por el CMI, la Christian medical Board of Tanzania, el Uganda Protestant Medical Bureau y la Iglesia de Cristo en Zaire.*

Esa concepción global de los derechos humanos no siempre ha existido. Por otro lado, con frecuencia se ha combatido la injusticia y la opresión a partir de una visión secular de los derechos humanos. En ocasiones los propios miembros de las iglesias han luchado por la justicia en el marco de organismos laicos.

La realidad del SIDA que afecta hoy al individuo, la comunidad y la iglesia da a la iglesia una nueva oportunidad de estar con sus miembros, de salir de su entorno y de ir al encuentro de la gente, allí donde vive para compartir su sufrimiento. Es una oportunidad para la

iglesia de hacer suya la lucha por la restauración de los derechos humanos.

La iglesia se interpela: en el contexto del VIH/SIDA, ¿Hasta dónde llega su papel en la defensa y la protección de los derechos humanos? He aquí algunas de las dimensiones específicas de ese papel:

- reconocer que los derechos humanos se basan en la igualdad y la dignidad de todos los seres humanos;
- considerar que cada individuo y cada sector de la sociedad están obligados a respetar los derechos y la dignidad de los demás, y a evitar perjudicarlos y a actuar con compasión, tolerancia y solidaridad, y que cada uno tiene deberes concretos que desempeñar en aras del bienestar de la humanidad;
- considerar a los seres humanos como un todo, con sus dimensiones físicas, psíquicas, psicológicas, espirituales y sociales. Este enfoque exige el reconocimiento de la necesidad de los individuos de pertenecer a un conjunto, de tejer lazos familiares y comunitarios. El concepto de comunidad es, pues, un elemento importante en una comprensión global de los derechos humanos.

#### NOTES

<sup>1</sup> Sofia Gruskin, "HIV/AIDS-Related violence", en *A Global Report: AIDS in the World*, cuadro 13.4, p. 562 y ss.

## CAPÍTULO VII

# Acción pastoral y comunidad terapéutica

### **La Iglesia como comunidad terapéutica**

La Iglesia, por su naturaleza misma como cuerpo de Cristo, llama a sus miembros a formar comunidades terapéuticas. Pese a la amplitud y la complejidad de los problemas planteados por el VIH/SIDA, las iglesias pueden aportar un testimonio eficaz de curación a las personas afectadas por el SIDA. La experiencia de amor, aceptación y apoyo dentro de una comunidad donde se manifiesta el amor de Dios puede constituir una poderosa fuerza terapéutica. Esto significa que la iglesia no debería – como era frecuente cuando se empezaron a detectar los primeros casos de SIDA en la comunidad homosexual – excluir, condenar ni inculpar a las personas por una conducta que muchas congregaciones locales e iglesias juzgan inaceptable.

Es importante reconocer que la Iglesia es la comunión de un cuerpo con muchos miembros, cada uno de ellos con su función propia:

Dios ha formado el cuerpo dando más honor a los miembros que carecían de él, para que no hubiera división alguna en el cuerpo, sino que todos los miembros se preocuparan lo mismo los unos de los otros. Si sufre un miembro, todos los demás sufren con él. Si un miembro es honrado, todos los demás toman parte en su gozo. Ahora bien, vosotros sois el cuerpo de Cristo, y sus miembros cada uno por su parte (1 Cor 12:24b-27).

Cuando la iglesia responde como debe a las personas que viven y conviven con el SIDA, ejerciendo su ministerio y aprendiendo de su sufrimiento, es cuando su relación con esas personas adquiere mayor sentido y los ayuda a crecer. Y si a través de esa relación – por la fidelidad a los que sufren y su importancia para nosotros – nos encontramos a nosotros mismos, es porque en los evangelios se nos exige amar; es una demanda, una exigencia, no una opción.

Dos meses después del informe de 1981 del Centre for Disease Control (CDC) de los Estados Unidos sobre los primeros casos de una enfermedad que habría de ser conocida como el SIDA, 80 hombres alarmados por el informe se reunieron en el apartamento del escritor neoyorquino Larry Kramer para escuchar las explicaciones de un médico sobre el “cáncer de los homosexuales”. Se hizo entonces una colecta que produjo 6.635 dólares para investigaciones biomédicas. Seis meses después, este grupo tomó el nombre de Gay Men’s Health Crisis, GMHC (“célula de crisis de los homosexuales”).

Al mismo tiempo que se creaba el GMHC, una de las mayores organizaciones de ayuda a los enfermos de SIDA, los miembros de las iglesias episcopales metropolitanas y de las comunidades cristianas de Nueva York, San Francisco y Los Angeles expresaron su preocupación y decidieron tomar medidas frente al SIDA y prestar ayuda a las personas infectadas por el virus. Lanzaron así la primera iniciativa de la comunidad cristiana frente al SIDA, una respuesta “de la base”. Los que muchas veces habían orado juntos y participado en las actividades sociales de las iglesias se unían ahora frente al virus como nunca lo habían hecho antes. Empezaron a prestar servicios de atención personal como comidas, limpieza de hogares, transportes a dispensarios y hospitales; facilitaron asistencia financiera de emergencia o para viviendas; ofrecieron servicios jurídicos o de odontología gratuitos. Y empezaron a concebir nuevas liturgias para los enfermos.

*Kenneth South, AIDS National Interfaith Network,  
Washington D.C., Estados Unidos*

### **La celebración de la vida mediante la renovación en el culto**

El culto, momento especial de celebración, se esfuerza por poner en escena la vida diaria. La repetición de gestos, palabras, sonidos, colores que constituyen ese momento de celebración, recrea una realidad que, en muchos aspectos, se vive también de manera inconsciente.

El culto es más que el tiempo que dura la celebración. El culto es la conexión entre ese momento de la celebración y la vida misma. Es un tiempo para reconocer que hemos sido creados a imagen de Dios. Es un tiempo para reconocer nuestras diferencias, aprender a estar juntos, a estar en contacto, a superar los prejuicios.

El culto llama al cuerpo, en su totalidad, a expresar momentos de la vida diaria y a reconocer la voluntad de Dios y la importancia de la

promesa divina de amar a los seres humanos y a la creación. El culto puede ayudar a las iglesias a derribar las barreras que erigimos en la vida cotidiana de las comunidades humanas abriendo nuestros ojos, nuestros oídos y nuestros sentidos a la extraordinaria importancia de las experiencias “cotidianas” y a las maneras de expresar la presencia de Dios en medio de los seres humanos y de la creación.

Debemos tomar conciencia de la importancia de renovar nuestra forma de celebrar la vida y nuestra fe cuando estamos reunidos para el culto, leemos la Biblia, oramos y alabamos a Dios y compartimos nuestras experiencias y vivencias ayudándonos mutuamente a llevar nuestras cargas. Algunos se sienten llamados a extender su fraternidad solidaria, incluyendo otras tradiciones cristianas y otras confesiones. En esa comunidad fraterna, todos se dan la mano y, en medio de las tragedias y los sufrimientos del mundo, unen sus corazones al servicio de toda la humanidad, y oran por la curación de las personas, las culturas, las naciones y la creación.

Los servicios de culto centrados en el SIDA y en las personas afectadas por la enfermedad han sido un elemento vital del Proyecto Intereclesial Strathclyde sobre el SIDA en Escocia. Las personas seropositivas que están en la vanguardia de la lucha contra el SIDA han participado plenamente en la planificación de esos servicios y en la elaboración de formas creadoras para comprender las necesidades espirituales de los afectados por el SIDA y atenderlas. Para empezar, estos servicios fueron difundidos principalmente por las iglesias y por los servicios de salud y de asistencia social. Después, se utilizaron las publicaciones de homosexuales y lesbianas sobre el SIDA para informar acerca de los servicios.<sup>1</sup>

### **Lugares seguros para compartir, hablar y escuchar**

La iglesia sólo podrá ser una comunidad terapéutica si es verdaderamente un lugar de refugio y protección, es decir, un espacio seguro, un espacio de curación. Para sanar, los seres humanos necesitan un lugar en que puedan compartir sus penas en paz.

En una visita de solidaridad al Proyecto Momentum, un programa sobre el SIDA, en la cripta de una iglesia católica romana en Nueva York, una pastora protestante, coordinadora del programa, narró la experiencia de una mujer que rompió a llorar en una reunión y reconoció abiertamente,

por primera vez en su vida, que era seropositiva. Se sintió plenamente aceptada en la comunidad.

La iglesia debe favorecer un ambiente de apertura y aceptación. Como hemos visto anteriormente, San Basilio el Grande nos enseñó que corresponde a los que ocupan puestos ejecutivos en la iglesia, crear un entorno, un ambiente moral, un “terreno” propicio para el cultivo de la bondad y el amor en la comunidad. Los dirigentes de la iglesia están llamados a cultivar entre el pueblo las semillas del Verbo, la propia palabra y la propia energía de Dios. Al crear un ambiente o disposición adecuados, la “buena acción” que es el amor brota en la vida de la comunidad humana.

Crear “espacios seguros” que permitan que la gente pueda confiarse es pues un paso concreto que puede hacer de las congregaciones verdaderas comunidades terapéuticas. La Iglesia fundamentada en base a la historia ejemplar de los Evangelios puede ofrecer el foro en que, con confianza y aceptación, las personas afligidas pueden despojarse de sus recelos y contar su historia. Por supuesto que esto no es fácil. Desvelarse ante los demás desprendiéndose de las cadenas de la vergüenza y la culpa que nos tienen presos, puede resentirse como una “muerte”. A muchos les gustaría más bien mantener oculta esa historia, sin darse cuenta de que el problema es tanto que la persona se aferra a su pasado como que el pasado se aferra a la persona. En la Iglesia de la Trinidad (Iglesia Unida de Cristo) de Chicago, la congregación tiene un comité de apoyo a las personas afectadas por el SIDA. Para ejercer ese ministerio de apoyo hay que seguir un cursillo de formación de veinte horas sobre el SIDA y entender la teología inclusiva de la Iglesia Unida de Cristo. El pastor apoya plenamente este ministerio. El ministerio de apoyo a las personas afectadas por el SIDA garantiza la confidencialidad y un espacio seguro para que las personas puedan hablar de sus experiencias. La iglesia ofrece también otros signos de acompañamiento y solidaridad para que los miembros puedan compartir serenamente sus penas y alegrías. De los 7.000 miembros, 5.000 llevan lazos rojos en solidaridad con las personas afectadas por el SIDA y, en recuerdo de los fallecidos.

*Erlinda Senturias; informe de una visita de solidaridad  
a cuatro ciudades de los Estados Unidos*

Hay más posibilidades de curar y cuidar cuando uno “comparte su historia” en un ambiente de aceptación, amor y solicitud. A los ministros ordenados de la Iglesia incumbe, pues, hacer lugar en sus propios corazones y dejar morir a su propio yo para que esa fuente potencial de salud pueda florecer y dar fruto. Es la única manera de crear un clima de aceptación en el que puedan compartirse las experiencias. Y esta curación es necesaria entre los miembros que componen las iglesias.

La verdad de las historias que compartimos nos enseña no sólo sobre los demás; puede enseñarnos también sobre nosotros mismos. Y de hecho, sólo aprendiendo a conocernos es posible la curación. Las personas afectadas por el SIDA nos han hablado mucho de su vida, incitándonos a cambiar de forma de pensar, dejando de asimilar VIH y SIDA con la muerte. Son personas que viven, luchan, educan, enseñan y aprenden, y quieren que todos nosotros aceptemos una nueva manera de entender la vida en comunidad, recordándonos que todos somos vulnerables y necesitamos curación. Se nos desafía, pues, a derribar las barreras entre “nosotros” y “ellos” porque todos vivimos y convivimos con el VIH/SIDA.

Gracias al estudio etnográfico realizado en 1994 en el Brasil por el Instituto de Estudios Religiosos, fue posible entrevistar y llegar a conocer a gran número de personas afectadas directa o indirectamente por el SIDA cuya vida había sufrido una transformación profunda. Se estaban replanteando sus vidas, sus relaciones, su futuro, su destino, la calidad y la intensidad de sus vidas. Personas que habían buscado y en muchos casos encontrado un nuevo hogar, una nueva familia, tal vez provisionalmente, pero con el deseo muy profundo de rehacer vínculos familiares y relaciones con tantos hermanos y hermanas descubiertos en su camino. Habían encontrado un nuevo hogar, redescubierto y reescrito con lágrimas y sueños, como un “espacio de vida” para miles de personas.

*Ernesto Barros Cardoso*

### **Familias y comunidad**

La experiencia del SIDA pone de manifiesto las deficiencias de las estructuras tradicionales de la familia y la iglesia. Muchas personas buscan otros “espacios” para la convivencia, y para conocerse y

afirmarse. Dejar el hogar y aventurarse en lo desconocido es una experiencia frecuente entre las personas afectadas por el SIDA.

En el Zaire, un equipo visitó a un hombre que había sido abandonado por su familia a causa de su enfermedad. Daba pena verlo solo, esperando a los visitantes, y mirando lo que éstos podían traerle. Tras un tiempo de conversación, empezó a ganar confianza y decidió convocar a su familia. El equipo se ofreció a hablar con ellos con la esperanza de facilitar la reconciliación. El aceptó, y cuando el equipo se fue, el hombre tenía un aspecto muy distinto al del primer día. Esperaba con ilusión una oportunidad para la reconciliación familiar, no sólo en beneficio propio sino también por el bien de sus hijos y nietos, que, a su parecer, necesitaban aprender a protegerse.

*Ian Campbell;*

*informe de una visita del Ejército de Salvación al Zaire*

Sin embargo, muchas personas afectadas por el SIDA regresan también a sus hogares; asumen pues el riesgo de admitir que necesitan rehacer sus relaciones y buscan la reconciliación. Y pueden afirmar entonces que no son “víctimas”, sino participantes activos en la restauración de la familia y de la comunidad.

Tanto individualmente como mediante grupos no estructurados que han organizado, las personas afectadas por el SIDA en el norte de Tailandia están convirtiéndose en una fuerza de redención y curación en sus comunidades locales. Jóvenes viudas cuyos maridos han muerto de SIDA recorren en motocicletas caminos rurales polvorientos para sentarse junto a personas sumidas en el dolor, que han perdido el deseo de vivir o soñar, y estar con ellas, alimentarlas, bañarlas, acariciarlas y devolverles la esperanza; grupos espontáneos de apoyo se presentan en los hogares y en lugares de reposo junto a los caminos, donde los campesinos, seropositivos o no, comparten sus experiencias. Todo esto son imágenes vivas que dan testimonio de la realidad de una verdadera comunión.

Así ha sido como, durante casi dos años, los habitantes no cristianos de esa parte del Distrito de Sankampang han buscado en el pastor cristiano el alivio, apoyo, consuelo y orientación necesarios, y han entrado y salido libremente en los locales de la iglesia, en la que veían un lugar de refugio, reposo, aceptación, esperanza y curación.

*Prakai Nontawasee*

### **El vínculo entre prevención y curación**

Viviendo su vocación de comunidad de servicio y facilitando el cambio, la iglesia puede encontrar medios prácticos de abordar el VIH/SIDA. Sólo preocupándose por las personas pueden operarse cambios en las actitudes, los comportamientos y el ambiente. Ese proceso de asistencia y servicio está relacionado con la reacción de las personas a medida que progresan en su propio cambio y curación. Al hacerlo contribuyen así a prevenir la propagación del SIDA y a dar esperanza a las familias y comunidades. Están viviendo el amor solícito y verdadero que tiene un poder transformador.

La atención puede expresarse en varios lugares donde las personas pueden sentirse seguras como el hogar, el hospital, los centros de acogida. Y esa red de asistencia puede reforzarse mediante la participación de personas de toda la comunidad: vecinos, dirigentes comunitarios, miembros de las iglesias, profesionales de la salud y representantes de varias organizaciones. Esa participación transforma la vida de la gente, de las personas afectadas por el SIDA, de sus allegados, la comunidad en general y de los propios agentes que prestan asistencia. La asistencia puede ser una oportunidad para explorar el significado de un cambio creativo y constructivo.

Los enfoques basados en la participación son vitales para ayudar a los miembros de las iglesias y las comunidades a comprender toda la dimensión y el impacto que tiene el SIDA en sus vidas. La pandemia del SIDA debe considerarse como una oportunidad única para revivir y reforzar los valores de la responsabilidad, la integridad sexual, las relaciones sanas, la dignidad humana y el respeto mutuo.

Deben promoverse como un ministerio fundamental los debates especiales en grupo, en los que podrían plantearse preguntas como éstas: ¿Cuál es la contribución específica de la iglesia a los esfuerzos para responder al desafío del SIDA? ¿Se ha convertido la iglesia en un gueto, aislado de la vida del pueblo? ¿Está presente la iglesia en las preocupaciones existenciales de las personas? ¿Cómo puede la iglesia relacionarse con la vida de la comunidad y ser sensible a ella? ¿Cómo se puede ayudar a la iglesia a determinar las prioridades y a abordar las cuestiones difíciles relativas a su identidad, su vida y su misión? ¿Qué actividades efectivas y oportunas puede desarrollar la iglesia para responder al desafío del SIDA? ¿Cómo se puede hacer reflexionar a los cristianos sobre lo que han aprendido al abordar esos problemas?

El papel de la iglesia debería verse a la luz de su contexto cultural particular tanto como a la luz del mensaje evangélico universal.

Una iglesia en la que tuvieron lugar debates especiales en grupo sobre el SIDA es la Iglesia Armenia del Líbano. El contexto de la misión y la vida de esta iglesia es la sociedad pluralista del Líbano, en la que esta comunidad de cristianos libaneses ha mantenido su forma particular de vida. En principio, la iglesia es el lugar donde cada persona busca soluciones; pero, de hecho, la iglesia se ha retraído de las realidades de la vida diaria. La iglesia es lenta en reaccionar a los problemas sociales. Hay un diálogo mínimo con los jóvenes. A la iglesia le resulta difícil preparar a los jóvenes para la sexualidad. No es que se vean como contradictorias la religión y la sexualidad, pero los enfoques prácticos resultan problemáticos. Además, los sacerdotes están mal informados sobre el SIDA. Su única fuente de información es lo que leen en los periódicos o ven en la televisión. La iglesia deja que sean las organizaciones no gubernamentales las que actúen, sin intervenir para nada. Se reconoce pues la necesidad de que los sacerdotes reciban una formación sobre sexualidad humana.

Esta experiencia concreta de una parroquia del Líbano, es solo uno de los ejemplos que ponen en evidencia la gran necesidad de que las iglesias dispongan de conocimientos adecuados teóricos y prácticos para enfrentarse con los problemas del SIDA.

Es preciso que cada persona evalúe de forma realista la vulnerabilidad y el riesgo que corre, que conozca la eficacia de los diversos métodos de prevención y que los sopesa en función de sus propios valores personales. Toda persona debe sentirse motivada para optar por un comportamiento preventivo y para poner en práctica los conocimientos que haya adquirido y adoptar una actitud de compasión y atención al prójimo.

Para promover la prevención de la infección del VIH, se ha tratado, a veces, de fomentar el miedo para que la gente cambie de comportamiento. Se han utilizado con este fin imágenes de esqueletos, calaveras, ataúdes e incluso síntomas horribles como heridas abiertas, etc. Esos mensajes son nocivos, no sólo porque dan a pensar que quien no presenta esos síntomas no está infectado sino, por supuesto, porque agravan la exclusión de los que están realmente infectados.

Puesto que el VIH se propaga por todos lados, ninguna campaña preventiva puede ignorar el hecho de que habrá cada vez más

personas infectadas que tendrán necesidad de apoyo. Los mensajes de una campaña preventiva, por consiguiente, deben preparar a la gente a prestar asistencia y ayudar a los infectados. Si adoptamos un lenguaje militar en ese contexto y decimos que el virus es el “enemigo”, debemos dejar bien claro que la persona portadora del virus no es el enemigo, sino un compañero de lucha.

La labor preventiva es más eficaz cuando cuenta con la ayuda de personas afectadas por el SIDA. Se presta más atención al testimonio de una persona de carne y hueso que a las palabras escritas o a las imágenes de un cartel. Debe promoverse la sinceridad en todo lo referente al VIH, tanto para facilitar los cambios, como para brindar apoyo a las personas afectadas directa o indirectamente.

### **Asistencia y consejos pastorales**

En la práctica, los consejos o la terapia en relación con el SIDA se combinan a menudo con la educación sanitaria, mediante la cual se enseña al paciente la manera de conducirse y se transmite la información pertinente. Aunque la información es un aspecto importante, la labor de terapia y consejos tiene también otros aspectos centrales. Los servicios de terapia y consejos deben considerarse, sobre todo, como un proceso de ayuda y apoyo, destinado a ayudar a una persona a hacer frente a su situación y aceptar lo que le haya ocurrido.

Los servicios de terapia y consejos constituyen un proceso que ayuda a las personas a asumir sus responsabilidades y a tomar decisiones en relación con su vida. Además de dar la información necesaria, estos servicios incluyen la participación solidaria en el debate y la reflexión sobre los problemas y las dificultades específicos con que se enfrenta el individuo y la familia. En este sentido, los consejos pueden centrarse en muchos aspectos diferentes de la vida de una persona o una familia y pueden referirse a las necesidades materiales, prácticas, psicológicas, sociales y espirituales.

Por lo que respecta al SIDA los consejos y la terapia tienen dos fines: en primer lugar, ayudar a las personas infectadas a tomar su situación en mano; y en segundo, promover estrategias de acción para las personas directa o indirectamente afectadas, en particular para prevenir o frenar la transmisión del VIH.

Tanto en relación con las pruebas realizadas como con los consejos y terapia consiguientes, las sesiones han de desarrollarse en

el marco de la confidencialidad. Las pruebas voluntarias y los consejos han demostrado su eficacia para la ayuda y la prevención si se mantiene la confidencialidad.

Aunque haya profesionales de muy diversa formación como consejeros en materia de SIDA sería conveniente que muchos de ellos recibieran una formación adicional en este ámbito específico. Con una formación adecuada, también pueden ser muy buenos consejeros los voluntarios que muestren interés y diligencia. La capacidad de escucha y de comprensión hacia las personas que se encuentran en una situación vulnerable y difícil y el deseo de compartir la pena y el dolor deben ser las principales cualidades que se han de tener en cuenta para la selección de consejeros.

El Consejo Mundial de Iglesias publicó en 1990 un manual de asesoramiento pastoral sobre el SIDA. Es un manual práctico con orientaciones, información y estudios de casos que puede ayudar a los pastores y a las iglesias a mejorar su técnica de consejos pastorales.

#### **Un camino del amor**

El Rev. Edward Dobson, pastor de la Calvary Church, en Grand Rapids, Michigan, Estados Unidos, y miembro del Grupo Consultivo del CMI sobre el SIDA, dijo que para los evangélicos libres, la dificultad radica en prestar asistencia a personas afectadas por el SIDA que viven al margen de la iglesia. “Inmediatamente surgen tensiones: la tensión de la verdad y el amor. ¿Cómo podemos amar a alguien sin legitimar sus opciones? ¿Cómo puede la iglesia predicar y presentar el ideal sin enfrentarse al mismo tiempo con la realidad?” Pero el amor puede ser un viaje imprevisible. “Considero este viaje como una ilustración de lo que sucedió cuando decidimos amar a personas ignoradas por muchos en la comunidad. En el proceso de nuestro viaje hemos aprendido algunas lecciones importantes.” El Rev. Dobson dio cuenta de uno de sus viajes.

“El sobre no era muy distinto de los sobres de docenas de cartas que recibo cada semana. Pero el contenido cambiaría el rumbo de mi existencia y mi ministerio. Era una carta de una mujer que había sido miembro de nuestra iglesia; había perdido a su marido, pero se habría vuelto a casar trasladándose a otra ciudad. Hablaba de su hijo Jim (no es su nombre verdadero). Jim había crecido en nuestra iglesia; asistía a la escuela dominical y participaba en las actividades juveniles. Pero a los 18 años de edad dejó la iglesia definitivamente. Durante muchos de los años que estuvo en la iglesia se había debatido con su identidad sexual, y a los 18, dejó la comunidad cristiana para incorporarse a la comunidad homosexual. Cuando recibí la carta, Jim tenía 35 años y estaba hospitalizado, gravemente enfermo. Su madre temía que tuviera el SIDA y me pedía que fuese a visitarlo.

Jim no era la primera persona que yo conocía con SIDA. Antes estaba Steve. Yo había viajado con Steve durante todo un verano en un equipo de evangelización. Con los años perdí contacto con él hasta que alguien me dijo que había muerto por complicaciones del VIH. Otro era Brian, que era hemofílico. Lo visité muchas veces. También murió de complicaciones del virus. El director de pompas fúnebres se negó a abrir el ataúd durante la ceremonia.

Fue una tarde en medio de la semana cuando fui al hospital a visitar a Jim. En la puerta de su habitación había un aviso para que, antes de entrar, se pidiese autorización en la enfermería. Lo hice y se me autorizó a entrar. La habitación estaba en penumbra y Jim estaba solo. Me presenté y le dije que su madre me había escrito pidiéndome que lo visitara. Jim no habló mucho.

Le dije que su madre temía que tuviese el virus. Me dijo que acababa de ver al doctor, y que los análisis de sangre indicaban que era seropositivo. Yo era la primera persona con quien hablaba después de saber la noticia. No hablé mucho. Me di cuenta de que él tenía miedo. Más tarde supe que Jim creía que iba a morir esa noche. Tomé su mano entre las mías para orar. La mano parecía de fuego, su fiebre era muy alta. Tras la oración, le dejé el libro de Billy Graham Paz con Dios.

Cuando volví a verlo al día siguiente la fiebre había remitido. Estaba sentado en la cama y sonreía. “Leí el libro – me dijo –, e invité a Cristo a entrar en mi vida”. Pronto recibió el alta del hospital y empezó una batalla de cinco años contra el virus. Nos hicimos amigos. Jim venía a veces a nuestra iglesia. Una de las familias de nuestra iglesia “lo adoptó”. Comía con ellos regularmente, y paseaban juntos. Miraba nuestro programa de televisión cada semana y muchas veces hacía sugerencias para mejorarlo. Almorzábamos juntos, hablábamos de la soledad de su batalla contra el virus, hablábamos de su lucha con la sexualidad. Hablábamos también del odio y el rechazo de muchos cristianos.

La última vez que lo vi fue en una habitación de hospital, la misma escena donde había empezado nuestra amistad. Fue pocos días antes de su muerte. El SIDA le había arrebatado la salud y la vitalidad y no veía bien. Dos amigos estaban con él. Juntamos nuestras manos y oramos por Jim. Sabía que sería mi última oración, y difícilmente pude encontrar palabras. Aún ahora, cuando escribo, me gana la emoción.

*Edward Dobson, “HIV/AIDS: An Evangelical Perspective”*

### **Servicio de consejos comunitarios**

El servicio de terapia y consejos para un individuo es también aplicable a un grupo. Se basa en la capacidad real de debatir cuestiones de interés común.

Este tipo de servicio como proceso comunitario, puede centrarse en el cambio de actitud, de comportamiento y de entorno, así como en el apoyo. Un buen servicio de terapia y consejos puede ayudar a la comunidad a estar abierta a todos, a ser participativa y a sentar las bases de un consenso.

En este tipo de servicio a la comunidad se hace alusión a la presencia de personas afectadas por el VIH/SIDA, pero no está centrado especialmente en esas personas. Una “confidencialidad compartida” las protege, es decir, que se conoce su situación, pero no se habla de ella directamente y los propios miembros de la comunidad profundizan el sentido de esa situación y sus consecuencias. La “confidencialidad compartida” es un elemento importante de la confidencialidad comunitaria. Cuando se reconoce, puede ser un componente básico que facilite una respuesta comunitaria que una a

las personas para actuar y apoyar a los que necesitan ayuda, y conlleve la posibilidad de cambio.

He aquí un ejemplo, que nos viene de Tshelanyemba, Zimbabwe, donde los dirigentes locales pudieron comprender la información sobre el VIH/SIDA gracias a métodos interactivos de educación. Empezaron a preocuparse y a reunirse para debatir lo que debían hacer como dirigentes. Eso es lo que suele ocurrir espontáneamente cuando los dirigentes comunitarios en cualquier parte del mundo toman conciencia de un problema. Pero este proceso puede y debe ser agilizado para dar lugar a una acción concreta, antes de que se disipe el entusiasmo.

Los dirigentes de Tshelanyemba sabían que podían recurrir al equipo del SIDA del hospital cercano, porque el material educativo había venido de allí. El equipo empezó a reunirse regularmente con los dirigentes locales y otras personas. Al principio se esperaba que el equipo del hospital tendría “las respuestas”; pero lo que demuestra la validez de su compromiso fue que, al hacerse evidente que ese no era el caso, el equipo siguió reuniéndose con ellos, siendo su papel el de facilitar la tarea de buscar juntos soluciones. El equipo aprendió así mucho sobre los recursos y la determinación de la comunidad local. Gracias al estudio del VIH/SIDA la comunidad consideró con seriedad las cuestiones de consumo de alcohol, maridos trabajadores migrantes, hábitos que adquieren los hombres de beber durante el día, actividad sexual de los jóvenes después de veladas de oración, y “códigos de conducta responsable”, tanto los vigentes como los que son necesarios para la existencia en el futuro.

Los cristianos están llamados a ejercer un ministerio de reconciliación vinculando temas espirituales, bíblicos y teológicos a la acción llevada a cabo para hacer frente al SIDA en el marco de los servicios de consejos y la confidencialidad. Al llevar a cabo esa acción debemos tratar de captar el misterio del sentimiento de pertenencia al grupo, de la participación y de la responsabilidad mutua, elementos todos ellos de la confidencialidad.

Estos elementos, incluido el proceso de “confidencialidad compartida”, son realidades que existen en comunidades de diferentes culturas. Pueden facilitar un sistema integrado de asistencia y prevención que permita a los miembros de la comunidad adquirir la capacidad para contribuir a un cambio positivo en el respeto de los derechos individuales y sin dejar de reconocer la responsabilidad de la

comunidad tanto de apoyar como de cambiar. Hay aquí una razón de tener esperanza para las personas y las comunidades que padecen graves pérdidas, y una posibilidad de mayor sensibilidad espiritual.

La pandemia del SIDA debe ser una exhortación a la Iglesia a redescubrir y reforzar su ministerio para con las personas amenazadas de muerte, o los moribundos. La iglesia considera que las esperanzas no están perdidas cuando una persona está infectada por el VIH; los recursos espirituales de la Iglesia pueden utilizarse para ayudar a los que sufren a aceptar y conllevar la idea de su propia muerte. En todas estas cuestiones, las iglesias están bien situadas para colaborar con las comunidades locales.

#### **Estudio de caso: La fuerza de una mujer**

La Iglesia de Cristo en Tailandia ha podido experimentar la importancia de la participación comunitaria en los servicios de terapia y consejos y, ha realizado estudios de casos para que las iglesias puedan reflexionar sobre la atención pastoral y la comunidad terapéutica. Estos estudios de casos, basados en experiencias reales, incluyen preguntas para debate y reflexión. He aquí uno de esos estudios:

Arthit y Urai vivían con su hija de seis años, Nut, y los padres de Arthit en una aldea situada a unos 30 km al sur de la ciudad de Chiang Mai. Cuando se sometieron a un control médico antes de decidirse a tener un segundo hijo, se enteraron de que ambos eran seropositivos. Arthit, furioso consigo mismo por haber traído el mal a su familia, se sintió tentado por el suicidio. El amor, la ecuanimidad y la firmeza de Urai le impidieron quitarse la vida. «Pese a lo que pueda ocurrir – decía ella – permaneceremos juntos.»

Cuando se diagnosticó a Arthit una meningitis criptocócica, de nuevo se sintió abatido y desanimado. Además del sufrimiento físico, estaba el sufrimiento causado a otros. Los vecinos dejaron de visitarlo por temor a contraer el VIH. En el mercado donde Urai vendía verdura, la gente evitaba su puesto, y sus ventas decayeron. Incluso la familia de la hermana de Arthit se llevó a Nut por temor de que contrajese el VIH al vivir bajo el mismo techo. Aun cuando padre e hija siempre habían estado muy unidos, el temor irracional del propio Arthit le impedía abrazar o tocar a Nut, de manera que perdió el consuelo de su cariño. No quería salir de casa, dejó de comer y dejó de cuidarse. Pero Urai siguió levantándose cada mañana muy temprano para ir a vender su verdura, permitiéndose sólo llorar unos minutos en la oscuridad antes de que se despertase su esposo, para que no viese sus lágrimas. De nuevo el amor, la determinación y la abnegación de

ella hicieron ver a Arthit que valía la pena luchar por la vida y lo sacaron de la desesperación.

Tras una visita a un especialista en el hospital, y tras recibir tratamiento para su meningitis, el estado físico de Arthit mejoró en pocos días.

Algún tiempo después, Arthit y Urai oyeron hablar de un centro de meditación budista donde el abad enseñaba una técnica concebida para personas que viven y conviven con el SIDA. Basada más o menos en principios psicológicos y psicosomáticos, y mediante la aplicación de un modelo que combinaba enseñanzas y prácticas curativas tradicionales budistas, daba a muchas personas una disciplina espiritual eficaz. Ayudaba a los enfermos a liberar sus emociones reprimidas, a concentrar su mente y a aclarar sus pensamientos y sus proyectos y conllevaba un mejoramiento de la salud y un fortalecimiento del sistema inmunitario. Tras un cursillo de una semana en el centro, regresaron al hogar sintiéndose totalmente renovados, reanimados y revigorizados, y con nuevos deseos y energías para la lucha por la vida

En casa continuaron la meditación, adquiriendo fuerzas día a día. Aunque no dejó de haber dolores, problemas, obstáculos, pesares y dificultades familiares que trajeron desavenencias y disputas, Urai y Arthit se sintieron capaces de hacerles frente uno a uno, día a día, sin temor.

Aproximadamente en esta época entraron en contacto con el equipo de la Iglesia de Cristo en Tailandia, que ejercía su ministerio con las personas que vivían y convivían con el SIDA. Los miembros del equipo los visitaban semanalmente, les llevaban los medicamentos básicos que necesitaban y, lo que era más importante, se sentaban para conversar tranquilamente con ellos, dándoles la posibilidad de expresar sus sentimientos, decir en voz alta lo que pensaban y dar alas a sus sueños. Pronto la hermana de Arthit les devolvió a Nut, y el propio Arthit retiró el colchoncillo de la antesala de la casa donde solía acostarse cuando estaba enfermo o con fiebre. «Ya no lo necesito – dijo – , porque ya no hay enfermos en esta casa.» Urai asumió paulatinamente el papel de consejera oficiosa para las personas que tenían problemas en su distrito: cualquiera que sintiera necesidad de un oído atento, una mano amiga o un pecho para llorar. Ella daba ánimos y esperanza a docenas de personas y familias seropositivas. Aun algunas personas que la habían rehuido en el mercado buscaron su ayuda, preguntándole de dónde sacaba fuerzas en medio de su situación.

Un día Urai apareció, temerosa y confusa, en la oficina del ministerio para el SIDA de la iglesia. Arthit tenía terribles dolores de cabeza, no

podía levantarse de la cama y habían aparecido nuevas lesiones en la piel, peores aún que antes. «¿Está ya en la última fase?» murmuró entre sollozos, casi sin fuerzas para hablar. Las lágrimas, contenidas durante meses, brotaron abundantes. Nos sentamos con ella y la dejamos llorar todo lo necesario, le dimos algún medicamento para aliviar el dolor de Arthit y prometimos visitarlos el día siguiente.

Cuando los miembros del equipo llegaron un día después, Arthit estaba como Urai había dicho. Pero tras sólo algunos minutos de conversación quedó claro que lo que más lo afligía y lo descorazonaba era que ni su padre ni su madre, ni ningún otro pariente ni vecino, se atrevían a tocarlo. Tenían miedo incluso de estar algunos instantes en su habitación. Él quería sentarse y mirar por la ventana, pero nadie lo ayudaba. Nuestros auxiliares se acercaron a Arthit, le acariciaron el rostro y los brazos, y le pusieron una pomada sobre la piel afectada. Cogiéndolo suavemente por la cintura, lo ayudaron a levantarse y a andar unos pasos hasta la puerta para ver el sol.

A partir de ese día, hace casi diez meses, Arthit empezó a mejorar. Ahora pesa más que antes de caer enfermo, y aunque las cicatrices en su rostro y sus brazos aún son visibles si uno mira con cuidado, lo que salta a la vista es la radiante sonrisa que ilumina casi siempre su rostro. Es una sonrisa ganada duramente, que viene de haber aprendido a vivir y a amar día a día. Urai sigue siendo el firme apoyo, el solaz y la alegría de Arthit, sigue gozando de buena salud y ofreciendo amistad, consejos, ánimos y esperanza a muchos otros afectados por el SIDA. Se ha formado un grupo informal de apoyo que se reúne regularmente en su casa. Y, al informar sobre lo que ha sido una calamidad personal y familiar, «he encontrado el verdadero amor ... Creo que vale la pena, ¿no?»»

### **Preguntas para el debate**

1. En el contexto de la pandemia del VIH/SIDA, ¿cómo deberían reaccionar los cristianos y las iglesias ante las creencias en los poderes de curación (física, espiritual u otra) que contendrían otras tradiciones, como la meditación budista o las medicinas naturales “populares”?

2. Pónganse en el lugar de Arthit. ¿Qué sentirían al ser tocados y atendidos físicamente como él lo fue por los miembros del ministerio para el SIDA de la Iglesia de Cristo en Tailandia? ¿Cómo se sentirían ustedes si sus padres no quisieran tocarlos?

3. Desde el punto de vista de la salud mental, espiritual, social y convivencial, ¿en qué medida el éxito de Arthit y Urai de poder vivir con

el VIH/SIDA se debe a la atención sanitaria y al tratamiento médico, y en qué medida a otros factores?

4. En cuanto al papel de Urai en esta historia: ¿Qué observaciones, aunque sean etc.) en los hogares asiáticos en tiempos de enfermedad, muerte y crisis? ¿De dónde saca Urai su fuerza?

*Rev. Dr. Prakai Nontawasee, informe del Servicio de Promoción de la Salud de la Iglesia de Cristo en Tailandia; Fuente: Report on the Meeting of the Sub-Group on Pastoral Care and Healing Community, Nueva York, pp. 35-38*

Las comunidades cristianas deberían promover servicios de apoyo y de consejos arraigados en la vida de la comunidad. La atención pastoral cristiana y el servicio de consejos son complementarios: la atención pastoral es un ministerio de presencia que cualquier persona puede ejercer, mientras que los consejos son un proceso en el que se ayuda a los interesados a realizar opciones sanas en sus vidas. Los cristianos que colaboran en la pastoral y los servicios de terapia y consejos pueden ayudar a aliviar la carga de otros y a compartir su verdad; esos cristianos pueden ser caminos de reconciliación (véase 2 Co. 5:18). Podemos recurrir a los dones de la comunidad cristiana para crear equipos de voluntarios especialmente capacitados en atención pastoral y servicios de terapia y consejos. Es al ofrecer esos dones, que pueden desarrollarse y utilizarse más plenamente.

Deberíamos recordar también las necesidades de quienes ejercen esos ministerios de atención pastoral y consejos. Los pastores y otro personal de la salud necesitan tiempo y la posibilidad de hacer el duelo de los pacientes a los que han prestado asistencia. Necesitan apoyo para vivir creadoramente pese a las tensiones de los cambios constantes y las frecuentes pérdidas.

## NOTES

<sup>1</sup> Edith Campbell, "The Story of the Strathclyde Interchurch AIDS Project", editor Micheal S. Northcott, en *AIDS, Sex and the Scottish Churches*, Occasional Paper No. 29, Centre for Theology and Public Issues, Universidad de Edimburgo, Edimburgo, 1993, p. 53 y ss.

## CAPÍTULO VII

# Conclusión: Lo que las Iglesias pueden hacer

Este estudio nos ha mostrado la trama de delicadas relaciones que existe entre los seres humanos y sus conexiones con la vida en su totalidad. No hemos creído conveniente ni posible hacer un estudio “unidimensional” del SIDA, describiendo solamente su espectacular propagación y sus devastadores efectos sobre los directamente afectados. La pandemia del SIDA requiere más bien el análisis de un grupo de factores relacionados entre sí, de los cuales las perspectivas teológicas y éticas que condicionan o son condicionadas por nuestra comprensión del SIDA; los efectos de la pobreza sobre los individuos y las comunidades; las cuestiones de justicia y derechos humanos; la comprensión de las relaciones humanas; y la comprensión de la sexualidad humana. De todos esos factores la sexualidad es el que ha recibido menor atención en la comunidad ecuménica. Reconocemos que un nuevo estudio en este ámbito es esencial para una mejor comprensión de los problemas planteados por el SIDA.

Nuestra investigación sobre estos temas nos ha puesto cara a cara con cuestiones, concepciones y actitudes muy importantes para las iglesias en la lucha contra la pandemia. Por su testimonio del Evangelio de reconciliación, del valor de cada persona y de la importancia de la vida responsable en la comunidad, incumbe a las iglesias un papel específico y esencial frente a los problemas planteados por el VIH/SIDA. Para que su testimonio sea claro y concreto, es esencial abordar los siguientes puntos de reflexión y acción en común:

### **A. La vida de las iglesias: respuestas al problema del VIH/SIDA**

1. Pedimos a las iglesias que proporcionen un clima de amor, aceptación y apoyo a las personas vulnerables o afectadas por el SIDA. Esto puede concretarse sea abriendo un espacio para plantear estos problemas en el marco del culto, sea mediante celebraciones litúrgicas especiales (por ejemplo, con ocasión del Día Mundial del

SIDA el 1º de diciembre), y mediante grupos de apoyo o visitas a los afectados por el SIDA.

2. Pedimos a las iglesias que reflexionen juntas sobre la base teológica de su respuesta a los problemas que plantea el SIDA.

3. Pedimos a las iglesias que reflexionen juntas sobre las cuestiones éticas suscitadas por la pandemia y ofrezcan orientación a quienes se ven enfrentados con opciones difíciles.

4. Pedimos a las iglesias que participen en el debate a nivel de la sociedad en general sobre las cuestiones éticas planteadas por el VIH/SIDA, y que apoyen a aquellos de sus miembros que, como profesionales de la salud, se vean ante opciones éticas difíciles en materia de prevención y atención sanitaria.

### **B. El testimonio de las iglesias en relación con los efectos inmediatos y las causas del VIH/SIDA**

1. Pedimos a las iglesias que se esfuercen por prestar mejor asistencia a las personas afectadas por el VIH/SIDA.

2. Pedimos a las iglesias que ayuden a salvaguardar los derechos de las personas afectadas por el VIH/SIDA.

3. Pedimos a las iglesias que contribuyan a la protección de los derechos de las personas afectadas por el SIDA y que, con este fin, promuevan el establecimiento de mecanismos nacionales e internacionales pertinentes.

4. Pedimos a las iglesias que promuevan la difusión de información correcta sobre el VIH/SIDA, que promuevan un clima de debate franco y que se opongan a la difusión de informaciones erróneas y basadas en el miedo.

5. Pedimos a las iglesias que aboguen por un aumento de los gastos públicos y de los servicios médicos para encontrar soluciones a los problemas médicos y sociales planteados por la pandemia.

### **C. El testimonio de las iglesias en relación con las causas profundas y los factores a largo plazo que favorecen la propagación del VIH/SIDA**

1. Pedimos a las iglesias que reconozcan el vínculo que existe entre el SIDA y la pobreza, y que promuevan medidas en favor de un desarrollo justo y sostenible.

2. Instamos a que se preste especial atención a las situaciones que aumentan la vulnerabilidad al SIDA como la situación de los

trabajadores migrantes, los movimientos masivos de refugiados y la comercialización del sexo.

3. Pedimos a las iglesias que apoyen a las mujeres que reivindican su dignidad y la posibilidad de expresar todos sus diversos dones.

4. Pedimos a las iglesias que lleven a cabo una tarea de concientización y formación destinada en particular a los jóvenes y los hombres, con el fin de impedir la propagación del VIH.

5. Pedimos a las iglesias que se esfuercen por comprender mejor el don de la sexualidad humana, situándolo en el contexto de la responsabilidad personal, las relaciones, la familia y la fe cristiana.

Pedimos a las iglesias que hagan frente al problema de la drogadicción y al papel

que desempeña en la propagación del VIH/SIDA, y que tomen medidas a nivel local por lo que respecta a la asistencia, la desintoxicación, la reinserción y la prevención.

# Los efectos del VIH/SIDA y la reacción de las iglesias

*Declaración que se somete a la aprobación del Comité Central  
del CMI sobre la base del estudio efectuado por el Grupo  
Consultivo del CMI sobre el SIDA*

## **I. Introducción**

1. Ya en 1987, el Comité Ejecutivo del Consejo Mundial de Iglesias pidió a las iglesias que estudiaran los urgentes problemas que planteaba la propagación del VIH/SIDA en el mundo. Al exhortarlas a que den una respuesta inmediata y eficaz en los sectores del ministerio pastoral, la formación para la prevención, y el ministerio social, el Comité Ejecutivo hacía notar: “La crisis del SIDA nos reta en lo más profundo de nosotros mismos a ser real y verdaderamente la iglesia: a ser la Iglesia como comunidad terapéutica”.<sup>1</sup>

2. La propagación de la infección del VIH y el SIDA ha continuado a un ritmo incesante y aterrador. El número de personas infectadas por el virus —mujeres, hombres y niños en todos los continentes— era de unos 28 millones a mediados de 1996 y se calcula en 7.000 el número de nuevas infecciones cada día. Individuos, comunidades, países e iglesias se ven gravemente afectados por esta pandemia.

3. Dadas las trágicas repercusiones del SIDA sobre las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo; dado su impacto directo sobre muchos cristianos e iglesias; reconociendo la necesidad de una atenta reflexión sobre cierto número de cuestiones relacionadas entre sí que influyen en la comprensión del SIDA por las iglesias y en la respuesta que dan éstas a la infección; y considerando imperativo que las iglesias hagan frente juntas a este problema mundial, el Comité Central del CMI, en su reunión de Johannesburgo de 1994, encargó al CMI la formación de un Grupo Consultivo que realizara un estudio completo sobre el SIDA.<sup>2</sup>

4. En su reflexión el Grupo se ha ocupado principalmente de las cuestiones teológicas y éticas que plantea la pandemia VIH/SIDA, de las cuestiones de derechos humanos relacionadas con ella y de la atención pastoral y el asesoramiento que incumben a la iglesia como

comunidad terapéutica. Al mismo tiempo que expone sus conclusiones en un informe final, el Grupo Consultivo desea proponer la presente declaración, que indica algunas de las principales preocupaciones e implicaciones de su labor. Pedimos que esta Declaración sea adoptada por el Comité Central, que el Comité Central reciba el Informe sobre el estudio, y que ambos se comuniquen a las iglesias para su reflexión y la adopción de las medidas oportunas.

## **II. El impacto del VIH/SIDA**

5. Aunque el VIH es un virus y, desde el punto de vista médico, el SIDA es la consecuencia de una infección viral, las cuestiones que plantea esta pandemia distan mucho de ser puramente médicas o clínicas, en tanto en cuanto afectan a las normas y prácticas culturales, a las condiciones socioeconómicas y a las cuestiones de género, desarrollo económico, responsabilidad humana, sexualidad y mortalidad.

6. La pandemia del VIH/SIDA tampoco puede considerarse como una simple cuestión de estadística. Consecuencias de ella son, en efecto, el empobrecimiento de la gente, sus sufrimientos morales, las violaciones de sus derechos humanos y los destrozos que causa en su condición física y anímica. Muchas de sus víctimas sufren en un entorno de rechazo y aislamiento. Asombrosamente, el SIDA ha puesto de relieve muchas de las situaciones injustas en nuestra vida personal y comunitaria, la falta de humanidad en nuestros contactos, las fallas que se registran en nuestras relaciones y la injusticia de nuestras estructuras. La pandemia hace también patentes el silencio y la indiferencia de las propias iglesias, y les exige que se informen mejor y que, tanto en sus propias vidas como en sus comunidades, sean testigos más activos y más fieles del Evangelio de reconciliación.

7. Casi todos los días hay nuevos descubrimientos, nuevas informaciones, nuevas esperanzas y relatos de cómo las comunidades se ven afectadas y tratan de hacer frente al problema del SIDA. La realidad de la pandemia parece cada vez más compleja, cuestionando las generalizaciones, los estereotipos y las informaciones parciales o falsas que con demasiada frecuencia dominan las discusiones sobre el SIDA. Ahora sabemos, por ejemplo, que el problema no se limita a determinados grupos de la sociedad, aunque en algunos países ciertos grupos estén más afectados que otros.

8. El SIDA se identificó primero en los países industrializados en los que, de hecho, se ha concentrado la inmensa mayoría de los fondos dedicados a su investigación, prevención y cuidado. Ahora, en su segundo decenio, la pandemia se está extendiendo con más rapidez en países con pocos recursos, en los que todos los factores económicos, políticos y sociales que son causa de la pobreza crean un contexto en el que el SIDA hace estragos. El SIDA se ha convertido así en un problema del desarrollo. Y la pandemia VIH/SIDA representa una pesada carga adicional para los sistemas de atención de la salud. El costo del tratamiento es muchas veces totalmente desproporcionado en relación con los ingresos de las familias afectadas. En Tailandia, por ejemplo, el costo del tratamiento de los pacientes de SIDA absorbe hasta el 50% de los ingresos medios anuales de las familias.

9. El SIDA repercute de diversas maneras en la sociedad, poniendo en tela de juicio algunas nociones tradicionales del orden social. En algunos lugares, la pandemia está planteando preguntas acerca del significado y el papel de la familia; en otros ha centrado la atención en las personas consumidoras de drogas y en su especial vulnerabilidad; en otros también, ha planteado cuestiones acerca de la sexualidad y las relaciones humanas. En el curso de la pandemia se ha reconocido el papel de las comunidades de homosexuales en la prevención eficaz y la asistencia y el acompañamiento de los pacientes. Esta perspectiva ha obligado a las iglesias a replantearse su relación con los miembros de esas comunidades.

10. La pandemia está también teniendo profundas consecuencias en la vida de la familia y de la comunidad. Además de ser causa de enfermedad y de muerte de miembros de los grupos de edad más productivos, limita gravemente las oportunidades de aquellos — mujeres y muchachas, en su mayoría— que se ocupan de los afectados por el virus. En algunas sociedades, comunidades enteras se ven debilitadas por el dolor y las perturbaciones que ocasiona el VIH/SIDA en las familias y en otras unidades sociales básicas. Los abuelos tienen muchas veces que ocuparse de sus hijos enfermos o de sus nietos huérfanos, y niños y jóvenes se ven obligados a convertirse en el sostén económico de sus familiares.

### **III. Los comienzos de una respuesta**

11. Los problemas planteados por el SIDA exigen una respuesta tanto a nivel mundial como local. ¿Cómo podemos suscitar la voluntad, los conocimientos, las actitudes, los valores y la capacidad que se requieren para impedir la propagación de esta enfermedad sin los esfuerzos concertados de los gobiernos, las comunidades locales, las organizaciones no gubernamentales, las instituciones de investigación, las iglesias y otras comunidades de fe?

12. Se necesita toda una serie de estrategias relacionadas entre sí.

Entre los métodos eficaces de prevención figuran la abstinencia sexual, la fidelidad en la pareja, la utilización del preservativo, y el recurso a prácticas seguras en relación con la utilización de la sangre y las agujas. La educación, incluso en lo concerniente a las prácticas sexuales responsables, ha demostrado su eficacia para frenar la propagación de la infección. Otras medidas que impiden su extensión o contribuyen a aliviar los sufrimientos que causa son: la defensa de la justicia y de los derechos humanos, la capacitación de la mujer, la formación de consejeros y la creación de “espacios seguros” en los que las personas puedan hacer partícipes a otras de sus experiencias personales y sus testimonios. Por otra parte, todas las sociedades —ya sean “desarrolladas” o en desarrollo— tienen que enfrentarse con prácticas tales como la utilización abusiva de estupefacientes y el comercio del sexo, incluida la frecuencia cada vez mayor de la prostitución infantil, así como con las causas profundas de condiciones sociales destructivas tales como la pobreza, factores todos que favorecen la propagación del VIH/SIDA.

13. Las estrategias de prevención y cuidados pueden fracasar si las personas afectadas por la pandemia no desempeñan ningún papel en su concepción y ejecución. En el curso del presente estudio, el Grupo Consultivo destacó el papel desempeñado por el CMI en la promoción de una acción de investigación participativa sobre “el SIDA y la comunidad como lugar de atención y de curación” en tres países africanos.<sup>3</sup> Este proceso permitió a los habitantes de los poblados incluidos en esa acción analizar las cuestiones y los problemas suscitados por el SIDA y desarrollar acciones encaminadas a su prevención y atención.

14. Desde el comienzo de la pandemia, algunos cristianos, iglesias e instituciones relacionadas con las iglesias han participado activamente en programas de formación y de prevención, y se han

ocupado de personas afectadas por el VIH/SIDA. El Grupo Consultivo tuvo el privilegio de trabajar con algunas de ellas en el curso del estudio. Ahora bien, el Grupo observa que, por lo general, la respuesta de las iglesias ha sido insuficiente y, en algunos casos, incluso ha contribuido a agravar el problema. Como destacaba el Comité Ejecutivo del CMI en 1987, "... muchas iglesias, con su silencio, son también responsables del miedo que se ha propagado por nuestro mundo más rápidamente que el propio virus".<sup>4</sup> A veces, algunas iglesias han obstaculizado la difusión de una información exacta o han creado barreras para un debate franco de la cuestión que ayude a su comprensión. Si responden, además, con "indulgente indiferencia" al hecho de que el SIDA afecte de manera desproporcionada a algunos grupos étnicos o raciales, se plantea, por otra parte, la cuestión del racismo.

15. La situación sigue exigiendo la "metanoia en la fe" y una decisión renovada de las iglesias de enfrentarse directamente con el problema. Eso ha de hacerse con un espíritu de humildad, sabiendo que no conocemos plenamente el alcance y la trascendencia de la pandemia VIH/SIDA. Para responder más adecuadamente a los problemas que hoy plantea el VIH/SIDA se necesita estar abiertos a las nuevas informaciones, mantener largas discusiones sobre delicadas cuestiones y tratar de aprender los unos de las experiencias de los otros.

#### **IV. Dimensiones teológicas**

16. La pandemia VIH plantea difíciles cuestiones teológicas en lo concerniente a la creación, la naturaleza humana, la naturaleza del pecado y de la muerte, la esperanza cristiana de la vida eterna y el papel de la iglesia como Cuerpo de Cristo. Por otra parte, la realidad del SIDA suscita preguntas sobre temas tales como la sexualidad, vulnerabilidad y mortalidad de los humanos, temas que nos espolean y nos interpelan en lo más profundo. Los cristianos y las iglesias luchan con esas cuestiones teológicas y humanas y discrepan, a veces ásperamente, en sus respuestas a algunos de los problemas planteados por el VIH/SIDA. No obstante, es imperativo que aprendan a enfrentar la situación juntos, y no separadamente, y que se esfuercen por llegar a un entendimiento común de las cuestiones fundamentales —teológicas, antropológicas y eclesiológicas— de que se trata.

17. La respuesta de las iglesias al reto del VIH/SIDA se basa en sus profundas convicciones teológicas sobre la naturaleza de la creación, la inquebrantable fidelidad del amor divino, la naturaleza del cuerpo de Cristo y la realidad de la esperanza cristiana.

18. La creación en todas sus dimensiones pertenece a la esfera del amor omnipresente de Dios que se caracteriza por la relación y se expresa en la visión de la Trinidad como modelo de íntima interacción, de mutuo respeto y de un compartir sin dominación. Este amor inclusivo, característico de la Trinidad, orienta nuestro entendimiento de la afirmación cristiana de que hombres y mujeres son hechos a “imagen de Dios”. Porque la humanidad es creada a imagen de Dios, todos los seres humanos son amados por Dios y todos están dentro del ámbito de la solicitud y fiel cuidado de Dios.

19. En la plenitud de la creación afirmamos el potencial de bondad del cuerpo humano y de la sexualidad humana. No obstante, no llegamos a comprender totalmente el sentido de la sexualidad humana. Como otros elementos de la creación, también la sexualidad puede ser objeto de abuso o de uso indebido, pero tiene que ser categóricamente afirmada como uno de los dones de Dios, que encuentra su expresión en muchas dimensiones de la existencia humana. Las iglesias, por su parte, han reconocido el matrimonio como el lugar privilegiado en el que se expresa la sexualidad en sus distintas dimensiones.

20. Vivimos de la promesa de Dios de que nada puede separarnos del amor de Dios en Cristo: ningún desastre, ninguna enfermedad del cuerpo o del espíritu, nada de lo que hayamos hecho o de lo que otros nos hayan hecho a nosotros, ni siquiera la muerte, puede romper la solidaridad de Dios con nosotros y con toda la creación (Ro 8:38-39). Y, no obstante, la creación “gime con dolores de parto” (Ro 8:22); y así vemos en el mundo mucho sufrimiento, injusticia y despilfarro. Parte de esos males puede concebirse como consecuencia —para nosotros mismos y para otros— del ejercicio de la libertad que Dios ha dado a sus criaturas; parte también como elemento de un designio más amplio, del que sólo percibimos de momento una parte; pero aún queda otra parte que no podemos entender en absoluto y que nos hace exclamar: “Creo; ¡ayuda mi incredulidad! (Mr 9:24).

21. Finalmente, vivimos por la esperanza, dejando de momento nuestras preguntas y nuestras dudas dentro del marco más amplio del amor de Dios. Sabemos, por la esperanza, que el amor de Dios

vencerá a las fuerzas de muerte y desesperación, y que se realizará el designio final de Dios para nuestras vidas y para toda la creación: la vida en abundancia, en la que reinará la justicia y en la que cada uno será libre de explorar todos los dones que Dios le ha dado. Más particularmente, vivimos por nuestra esperanza en Cristo: Cristo, que nos ha precedido en la gloria, es la base de nuestra esperanza. Compartimos los sufrimientos de Cristo —que es “Dios con nosotros, Emmanuel”—, “a fin de que con él seamos glorificados” (Ro 8:17). Y en nuestra debilidad nos sostiene “el Espíritu que mora en nosotros”, intercediendo cuando no sabemos cómo orar, y dando finalmente de nuevo “vida a nuestros cuerpos mortales” (véase Ro 8:11 y 26; y Ef. 3:16).

22. Fortalecidos con esta esperanza nos enfrentamos con las profundas cuestiones que nos plantea el sufrimiento. Y afirmamos que el sufrimiento no viene de Dios. Afirmamos que Dios está con nosotros incluso en medio de la enfermedad y de los sufrimientos, actuando en favor de la curación y la salvación incluso en “el valle de sombra de la muerte” (Sal. 23:4). Y afirmamos que es soportando el sufrimiento del mundo en la cruz cómo Dios, en Cristo, ha redimido toda la creación. Nuestra esperanza tiene en última instancia sus raíces en nuestra experiencia de los actos salvíficos de Dios en Jesucristo: en la vida, la muerte y la resurrección de Cristo de entre los muertos.

23. Recordando al siervo sufriente (Is. 42:1-9, 49:1-7, 50:4-11, 52:13 y 53:12), estamos llamados a compartir los sufrimientos de los que viven y conviven con el SIDA, abriéndonos a nosotros mismos, en ese encuentro, a nuestra propia vulnerabilidad y mortalidad. Eso es caminar con Cristo; y como Cristo nos precedió en el camino de la muerte a la gloria, nosotros estamos llamados a recibir “la esperanza segura y cierta de la resurrección”. Dios nos promete a nosotros y a toda la creación que su promesa no será destruida por la muerte: somos mantenidos en el amor de Dios, reivindicados por Cristo como suyos, y vivificados por el Espíritu: Dios nunca nos abandonará ni nos relegará al olvido.

24. Nosotros afirmamos que la Iglesia, como cuerpo de Cristo, tiene que ser el lugar en que se vive y se ofrece el amor y la curación de Dios. Como cuerpo de Cristo, la Iglesia tiene que hacer suyo el sufrimiento de los demás; tiene que estar a su lado contra todo sentimiento de rechazo y de desesperación. Y por cuanto es el cuerpo de Cristo —que murió por todos y que sufre con todos—, la Iglesia no

puede excluir a nadie que necesite a Cristo. Y al manifestar la Iglesia su solidaridad con las personas afectadas por el SIDA, reaviva nuestra esperanza en la promesa de Dios y se hace visible al mundo.

25. Celebramos el compromiso de los muchos cristianos e iglesias que muestran el amor de Cristo a las personas afectadas por el SIDA. Pero también confesamos que otros cristianos e iglesias han contribuido a estigmatizar y a discriminar a las personas afectadas por el SIDA, aumentando así su sufrimiento. Recordamos con gratitud el consejo de San Basilio el Grande a quienes ocupan puestos de dirección en la iglesia, en el que el santo insiste en su responsabilidad de crear un ambiente —un ethos, un terreno fértil en el que el cultivo del amor y de la bondad puedan prosperar en la comunidad y conducir a la “buena acción moral” que es el amor.<sup>5</sup>

26. Afirmamos que Dios nos llama a vivir en buena relación con otros seres humanos y con toda la creación. Como reflejo del amor de Dios que todo lo abarca, esta relación debe caracterizarse no sólo por el mutuo respeto, sino también por la activa preocupación por el otro. Las acciones que deliberadamente causan daños a otros o a la creación son pecados; y de hecho estamos interpelados por la persistencia del pecado, que es la distorsión de esa justa relación con Dios, con otras personas o con el orden natural. En todo caso, el pecado no tiene la última palabra; cuanto más seamos “renovados por el Espíritu Santo” (véase Tit 3:5) y sigamos creciendo en nuestra comunión con Dios, más dejarán nuestras vidas transparentar el amor y la solicitud de Dios.

27. En una declaración de 1987, el Comité Ejecutivo del Consejo Mundial de Iglesias destacó la necesidad de “... afirmar que Dios nos trata con amor y misericordia y que, por lo tanto, quedamos liberados de una visión moralizante simplista respecto a las víctimas del virus”.<sup>6</sup> Esto nos remite a la actitud de Jesús que se mostraba reticente a aceptar que una desgracia o una catástrofe sean el resultado directo de acciones personales (Lc 13:1-3 y Jn 9:1-3). Observemos además cuán fácilmente un enfoque moralista puede desnaturalizar la vida en la comunidad cristiana, dificultando la comunicación de informaciones y la discusión franca, que tan importantes son para hacer frente a la realidad del VIH/SIDA y para frenar su propagación.

28. A la luz de estas reflexiones y sobre la base de la experiencia obtenida en este estudio, deseamos evitar toda idea según la cual el SIDA, o cualquier enfermedad o desgracia, podrían ser un “castigo”

infligido directamente por Dios. Afirmamos que la acción de los cristianos y de las iglesias en favor de las personas afectadas por el VIH/SIDA debe estar guiada por el amor y la solidaridad, expresados en la atención solícita y el apoyo a esas personas, así como en los esfuerzos para impedir su propagación.

## **V. Dimensiones éticas**

29. Al tratar de hacer frente al problema del VIH/SIDA, los cristianos lo hacen movidos por apremiantes imperativos que, apasionadamente, les llevan a mostrar el amor de Cristo por el prójimo, a salvar vidas, a luchar por la reconciliación, a tratar de que se haga justicia. Ahora bien, para tomar decisiones en este ámbito se necesita un proceso de discernimiento, que comprende la reunión de las más recientes informaciones, el enfrentamiento con cuestiones profundamente delicadas y la conciliación de opiniones e intereses divergentes y a veces contradictorios. Este proceso necesita apoyarse en el estudio de la Biblia, así como en la oración y la reflexión teológica.

30. Los cristianos hacen opciones éticas de conformidad con ciertos principios, derivados de su comprensión del testimonio bíblico y de sus convicciones religiosas, que se expresan de varias maneras según los distintos grupos y tradiciones cristianas, pero que probablemente incluirán los siguientes puntos:

- porque Dios ha creado y ama a todos los seres humanos, los cristianos estamos llamados a tratar a cada persona como poseedora de un valor infinito;
- porque Cristo murió para reconciliar a todos con Dios, los cristianos estamos llamados a obrar por la verdadera reconciliación —que incluye la justicia— entre las personas que se han distanciado las unas de las otras;
- porque somos “miembros unos de otros”, conformados por el Espíritu en un solo cuerpo, los cristianos estamos llamados a una vida responsable en la comunidad.

31. Estos principios —el valor infinito de cada persona, el evangelio de la reconciliación, el llamamiento a la vida responsable dentro de la comunidad— tienen que aplicarse a cuestiones como las siguientes: ¿Cómo responden las iglesias a aquellos de sus miembros afectados por el VIH/SIDA? ¿Cómo pueden las iglesias promover un

comportamiento responsable, sin ser al mismo tiempo jueces y moralistas? ¿Qué medidas de salud pública pueden preconizar las iglesias para reducir la transmisión del SIDA? ¿Cómo pueden compartirse equitativamente los recursos destinados a los cuidados médicos y la investigación? Esto significa en cada caso examinar todas las opciones posibles, sopesar los beneficios (y las dificultades potenciales) de cada una y, por último preguntarse: “¿cuál de las posibles líneas de acción expresa mejor el amor de Cristo por todos los afectados?”.

32. Este proceso de “discernimiento” es a menudo difícil: cabe, por ejemplo, que las varias líneas de acción no sean perfectamente claras; o puede ser que ninguna de las opciones disponibles sea plenamente satisfactoria; o que la aplicación de ciertos principios bíblicos o teológicos a problemas concretos de hoy no sea del todo evidente. Por ello es muy importante que los cristianos y las iglesias reflexionen sobre las cuestiones éticas juntos y no separadamente. El desafío del VIH/SIDA requiere imperativamente una respuesta ecuménica.

33. De las iglesias se espera que den orientación espiritual y moral y que desempeñen un papel responsable en la discusión de estos temas en la sociedad en general, así como en las consideraciones más especializadas de la ética biomédica. Dando testimonio de sus propias creencias, las iglesias enriquecen el debate y hacen, cuando sea posible, causa común con las personas de buena voluntad que invocan principios éticos más generales, como el respeto hacia las personas, la benevolencia (frente a la malevolencia) y la justicia.

34. Las iglesias tienen contribuciones esenciales que hacer a este debate. En primer lugar, y de acuerdo con su compromiso por la verdad, pueden subrayar que el proceso de discernimiento ético excluye todo juicio basado en generalizaciones o estereotipos superficiales, en el temor o en una información incompleta o falsa. Las iglesias pueden hacer mucho para promover, tanto en sus propias vidas como en la sociedad en general, un clima en el que las cuestiones éticas planteadas por la pandemia puedan ser estudiadas con espíritu de apertura, con tacto y objetividad.

35. En segundo lugar, las iglesias, que insisten en la responsabilidad personal y comunitaria, pueden promover condiciones —personales, culturales y socioeconómicas— que ayuden a las personas a realizar opciones responsables. Esto requiere un grado de

libertad personal que no siempre existe: las mujeres, por ejemplo, aun dentro del matrimonio, pueden no tener la posibilidad de decir “no” o de adoptar medidas preventivas eficaces como la abstinencia, la fidelidad mutua o el uso de preservativos.

## **VI. Los derechos humanos en relación con el VIH/SIDA**

36. La pandemia VIH/SIDA plantea importantes cuestiones en relación con los derechos humanos. En efecto, las personas afectadas por esta pandemia tropiezan por lo general con temores, rechazo y discriminación, así como, en muchas ocasiones, con una denegación de algunos de los derechos humanos fundamentales (tales como los de libertad, autonomía, seguridad y libertad de circulación) de que disfruta el resto de la población. Dado que esas reacciones son contrarias a los valores evangélicos, las iglesias están llamadas a formular y defender una clara política de no discriminación en contra de las personas afectadas por el virus.

37. Durante los últimos 30 años, el CMI participó activamente en la definición de normas en materia de derechos humanos, en la promoción de esos derechos y en su protección. Desde hace diez años, vemos perfilarse, en el marco de la elaboración de las normas internacionales, una tendencia clara en favor de la defensa de las personas víctimas de discriminación por motivos de raza, sexo, pertenencia étnica o religión. Asimismo existen otras formas de discriminación, algunas provocadas por la ignorancia o el miedo. Las personas que viven y conviven con el SIDA son víctimas de esta última clase de discriminación. A menudo se les niega su derecho fundamental a la seguridad, a la libertad de asociación y de circulación, y al acceso a una atención de salud apropiada.

38. La cuestión de los derechos humanos tiene también importantes repercusiones en la propagación del SIDA. Observamos la alarmante proliferación del turismo del sexo. Muchos hombres, tanto en el Norte como en el Sur, abusan de jóvenes y niños pobres para evitar la infección de VIH y los inducen a la prostitución, lo que constituye una forma de violencia contra los niños. Observamos, además, que los hombres y las mujeres que se ven privados de sus derechos fundamentales, ya sea por causa de su condición social o de su orientación sexual, ya por su adicción a las drogas, resultan especialmente vulnerables al riesgo de infección. Por eso se

preconizan estrategias de gran alcance que, con su defensa de los derechos humanos, puedan impedir la propagación del virus.

## **VII. La labor pastoral y de asesoramiento dentro de la iglesia como comunidad terapéutica**

39. Por su propia naturaleza de comunidad de fe en Cristo, las iglesias están llamadas a ser comunidades terapéuticas. Este llamamiento se está haciendo más insistente a medida que se propaga la pandemia del SIDA. Dentro de las iglesias nos encontramos cada vez más con personas afectadas por el virus, que buscan apoyo y solidaridad y que preguntan: ¿quieres ser mi hermano (o mi hermana) dentro del cuerpo único de Cristo? En ese encuentro está en juego nuestra propia credibilidad.

40. Muchas iglesias, de hecho, han visto cómo sus vidas se han enriquecido gracias al testimonio de personas que padecían del SIDA. Esas personas nos han recordado que es posible afirmar la vida incluso cuando se padece una enfermedad grave e incurable y serias limitaciones físicas; que la enfermedad y la muerte no son el patrón por el que se mide la vida, y que lo más importante es la calidad de esa vida, cualquiera que sea su duración. Ese testimonio invita a las iglesias a responder con amor y con fiel atención.

41. Pese a la amplitud y la complejidad de los problemas, las iglesias pueden aportar un testimonio eficaz de curación a los afectados por el SIDA. La experiencia de amor, aceptación y apoyo dentro de una comunidad donde se manifiesta el amor de Dios puede constituir una poderosa fuerza terapéutica. La curación se fomenta allí donde las iglesias están en contacto con la vida diaria, y donde las personas se sienten libres para compartir sus historias y sus testimonios. Mediante cultos bien orientados, las iglesias ayudan a las personas a entrar en la presencia sanadora de Dios. Las iglesias ejercen un ministerio vital fomentando el debate y analizando la información, ayudando a identificar los problemas y apoyando la participación dirigida a un cambio constructivo en la comunidad.

42. Muchos miembros de la comunidad que tienen competencias y dones especiales, así como algunos pastores, están ya prestando una valiosa ayuda pastoral. Esa atención comprende el acompañamiento con consejos de las personas afectadas por el SIDA, con objeto de ayudarlas a hacer frente a su situación y de impedir o reducir la transmisión del virus.

### **VIII. Conclusión: Lo que pueden hacer las iglesias**

43. Este estudio nos ha mostrado la trama de delicadas relaciones que existen entre los seres humanos y sus conexiones con la vida en su totalidad. No hemos creído conveniente ni posible hacer un estudio “unidimensional” del SIDA, describiendo solamente su espectacular propagación y sus devastadores efectos sobre los directamente afectados. La pandemia del SIDA requiere más bien el análisis de un grupo de factores relacionados entre sí, entre los que figuran las perspectivas teológicas y éticas que condicionan o son condicionadas por nuestra comprensión del SIDA; los efectos de la pobreza sobre los individuos y las comunidades; las cuestiones de justicia y derechos humanos; la comprensión de las relaciones humanas; y la comprensión de la sexualidad humana. De todos esos factores la sexualidad es el que ha recibido menos atención en la comunidad ecuménica. Reconocemos que un nuevo estudio en este ámbito es esencial para una mejor comprensión de los problemas planteados por el SIDA.

44. Nuestra investigación sobre estos temas nos ha puesto cara a cara con cuestiones, concepciones y actitudes muy importantes para las iglesias y su papel en la lucha contra la pandemia. Por su testimonio del Evangelio de reconciliación, del valor de cada persona y de la importancia de la vida responsable en la comunidad, incumbe a las iglesias un papel específico y esencial frente a los problemas planteados por el VIH/SIDA. Pero su testimonio debe ser claro y concreto. Consideramos pues esencial destacar los siguientes temas como puntos de reflexión y acción comunes de las iglesias:

#### *A. La vida de las iglesias: respuestas al problema del VIH/SIDA*

1. Pedimos a las iglesias que proporcionen un clima de amor, aceptación y apoyo a las personas vulnerables o afectadas por el SIDA.

2. Pedimos a las iglesias que reflexionen juntas sobre la base teológica de su respuesta a los problemas que plantea el SIDA.

3. Pedimos a las iglesias que reflexionen juntas sobre las cuestiones éticas suscitadas por la pandemia y ofrezcan orientación a quienes se ven enfrentados con opciones difíciles.

4. Pedimos a las iglesias que participen en el debate a nivel de la sociedad en general sobre las cuestiones éticas planteadas por el VIH/SIDA, y que apoyen a aquellos de sus miembros que, como

profesionales de la salud, se vean ante opciones éticas difíciles en materia de prevención y atención sanitaria.

*B. El testimonio de las iglesias en relación con los efectos inmediatos y las causas del VIH/SIDA*

1. Pedimos a las iglesias que se esfuercen por prestar mejor asistencia a las personas afectadas por el VIH/SIDA.

2. Pedimos a las iglesias que presten una atención especial a la situación de los niños de todas las edades afectados por el SIDA y que traten de crear para ellos un entorno que los apoye.

3. Pedimos a las iglesias que ayuden a salvaguardar los derechos de las personas afectadas por el VIH/SIDA y que estudien, definan y promuevan esos derechos mediante dispositivos a nivel nacional e internacional.

4. Pedimos a las iglesias que favorezcan la difusión de información correcta sobre el VIH/SIDA, que promuevan un clima de debate franco y que se opongan a la difusión de informaciones erróneas y basadas en el miedo.

5. Pedimos a las iglesias que aboguen por un aumento de los gastos públicos y de los servicios médicos para encontrar soluciones a los problemas médicos y sociales planteados por la pandemia.

*C. El testimonio de las iglesias en relación con las causas y los factores a largo plazo que favorecen la propagación del VIH/SIDA*

1. Pedimos a las iglesias que reconozcan el vínculo que existe entre el SIDA y la pobreza, y que promuevan medidas en favor de un desarrollo justo y sostenible.

2. Instamos a que se preste especial atención a las situaciones que aumentan la vulnerabilidad al SIDA, como la situación de los trabajadores migrantes, los movimientos masivos de refugiados, y la comercialización del sexo.

3. Pedimos a las iglesias que apoyen a las mujeres que reivindican su dignidad y la posibilidad de expresar todos sus diversos dones.

4. Pedimos a las iglesias que lleven a cabo una tarea de concientización y formación destinada, en particular, a los jóvenes y los hombres, con el fin de impedir la propagación del VIH.

5. Pedimos a las iglesias que se esfuercen por comprender mejor el don de la sexualidad humana, situándolo en el contexto de la responsabilidad personal, las relaciones, la familia y la fe cristiana.

6. Pedimos a las iglesias que hagan frente al problema de la drogadicción y al papel que desempeña en la propagación del VIH/SIDA, y que tomen medidas a nivel local por lo que respecta a la asistencia, la desintoxicación, la reinserción y la prevención.

#### NOTES

<sup>1</sup> *Comité Central del Consejo Mundial de Iglesias. Actas de la 38e reunión*, Ginebra, Consejo Mundial de Iglesias, 1987, Apéndice VI, "AIDS and the Church as a Healing Community", p. 133, de la versión inglesa.

<sup>2</sup> *Comité Central del Consejo Mundial de Iglesias: Actas de la 38e reunión*, Ginebra, Consejo Mundial de Iglesias, 1994, p.45, 102 y 103, de la versión inglesa.

<sup>3</sup> Véase *Participatory Action Research on AIDS and the Community as a Source of Care and Healing*, Ginebra, Junta Médica Cristiana de Tanzania, Oficina Médica Protestante de Uganda, Iglesia de Cristo en el Zaire, y Consejo Mundial de Iglesias, 1993.

<sup>4</sup> *Comité Central del Consejo Mundial de Iglesias: Actas de la 38e reunión*, op. Cit., p. 135 de la versión inglesa.  
Obras ascéticas, 2.1.

<sup>6</sup> *Comité Central del Consejo Mundial de Iglesias: Actas de la 38e reunión*, op. Cit., p. 135 de la versión inglesa.

## APÉNDICE II

# Pequeño glosario sobre el VIH/SIDA

**Consumo de drogas por vía intravenosa:** uno de los cuatro comportamientos que entrañan mayor riesgo por lo que respecta a la infección del VIH. El consumo de drogas implica a veces el intercambio de agujas y jeringuillas no esterilizadas con la consiguiente transmisión del VIH.

**Discusión en grupo:** un método para el análisis y la búsqueda de soluciones en grupo que destaca la importancia del grupo para identificar sus propios problemas y buscar soluciones encaminadas al cambio que sean apropiadas para la situación local (véase investigación activa participativa).

**Infección oportunista:** infección causada por un microorganismo normalmente inofensivo que puede llegar a ser patógeno si la resistencia del cuerpo está dañada.

**Infectado/infectada:** expresión que se usa para referirse a una persona cuyo organismo ha contraído el virus del VIH.

**Inmunodeficiencia:** deterioro de la capacidad del organismo para hacer frente a las infecciones.

**Investigación activa participativa:** proceso encaminado a la construcción de la comunidad y la capacitación para identificar, analizar y resolver los problemas que se plantean a nivel de la comunidad. Ese enfoque se esfuerza por encontrar soluciones prácticas, adaptadas a la situación local (en vez de soluciones abstractas o “universales”); para ello se recurre a métodos como entrevistas, observación de cerca de la situación local, encuestas, evaluación rápida y discusión en grupo (véase supra).

**Período de incubación:** período de tiempo que transcurre entre la infección provocada por el organismo causante de la enfermedad y la

aparición de señales y síntomas de las enfermedad. Por lo que respecta a la infección del VIH, el período de incubación suele ser de siete a diez años.

**Prueba de anticuerpos del VIH:** prueba de laboratorio que consiste en detectar a partir de una pequeña muestra sanguínea si el cuerpo ha reaccionado a la presencia del VIH tratando de protegerse contra el virus mediante la producción de anticuerpos. Aunque la presencia de anticuerpos indica que una persona se ha expuesto al virus, la ausencia de anticuerpos no implica necesariamente que la persona no haya contraído la infección de VIH, puesto que la reacción tarda un promedio de tres meses en aparecer en la sangre. Si la prueba es positiva, la persona infectada puede haber transmitido el virus a partir del momento de la infección. La prueba no permite saber cuándo o cómo la persona que se ha sometido a la prueba manifestará los primeros síntomas de SIDA.

**Prueba del SIDA:** expresión que se usa incorrectamente para referirse en realidad a la prueba de anticuerpos del VIH.

**Seropositivo(a):** término que indica que la prueba de anticuerpos del VIH ha evidenciado la presencia de anticuerpos en la sangre. Si la prueba es positiva, significa que la persona se ha expuesto al VIH y que su sistema inmunitario ha producido anticuerpos al virus.

**SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida):** conjunto de señales y síntomas o combinación de enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que alteran la capacidad del organismo para hacer frente a las infecciones, haciéndolo especialmente vulnerable a las infecciones oportunistas, entre las cuales las más comunes son la neumonía neumocystis carini y determinados tipos de cáncer como el sarcoma de Kaposi, cáncer de piel.

**Sistema inmunitario:** sistema de defensas naturales que reconoce la presencia de bacterias, virus y enfermedades en general para proteger al organismo contra las infecciones. Está compuesto por células que (entre otras cosas) producen anticuerpos que pueden reconocer la

presencia de materiales ajenos al organismo y se esfuerzan por neutralizarlos sin dañar las células de la persona.

**Transmisión:** propagación del organismo causante de la enfermedad de una persona a otra. Las principales formas de transmisión del VIH son las relaciones sexuales con penetración, el uso de material contaminado entre los consumidores de drogas intravenosas, la transfusión de sangre no analizada y la contaminación de una madre al feto o al recién nacido.

**VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana):** virus que puede causar SIDA. Una persona que ha contraído el VIH puede parecer estar bien y sentirse bien durante varios años antes de que se manifiesten las primeras infecciones oportunistas. Muchas personas infectadas con el virus del VIH desconocen totalmente su situación a menos de que decidan someterse a una prueba sanguínea. Sin embargo, pueden ser portadores del virus y transmitirlo a otras personas.

### TERMINOS QUE HAY QUE EVITAR

Términos que hay que evitar	¿Por qué hay que evitarlos?	Sustituir por
Portador(a) del SIDA; SIDA positivo.	Se confunden dos fases diferentes: la infección por el VIH y la enfermedad del SIDA propiamente dicha. Se puede tener el SIDA pero no ser "portador" del SIDA.	Positivo(a) a anticuerpos del VIH; personas con VIH.
Prueba del SIDA	La prueba más utilizada para detectar los anticuerpos del VIH. No puede haber una prueba del SIDA, ya que el diagnóstico del SIDA se basa en síntomas clínicos.	Prueba de anticuerpos del VIH.
Virus del SIDA	Puede causar confusión entre el VIH y el SIDA.	VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

Términos que hay que evitar	¿Por qué hay que evitarlos?	Sustituir por
Contraer el SIDA	El SIDA no se puede contraer. Se puede contraer el VIH pero incluso esa expresión puede inducir a error, porque sugiere que la transmisión es similar a la del catarro o la gripe.	Contraer el VIH; infectarse por el VIH; ser seropositivo.
Padecer del SIDA	Tener el SIDA no significa estar enfermo siempre. Una persona con SIDA puede continuar trabajando y llevar una vida normal durante algún tiempo después del diagnóstico. Por lo tanto, el término "padecer" no es apropiado.	Tener el SIDA.
Víctima del SIDA	Al hablar de "víctima" se sugiere una situación de impotencia.	Persona con SIDA; persona que tiene SIDA.
Víctima inocente.	Sugiere que otros enfermos de SIDA son "culpables".	
Grupos de alto riesgo.	El hecho de pertenecer a un grupo concreto no supone para nadie un riesgo mayor, pero lo que una persona hace sea cual sea grupo, sí puede suponer un riesgo mayor. En otras palabras, se debería hablar de comportamiento de alto riesgo y no de grupos de alto riesgo.	Comportamiento de alto riesgo.

Este material ha sido adaptado del artículo de Beverly Booth "Los profesionales de la salud y la epidemia del SIDA: exprese claramente lo que piensa", que reprodujo *Contact* en su número 121 de mayo 1994, p.9; también se ha utilizado la *Guía de asesoramiento pastoral sobre el VIH/SIDA*, Ginebra, Grupo de Trabajo del CMI sobre el SIDA, 1990, p.v-vii.

## APÉNDICE III

# Personas que participaron en el proceso de estudio sobre el VIH/SIDA

### *MIEMBROS DEL GRUPO CONSULTIVO DEL CMI*

**Prof. Joseph Allen:** fue profesor del Holy Cross Greek Orthodox School of Theology, Brooklin, Massachusetts y del St Vladimir Orthodox Seminary, Crestwood, Nueva York. Actualmente es director de Antioquian House Studies en el marco de la Archidiócesis Cristiana Ortodoxa de Antioquía en América del Norte. Su artículo, “The Christian Understanding of Human Relations: Resource for the Churches’ Response to AIDS” fue publicado en la *The Ecumenical Review*, Vol. 47, N° 3, julio de 1995, páginas 353 y siguientes.

**Dr. Christoph Benn** (moderador): que fue coordinador en el área del SIDA en el Instituto Alemán de Misiones Médicas de Tübingen, Alemania. Actualmente es médico de la Paul Lechler Tropenheim Klinik en Tübingen, Alemania. Ha recibido una formación tanto en medicina como en teología.

**Diácono Anatoli Berestov:** pediatra y neurólogo y diácono de la Iglesia Ortodoxa Rusa. Fue miembro del subgrupo sobre teología y ética.

**Sr. Joao Guilherme Biehl:** teólogo laico y antropólogo social brasileño. Fue uno de los editores de *Hacer frente al SIDA: Creemos lazos de solidaridad*, un libro sobre el VIH publicado por la Oficina de Juventud del Consejo Mundial de Iglesia. Actualmente enseña antropología en la Universidad Federal de Salvador, Bahía, Brasil.

**Sra. Mary Susan Caesar:** abogada de Sudáfrica que participa activamente en el Programa de Juventud del Consejo de Iglesias de la Provincia Occidental de Sudáfrica. Fue miembro del subgrupo sobre derechos humanos.

**Capt. (Dr.) Ian Campbell:** consultor del Programa Internacional de Salud del Ejército de Salvación con sede en Londres y Australia. Trabajó en el Hospital Chikankata, Zambia, en los años ochenta donde elaboró el concepto de una respuesta integrada al VIH y el SIDA como oportunidad para el progreso y el cambio de la comunidad. Además, ha sido consultor en las reuniones del UNAIDS.

**Sr. Ernesto Cardoso** (fallecido): teólogo metodista laico brasileño, músico, compositor y animador de grupos y reuniones. Fue coordinador de la red de liturgia del Consejo Latinoamericano de Iglesias (CLAI) y colaboró con el Instituto de Estudios Religiosos (ISER) como coordinador del proyecto “Gestos, colores y sonidos: Renovación litúrgica y espiritualidad en América Latina”. En 1990, se le diagnosticó su seropositividad y murió el 20 de diciembre de 1995.

**Rev. Edward Dobson:** pastor evangélico del Calvary Church en Grand Rapids, Míchigan, Estados Unidos. Fue miembro del subgrupo sobre atención pastoral y comunidad terapéutica. Participa activamente en el ministerio con las personas que tienen SIDA.

**Prof. T. Jacob John:** miembro laico de la Iglesia Ortodoxa Siria de Malankara; científico médico emérito (Consejo Indio de Investigaciones Médicas). Fue jefe del Departamento de Microbiología y Virología del Christiann Medical College de Vellore. Es pediatra y virólogo. Su artículo “Sexuality, Sin and Disease: Theological and Ethical Issues Posed by AIDS to the Churches” fue publicado en la *The Ecumenical Review*, Vol. 47, N° 3, julio de 1995, p. 373 y ss.

**Sr. Simón Moglia:** miembro de la Iglesia en vías de unión de Australia. Colaboró con el Departamento de Juventud del Consejo Nacional de Iglesias de Australia y es miembro del Comité General de la Conferencia Cristiana de Asia. Hizo estudios de teología y actualmente es estudiante de derecho.

**Dr. Prakai Nontawasee:** miembro del Comité Central del CMI. Ocupa varios puestos ejecutivos en la Iglesia de Cristo de Tailandia y fue Presidente de la Conferencia Cristiana de Asia. Además es

miembro de la McGilvaray Faculty of Theology, Chiang Mai, Tailandia.

**Dra. Ruth Page:** miembro del Comité Central del CMI y de la Comisión de la Unidad II. Teóloga y miembro de la Iglesia de Escocia es actualmente rectora del New College, Edimburgo.

**Sra. Haydée Pellegrini:** economista y teóloga laica católica romana. Es una de las dirigentes de la red mundial de personas con VIH/SIDA y ha intervenido activamente en varias conferencias internacionales sobre el SIDA. Es uruguaya y vive en Argentina.

**Dr. Bulisi Pongo:** miembro de la Comisión de la Unidad II del CMI. Es el director general del Departamento Médico Kimbanguista de la Iglesia de Jesucristo en la Tierra de Kinshasa, Zaire.

**Rev. Erin Shoemaker:** pastora ordenada de la Iglesia Unida de Cristo del Canadá. Participa activamente en el ministerio para con las personas que tienen SIDA y trabaja con las comunidades de lesbianas y homosexuales.

**Sra. Anne Skjelmerud:** miembro de la Iglesia Luterana de Noruega. Colabora con el Centre for Partnership in Development de Oslo y es consultora de Norwegian Church Aid.

**Sra. Sri Winarti Soedjtmoko:** miembro del Comité Central del CMI y miembro de la Iglesia Cristiana de Java Oriental (Indonesia). Sustituyó a Prakai Nontawasee en la reunión de Nueva Delhi.

**Dr. Jihane Tawilah:** maronita que trabaja en colaboración con la Oficina de la Organización Mundial de la Salud en Líbano y en el Programa Nacional sobre el SIDA. Ha colaborado con el Consejo de Iglesias de Oriente Medio en su ministerio sobre el SIDA y la adición.

**Rev. Laisiasa Wainekesa:** miembro de la Iglesia Metodista de Fiji. Educador en materia de SIDA en la región del Pacífico, ha sido consultor de la Organización Mundial de la Salud y de la UNESCO en la región del Pacífico.

**Rev. Neilson Waithe:** ministro ordenado de la Iglesia Morava del Caribe Oriental. Actualmente es vicepresidente de la provincia y superintendente de la Iglesia Morava de Barbados, su tierra natal. Es pastor de dos iglesias y trabaja activamente en servicios de consejos. Es autor del libro *Caribbean Sexuality*.

**Rev. Flora Winfield:** sacerdote anglicana y capellana del Mansfield College, Oxford, Inglaterra. Su artículo "For Nothing Can Separate Us from the Love of Christ - Who Does Belong to the Body of Christ?" fue publicado en la *Ecumenical Review*, Vol. 47, N° 3, de julio de 1995, p. 364 y ss.

### *EXPERTOS*

**Rev. Dr. Kenneth Boyd:** experto en ética y profesor en el Instituto de Ética Médica, Departamento de Medicina, Universidad de Edimburgo.

**Sra. Julia Hausermann:** abogada y experta en derechos humanos. Es la presidenta ejecutiva de Rights and Humanity, con sede en Londres.

**Dr. Joop Groen:** miembro de la Iglesia Reformada de los Países Bajos y director en funciones de la Rainbow Foundation en Amsterdam.

**Rev. Kenneth South:** director ejecutivo de la AIDS National Interfaith Network, Washington DC, Estados Unidos.

### *MIEMBROS DEL PERSONAL DEL CMI*

Rev. Samuel Ada

Rev. Dr. Thomas Best

Hermana Monica Cooney

Sr. Mark Halton

Sr. Jan Kok

Sr. Clement John

Sra. Lee Ye Ja

Dr. Salwa Morcos

Sra. Jenny Roske

Dr. Gert Ruppell

Dr. Ioan Sauca

Sra. Anu Talvivaara

Sra. Odile Thiers

Dra. Erlinda N. Senturias

Sr. Marlin VanElderen

INTÉRPRETE RUSA

Sra. Zinaida Nossova