

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

Hacia una pastoral para personas viviendo con VIH/SIDA [Towards a pastoral for people living with HIV / AIDS]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Thesis
Authors	Wiss, Narciso Roman
Publisher	Instituto Superior Evangélico De Estudios Teológicos (I.S.E.D.E.T.)
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-06-21 05:26:22
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/158463

**HACIA UNA PASTORAL PARA PERSONAS
VIVIENDO CON VIH/SIDA**

Por NARCISO ROMAN WEISS

Tesina presentada como requisito para obtener el título
de Licenciado en Teología

Noviembre de 1998

**Instituto Superior Evangélico
De Estudios Teológicos**

(I.S.E.D.E.T.)

DEDICADO A QUIENES
ACOMPÑE EN EL HOSPITAL.
A MIS PADRES, A LA IGLESIA Y
A LISANDRO ORLOY.
A MI ESPOSA A QUIEN AMO.
Y A CRISTO POR HABERME
LLAMADO A SEGUIR SU
CAMINO...

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCION	5
¿QUE ES EL SIDA?	8
1.1. ¿QUÉ VIRUS CAUSA EL SIDA?.....	9
MEDIOS DE CONTAGIO.....	11
ANALISIS DE LA REALIDAD	13
2.1. ESTADÍSTICAS	13
2.2. SOCIEDAD	14
2.3. PREVENCIÓN	18
2.4. MEDIOS DE COMUNICACIÓN	23
2.5. CONCLUSIÓN.....	25
2.6. ASPECTO POLÍTICO-ECONÓMICO DEL SIDA.....	26
LA PERSONA VIVIENDO CON VIH-SIDA	29
3.1. PERFIL SOCIAL DE LA PERSONA VIVIENDO CON VIH-SIDA	29
3.2. DERECHOS DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA	32
3.3. LA PERSONA CON VIH-SIDA	34
3.4. ¿QUÉ SIENTE LA PERSONA VIVIENDO CON VIH-SIDA?.....	40
3.5. LAS FASES DE LA PERSONA VIVIENDO CON VIH-SIDA ANTE LA MUERTE	46
3.6. NECESIDADES DE LA PERSONA ENFERMA.....	48
VIVENCIA RELIGIOSA DE LA PERSONA VIVIENDO CON VIH	51
4.1 ACTITUDES DE LA PERSONA VIVIENDO CON VIH-SIDA	51
4.2. FUNDAMENTOS TEOLÓGICOS, PARA LA PASTORAL CON PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA.....	54
4.2.1 <i>Inclusion</i>	54
4.2.2 <i>El problema del sufrimiento</i>	59
4.3 NECESIDAD RELIGIOSA DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA.....	61
PASTORAL	63
5.1 LA IGLESIA.....	67
5.2 HACIA UN CONCEPTO DE SALUD.....	72
5.3 HACIA UNA ACCION PASTORAL	74
5.4 EL ACOMPAÑANTE PASTORAL.....	77
5.5 ELEMENTOS PARA LA PRACTICA DE LA RELACION DE AYUDA.....	80
5.6 DIFERENTES ESTILOS DE RELACION DE AYUDA:.....	84
<i>Hacia el estilo empatico</i>	84
5.7 ACOMPAÑANTE PASTORAL COMO PROFETA:	87
5.8 PROPUESTAS DE TRABAJO:	89
CONCLUSION	91
APENDICE	93
1. EL SIDA Y LA IGLESIA COMO COMUNIDAD DE SANACIÓN.....	93
2. LA IGLESIA ANTE EL SIDA.....	98
3. EL TRABAJO PASTORAL CON RELACIÓN AL SIDA.....	108
HONDURAS.....	121
<i>Elementos de reflexión y respuesta cristiana al reto del SIDA</i>	121

COLOMBIA	125
<i>SIDA: corresponsables en prevenir y educar</i>	125
URUGUAY	129
<i>El SIDA, un desafío para la sociedad y un llamado para los cristianos</i>	129
PASTORAL SOBRE EL SIDA	133
SIDA	137
<i>"Acompañar y prevenir con dignidad"</i>	137
LA IGLESIA CATOLICA Y EL SIDA	141
LOS EFECTOS DEL VIH/SIDA Y LA RELACION DE LAS IGLESIAS	144
EL SIDA NOS CONVOCA A SER COMUNIDAD	159
BIBLIOGRAFÍA	169

INTRODUCCION

El motivo de la investigación es poner de manifiesto las falencias sociales, políticas y económicas que llevan a ciertos grupos de la población a ser vulnerables por esta epidemia. Así mismo nos proponemos establecer que tipo de relación de ayuda pastoral es más conveniente para con las personas viviendo con VIH - SIDA y tratar de facilitar respuestas y material a todos aquellos que estén interesados en realizar un trabajo de acompañamiento pastoral con estas personas.

Para lograr nuestro propósito creemos que, es necesario tener en cuenta los diferentes aspectos de la enfermedad a la que nos acercaremos, para poder así, comprender mejor la forma en que desarrollaremos el acompañamiento pastoral o relación de ayuda. Estos diferentes aspectos se irán desarrollando a lo largo de la investigación, los cuales serán nucleados en diferentes puntos, para luego abordar una posible tarea pastoral:

- 1- ¿Qué es el SIDA?
- 2- La sociedad ante el SIDA. Análisis de la realidad social, personal, los derechos humanos, la prevención y los medios de comunicación en relación al SIDA.
- 3.- Perfil social de las personas viviendo con VIH - SIDA, a partir de entrevistas realizadas a acompañados en el Hospital Francisco Muñiz, y del análisis de las mismas.
 - 3.1- La persona viviendo con VIH - SIDA: edad, roles, personalidad, cuerpo.
 - 3.2- Sentimientos de la persona viviendo con VIH - SIDA: culpa, castigo, abandono, dolor, depresión.

3.3- Fases de la persona viviendo con VIH - SIDA ante la muerte: negación, ira, negociación, aceptación.

3.4- Necesidades de las personas viviendo con VIH - SIDA.

4.- Vivencias religiosas de la persona viviendo con VIH - SIDA.

4.1- Actitudes de la persona viviendo con VIH - SIDA.

Imágenes de Dios.

4.2 - Fundamentos teológicos para la pastoral con personas
viviendo con VIH - SIDA.

4.2.1 - Inclusividad.

4.2.2 - El problema del sufrimiento.

4.3 - Necesidades religiosas de la persona viviendo con VIH - SIDA.

5.- Pastoral. Conclusiones.

Apéndice: Documentos de las Iglesias sobre el SIDA.

En la presente tesina comenzaremos haciendo una breve descripción de la enfermedad utilizando fuentes bibliográficas de la medicina relacionadas con el SIDA. Luego presentaremos la problemática social que lleva a ciertos grupos de la población a estar más expuestos a la epidemia, para introducirnos en la práctica de campo lograda a partir de la convivencia con personas viviendo con VIH - SIDA, siendo realizada en el hostal solidario del MEDH (Movimiento Ecueménico por los Derechos Humanos), llevando a cabo visitas al hospital Francisco Muñiz.

Mostraremos las diferentes actitudes del afectado ante sus: sentimientos, necesidades y vivencias. Buscaremos fundamentar teológicamente la acción pastoral con el enfermo, por

medio del estudio de los documentos del CMI, Iglesia Católica, la Federación Luterana Mundial, de los Obispos de Honduras, y del documento referido al tema de la salud de la Comisión Médico-cristiana del CMI.

Finalmente trataremos de presentar una pastoral que ponga su énfasis en el tema de la inclusividad, en la gracia de Dios en el sufrimiento, en el dolor, culpa, castigo, estigmatización, es decir, la opción preferencial de Dios hacia los marginados ejemplificada en la vida, muerte y resurrección de Cristo. Destacaremos el rol del acompañante pastoral como profeta que acompaña, escucha empáticamente, que busca reestablecer las relaciones sociales, tanto familiares como laborales.

¿QUE ES EL SIDA?

El SIDA es la fase final de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Es una enfermedad infecciosa, transmisible que se puede prevenir, que afecta a toda la población. El virus que la trasmite afecta las defensas del organismo favoreciendo la aparición de infecciones graves u otras poco frecuentes en personas sanas¹, convirtiendo esta enfermedad en peligrosa, aunque no necesariamente mortal.

En la actualidad no existe una cura definitiva, si bien es posible frenar el avance. Su nombre deriva de los conceptos que conforman los caracteres importantes de la enfermedad, los cuales explicaremos a continuación:

Síndrome = es un conjunto o una serie de signos y síntomas que se producen en una o varias partes del cuerpo por la acción de un microorganismo (por ejemplo, tuberculosis, toxoplasmosis, meningitis, etc², los cuales en el caso del SIDA, se presentan, debido a las alteraciones en el sistema de defensas del organismo. Signos: son manifestaciones objetivas de una enfermedad, por ejemplo, inflamación de los ganglios, salpullido, hinchazón, etc. Síntomas: son manifestaciones subjetivas de una alteración que, solo las puede observar o percibir quien las tiene, por ejemplo: cansancio, adormecimiento, comezón, dolor, etc.³

Inmuno = se refiere al principal sistema del organismo involucrado por la infección por VIH: el sistema inmunológico.

Deficiencia = implica los efectos producidos por la falta o disminución de una necesidad, por ejemplo: deficiencia de alimentos; causa desnutrición; deficiencia

¹ Comisión Municipal de SIDA, Municipalidad de la Matanza, Buenos Aires, 1989, Pág. 1

² NAJERA, Rafael, *EL SIDA. De la biomedicina a la sociedad*, Madrid, ...1995, pág. 10

³ Comisión..., *Op. Cit.*, Pág.5-6.

inmunológica, causa la baja de defensas.

Adquirida = se refiere a algo que conseguimos u obtenemos después de la fecundación ; puede ser mientras estamos en el útero o en el momento posterior a que el espermatozoide y el óvulo se han unido, en contraposición a hereditario⁴ . En el caso del SIDA, la inmuno deficiencia no es hereditaria sino que es adquirida en algún momento.

Por lo tanto el SIDA es un grupo de signos y síntomas que manifiestan la adquisición de una deficiencia en el sistema de defensas del organismo, quedando expuesto a diferentes infecciones⁵ .

1.1. ¿Qué virus causa el SIDA?

El SIDA es causado por un Virus llamado VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) aislado en Francia y Estados Unidos en lo anos 1983-84, que se caracteriza por alterar la función del sistema inmunológico convirtiendo las células defensoras en reproductoras del virus⁶ .

El virus tiene las siguientes características:

- 1) se hospeda sólo en los seres humanos, siendo pues el ser humano el único organismo huésped;
- 2) para sobrevivir requiere hospedarse en una célula viva. Las células en las que se aloja el virus son los Linfocitos T o glóbulos blancos;
- 3) los linfocitos se hallan en grandes cantidades en la sangre, semen, pus, fluidos vaginales, por lo tanto el VIH se localiza fundamentalmente en

⁴ *SIDA. Un problema de todos*, Buenos Aires, Secretaría de Salud, 1989, Pág. 13.

⁵ *Ibidem*, Pág. 15.

⁶ Comisión..., *Op.Cit.*, Pág. 14.

estas secreciones corporales.

- 4) el virus es poco resistente al calor, al frío, así como a agentes químicos que se utilizan en forma común, como por ejemplo detergente, cloro, agua oxigenada⁷.

Podemos considerar al SIDA como Epidemia, si tenemos en cuenta que la misma es el aumento de casos de una enfermedad en un momento y lugar determinado, que exceda la cantidad esperada. Es importante señalar aquí que la palabra epidemia viene del griego y significa “Epi” = sobre y “Demos” = pueblo: sobre el pueblo, sobre la sociedad, es decir que no se habla de un grupo aislado, sino de algo que está sobre todos⁸.

En 1981 se diagnosticaron en Estados Unidos los primeros casos de SIDA⁹ y en 1983 en Francia aislaron el virus causante de la enfermedad¹⁰. Otros datos informan que un suero recogido en Africa central en 1959 se encontró el virus, el cual comenzó a esparcirse desde mediados de los años '70. Provocado quizás por la “revolución sexual” y el avance de los medios de comunicación aérea, puesto que en un mismo día es posible estar en varios lugares a miles de kilómetros, esto produjo que el virus se expandiera a nivel mundial. “Actualmente la Organización mundial de la Salud, indica que el virus tiene un origen geográfico incierto”¹¹, por lo cual consideramos un prejuicio hablar del origen africano del SIDA. Con respecto a la Argentina la infección

⁷ *Ibidem*, Pág.8.

⁸ Comisión Municipal de SIDA, *Op.Cit.*, Pág.2.

⁹ AMOS, William, *Cuando el SIDA llega a la Iglesia*, Filadelfia, Casa Bautista de Publicaciones, 1989, Pág.15.

¹⁰ Comisión..., *Op.Cit.*, Pág.3.

¹¹ *Ibidem*, Pág.17.

por VIH - SIDA se comienza a conocer desde 1982¹².

Medios de contagio:

El contagio se produce a través de una persona infectada. Una vez que la persona se ha infectado pueden pasar de 6 a 8 años antes de desarrollar las enfermedades que denotan la falta de defensa.

El virus se aloja, como ya hemos mencionado, en los fluidos corporales (semen, secreción vaginal, pus, sangre) los cuales son los agentes transmisores de la enfermedad.

La transmisión implica entonces una cantidad de factores que la permitan. Estos factores son:

- 1) relaciones sexuales sin protección (profiláctico).
- 2) utilización de agujas, jeringas, objetos punzantes contaminados con sangre infectada.
- 3) de la madre afectada a su hijo, durante o después del parto¹³.

Se habla pues, según sea el caso de transmisión sexual, sanguínea, y/o perinatal (madre - hijo)

El virus no se transmite por contacto diario con miembros de la familia u otras personas infectadas. Datos médicos confiables demuestran que el contagio no se produce por compartir baño, lavadero, platos, besos, etc. No hay datos que sugieran que la personas viviendo con VIH - SIDA planteen un riesgo de transmisión, excepto a través de las tres vías mencionadas más arriba.

¹² *Ibidem*, Pág.1.

¹³ DAUCCIA MUNAFO, Ricardo, *HIV SIDA. Ciencia y Conciencia*, Buenos Aires, San Pablo, 1997, Pág.6.

Dados los rumores que existen respecto a que el SIDA es una enfermedad de personas de orientación homosexual o bien que solo pueden enfermarse los hombres, es necesario saber identificar que el SIDA es profundamente democrático porque no sabe de políticas, comportamiento, castigo divino o humano que afecte a grupos particulares.

Es importante que digamos aquí que el SIDA se transmite por conductas que implican el riesgo de exposición al virus y no por pertenecer a grupos mal denominados de riesgo.

ANÁLISIS DE LA REALIDAD

Para hablar del SIDA es necesario detenerse a analizar la realidad social, personal, familiar, económica de las personas viviendo con VIH – SIDA, así como también prestar atención a las campañas de prevención y educación relacionadas con los medios de comunicación. Por otra parte, no se puede obviar la necesidad de poner de manifiesto la crisis sanitaria y educacional por la que pasa nuestro país..

2.1. Estadísticas

Es muy difícil poder establecer datos estadísticos legítimos sobre la enfermedad, pues estos rápidamente quedan fuera del contexto real. En 1982 en Argentina se mencionaba que había 3 (tres) casos de personas viviendo con VIH- SIDA; en la actualidad, según las estadísticas estatales (1997) hay 10.192 personas que han desarrollado completamente la enfermedad y cuyo sistema inmunológico está completamente deteriorado. De esas estadísticas acumulativas, sabemos que gran parte de los enfermos fallecidos¹⁴. Un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud, sostiene, que por cada persona que presenta ya los síntomas de las infecciones oportunistas o del mismo SIDA, hay que calcular alrededor de 50 a 100 portadores asintomáticos, es decir, que no tienen síntomas y cuya gran mayoría no saben que están enfermos o enfermas.

Estos datos sugieren que la expansión de la enfermedad no depara ningún buen futuro próximo, sino que expresa la necesidad de información, educación sexual y prevención adecuada¹⁵.

¹⁴ “El SIDA en la mujeres en Argentina” en *DeSIDAmos*, Vol. 1, Año 5 (Mayo 1997), Pág.27.

¹⁵ ANKE, Ekhart, “Educación sexual para jóvenes” en *DeSIDAmos*, Vol. III, Año 1 (Abril/Junio 1993), Pág.7.

Otro de los puntos para destacar es que la edad promedio de la mayoría de las personas que viven con VIH-SIDA, va de los 18 años a los 45 años; es decir, que las persona viviendo con VIH-SIDA están en la edad más productiva que posee el ser humano. Esta situación produce más dolor y sufrimiento, pues muchos de ellos verán como sus hijos quedarán a cargo del cuidado de sus abuelos por la ausencia de la generación intermedia.¹⁶

2.2. *Sociedad*

La edad promedio de los afectados, el contexto social de procedencia, entre otros índices construyen el mapa de la exclusión social y económica que revela la epidemia del SIDA. Las estadísticas nos muestran que el SIDA afecta a personas jóvenes, cada vez más pobres y mayoritariamente mujeres. La pobreza, la falta de formación educativa, el difícil acceso a los servicios de salud son cofactores que facilitan la difusión de la enfermedad. Las personas en situación de pobreza, de marginación y de exclusión son más vulnerables al SIDA. No queremos hablar aquí de causas sino de un contexto social donde la transmisión de la enfermedad es favorecida por prácticas de riesgo.

Juan Pablo II afirma que “mucho más que las enfermedades infecciosas que la humanidad ha sufrido a lo largo de su historia el SIDA tiene profundas repercusiones de naturaleza moral, social, económica y organizativa, no sólo en las familias y en las agrupaciones locales, sino también en las naciones y en toda la comunidad de los pueblos.”¹⁷

La revolución sexual ha introducido nuevas formas en la concepción de la

¹⁶ COELLO NOVELO, Antonia, *Resumen de los casos de SIDA notificados a los centros para el control y la prevención de enfermedades. Informe de la cirujana general al pueblo de los Estados Unidos sobre la infección por VIH*, Rockeville, National AIDS Clearing House, 1993, Pág.25.

¹⁷ JUAN PABLO II, *La Iglesia ante el SIDA. Una prevención digna de la persona humana*, Vaticano, 1989. Ver Apéndice, Pág.95.

sexualidad, de los roles, de la pareja; así también el tema de género se ha implantado en el diálogo contemporáneo. La sexualidad ha sido afectada por las leyes de mercado y la globalización. Las relaciones sexuales pre-matrimoniales son consideradas como algo que forma parte del comportamiento cotidiano de los jóvenes y aún existe una cierta compulsión a esas relaciones a través de la cultura del zapping.

Se añade a esto la realidad de la droga en sus múltiples manifestaciones. En este ámbito el VIH se transmite exclusivamente a través del compartir jeringas para inyectarse que fueron utilizadas por otros usuarios que estaban infectados¹⁸. De acuerdo al Lic. Carlos Peris, el problema de la drogadependencia “ha invadido a nuestra sociedad, una sociedad de por sí adictiva. En nuestro país, además, este proceso se ve alimentado por el desplazamiento del tráfico de drogas hacia nuevos mercados”¹⁹.

El ambiente cultural es otro factor a tener en cuenta, sobre todo en ámbitos en que el uso de drogas evaden de la realidad, con la intención de resolver los problemas de modo inmediato y ahogar los sentimientos de marginación, incompreensión y soledad. Nos encontramos frente a personas con poca cultura sumidas en la pobreza y el dolor que buscan escapar por medio de las drogas y el alcohol. “El actual modelo tecno-económico está excluyendo a los pobres de los sectores más rentables del mercado de trabajo y consumo, privilegiando a los ricos y a los mejor preparados. Aparte los minusválidos, los enfermos crónicos, los alcohólicos, los drogadictos, que se ubican fuera de las actividades económicas del mercado moderno, podemos encontrar múltiples rostros de la exclusión en: indigentes, inmigrantes, ancianos, desempleados, niños y jóvenes, mujeres, angustiados por la inseguridad social y desilusionados por la utopía del progreso.”²⁰

¹⁸ PENALOZA ROJAS, *El problema es el SIDA*, Bogotá, Paulinas, 1987. Pág.9

¹⁹ PERIS, Carlos Tomás, “El tiempo es vida” en *Luz y Verdad*, Junio/Julio (1993), Pág.6.

²⁰ THAI HOP NGUYEN, Pablo, “Los excluidos, extraña criatura del neoliberalismo” en *Cristianismo y Sociedad*, Tomo XXXII/2, Nro.120 (1994), Pág.53.

Según la Lic. Gracia Nuesch “en la drogadependencia se pone de manifiesto aquello que como individuo se es incapaz de formular con claridad y el deseo de ser y de ser querido. Esta realidad se produce en un marco social y familiar en el cual angustia todo lo que es diverso y diferente.”²¹

Los jóvenes viven desilusionados en el mundo en que están residiendo, la dificultad de conseguir trabajo que afecta la dignidad del ser humano, las dificultades de estudiar, lo difícil que es hacerse cargo de hijos o de sus padres producen fuertes golpes de los cuales buscan evadirse. El dolor, la depresión, las pérdidas, el hambre llevan a buscar un escape de lo real y es el fundamento del consumo de estupefacientes²².

Este consumo de drogas los lleva a bajar los brazos y ya no buscar motivos para luchar por un mundo mejor. En la juventud la tentación de la droga muestra una personalidad frágil, inmadura, poco estructurada, y esto guarda plena relación con la educación recibida. Los especialistas sostienen que los jóvenes se ven abandonados por la sociedad, que no los atiende, ni respeta y que el ambiente no les ha proporcionado todos los elementos sociales, culturales y religiosos necesarios para desarrollar su personalidad²³. Según Thai Hop Nguyen “la exclusión se ubica en los dos extremos más frágiles y más vulnerables de la vida, los jóvenes y los ancianos. El mercado excluye a los primeros porque económicamente no valen todavía y a los segundos porque ya no valen nada”²⁴.

Por otra parte el Pastor G.Brakemeier afirma que “el colectivo de las prostitutas adictas, se considera un colectivo expuesto a alto riesgo de contagio. La

²¹ NÜESCH, Gracia, “Las adicciones, sus consecuencias y la iglesia” en *Luz y Verdad*, Junio/Julio (1993), Pág.4.

²² Consejo Pontificio para la Familia, “¿Liberación de la droga?”, en *La cuestión social*, Año V, Nro.1, Mayo/Junio (1997), Pág.6.

²³ *Ibidem*, Pág.8.

²⁴ THAI HOP NGUYEN, P., *Op.Cit.*, Pág.54.

razón de ello no se encuentra en la cantidad de parejas sino en las características de estas prácticas, que al estar mediadas por el dinero que reglamenta o no el uso del preservativo según los deseos el cliente²⁵. Actualmente la prevención dentro de este grupo en situación de prostitución se toma en cuenta considerablemente.

Otra parte de la sociedad en peligro es el de los travestis, quienes ejercen la prostitución para sobrevivir, discriminados y marginados por su condición sexual.

Debemos además mencionar otro grupo que va creciendo rápidamente a causa de su vulnerabilidad cultural y dependencia económica: el de las amas de casa monogámicas y fieles. Aunque suene paradójico, estas mujeres contagiadas por sus maridos, son víctimas de la cultura machista latina con pautas de comportamiento sexual divergente. Ginette Dube en un estudio preparado para la Organización Mundial de la Salud sostiene que “el machismo ha sido un obstáculo en la aceptación del SIDA como enfermedad que afecta a todos.”²⁶ Por la desconfianza hacia la mujer y la dificultad cultural, de género y dependencia social se hace sumamente difícil acordar con su pareja el uso de medidas de prevención, entre ellos el uso del preservativo. Otro de los temas que debemos tener en cuenta, es el rol pasivo que la cultura asigna a la mujer, lo cual provoca que ella no pueda decidir positivamente medidas de prevención en sus relaciones sexuales. “Se le asigna a la mujer el rol de esperar la propuesta, recibir la demanda del varón. Esto implica aceptar que otro fije las condiciones en que la mujer ejerce su propia sexualidad”, afirma Ginette Dube en el estudio citado.²⁷ El Documento de la Federación Luterana Mundial²⁸ afirma que esta posibilidad o realidad es instituida por la “acción de dos factores: el machismo y la cuestión del discurso de la fidelidad en el contexto de la prevención del SIDA, lo

²⁵ BRAKEMEIR, G., *Op.Cit.*, Pág.2.

²⁶ DUBE, Ginette, *El SIDA y los derechos humanos*, Vancouver, Organización Mundial de la Salud, 1991, Pág.7.

²⁷ *Ibidem*, Pág.20.

²⁸ *Ibidem*.

que provoca un peligro muy grande hacia las mujeres subordinadas a las creencias machistas. Por miedo al que dirá su pareja, la mujer acepta todo lo que el hombre pide sin tener la posibilidad de cambiarlo. Esta actitud cultural ha provocado, como sostiene Zulema Casariego, que en la actualidad haya crecido considerablemente el número de amas de casa con VIH-SIDA.²⁹

Las personas de orientación homosexual, con identidad travestis, los que proceden del mundo de la dependencia a drogas, las personas que viven en situación de prostitución, “son marginados y carecen de injerencia dentro de los programas gubernamentales. Como resultado se los deja a la deriva en lo que se refiere a prevención y servicios de salud.”³⁰ Entonces “la lucha contra el SIDA es, por lo tanto, una lucha contra la pobreza, el analfabetismo, la prostitución y todas las formas de desigualdad social”.³¹

Para la Comisión Social de la Conferencia Episcopal Francesa el SIDA revela las miserias, la injusta distribución de bienes y recursos, que trazan una imagen del ser humano contemporáneo, imagen herida, por la fractura social que acentúa esta enfermedad.³²

2.3. Prevención

Al no haber un medicamento capaz de curar la enfermedad se hace indispensable establecer conductas que prevengan el contagio. “Nos enfrentamos a un complejo problema multifactorial y por tanto será preciso actuar a diferentes niveles (...):

²⁹ CASARIEGO, Zulema, “Situación del SIDA en La Plata y zonas de influencia”, en *Odontología Bonaerense*, Año 15, Nro.47 (Marzo 1994), Pág.22.

³⁰ DUBE, Ginette, op.cit, pág.36.

³¹ Federación Luterana Mundial, *El trabajo pastoral con relación al SIDA*, Buenos Aires, Iglesia Evangélica Luterana Unida, 1988, Ver Apéndice, Pág.111.

³² Comisión Social de la Conferencia Episcopal Francesa, “Ante el SIDA, relanzar la esperanza”, en *Criterio*, 25-7-96, Pág.382.

- a) cambiando actitudes y normas.
- b) atenuando las reacciones emocionales adversas.
- c) adiestrando habilidades.
- d) facilitando los instrumentales y condiciones necesarias para la prevención.
- e) disminuyendo la vulnerabilidad del organismo al VIH.
- f) proporcionando alternativas atractivas a los comportamientos de riesgo.
- g) reforzando el comportamiento de prevención” 33 .

Ciertamente la educación, en la escuela puede constituir uno de los medios fundamentales para evitar ésta u otras enfermedades infecciosas. Se trata de una educación sexual adecuada y progresiva que considere a la sexualidad como un componente de la persona, un modo de ser, de manifestarse, de comunicarse, de vivir el amor humano.

La prevención del SIDA no puede entonces centrarse en la lógica que favorece la transmisión del virus (la permisividad sexual) sino en el dominio y la responsabilidad sexual, amor por amor y no sexo por el sexo mismo.

La Comisión Social de la Conferencia Episcopal Francesa afirma : “La fidelidad es justamente el vínculo entre la sexualidad y la libertad: entre vivir para otro y trabajar para que este amor se libere progresivamente de lo que no es amor.”³⁴ Este es uno de los pensamientos expresados por un organismo de la iglesia católica, que revela la postura de algunos de sus componentes.

³³ BAYES, Ramón, *SIDA y psicología*, Madrid, Martínez Roca, 1996, Pág.94.

³⁴ Comisión Social ..., *Op.Cit.*, Pág.383.

Pero debemos ser conscientes que la fidelidad hoy se ha convertido en un tema altamente conflictivo, ya que las estadísticas y las encuestas realizadas en los últimos tiempos muestran la fragilidad de la fidelidad en nuestra sociedad. Las pautas culturales actuales, el debilitamiento de modelos de la pareja tradicional, las nuevas formas de convivencia sexual han modificado la concepción de pertenencia y de exclusividad aún en las relaciones humanas.

El manual de la Fundación Red afirma que para realizar una correcta educación para la prevención “el primer desafío que se plantea en el mensaje preventivo es separar el tema de la fidelidad de la cuestión del cuidado de la salud y de la vida. Esta clara diferenciación permite incluir dentro de las pautas de prevención a quienes voluntariamente o no, escapan al marco delimitado por la monogamia.”³⁵ El mensaje preventivo ha de ser realista, ha de revelar que además de la fidelidad como ejemplo a seguir, existen otras formas de relación que no pueden ser negadas o escondidas.

El afirmar la fidelidad como un valor a transmitir por algunos sectores sociales, no ha de ser un cerrar nuestros ojos hacia otras posibilidades en el marco de una sociedad ampliamente pluralista en sus opciones éticas, morales, religiosas y culturales. La fidelidad puede ser una opción válida como resaltadora del amor, que se fundamenta en conceptos relacionados con la dignidad del ser humano, los afectos, los derechos humanos, etc. Este encuadre de la sexualidad y en definitiva de la epidemia del SIDA, no se fundamenta en el miedo sino en un compromiso con la vida. La fidelidad no es un remedio contra las enfermedades de transmisión sexual sino que es una opción fundada en valores trascendentes con fundamento religioso, filosófico y humano.

Otra problemática a tener en cuenta es la de los toxicodependientes. El Consejo Pontificio afirma que una educación que suponga una prevención deberá encarar una serie de valores capaces de dar sentido y fin a la vida de cada persona, una educación

³⁵ *Método Urgencia SIDA. Manual para la formación de agentes de prevención*, Buenos Aires, Colihue, 1997, Pág.19.

que permita a cada ser humano ser capaz de superar momentos difíciles y crisis mediante relaciones significativas³⁶.

La Fundación Red sostiene que “las posibilidades de reflexión del adicto se frustran por la imperiosa compulsión a satisfacer su necesidad del objeto que calme la angustia del vacío y del fracaso en el reconocimiento de una identidad”³⁷

Enseñar los valores fundamentales para superar crisis no se logrará si no aceptamos que la sociedad es marginadora y estigmatizadora de todos aquellos que son diferentes.

El Lic. Carlos Peris afirma que “la marginación creciente que viene produciéndose en nuestro país junto a otras determinaciones psicosociales dan lugar a formas particulares de vivir y relacionarse. Dentro de ellas la solidaridad o las formas de dar y recibir afecto son vehiculizadas en conductas de exclusión, agresión, autoagresión.”³⁸

Un inconveniente a tener en cuenta con los toxicodependientes es su desconfianza hacia las autoridades públicas, lo cual hace que sea muy difícil establecer una relación entre ambos. La persecución de los funcionarios públicos (policía) hacia este grupo produjo una desconfianza difícil de sortear. Por lo cual debe tratarse de provocar que eviten prácticas de muchísimo riesgo como lo es el intercambio de jeringas.

“El SIDA nos coloca frente a un nuevo paradigma que tiene en su base la articulación de dos ejes dramáticos de la vida social: la sexualidad y la muerte”³⁹; por

³⁶ Consejo Pontificio ..., *Op.Cit.*, Pág.7-8

³⁷ Método Urgencia-Sida, *Op.Cit.*, Pág.24.

³⁸ PERIS, Carlos, “El tiempo es vida” en *Luz y Verdad*, (Junio/ Julio 1993), Pág.7.

³⁹ MASSON, María Angélica, “Sociología de la discriminación” en *Quirón*, Vol.XXVIII/ Nro.4 (Diciembre 1997), Pág.44.

esto las campanas de prevención deben ser convocantes y no esconder o recortar información.

Por ello para aquellos que viven la realidad de múltiples parejas sexuales debemos decir que el uso del preservativo no es el medio de prevención ideal, pero es conveniente que tengamos en cuenta que, dentro de su situación concreta, es el medio que reduce la expansión del virus.

El tema del profiláctico tiene una importancia particular. El mundo de la ciencia afirma que teniendo en cuenta que la transmisión sexual de esta enfermedad continúa siendo mayoritaria es sumamente necesario que se utilice como medio eficaz de prevención el preservativo que impide eficazmente y sin duda alguna el contacto de los fluidos corporales con alta concentración de virus.⁴⁰ En cuanto protege la vida, el uso del profiláctico es legítimo, necesario e insustituible como prevención higiénico-sanitaria.

Con respecto a la transmisión, relacionada con la vía sanguínea, debemos mencionar las transfusiones. "Es una responsabilidad de los sistemas de salud (los bancos de sangre estatales, privados, de la seguridad social) contar con los equipos necesarios para estudiar la sangre o sus derivados antes de la transfusión."⁴¹ Pues el no hacerlo provoca un alto riesgo hacia aquellas personas que han de recibir la sangre o sus derivados. Es también recomendable que cada uno se prevenga, dejando de lado una actitud pasiva ante los profesionales, tomando una actitud participativa consultando y verificando si los materiales a utilizar son esterilizados "demostrar la necesidad de protagonismo del hombre común para que las prácticas médicas no aumenten el riesgo de infección es de vital importancia"⁴²

⁴⁰ SECRETARIA DE SALUD, *Sida un problema de todos*, Buenos Aires, Secretaría de Salud de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, 1997, P/ag. 10.

⁴¹ *Ibidem*, Pág. 11.

⁴² Método Urgencia-Sida, *Op.Cit.*, Pág. 21.

2.4. Medios de comunicación

Los obispos católicos de los Estados Unidos de América, en su declaración del año 1987 afirman: "En cuanto sociedad estimamos que es necesario que los medios de comunicación social, adapten programas educativos para contribuir a reducir el miedo y la discriminación frente a las persona contagiadas de SIDA"⁴³. En igual sentido la Fundación Red dice que el mensaje preventivo que se pretende dar debe reconocer todas las diferencias, no provocar la exclusión de ningún grupo humano⁴⁴.

Pues si las campañas de prevención no incluyen todas las variables aquel que se sienta excluido pensará que se encuentra dentro de un grupo que supuestamente esta exento de contagio, lo cual sabemos no es real. Los medios de comunicación deben evitar ocasionar miedo, terrorismo, alarmismo, pues el miedo lejos de promover la prevención hace que el portador se oculte, que la comunidad segregue al portador y que cada individuo niegue sus conductas de riesgo.⁴⁵

Por su lado la Federación Luterana Mundial en su documento afirma que los medios de comunicación deben informar de manera clara, concisa, abarcativa. Actualmente esta información alcanza a las personas con un cierto nivel de educación y deja afuera a grupos que necesitan verdaderamente la información por estar más expuestos al contagio⁴⁶. Es decir, debe pensarse en una campaña que informe con un vocabulario directo y simple a todos los habitantes sobre las formas de contagio que se pueden producir en ciertos comportamientos de riesgo: relaciones sexuales sin protección, compartir jeringas, recibir transfusiones sin control. Debe existir un compromiso de no buscar el promover a través del miedo irracional la marginación de

43 US CATHOLIC CONFERENCE, *Los múltiples rostros del SIDA*, Declaración de la Oficina Administrativa, Diciembre de 1987 (Traducción Lisandro Orlov), Pág.9.

44 Método Urgencia-SIDA, *Op.Cit.*, Pág.23.

45 *Ibidem*, Pág.18.

46 Federación Luterana Mundial, *Op.Cit.*, Ver Apéndice, Pág.112.

seres humanos, sino crear un amplio contexto educativo que supere conductas como la toxicomanía y promover una sexualidad digna y responsable, ligada al respeto del cuerpo propio y ajeno. En este sentido la Fundación Red expresa que “el mensaje y la acción preventivas deberán contribuir a una recuperación del cuerpo, reinstalándolo como objeto de amor, atención y cuidado.”⁴⁷ Además, “para actuar sobre los dispositivos sociales enumerados es necesario hablar el lenguaje propio de cada agrupamiento socio-cultural, responder a sus motivaciones, afinidades y rechazos.”⁴⁸

Podemos decir entonces que debemos tener cuidado en las campañas de prevención, pues la gente interpreta de modo selectivo las informaciones que proceden de los medios de comunicación, lo cual crea un nuevo inconveniente. La información es tomada de modo diferente por cada receptor, por la influencia que lo rodea y la confianza o credibilidad en los programas de prevención. Las comunidades cristianas pueden realizar una acción de apoyo a programas de prevención brindando una información completa y científicamente fundada, creando un mensaje educativo que parta desde un compromiso con la dignidad de toda persona, un adecuado encuadre de los afectos, evitando utilizar el miedo como herramienta educativa. Abriendo sus instituciones e instalaciones para crear espacios de educación para la prevención que emplee un lenguaje e imágenes accesibles a la comprensión de las poblaciones más necesitadas.

2.5. Conclusión:

La Fundación Red afirma que: “Los hábitos, prejuicios y pautas culturales que facilitan la propagación del SIDA solo pueden ser modificadas a partir de una labor

⁴⁷ Método Urgencia-SIDA, *Op.Cit.*, Pág.25.

⁴⁸ *Ibidem*, Pág.28.

cotidiana, permanente y a largo plazo”⁴⁹

En su artículo “Sociología de la Discriminación” la Lic. María A. Masson sostiene que “la dificultad principal de las campanas de prevención reside en encontrar aquellos elementos simbólicos que permitan enlazar el problema general que representa la epidemia con el problema particular de cada uno de los individuos. (...)Sabemos que cada comunidad, cada grupo social se maneja con códigos diferentes. Si uno olvida esto cualquier intento de tarea preventiva cae en el fracaso.”⁵⁰

Con estas dos posturas observamos que lo importante en una campaña de prevención será tener en cuenta la cultura de cada grupo para utilizar un lenguaje, imágenes, ejemplos tomados de ese medio, y pensar a largo plazo, pues no es inmediato el hecho de aceptar los cambios sociales y culturales que son necesarios para crear protección frente a la epidemia.

De acuerdo al pensamiento de los obispos católicos romanos de Estados Unidos, es posible acelerar este camino si: “como sociedad desarrollamos programas educativos, para impedir la difusión de la enfermedad. Reflejando estos una concepción auténtica de la intimidad y de la sexualidad humana, como también tener en cuenta el pluralismo de los valores y de las actitudes de nuestra sociedad.”⁵¹

La Fundación Red asegura que : “La acción preventiva (...) se puede desplegar desde las instituciones, a partir de sus miembros y durante sus actividades cotidianas”⁵², pues existe prevención mientras tanto la comunidad la ejerce, en tanto la recree y la tome como un comportamiento propio. Para ello sería importante que “cada institución definiera (...) en qué aspectos fortalecer la formación de promotores

⁴⁹ *Ibidem*, Pág.65.

⁵⁰ MASSON, M.A., *Op.Cit.*, Pág.46.

⁵¹ U.S.Catholic Conference, *Op.Cit.*, Pág.2.

⁵² Método Urgencia-SIDA, *Op.Cit.*, Pág.65.

(...) para promover:

1) Conocimiento de los problemas y áreas de interés que su población tiene respecto al SIDA: conductas de riesgo, prejuicios, preocupaciones, dudas.

2) Revisión constante de sus propios obstáculos respecto al SIDA.

3) Actualización permanente en el conocimiento del SIDA como enfermedad, políticas oficiales de asistencia y prevención, evolución de las pautas de riesgo y prevención.⁵³

2.6. Aspecto político-económico del SIDA

Es necesario para entender el fenómeno del SIDA comprender el bagaje cultural, político y social que este pone de manifiesto o revela.

G.Dube sostiene que “el SIDA se manifiesta en los sectores más marginalizados y estigmatizados de la población de los países (...). Debido al contexto socio-cultural, el aspecto médico del SIDA ha sido sobrepasado por el aspecto social y político del mismo”⁵⁴; mientras que para la Comisión Médico Cristiana del Consejo Mundial de Iglesias: “en todas partes del mundo la gente continúa muriendo a causa de enfermedades que pueden prevenirse (...). En los países donde la comunidad se sacrifica por la producción, el vacío y la soledad pueden representar una muerte en vida y llevar a algunas personas a buscar vías de escape en el alcohol y los estupefacientes.”⁵⁵

Es importante que los gobiernos replanteen la gestión y distribución de los recursos económicos, pues son muchas las fases de la realidad que necesitan de una

⁵³ *Ibidem*, Pág.66.

⁵⁴ DUBE, G, *Op.Cit.*, Pág.1.

⁵⁵ COMISION MEDICO CRISTIANA, *¿Qué es la salud?*, Ginebra, Consejo Mundial de Iglesias, 1988, Pág.35.

inversión económica; prevención, educación, asistencia y adecuación de los servicios sanitarios para responder a los enfermos. Surge fuertemente la necesidad de crear lugares de cuidados fuera del hospital, dado el caso de que la mayoría de las personas viviendo con VIH-SIDA no pueden ser dadas de alta porque no tienen donde ir por el rechazo que sufren de sus familias o por la pobreza total en la que viven. Es muy importante que en un futuro se pueda integrar la asistencia hospitalaria y fuera del hospital por parte del estado, además de los lugares privados que ya están proporcionando un ámbito de acogida para aquellos que no tienen donde ir. Esto revela la problemática social del SIDA, "la falta de consideración hacia los pobres"⁵⁶.

En síntesis, se presentan hacia el futuro no muy lejano, serios problemas de política sanitaria desencadenados por el SIDA. Como hemos mencionado más arriba a la falta de camas porque los enfermos no tienen donde ir, se suma el hecho de que algunos hospitales carecen del mínimo necesario para mantener la higiene que se requiere, de modo que se evite el contagio de otras enfermedades infecciosas, por ejemplo, tuberculosis, hepatitis. Por otra parte el apoyo psicológico que en algunos hospitales brilla por su ausencia o es brindado en forma muy irregular.

Además debemos sumar a esta situación lo difícil que es obtener los medicamentos "la situación de quienes no disponen de dinero para adquirir medicamentos; se reproduce en todo el país [Argentina] (...) debe rozar el 60% de los enfermos"⁵⁷. Frente a estos problemas debemos entonces situarnos para continuar nuestra investigación, en esta marginación a nivel social, estatal, personal, que el SIDA nos revela.

⁵⁶ DUBE, G., *Op.Cit.*, Pág.1.

⁵⁷ BELLONI, Liliana, "No puede combatirse aquello que no se conoce, la década del desamparo" en *SIDA HIV News*, Diciembre 1996, Pág.2.

LA PERSONA VIVIENDO CON VIH-SIDA

3.1. Perfil social de la persona viviendo con VIH-SIDA

Después de haber hecho este recorrido siempre centrados en el análisis de la situación de las personas que viven con VIH-SIDA, conviene que nos aboquemos a los aspectos sociales de la persona viviendo con VIH-SIDA, a sus relaciones afectivas, a su historia. Para llegar a comprender las historias personales no podemos limitarnos al análisis de comportamientos o conductas sino que debemos ir a las fuentes de esas conductas, que tienen múltiples causas de características sociales, familiares y personales. Nos situamos entonces ante cuatro historias de vida de personas viviendo con VIH-SIDA.

Estas cuatro historias fueron seleccionadas entre otras seis realizadas a personas visitadas en el Hospital Francisco Muñiz de la ciudad de Buenos Aires. Con quienes hemos convivido en el Hostal solidario del MEDH (Movimiento Ecuménico por los Derechos Humanos). Diremos entonces que la primer característica del perfil social de las personas viviendo con VIH-SIDA es la de tener una familia problemática, con relaciones conflictivas que viven en medio de problemas y dificultades que no consiguen superar.

A continuación presentaremos cuatro síntesis de las historias personales de quienes estudiaremos en esta etapa.

ESTEBAN.

En esta historia personal el padre es golpeador y alcohólico, al igual que la madre, quien ha quedado imposibilitada fruto de un accidente cuando estaba alcoholizada. Viven en una villa miseria en el Gran Buenos Aires.

El hijo, Esteban, estuvo 16 años ligado a las drogas, es decir que consume desde

los 11 años. Al momento de la entrevista llevaba según él un período de 9 meses sin consumir, por lo que se empezó a sentir mal y acudió a una comunidad terapéutica de una Iglesia Pentecostal de su barrio. Tiene una hija de 3 años a la cual no ve por prohibición de su suegra quien lo amenazó con denunciarlo a la policía.

Los padres de Esteban no saben donde él esta, ni siquiera que esta enfermo. Desde su internación ni sus padres ni los miembros de la comunidad terapéutica donde vivía lo visitan. En estos momentos no tiene donde ir a vivir, y no quiere volver a su barrio por el temor a “engancharse” nuevamente con las drogas. A lo largo de los tres meses de acompañarlo y haber hablado sobre diferentes se fue creando una amistad y un intercambio de afectos que permitió a ambos crecer en la comprensión de situaciones. Si bien, no se pudieron restablecer los vínculos con la familia y la presencia de los líderes de la iglesia y comunidad terapéutica fueron muy débiles, al morir se encontró, por lo menos acompañado y sostenido por un miembro del equipo de acción pastoral..

CARLOS.

La historia de Carlos nos revela que convive con su madre los primeros años de su vida. Ambos fueron puestos en un orfanato porque su abuela denunció a su madre por estar embarazada a temprana edad (12 años). Debido a las diferentes fugas institucionales de la madre menor de edad con su pequeño hijo, al cumplir este último los 5 años fue separado y llevado a otro orfanato.

No conoce a su padre. Actualmente su madre está en pareja y tiene 6 hijos, pero tiene prohibido a Carlos visitarla porque le recuerda un mal momento de su vida. No tiene donde ir pues las relaciones con su familia están deterioradas. La relación con amigos es débil y con escasos vínculos reales.

ROBERTO.

En esta historia encontramos a un joven de 38 años, de identidad travesti, inmigrante. En la Argentina sufre diferentes problemas que lo llevan a un

neuropsiquiátrico, donde descubren que es seropositivo (portador de el virus VIH - SIDA).

Sufre tremendamente por no tener donde ir, sus padres ambos difuntos nunca aceptaron su condición sexual, lo cual lo tiene muy culpabilizado y triste. Esto se ve reforzado por ingredientes religiosos, pseudo Testigo de Jehová.

Roberto proviene de una zona selvática (muy pobre), es peluquero y tiene sus estudios secundarios completos en su país de origen. Actualmente se encuentra nuevamente en el hospital neuropsiquiatrico debido a una descompensación por falta de medicación ya que no se brindó la historia clínica al Hospital de Enfermedades infecciosas donde fue derivado en cuanto descubrieron su seropositividad.

ALBERTO.

En la historia de Alberto observamos quizás la más dura de estas realidades. Ésta es una situación de incesto pues su abuelo es a la vez su padre: su madre fue violada por el padre.

Alberto fue expulsado de su casa por ser de orientación homosexual, se encuentra solo, no tiene donde ir y su madre no sabe que tiene SIDA. El dolor y el sufrimiento en esta persona son muy grandes.

RESUMEN :

Lamentablemente estas historias revelan que en la mayoría de los casos de personas viviendo con VIH-SIDA parece ser una constante la destrucción de las relaciones familiares, previa a la aparición de la enfermedad.

La necesidad de sentirse queridos y de una educación sana en el seno de una familia y en la escuela, emerge como una urgencia al contemplar esta desesperante realidad. Las causas son múltiples, pero se dan una serie de variables comunes a la mayoría.

Son personas que han vivido en grupos "altamente estigmatizados, han vivido en

una sociedad que diariamente les muestra su desprecio y odio mediante la violencia física, abuso psicológico, discriminación práctica y legal y un rechazo social.”⁵⁹

Con respecto a la situación económica de las personas viviendo con VIH-SIDA, debemos decir que en su mayoría padecen circunstancias precarias, especialmente los toxicodependientes. En las familias de éstos existe una precaria vida antes de comenzar esta triste etapa (caso I).

El nivel cultural, en estrecha relación con el económico, es muy bajo en particular entre los drogadependientes. Deserción escolar prematura, la falta de interés por la propia educación son en general, pautas comunes a todas estas historias. No sucede lo mismo entre las personas de orientación homosexual que por lo general se encuentran en mejores circunstancias tanto económicas como culturales; no siendo así el caso de los travestis, que en su mayoría provienen de contextos familiares extremadamente pobres y que sobreviven a la marginación y estigmatización por medio de la prostitución, ya que ésta es la única posibilidad que les permite mantener su identidad.

En pocas palabras, el perfil social de las personas viviendo con VIH-SIDA, lo hemos delineado según los siguientes elementos: •situación familiar, por lo general problemática; •dinámica de destrucción de lazos afectivos débiles (los cuales se pierden en su mayoría al enterarse de la enfermedad); •marginación; •estigmatización; •situación económica precaria, y •nivel cultural muy bajo. Muchos además han pasado un tiempo presos⁶⁰.

3.2. Derechos de las personas viviendo con VIH-SIDA

Para comenzar podemos decir aquí que no existe ningún derecho que tenga el enfermo de SIDA que no lo posean las demás personas enfermas. La Declaración de

⁵⁹ DUBE, G., *Op.Cit.*, Pág.1.

⁶⁰ Los datos fueron tomados y seleccionados en base a 10 entrevistas personales en el Hospital Municipal “Francisco P. Muñoz”, Buenos Aires, guardando su identidad real.

los Derechos Fundamentales de la Persona que Vive con el VIH-SIDA afirma :
“Consideramos que el SIDA desde el punto de vista de la medicina es una enfermedad como otras, que es una epidemia a nivel mundial y que es preciso un esfuerzo colectivo para detenerla. Asimismo la Declaración proclama que :

1- Todas las personas tienen derecho a la información clara, exacta y científicamente fundada acerca del SIDA, sin ningún tipo de restricción. Las personas que viven con el virus del SIDA tienen derecho a informaciones específicas sobre su condición como tales.

2- Toda persona que vive con el virus del SIDA tiene derecho a la asistencia y al tratamiento, suministrados ambos sin ninguna restricción y garantizando su mejor calidad de vida.

3- Ninguna persona que viva con el virus será sometida a aislamiento, cuarentena o cualquier tipo de discriminación.

4- Nadie tiene derecho a restringir la libertad o los derechos de las personas por el único motivo de que estas convivan con el virus del SIDA, cualquiera sea su raza, nacionalidad, religión, ideología, sexo u orientación sexual.

5- Toda persona que viva con el virus VIH-SIDA tiene derecho a la participación en todos los aspectos de la vida social. Toda acción que tienda a recusar a las personas enfermas para un empleo, un alojamiento, una asistencia o privarlos a ello, o que tienda a restringirles la participación en las actividades colectivas, escolares y/o militares, debe ser considerada discriminatoria y penada por la ley.

6- Todas las personas tienen derecho a recibir sangre y hemoderivados, órganos, tejidos que hayan sido rigurosamente analizados y comprobada en ellos la ausencia del VIH.

7- Nadie podrá hacer referencia a la enfermedad de alguien, pasada o futura o al resultado de sus análisis para el SIDA sin el consentimiento de la

persona involucrada. La privacidad de la persona viviendo con VIH-SIDA deberá ser asegurada por todos los servicios médicos y asistenciales.

8- Nadie será sometido compulsivamente en ningún caso, a los análisis para el SIDA. Estos deberán ser usados exclusivamente para el control de transfusiones y trasplantes y para estudios epidemiológicos, pero jamás para ningún tipo de control de personas o poblaciones. En todos los casos de análisis los involucrados deberán ser comunicados por un profesional competente.

9- Toda persona que vive con VIH-SIDA tiene derecho a comunicar solo a las personas que él desee el resultado de su análisis.

10- Toda persona que viva con el virus tiene derecho a la continuación de su vida civil, profesional, sexual y afectiva. Ninguna acción podrá restringir sus plenos derechos a la ciudadanía.”⁶¹

3.3. La persona con VIH-SIDA

En este punto trataremos de analizar las reacciones, sentimientos, y necesidades de las personas viviendo con VIH-SIDA. Cada persona vive de un modo diferente su experiencia con la enfermedad, al igual que lo hacía antes de contraerla frente a otras situaciones. Pero puede sernos útil un intento de comprometernos con la experiencia del enfermo para ver algunos sentimientos que le acompañan con mayor frecuencia. Por lo que trataremos de delinear los diferentes estadios comunes por los que pasan las personas viviendo con VIH-SIDA.

A) Desde aquí enumeraremos diferentes factores que influyen en las reacciones de las personas viviendo con VIH-SIDA.

1) La edad Como primer factor nos encontramos con la edad. Por lo observado en las visitas realizadas a las personas en el Hospital Francisco Muñiz y las estadísticas

⁶¹ Método Urgencia-SIDA, Op.Cit., Pág.204-206. Tomado a su vez de la Conferencia de Montreal 1988.

del gobierno de la ciudad de Buenos Aires, hemos corroborado que las personas viviendo con VIH-SIDA, tienen edades que oscilan entre los 20 y 46 años⁶². Estamos refiriéndonos entonces a personas jóvenes que se encuentran afectados por una enfermedad mortal, teniendo en cuenta que encontrarán su muerte, a veces en breve (por el mal cuidado y el avance acelerado de la enfermedad) y otras veces con mucho más tiempo (la enfermedad tratada en forma adecuada puede llegar a convertirse en algunos casos en una enfermedad crónica).

En esta etapa nos encontramos con el deseo de todos los seres humanos, de fallecer ancianos, con el cuerpo “gastado”, con toda una vida detrás, preparado. El SIDA nos confronta con personas sintiendo frustración, dolor, depresión, humillación, la vida vista como un juego malo, una falta de “suerte” y la negada oportunidad de vivir hasta la ancianidad. Todos soñamos en nuestra juventud con proyectos para el futuro, normalmente con una situación de seguridad, estabilidad económica, una familia, hijos, esposa/o, auto, casa, felicidad, entre otros.

Pero las personas viviendo con VIH-SIDA al encontrarse con la enfermedad, ven demolerse todos sus sueños, todo lo soñado da un giro de 180°. Ya no es posible pensar en alcanzar, un lugar deseado, donde encontrar estabilidad, la familia, los hijos, el futuro deja de tener la importancia que le asignaba. Las personas viviendo con VIH-SIDA tratan de vivir el hoy pues no saben si habrá un mañana, aún cuando haya mejorado su calidad de vida con las nueva medicación o triterapia (así llamada por incluir tres medicaciones al mismo tiempo). Aunque actualmente existe la esperanza de la negativización y transformando a la enfermedad en algo crónico, pero existe una pregunta que acota la esperanza. ¿Cuanto dura esa negativización?

Debemos decir aquí que la edad psicológica del enfermo muchas veces es menor a la edad cronológica. Es decir que esto nos revela una historia que le ha proporcionado poca cultura, condiciones que le llevan a no querer crecer, a no asumir responsabilidades, quizás en su mayoría sobre esta senda encontraremos a los

⁶² “El SIDA en Argentina”, en *Desidamos*, Nro.1 (1992), Pág.27.

drogadependientes, que como hemos dicho ya sufren la pobreza, la falta de toma de actitudes responsables, una sexualidad superficial, y relaciones sociales pobres⁶³.

El hecho de tener el diagnóstico del SIDA provoca terror a la muerte, a morir a una edad joven, supone un drama auténtico, quizás mucho más dramático para quien acompaña que para el enfermo en sí, el cual vive hace tiempo en una dinámica extraña y dolorosa y puede ser que ni siquiera tenga a alguien que dejar o abandonar, a nadie que sufrirá su pérdida⁶⁴. El círculo de relaciones significativas de las personas viviendo con VIH-SIDA frecuentemente es pobre económicamente, y ello hace que el tener que morir sea doloroso pero no tan desgarrador como para aquellos que tienen un mundo más estable.

Por otro lado, observamos en ocasiones que el caso de los homosexuales es diferente, pues como hemos dicho en el capítulo anterior, su educación es superior y varias veces tienen parejas estables. En este caso la edad no será un factor importante sino el sentimiento de culpa, las relaciones con la familia natural (en su mayoría fueron echados o han decidido alejarse para ocultar su condición), etc.

En definitiva, podemos decir que un ser humano joven, ante el SIDA, se plantea el miedo a morir, lo cual lo pone ante la muerte sin haber logrado experiencia, dado que en su corto camino no ha tenido ocasión de experimentar pequeñas muertes: renunciaciones, abandonos, cambios que pueden ser pedagógicos para prepararse para la propia muerte.

2) Los roles:

Para continuar avanzando sobre los sentimientos de las personas

⁶³ Estas afirmaciones han sido tomadas de la experiencia en la pasantía realizada en el Hostal Solidario de la Pastoral EcuMénica de Acompañamiento a personas con VIH-SIDA del Movimiento EcuMénico por los Derechos Humanos y en el Hospital Municipal "Francisco P. Muñiz".

⁶⁴ "Los chicos de la calle" en *Revista del Programa Andrés*, Año 2, Nro.5 (Marzo 1992), Pág.20.

viviendo con VIH-SIDA debemos prestar atención a los roles que éste cumple en la familia y en la sociedad. Como dijimos anteriormente, la gran mayoría de los enfermos no superan los 46 años, en su gran mayoría son hijos o hijas de familias con problemas importantes en diferentes niveles. En el caso en que la persona viviendo con VIH-SIDA ya ha contraído matrimonio o vive en pareja la situación se torna aún más difícil. Entre estos no es complejo encontrar jóvenes casados o juntados a edad prematura, por haber dejado embarazada a su novia, siendo ambos adolescentes, y por tanto con un hijo. Esto provoca en el enfermo que su situación se transforme aun más complicada y dolorosa, pues además está en juego el futuro de su hijo y esposa o pareja, que se quedará sin él mientras es un niño. Pero también en la mayoría de los casos la pareja ha contraído el virus y en ocasiones ya está muy enferma. Lo cual no presenta un muy buen augurio para ese hijo. Entonces éste deberá ser criado por sus abuelos. Entre los toxicodependientes no es muy difícil encontrarse con que han perdido su pareja muy joven por diferentes causas; sobredosis, accidentes de tráfico (al estar bajo el efecto de las drogas), enfermedades, etc. En cuanto a los homosexuales, si tienen pareja podrá observarse que lo acompaña. En el caso de no tenerla suele verse en muy pocos casos cuidados por su madre. Con respecto a los travestis, la situación es más compleja, pues son actualmente más discriminados y marginados. Es difícil verlos acompañados. En ellos encontramos un pasado doloroso de drogas y prostitución, problemas familiares graves, etc.

Si nos referimos al rol social, del trabajo, sucede que si lo tenía cuando fue diagnosticado, en la mayoría de los casos ya se ha visto obligado a dejarlo por encontrarse débil, o por problemas sociales (rechazo en el trabajo, necesidad de ocultar qué le pasa). Este hecho se corresponde también a la familia, si es que la relación existe.

3) Personalidad de la persona viviendo con VIH-SIDA:

En el análisis sociológico ya hemos hecho referencia al perfil social, subrayando la delicada situación familiar "la inseguridad, la baja autoestima, la falta de motivación para el esfuerzo, la falta de cariño y comunicación con los seres queridos, el

aislamiento afectivo, la depresión , el stress intenso, la ansiedad aguda, la baja tolerancia”⁶⁵ , la baja cultura de la mayoría de las personas viviendo con VIH-SIDA. He aqui que muchos de los comportamientos que observaremos tendrán que ver con la forma en que cada individuo ha desarrollado su vida, las relaciones interpersonales (amigos, familia) la educación, la situación económica, el trabajo, etc. Muchos comportamientos son el producto de la influencia de esta historia personal.

Las personas viviendo son VIH-SIDA dificilmente gozan de relaciones estables, consistentes. Con respecto a los toxicodependientes podemos decir que se encuentran en constante desconfianza hacia quienes tienen a su lado por el miedo a ser traicionados, algo real puesto que todos se han transformado en rivales para conseguir la droga necesaria.(68)

La sexualidad constituye un aspecto importante que configura de manera concreta los sentimientos de la persona viviendo con VIH-SIDA y que distingue de alguna forma esta epidemia de otras. El SIDA pone de manifiesto las fallas sociales, la marginación, la destrucción de los “distintos”, estigmatizándolos y haciéndolos sufrir su condición. “El temor al SIDA se asocia al temor a la homosexualidad”⁶⁶ .

“La droga es uno de los múltiples síntomas de malestar que la sociedad genera al no responder a las necesidades básicas de cada ser humano.”⁶⁷

4) La identidad corporal:

El cuerpo es para todos nosotros muy importante. Este es un aspecto que merece una particular atención., pues sentimientos y reacciones específicas serán la consecuencia de una identidad corporal en deterioro progresivo. “estando sano o enfermo constituyen un acontecimiento en el que entreveramos

⁶⁵ DIAMONDSTEIN, Carola, *Prevención en la familia, informe para padres*, Buenos Aires, Programa Andrés, 1992, Pág.7.

⁶⁶ DUBE, G., *Op.Cit.*, Pág.17.

⁶⁷ DIAMONDSTEIN, C., *Op.Cit.*, Pág.8.

aspectos, corporales, anímicos, sociales y religiosos”⁶⁸.

El cuerpo para la mayoría de las personas viviendo con VIH-SIDA se torna en centro de atención y preocupación, desencadenando una fijación de auto-observación.

Debemos tener en cuenta que el cuerpo tiene un significado relevante ya antes de convivir con el virus. Para el heterosexual ha sido importante para producir placer, a través de varias parejas. Para el homosexual porque en él ha descubierto en un momento de su historia esa realidad concreta que le hizo reflexionar sobre sí. El drogadependiente tiene una relación conflictiva con su cuerpo al cual no le presta ninguna atención y lo somete a una constante agresión. El travesti ha tenido que elaborar una identidad desde adentro, al igual que las personas de orientación homosexual, agregando a esa elaboración un relacionarse con su cuerpo que introduce modificaciones estéticas que le acercan a ciertos estereotipos de lo que culturalmente se considera “femenino”.

La enfermedad del SIDA conlleva unas transformaciones corporales muy duras, como por ejemplo, el *Sarcoma de Kaposi*, que llena todo el cuerpo de manchas marrones, la *Toxoplasmosis*, lleva a imposibilitar los sentidos, y los hongos que producen heridas en genitales, cara, resto del cuerpo⁶⁹.

En el fondo el SIDA destruye el narcisismo, puesto que produce gran frustración, en cuanto que va destruyendo las fantasías de un cuerpo perfecto e invulnerable. Además revela que el cuerpo ya no funciona como sostén y vehículo de presentación y transporte al mundo exterior (cultural y social) “El mundo se ha empequeñecido hasta quedar reducido a la cama”⁷⁰.

⁶⁸ SPORKEN, Paul, *Ayudando a morir*, Santander, Sal Terrae, 198..., Pág. 16.

⁶⁹ Cf. FACT SHEET, *Treatment Issues: Sarcoma de Kaposi, CMV, Herpes, Tuberculosis, Candidiasis, Toxoplasmosis*, New York, G.M.H.C., 1995 (Serie de folletos).

⁷⁰ VAN der BERG, J., *Psicología del enfermo postrado en cama*, Carlos Lohle, 1961,

5) El miedo a la muerte:

Éste es un tema que desencadenará diferentes reacciones a lo largo de la enfermedad.

Las personas viviendo con VIH-SIDA a veces hablarán del miedo y otras lo esquivarán.

La conciencia de saber que conviven con una enfermedad mortal causa depresión, angustia autoaislamiento, irritabilidad, negación, etc. Hay, sin embargo, quienes muy serenamente diagraman en la medida de lo posible su vida, pero hay quienes necesitan el mecanismo de la negación para poder soportarlo⁷¹. Hay quienes piensan en el futuro, los próximos meses, otros que sólo piensan en el hoy.

Podemos decir que la conciencia de convivir con el VIH provoca conversar y pensar sobre el tener que morir, y aunque las personas viviendo con VIH-SIDA expresan la necesidad de no pensarlo, como acompañantes debemos estar dispuestos a afrontar el tema cuando sea solicitado por la persona.

3.4. ¿Qué siente la persona viviendo con VIH-SIDA?

En los párrafos anteriores nos hemos detenido a analizar algunos elementos que explican las reacciones y o sentimientos que experimenta la persona viviendo con VIH-SIDA: la edad, los roles, la personalidad, su historia y condición social, familiar, afectiva, el deterioro del cuerpo, el miedo a morir.

En este apartado trataremos de exponer de un modo más específico los sentimientos por los que van pasando. "Existe no solo el miedo a la enfermedad como tal, sino también el estigma social de impureza. El SIDA trae consigo el miedo, la

⁷¹ Cf. KÜBLER ROSS, Elizabeth, *Sobre la muerte y los moribundos*, Barcelona, Grijalbo, 1994.

agonía, la inexistencia, el dolor físico, rechazo, aislamiento y vergüenza”⁷².

La Culpa:

“La culpa, el odio, el resentimiento y el sin sentido son los factores que más influyen en la disminución de las capacidades inmunológicas.”⁷³ Casi la mayoría de los que han trabajado con el SIDA hacen referencia a este sentimiento. Es común en muchas enfermedades, pero en el SIDA toma un carácter diferente. Este sentimiento se adquiere por varias causas (de la historia de cada persona), pero manifestaremos las siguientes:

- Relacionado a uno mismo: La persona viviendo con VIH-SIDA reflexiona sobre su propio pasado. La historia de su vida se ve reproducida mental y oralmente trayendo al presente toda una serie de vivencias que le hacen sentir culpa, uso de estupefacientes, adulteración de ellos, robos, relaciones problemáticas, comportamiento sexual con muchas parejas, la homosexualidad, el travestirse..., múltiples circunstancias se pliegan y colaboran a agrandar el sentimiento de culpa sobre sí.

- Relacionado con la familia: Como hemos visto anteriormente ésta es una relación problemática. En varias ocasiones la persona viviendo con VIH-SIDA ha hurtado a los suyos para proveerse drogas, o bien ha vuelto a casa drogado, alcoholizado y ha provocado aún más conflictos. Existe también un poco de miedo de haber contagiado a los suyos (por carecer de información preventiva clara en su contexto) mediante el uso de elementos comunes de la casa.

Las personas de orientación homosexual, puede haber sido rechazadas en el seno familiar y ello ha provocado, ser expulsados de su hogar, o su propio alejamiento para no revelar su situación.

⁷² DUBE, G., *Op.Cit.*, Pág.38.

⁷³ COMISION MEDICO CRISTIANA, *Op.Cit.*, Pág.14.

• Relacionado a la pareja: Es un suceso real la transmisión del virus a la mujer, al marido, a la novia, al amigo homosexual, a las múltiples parejas. Esta realidad produce una gran culpa. Este sentimiento en ocasiones es muy fuerte. Puede darse el caso de que la pareja contagiada desarrolle la enfermedad y muera. En este caso el sentimiento de culpa es durísimo. Aunque siempre existe la duda de quién contagio a quién, pero aun así se experimenta culpa.

En el caso de las personas viviendo con VIH-SIDA que se encuentran en su fase terminal este sentir les remorderá hasta sentirse perdonados por otro y por ellos mismos. A veces el sentimiento de culpa es tan fuerte que no permite que haya una reconciliación consigo mismo. En otras ocasiones se busca un culpable fuera de sí: un experimento secreto, relaciones sexuales con monos, alguien que introdujo el virus.

Rabia :

Es otro sentimiento que se da en la mayor parte de los enfermos, pero aquí cabría un tono especial. Se asocia con el sentimiento de que algunas enfermedades son castigos por transgresión de leyes humanas o divinas. Alguien o algo a veces indefinido, (a veces Dios) ha hecho uso de la justicia y castiga los comportamientos anteriores con la enfermedad.

Es interesante constatar la aproximación que a esta situación hace la Iglesia de la Comunidad Metropolitana que afirman que "este argumento está fundamentado por el miedo y la equivocación en la interpretación del mensaje divino. Basándose en 3 suposiciones falsas:

- 1.- que los actos homosexuales son pecado.
- 2.- que Dios causa el sufrimiento.
- 3.- que Dios castiga el pecado con la enfermedad."⁷⁴

⁷⁴ METROPOLITAN COMMUNITY CHURCH, *¿Es el SIDA castigo de Dios?*, Buenos Aires, Iglesia Metropolitana de la Comunidad, 1991, Pág.2.

Asimismo ciertos autores afirman que “muchas organizaciones religiosas, por ejemplo, discriminan a miembros homosexuales, líderes religiosos en sus sermones, condenan la homosexualidad y muchos fundamentalistas hablan del SIDA como una venganza divina contra los homosexuales.”⁷⁵

Esto hace que el sentimiento de rabia se acreciente y sea desatado contra diversas personas. A veces contra las enfermeras, que produce en ellas enojo (no lo atienden rápido, le hacen esperar, siente la “necesidad” de pedir) demuestran quien tiene el poder. A parte escucharemos de la persona viviendo con VIH-SIDA que el/la enfermero/a produce su empeoramiento y sus mayores dolores.

Otras veces será contra el agente de pastoral, al no responder en forma urgente a su pedido, o al simbolizar en su persona la presencia de Dios, un Dios que para él lo está castigando⁷⁶.

Toda dolencia produce fastidio. El cambio de vida, la necesidad de adaptarse a circunstancias novedosas, la amenaza de destrucción de la propia persona, la hospitalización, son factores que colaboran a causar el sentimiento de rabia. En el caso el SIDA confluyen diversos puntos que la acentúan; la fatalidad de la enfermedad, los tratamientos prolongados con escasos resultados (en Argentina), los largos periodos de hospitalización, la inactividad, las pocas visitas, etc.

La identidad corporal, claramente deteriorada, produce rabia, puesto que impide a la persona presentarse ante los demás con las características que él considera necesarias para parecer digno.

Abandono:

“El SIDA es una enfermedad que produce un estigma de miedo y terror en el entorno. Los amigos, familiares y compañeros de trabajo, con frecuencia, dan la

⁷⁵ PESSINI, Leo. “Pastoral con Aidélicos” en *Vida Pastoral*, (Mayo/Junio 1988), Pág.29.

⁷⁶ BRAKEMEIR, G., *Op.Cit.*, Pág.1.

espalda a estos leprosos del siglo XX. Esto refuerza el aislamiento y soledad del enfermo”⁷⁷.

Un tema importante, central en la experiencia de las personas viviendo con VIH-SIDA es el de las pérdidas. Cada pérdida conlleva un sentimiento de abandono, alguien o algo que ya no posee, esto le produce dolor⁷⁸. Las personas viviendo con el virus, pueden experimentar varias pérdidas durante la evolución de su dolencia hasta el punto de sentirse totalmente abandonados. Enumeremos algunas:

Pérdida de la Salud y de sus capacidades: El VIH lleva a las personas a una progresiva pérdida de sus capacidades motoras, de relación, de vista, de lucidez mental.

Una de las personas a la cual hemos estado acompañando fue perdiendo paulatinamente su movilidad, su coordinación mental y corporal, su habla. Últimamente nos comunicamos con sonrisas, miradas, caricias, con su dolor que al acompañarlo se ha transformado también en nuestro.

Otra de las personas fue adelgazando en forma acelerada, hasta quedar prácticamente como un “esqueleto”, su dolor, su inmovilidad y su tristeza por encontrarse solo no dejaron que baje sus brazos, despertando admiración su fe; falleció esperando encontrarse con Jesús y ya no sufrir. Decía “Jesús sabe qué fui, ¿Me castigará? ¿Crees que me perdonaría? Necesito saber que él me perdona. Yo lo amo y quiero entregarme a él, por fin ahora podré ser bueno y justo”.

Pérdida de los amigos: Los caracteres de la enfermedad producen, desgraciadamente la pérdida de los amigos, que podrían suponer un apoyo psicológico y afectivo en el momento de dolor. Las razones suelen ser varias, a veces

⁷⁷ ROCAMORA, Alejandro, “Aspectos psicopatológicos del SIDA”, en *Moralia*. Vol. XI, (Enero-Junio 1989), Pág. 6.

⁷⁸ ZORZIN, Alejandro, “Reflexiones para una pastoral con moribundos”, en *Cuadernos de Teología*, Vol. VI, Nro 1, 1980, Pág. 64.

el miedo al contagio, otras el efecto “espejo” el temor a ver su futuro en el enfermo. En otras ocasiones el enfermo decide aislarse para que “nadie se entere lo que tiene”

Pérdida de la familia y la pareja: No es difícil encontrar enfermos cuya pareja ha fallecido producto de la misma enfermedad. Un travesti cuya pareja había fallecido hacía seis meses, aún no había aceptado el golpe cuando se enteró que también estaba infectado. Otra persona decía: “sólo dos veces por semana venís a visitarme, los demás días nadie viene a verme”. (caso I). Se trataba de un joven con una familia con relaciones problemáticas (padre alcohólico, golpeador, madre imposibilitada, hermana casada, sin trabajo).

Cuando en la persona viviendo con VIH-SIDA se unen varias pérdidas, la situación se torna dramática y produce un agravamiento de la enfermedad.

Depresión:

Se da por encontrarse en un largo período de hospitalización, por las pérdidas sufridas, por los sentimientos de culpa, castigo, por el abandono sufrido, lo cual hace muy difícil que el paciente se sienta con ganas de hacer. “Podemos diferenciar aquí entre 2 tipos de depresión:

1) *Reactiva:* es la reacción frente a una situación que es consecuencia directa de la enfermedad. (*Sarcoma de Kaposi*, inmovilidad corporal, pérdida del habla, la visión, la coordinación, etc.)

2) *Preparatoria:* se presenta frente a una situación de pérdida inminente e ineludible, como la pérdida de la misma vida.

Mientras en la primera es útil animar al enfermo, tratando de relativizar la importancia de lo sucedido y sembrar esperanza, en la segunda el dar ánimo o seguridad no tiene mucho sentido”⁷⁹. Aquí la persona con VIH-SIDA ya se irá preparando para su fase final, evidenciando tristeza, pesimismo, pérdida de la

⁷⁹ *Ibidem*, Pág. 74.

esperanza, aislamiento, etc. Es importante que el acompañante acepte estos condicionamientos no contra su persona sino como algo que el otro debe vivir⁸⁰.

3.5. *Las fases de la persona viviendo con VIH-SIDA ante la muerte*

Según Elizabeth Kübler Ross⁸¹ las fases del enfermo terminal son las siguientes:

1) *Negación y aislamiento*: Esta fase es caracterizada por periodos de ansia, en los que prevalece el mecanismo de negación. “En el momento del diagnóstico la reacción mas frecuente es de impacto”⁸². La negación puede ser tan intensa que impida a la persona viviendo con VIH-SIDA seguir el tratamiento o colaborar a evitar el contagio a otras personas.

El mecanismo de negación funciona como amortiguador del impacto causado por la noticia de la enfermedad. Este mecanismo permite recobrase del shock sufrido y moviliza a otros mecanismos de defensa. Lo cual lleva a la persona a sentir miedo y ansiedad; a la muerte, a seguir viviendo.

Hay que tener en cuenta que en esta fase el acompañante debe permitir al acompañado soñar despierto. No es descabellado escuchar “cuando esté curado” alternando este pensamiento con otros momentos en los que claramente menciona el miedo a morir.

De aquí en adelante se dará una alternancia de sentimientos de rabia, culpa, autocompasión, promesas, se darán distintos pactos, que sirven para defenderse.

2) *Ira*: en ella encontraremos sentimientos de rabia, envidia, resentimiento, frustración.

⁸⁰ BERMEJO, Jose Carlos, *Apuntes de relación de ayuda*, Madrid, Centro de Humanización Camilo, 1997, Pág. 29.

⁸¹ Cf. KÜBLER ROSS, E., *Op. Cit.*, Capítulo ...

⁸² Cf. BAYES, Ramon, *Sida y psicología*, Barcelona, Martínez Roca, 1995, Págs. 147-148.

3) *Pacto*: se desarrolla como un acuerdo que pospone lo inevitable. El enfermo no acepta un NO como respuesta. Desea una recompensa por portarse bien: ésta puede ser alargar la vida o bien dejar de sentir dolor. Fija plazos y momentos, promete no pedir más si es escuchado. Los pactos son mayoritariamente hechos con DIOS y pueden ser secretos o comentados.

Promesa: evidencia una sensación de culpa por la cual requiere un cambio. Para el acompañante es necesario no pasar por alto estos comentarios. Debe liberar al acompañado de temores irracionales, de ser castigado por un sentimiento de culpa excesivo.

4) *Depresión*: el miedo, la ansiedad, el pacto, la conciencia de la cercanía de la muerte, junto con otros factores (pérdidas antes mencionadas) producen en la persona una reacción depresiva.

5) *Aceptación*: Luego de haber pasado por las anteriores:

- Envidia de los sanos.
- Ira contra todo.
- Llorar las pérdidas.

La persona trata de un modo sano y eficaz de convivir con la enfermedad, de centrar sus esfuerzos en vivir con plenitud cada día. Aprende a apreciar la calidad sobre la cantidad. Algunos hacen opciones religiosas o bien dirigen sus esperanzas a prácticas médicas alternativas.

No es una fase feliz, ya que está desprovista de sentimientos. La comunicación se vuelve muda, silenciosa; sólo vale la presencia, lo cual confirma al acompañado que su acompañante estará disponible hasta el final.

En este final, la persona viviendo con VIH-SIDA depende completamente de los demás ya estará postrado en su cama sin poder moverse y sin ganas de hablar, quejándose de sus dolores, canalizado, recibiendo medicación por vena,

alimentándose por medio de “mangueritas”. Y en la mayoría de los casos esbozando una sonrisa de agradecimiento a quién lo acompaña.

3.6. Necesidades de la persona enferma

En esta parte utilizaremos el material obtenido en el curso dictado por los Hermanos Camilos. Se puede hablar de 5 tipos de necesidades:

1) Necesidades fisiológicas: Hambre, sed, reposo, calmar el dolor, abrigo.

2) necesidad de seguridad: Búsqueda de apoyo, relaciones, estabilidad, información, protección, familiaridad, etc.

3) necesidad de amor y pertenencia: afecto, aceptación, pertenencia a grupos, instituciones, asociaciones, etc.

4) **necesidad de estima:** Competencia, valor, utilidad, reconocimiento.

5) **necesidad de autorrealización:** Hacer lo que es capaz de hacer, ser lo que es capaz de ser.

Cuando acompañamos pastoralmente es bueno que tratemos de ver en cuál de los 5 grupos de necesidades se encuentra la persona acompañada. Estas necesidades son únicas y especiales, podemos llamarlas ideales, lo que nos gustaría y reales lo que nos hace falta.

Para esquematizar mejor las necesidades presentaremos una pirámide demostrando la importancia de las mismas subiendo de las necesidades fisiológicas a las de autorrealización.

5 AUTORREALIZACION

4 RESPETO Y RECONOCIMIENTO

3 ACEPTACION

2 SEGURIDAD

1 FISIOLÓGICAS

Podemos afirmar que nos es fácil descubrir las necesidades de la persona enferma porque muchas veces reacciona con mecanismos de defensa que esconden las verdaderas necesidades. Un riesgo muy grande es el de proyectar nuestras propias necesidades en el paciente.

Desarrollaremos entonces cada una de las necesidades presentadas.

1) Fisiológicas: para poder satisfacerlas es necesario ausentar el dolor, lo cual no es fácil.

2) Seguridad: es decir, estabilidad, referencias espacio - temporales, de pertenencia. Esta necesidad debería ser satisfecha en la medida de lo posible mediante la información suficiente, con actitudes del acompañante que muestren interés y dedicación. Esto provocara en el acompañado solventar la necesidad de no ser abandonado, sino que será acompañado y atendido con dignidad, le permitirá sentir que se seguirán sus deseos, en lo posible (por ejemplo conectarlo con su familia, ofrecerle donde vivir)

3) Amor/pertenencia: hemos mencionado anteriormente que estas personas en cuanto a relaciones afectivas se refiere se han desarrollado en un ambiente doloroso, conflictivo, nada prometedor; la persona necesita sentirse querida, acompañado por alguien que le ama como Cristo nos amó, sentirse en medio de una relación humana auténtica que aunque sea provisional exprese su interés.

4) Estima: respeto , es importante aquí dejar que el enfermo se exprese libremente, dejándolo pedir lo que necesite, en las diferentes formas que se expresan los mensajes o deseos.

Es muy importante aquí que le hagamos saber (verbalmente) cuanto recordamos de él, sus valores, su vida, su historia, los momentos importantes de su vida, las

características que hemos apreciado, que sepan que nos están reconvirtiendo a Cristo. “Yo no siento lo que tu sientes, no puedo compartir fundamentalmente lo que tu vives. pero estoy aquí y mi presencia quisiera manifestarte una proximidad de amistad, de fe y de esperanza”⁸³ .

5) por último la necesidad de autorrealización, que en el caso de las personas con SIDA no podemos pensar en la satisfacción de esta necesidad mediante la actividad, aunque en la medida de lo posible con ocupaciones ergoterápicas. Existe no obstante, un camino que hacer en este sentido. Muchos pacientes descubren en el periodo de enfermedad nuevos valores y otra visión de sí mismos, así como el deseo de constituir en torno de sí mismos una nueva comunidad social: el valor de una nueva perspectiva de vida⁸⁴ .

⁸³ THIEL, Marie Jo, “El enfermo, el otro” en *Criterio*, 13/6/96, Pág.265.

⁸⁴ *Ibidem*, Pág.269.

VIVENCIA RELIGIOSA DE LA PERSONA VIVIENDO CON VIH

En este capítulo pretendemos señalar algunos aspectos de la experiencia religiosa en las personas viviendo con VIH-SIDA.

“Todo enfermo debe ser considerado como una persona con derechos y dignidad de ser hijo de Dios(...) El buen samaritano no buscó la causa de la enfermedad ni juzgó al enfermo sólo lo recoge mostrando amor hacia el herido.”⁸⁵ La mayoría de las personas viviendo con SIDA pertenecen a una masa de gente que desde muy pequeña ha dejado de contactarse con la Iglesia, con las prácticas culturales. Las diferentes historias, drogas, homosexualidad, prostitución, enfermedad, problemas familiares, rechazo de la misma Iglesia han sido favorables para este abandono. Sin embargo muchos continuaron creyendo en algo haciendo diferentes ritos, por ejemplo: estampitas, amuletos, tatuajes que llevan siempre consigo para que les proteja de los males a que están expuestos.

Encontramos además personas que han tenido contactos con grupos religiosos en ocasión de intentos de desintoxicación (conseguidos o no), comunidades terapéuticas, etc. Generalmente son pocas las personas viviendo con VIH-SIDA que toman la fe como dimensión vivida, con manifestaciones en su propia vida.

4.1 Actitudes de la persona viviendo con VIH-SIDA

La enfermedad del SIDA es larga. Puede ser que desde que la persona viviendo con VIH-SIDA recibe la noticia de su seropositividad hasta su muerte pasen, meses, un año, o varios o toda una larga vida. Nosotros tomaremos a la persona viviendo con VIH-SIDA que está padeciendo una hospitalización periódica o permanente.

⁸⁵ Elementos de reflexión y respuesta cristiana al reto del SIDA, Tegucigalpa, Obispos de Honduras. 1990. Ver Apéndice. Pág 123.

Estas personas están marcadas como hemos dicho en el capítulo anterior, por la conciencia de que pueden morir. Se encuentran entonces en una situación física y mental que les obliga a guardar reposo en cama en el hospital.

La inminencia del miedo a morir hace que la persona viviendo con VIH-SIDA se plantee cuestiones que lo trascienden.

“En los misterios de la vida y la muerte encontramos a Dios, este encuentro suscita confianza, esperanza, temor respetuoso...”⁸⁶ Por esto muchos de ellos manifiestan la necesidad de Dios, de ese Dios que con frecuencia se ha escondido por miedo a ser juzgado por sus comportamientos, este Dios que tendría que ser omnipotente e intervenir de modo directo (mediante milagros) para curarlos. No falta quien se revela contra Dios por no cumplir con su parte (hacer el milagro).

Haremos aquí uso de diferentes imágenes de Dios y vocabulario de búsqueda obtenido en el curso dictado por los Hermanos Camilos y comprobado en las visitas a enfermos en el Hospital Francisco Muñiz. Observamos en las personas una sensación de sentirse víctimas de castigos divinos. Tomando primordial importancia los ¿por qué?

Debemos tener en cuenta dos características:

1) Se sitúa a Dios en el banco de acusados: “¿Por qué Dios ha permitido esto? ¿Por qué Dios mandó esta enfermedad, por qué somos malos? ¿Por qué Dios no cura?”

2) La persona se sitúa en el banco de acusados: “Si hubiera dicho que no, Si no lo hubiera hecho”, “Si hubiera escuchado al doctor”, “Si hubiera ido a la Iglesia”. “Si hubiera venido antes al hospital”.

Es muy importante que el acompañante deje expresar al acompañado sin

⁸⁶ RUBIO, Miguel Angel. “SIDA y discriminación, la respuesta ética de solidaridad, *moralia*, Vol XI, Enero Junio, 1989, Pág 81.

enjuiciarlo.

Ahora puntualizaremos diferentes imágenes de Dios que se manejan a nivel social:

a) Dios como juez: “Dios castiga algo que hice”, “Dios no perdona”, “Dios tarde o temprano hace justicia”

b) Dios como perseguidor: “Este mazazo me lo merecía”, “Dios no tenía que comportarse así”, “Dios no tenía porque hacer esto”, “Por mis errores ya he pagado bastante”

c) Dios como educador: “Dios me está probando si soy fiel”, “Dios no manda más de lo que podemos soportar”, “Dios aprieta pero no ahorca”

d) Dios como olvidado: “No me parece invocar a Dios ahora que lo necesito”, “me siento hipócrita si pido a Dios que me ayude”, “Hace ya muchos años que no voy a la Iglesia”.

e) Dios como padre: “Siento que Dios me acompaña”, “Sea lo que Dios quiera”, “Dios sabe que es mejor para mí”, “Vivo el momento de hoy Dios me dará fuerza para mañana”.

f) Dios amigo: “Ahora más que nunca siento a Dios”, “Confío en Dios y me siento mejor”, “Cuando estoy solo o triste me desahogo con Dios”, “Cuando miro la cruz siento a Dios más cerca”

Es bueno captar cuál es la imagen de Dios que nos confiere el acompañado, para saber cómo vive su religiosidad y ayudar así a que la persona se desenvuelva en ese ambiente. Detrás de esas imágenes hay historias personales que hacen experimentarlas en sus diferentes formas. Debemos enfrentarnos además al prejuicio existente contra los acompañantes pastorales.

Las personas viviendo con VIH-SIDA que se sientan castigadas por Dios, que sienten culpa por sus actos que les impide internamente dejarse aceptar por Dios, verán en el/la acompañante como el representante de la divinidad que condenará, y los

acusará de sus pecados, para que sufran por lo que han hecho. Sólo el acercarse sin condenar, interesados por la otra persona y su dignidad hará que el enfermo cambie su idea.

En el acompañamiento pastoral realizado en el hospital Muñiz ha dado mucho resultado el presentarse como “alguien con ganas de ayudar” y luego de varias visitas descubrir quiénes somos los que hacemos al acompañado reflexionar sobre nuestra actitud, pues no lo hemos juzgado, sino que nos ha interesado establecer una relación personal que re - establezca su dignidad.

4.2. Fundamentos teológicos, para la pastoral con personas viviendo con VIH-SIDA.

4.2.1 Inclusión

En este punto trataremos de fundamentar por medio del análisis de diferentes textos la aproximación teológica que motiva el trabajo pastoral realizado con las personas que viven con VIH-SIDA. Esta pastoral nos desafía a enfocar nuestra labor en las imágenes bíblicas de Jesús, como el que acoge a marginados y excluidos, a elevar la oración a su fase más importante (entregar a las personas a Dios Padre) para interceder por su protección, su amor, su acompañamiento, a tomar a Cristo como nuestro verdadero amigo y defensor, presentando el verdadero rostro de inclusividad del Reino de Dios Padre. Vemos esta realidad reflejada en el hecho de compartir la mesa. En adelante desarrollaremos estas diferentes imágenes.

Jürgen Moltmann afirma que “si Jesús anunció el Reino de Dios a los pobres y aplicó la fuerza de Dios a los enfermos, trajo también el derecho de Dios a los pecadores y publicanos. el código de la gracia. Así lo hizo constar públicamente al compartir la mesa con ellos”⁸⁷ (Mc.2 :15). He aquí, entonces, una imagen que en el desarrollo de esta práctica pastoral se dará en forma continua: “los amigos” de Cristo (acompañantes) han de invitar a “nuevos amigos” a compartir la mesa, una mesa no

⁸⁷ MOLTSMANN, J., El camino de Jesucristo, Pág. 163.

sólo de alimentos, sino de amor, esperanza, acogida y fraternidad fundada sobre la justicia. Nuevos amigos que por derecho evangélico, por la gracia de Dios, deben ser parte de la mesa compartida con Cristo.

Es necesario tener en cuenta que en la época de Jesús el pecado siempre era relacionado con la enfermedad, la impureza ritual, el castigo y, todos aquellos que frecuentaban a estas personas eran pecadores, a los ojos de los “justos”. Es decir, que la marginación y exclusión no sólo era religiosa sino que también lo era a nivel político y social. Aquellos que se relacionaban con un impuro se transformaban en impuros ellos mismos. Es aquí importante mencionar que actualmente esta forma de pensar o juzgar se da con frecuencia en los ámbitos sociales, políticos desde una perspectiva secular y especialmente en el medio religioso con fundamentos teológicos. Aquellos que sufren una enfermedad de las características del SIDA, relacionada con la transmisión sexual y la muerte, son enjuiciados y catalogados con diferentes rótulos y etiquetas tales como : “enfermos”, “pecadores”, “impuros”, “malos”, etc. Con esta actitud caemos en los binomios “enfermos-sanos”, “pecadores-justos”, “malos-buenos”, “impuros-puros”. Nadie es ni lo uno ni lo otro. Todos somos hijos e hijas predilectos de Dios. Lo somos por su gracia y nunca por nuestros méritos, fundados en la justicia humana. El teólogo Gustavo Gutierrez afirma que “el mundo de la retribución, y no sólo de la retribución temporal, no es la habitación de Dios...el Señor no está preso del esquema: tú me das, yo te doy. Nada, ninguna obra humana por valiosa que ella sea merece la gracia, si así fuese, esta dejaría de serlo”⁸⁸.

Este es el centro de nuestra práctica pastoral : la gracia de Dios ofrecida a todos y todas, sin una posible administración e intermediación de ser humano alguno. imposible de domesticar con leyes y estatutos : La gracia siempre es libre, acogedora e inclusiva que crea una comunidad de gozo aún con todos los que ignoran que son partícipes y destinatarios de ella. Dios invita a todos a compartirla, a relacionarse en su amor con aquellos que son sus preferidos : los que sufren dolor, pobreza, marginación,

⁸⁸ GUTIERREZ, Gustavo. Hablar de Dios desde el sufrimiento del inocente. 1986. Pág. 162.

exclusión, destrucción de su dignidad. Como consecuencia directa de esta afirmación debemos compartir la buena nueva de Cristo que afirma que en él no hay excluidos y marginados y que los documentos de las iglesias relacionados con el SIDA, nos lo recuerdan en forma permanente. Por gracia de Dios todos hemos sido convocados a ser parte de su proyecto de justicia, solidaridad, responsabilidad, y correcta administración de sus dones. Sallie Mcfague afirma: "Dios invita a extranjeros y marginados y les tiende la mano, Dios como madre dice: es bueno que existes (Gén.1), Dios como amante dice: eres más valioso de cuanto puede imaginarse, Dios como amigo dice: compartamos todo el pan en comunión y alegría."⁸⁹. Podemos tomar como ejemplo la parábola del banquete nupcial (Mt 22 :2-10), en la que se combina la esperanza del Reino y la apertura de Jesús a los excluidos; tal como lo relata la parábola, al negarse los invitados del rey a participar de su banquete, éste convoca a gente de la calle, tanto malos como buenos, a pobres, a enfermos. El banquete se transforma en una comida inclusiva que convoca especialmente a excluidos y marginados según los criterios humanos. El texto de Mateo nos recuerda que en última instancia la invitación de Dios es la invitación de la gracia. Aquellos que fueron recogidos en los caminos no tenían ningún derecho sobre el rey, jamás hubieran podido esperar una invitación a la fiesta de bodas y mucho menos podían haberla reclamado. Les llegó sólo por la hospitalidad generosa y abierta del rey. Fue la gracia quien ofreció la invitación y reunió a los invitados.

Otro ejemplo nos es dado en Marcos 6 : 30-44, cuando Jesús da de comer a la multitud. No conoce, no juzga, no sabe con quienes, solo comparte con amor lo que tiene. La enseñanza que nos propone el relato del milagro no está dado en la multiplicación de los alimentos, sino en el deseo de compartir todo con todos, sin ningún tipo de exclusión. Estos dos textos son a la vez imagen de la naturaleza de la convocatoria del Reino y de la iglesia.

El teólogo J.Moltmann afirma que "con la acogida a los pecadores y publicanos y

⁸⁹ MC. FAGUE, Sallie. Modelos de Dios..., 1994, Pág. 280.

a las prostitutas, Jesús no justifica el pecado, la corrupción o la prostitución, sino que rompe el círculo diabólico de su discriminación en el sistema de valores de los justos. Salva así también potencialmente, a los justos de la compulsión de su propia justicia, y a los buenos de la posesión del bien ; y se dirige unilateralmente y tomando partido a los discriminados. Haciéndolo así en su propia persona, les revela a ellos y a sus opresores la justicia mesiánica de Dios, que con el código de la gracia vuelve justo a los injustos, buenos a los malos y bellos a los feos”⁹⁰. Esta pastoral deberá asumir este compromiso de romper ese círculo vicioso del que habla Moltmann y que se relaciona con el sistema de valores de los así llamados justos, el cual no es el sistema de valores de Dios. Esta pastoral se dirige a los marginados y discriminados, producto de ese círculo vicioso, por lo que muchas veces será acusada y enjuiciada, pero deberá mantenerse firme en las imágenes analizadas anteriormente. El aval a la metodología de esta pastoral está dado por el mismo Cristo quien dió su vida por todos y por lo que todos hemos sido perdonados, de no ser así (todos somos partícipes del Reino), la cruz de Cristo no tendría ningún sentido.

Juan Luis Segundo en esta línea sostiene que “cabría pues basado en el Cap. 5 de Romanos suponer 1) que lo que allí se dijo también vale aquí. Allá se decía que Cristo no sólo declarará justos a todos los hombres sino que la multitud (totalidad de los hombres) será hecha justa gracias a Cristo (Romanos 5 :19)”⁹¹. Todos somos partícipes del Reino por gracia, la cruz nos redime, la cruz es la que reafirma el pacto de amistad de Dios con la humanidad. Siguiendo este pensamiento hacemos nuestras las palabras de J.Moltman que en su libro “El Dios Crucificado” afirma : “La cruz no es algo tan natural en la iglesia como puede parecerle a la costumbre cristiana. La cruz en la iglesia simboliza una contradicción que se adentra en ella a partir del Dios que fue crucificado fuera. Todo símbolo remite a otra cosa más allá de si mismo. Todo símbolo remite a pensar. El símbolo de la cruz en la iglesia remite al Dios que fue crucificado, no entre dos candelabros sobre un altar, sino entre dos ladrones en el

⁹⁰ MOLTSMANN, J., Op. cit., Pág. 165

⁹¹ SEGUNDO, Juan Luis, La historia perdida y recuperada de Jesús de Nazaret.... 1991. Pág. 626.

calvario de los perdidos, ante las puertas de la ciudad. No sólo invita a pensar, sino a convertirse, a cambiar de modo de pensar. Es un símbolo que, por lo mismo, lleva fuera de la iglesia y del anhelo religioso de adentrarse en la comunión de los oprimidos y perdidos. Y, al revés, es un símbolo que llama a adentrarse en la iglesia a lo que esta oprimido y sin Dios y, mediante la iglesia, lo esta llamando a la comunión con el Dios crucificado. Dondequiera que se olvida esta contradicción de la cruz y de su trastocamiento de los valores religiosos, se hace de la cruz como símbolo un idolo, que ya no invita a la conversión sino a acabar con todo pensamiento. autoafirmandose a si mismo”.

La cruz renueva el proyecto de Dios, que los seres humanos sean cooperadores de su Reino de amor, solidaridad, inclusividad y esperanza. Invita a contribuir a lograr una humanidad que tenga estos elementos como base para Juan Luis Segundo, “Jesús primogénito de los hermanos, contribuye a ese proyecto de construir una humanidad profundamente solidaria, según la imagen de Jesús, que llevó esa solidaridad hasta la muerte (Ro.8 :29), se inspiran no sólo los cristianos sino todos los que aman a Dios (Ro.8 :30)”⁹². Nuevamente nos encontramos con la imagen de un Jesús inclusivo, hasta las últimas consecuencias, para identificarse plenamente con aquellos y aquellas que sufren y son marginados, para demostrar un triunfo, es muerto y luego será resucitado. Esta victoria sobre la muerte abre la esperanza a una nueva vida, una vida en plenitud, en el Reino dada en la solidaridad, en el amor, en el compartir, en la alegría, en la libertad. Ese Reino que revela la cruz, que nos desafía a cambiar nuestros miedos y discriminaciones por solidaridad e inclusividad, a cambiar nuestro juzgar por aceptar. Ese Reino de resurrección y victoria que se da por medio del ayudar, compartir, acompañar, amar, servir, no juzgar, incluir y aceptar. Todos y todas somos partícipes, hermanos y hermanas del primogénito de Dios. Todos hemos sido elegidos por gracia para ser parte de este Reino.

4.2.2. El problema del sufrimiento

⁹² Ibidem. Pág. 630.

En este punto trataremos de responder al interrogante que nos plantea este problema en el trabajo pastoral.

El sufrimiento produce diferentes sentimientos: angustia, dolor, enojo, abandono, miedo, soledad, pérdida, ceguera, desilusión, encierro, falta de entendimiento, dudas, odio, vulnerabilidad. Solamente podemos dar respuesta a esta problemática tomando como base las imágenes de la vida, muerte, y resurrección de Jesús. Un Jesús que asume el sufrimiento suyo y alivia el del otro, que nos guía con su obra a producir una relación de intercambio entre recibir y dar, padecer y actuar, tomando nuestro dolor como una identificación con Cristo. Ese Cristo inclusivo hasta el final que sufrió y murió por todos nosotros. Ese Cristo que dejó sentir en sí mismo el abandono del Padre, identificándose así con todos aquellos que sienten que Dios los ha abandonado ("Dios mío, Dios mío ¿por qué me has abandonado?" Mc. 15, 34).

Moltmann, dice: "El grito de Jesús es un llamado a Dios para que sea fiel a sí mismo...., Jesús reclama la fidelidad del Padre para con él. (...) El abandono en la cruz... es un acontecimiento entre Dios y Dios, un acontecimiento intratrinitario en Dios."⁹³ . Nosotros como imagen de Dios y como hermanos de Cristo sabemos que Dios Padre sufre con su hijo por ser el mismo quien se entrega y quien comparte nuestro sufrimiento. Aquí en el entregarse y compartir con otros es donde podemos encontrar una canalización del sufrimiento. El que sufre es herido y conserva las marcas de esa herida y como agentes de pastoral debemos utilizar esa imagen de que aún sufriendo podemos compartir, Cristo es un sanador herido por el dolor del mundo, se identifica con todos los que sufren. Relacionarse con Cristo es aceptar su vida, muerte y resurrección; una vida totalmente inclusiva, una muerte igualmente inclusiva y por lo tanto la esperanza en una resurrección también inclusiva.

El sufrimiento en nuestras vidas sería como el repujador de un artesano en papel vegetal, que va dando forma a su obra a medida que marca el papel, nos va formando, nos da un nuevo don, el de utilizar este dolor para comprender empáticamente a aquellos que

⁹³ MOLTSMANN, J., Temas para una teología de la esperanza. 1977, Pág. 67.

sufren, y están dolidos teniendo la esperanza cierta de que todo sufrimiento tarde o temprano termina (en el compartirlo con otros), esperanza dada por la resurrección de nuestro señor Jesucristo. El sufrimiento produce una regeneración, un nuevo comienzo, nos lleva a reflexionar sobre todas las pequeñas muertes que vivimos (Mt. 19, 28-Tito 3,5). Esta regeneración se refiere a querer utilizar la experiencia de haber padecido para ayudar a los que padecen, invitándolos a mantener la esperanza reflejada en el sermón del monte: “Bienaventurados los pobres, porque suyo es el Reino de Dios. Bienaventurados los que tienen hambre, porque serán saciados. Bienaventurados los que lloran, porque reirán” (Lc. 6,20 ss). Donde Jesús nos da la certeza de que todo sufrimiento termina cuando el dolor puede ser compartido.

Debemos además tomar la oración como herramienta sumamente importante para amortiguar el dolor, para hacerlo compartido. Así como Jesús lloró con María (hermana de Lázaro) (Jn. 11, 28-38) dándonos así la prueba de que él se conmueve junto a nosotros, tenemos que elevar las plegarias a Dios. No dejemos de orar y pedir a Dios siempre, dejemonos guiar por el Espíritu Santo sin desanimarnos pidiendo por todo el pueblo de Dios (Ef. 6,18). En esa imagen de comunión en oración, del sufrir con otros es donde el sufrimiento se hará débil, por medio del compartir la experiencia ayudando a aquellos que no encuentran esperanza. Debemos tener paciencia (Ef. 4,2 b), confianza en que Dios nos protege de todo peligro (Slm. 121,7-8) amándonos los unos a los otros como Dios nos amó (Jn. 13,34) sin angustiarnos porque en la casa de Dios hay lugar para todos (Jn. 14,1-2).

Tomemos a Jesús como quien nos muestra la gloria del Padre y el poder que tiene sobre la vida y la muerte. Para que ese poder nos transforme y así en medio de los signos de muerte de este mundo tratemos de transformarlos en vida, vida para nosotros y para nuestro prójimo.

4.3 Necesidad religiosa de las personas viviendo con VIH-SIDA.

Como hemos dicho anteriormente en la personas viviendo con VIH-SIDA, Hay

un sentimiento de culpa, exclusión, estigmatización. El enfermo necesita sentir el perdón; necesita ser acompañado en un proceso de autoperdón, una aceptación de sí mismo con todas sus limitaciones, con su historia concreta; necesita el perdón de la familia y la pareja (si las tiene) a las que quizá haya contagiado y a los que abandonará con su muerte, lo cual despierta también sentimientos de culpa.

“Jesús nos ha revelado un rostro de Dios, a cuyos rasgos no pertenecen la necesidad de guardar un orden, la autoridad, la venganza..., sino el amor, la bondad, la compasión, el perdón (...) Su trato con los demás está completamente liberado de discriminación. Su acercamiento y entrega a todos los hombres remiten el trato digno y el valor inestimable que deviene a toda persona por el hecho de haber sido creado a imagen y semejanza de Dios”⁹⁴ (...). “A la hora de hacer el bien no pregunta por la inocencia o la culpa, no efectúa valoración alguna, no ejerce misericordia en función de un código moral que a toda costa ha de ser tenido en cuenta. Proclamando una ética radical es condescendiente, nunca deja de tender la mano al marginado y desvalido, acoge la vida dañada y sale en defensa de la dignidad de quienes han sido despojados de la misma.”⁹⁵

Creemos que este ejemplo que nos da Cristo debemos asumirlo y llevarlo a cabo como acompañantes pastorales, para que el acompañado se sienta liberado de sus etiquetas (no digno, excluido, culpable, castigado, etc.) puestas por otros. Pues la persona viviendo con VIH-SIDA necesita mantener la esperanza, contra la avalancha de síntomas e informaciones que se presentan contrarios a todo tipo de horizonte futuro. Necesita sentir comunión, solidaridad en contraste con el sufrido y temido abandono o rechazo.

En resumen las personas viviendo con VIH-SIDA necesita recibir un mensaje de salvación, un mensaje de amor, de victoria de la vida sobre la muerte, un mensaje solidario, de caminar juntos hasta el fin.

⁹⁴ RUBIO. Migucl. Op. Cit., Pág. 82.

⁹⁵ Ibidem. Pág. 82.

PASTORAL

El Documento del Consejo Mundial de Iglesias afirma que : “El SIDA es un problema desgarrador e invita a las Iglesias a desgarrar su corazón, a arrepentirse de su pasividad y de su inmovilismo. El SIDA no conoce barrera alguna, ni de sexo, raza, clase, edad, tendencia o expresión sexual y cuestiona nuestros temores y nuestras prácticas de exclusión.”⁹⁶ Quien sigue a Cristo dispone de un importante recurso al que acudir : el Evangelio. Ser cristiano no es imitar a Cristo, es adherirse a Jesús como Salvador, como el Mesías que vive entre nosotros y que nos lleva a actuar, a que lo veamos en el que más necesita.(Mt. 25,31-46)y socorrerlo como lo hizo el samaritano (Lc 10,29-37) con el herido a quien no conocía y era totalmente diferente. Es necesario recordar que la figura del samaritano en el contexto religioso de ese tiempo era el sujeto considerado impuro desde el punto de vista religioso, y por lo tanto un marginado y excluido tanto en lo social, cultural, religioso y político. Es a ese excluido e impuro al que Jesús elige como ejemplo de solidaridad.

Realmente que propongamos a Cristo como modelo no significa que nuestra acción pastoral pretenda hacer lo mismo que él y obtener los mismos resultados. El punto de partida del acompañante pastoral es la humildad, el reconocerse vasijas de barro que esperan recibir y dar un gran tesoro. Marie Jo Thiel afirma en esta misma línea que “acoger es recoger un don que se ofrece libremente, no tomo lo que quiero sino lo que el otro me ofrece compartir. El acompañante no ha de obligar sino aceptar al otro como persona, es decir ha de recoger junto a él un tesoro que está allí para ser compartido con humildad, se está en presencia de un fruto preciso madurado a lo largo de una existencia singular.”⁹⁷

Podemos acudir a la acción de Jesús ante los leprosos como inspiración para la relación de ayuda con las personas viviendo con VIH-SIDA. Jesús se acerca al

⁹⁶ Ibidem. Pág. 81.

⁹⁷ THIEL, Marie Jo.. Op. Cit.. Pág. 266-267.

marginado social y cultural. Debemos recordar aquí que en la época de Jesús las personas consideradas “impuras” no podían ser parte del culto, la enfermedad era considerada un castigo de Dios (Lev. 13 ,45). Jürgen Moltmann sostiene que al estar Jesús: “alternando con estos pecadores y publicanos entró en un conflicto social de contenido religioso por no respetar la línea de separación entre los justos y los injustos, entre los buenos y los malos. Este conflicto es provocado por la injusticia y la ilegalidad, pero lo agravan los buenos y justos que se arrogan la justicia de Dios y pretenden imponer socialmente su sistema de valores. La justicia de los fariseos descritas en las parábolas de Lucas (15 : 1-18 :9ss.) no es una vanidad subjetiva sino la posesión del bien. Así como la posesión de la riqueza empobrece a los pobres, la posesión del bien abre el foso entre los buenos y los malos y hace que los malos sean malos (...) Si desapareciera la distinción entre buenos y malos se vendría abajo el fundamento de la sociedad. El sistema de valores que distingue entre el bien y el mal es igual para todos los miembros de la sociedad pero es abstracto. No tiene en cuenta la posibilidad o imposibilidad (...) No se preguntaba por las causas”⁹⁸. El sistema de valores de aquel tiempo y el actual nunca se pregunta por qué la mujer en situación de prostitución se encuentra en esa situación o por qué una persona era o es empujada a robar. Es por eso que una pastoral con las personas que viven con el VIH-SIDA debe preguntarse por las historias de vida más que por el juicio teórico y abstracto. Una pastoral de esta naturaleza entra en conflicto porque no puede respetar las líneas de separación entre los justos e injustos, entre los buenos y los malos establecidos por los sistemas de valores imperantes. Una pastoral de esta naturaleza asume los valores evangélicos que desafían los fundamentos de los conceptos de lo bueno y lo malo en nuestra sociedad y aún en nuestras iglesias.

Jesús desafía estos juicios y toca a los impuros (Mc. 1,40 – 45) y les devuelve la pureza. La relación con personas viviendo con VIH –SIDA permite descubrir la necesidad que tienen de ser tocados, el poder de este simple gesto produce satisfacción. Tocar es la mejor palabra, un apretón de manos significa “estoy aquí,

⁹⁸ MOLTSMANN, J., Op. Cit., Pág. 165.

siento contigo, te quiero, no tengo palabras”⁹⁹. El contacto con la otra persona confirma que estamos trabajando en contra del sufrimiento, que damos ánimo, manifiesta solidaridad, ahuyenta el sentimiento de marginación, rechazo, abandono, producido por muchas personas por miedo al contagio físico como social.

En una de las visitas al hospital, una persona a la cual estaba acompañando, se sentía muy nerviosa y dolorida, por lo cual, la acción fue acariciar su brazo y tomarlo con firmeza; a los pocos minutos se había calmado y su nerviosismo no era el mismo. “La dimensión corporal, el uso de nuestro cuerpo (lenguaje no verbal) requiere una sana relación con él, para que la relación con el ayudado sea libre y vehicule adecuadamente un mensaje eficaz.”¹⁰⁰

La fuente de inspiración para el agente pastoral, la constituye la acción de Jesús ante los pecadores. No es de extrañar encontrarse con personas que van al hospital a: “convertir” a los pecadores (evangélicos pentecostales, católicos carismáticos, testigos de Jehová) que se han contagiado por estar “manejados por Satán”. Sin embargo, la actitud de Cristo ante quienes han pecado nos invita a no condenar nunca.

El fariseo del relato de la pecadora, indignado dice: “Si éste fuera profeta, sabría quién es y qué clase de mujer es la que le está tocando, pues es una pecadora” (Lc. 7, 39), pero Jesús propone algo diferente: “Por eso te digo que quedan perdonados tus muchos pecados, porque haz mostrado mucho amor” (Lc. 7, 47). En el relato de la mujer adúltera vemos desfilar unos tras otros a todos, comenzando por el más viejo, ante la provocación de Jesús: “Aquél de vosotros que esté sin pecados, que le arroje la primera piedra” (Jn. 8,7); y luego a ella le dice: “Mujer, ¿ dónde están? ¿nadie te ha condenado?, ella le respondió: -- Nadie Señor. Jesús le dijo: -- Tampoco yo te condeno. Vete y no peques más” (Jn. 8, 10 –11) .

La enfermedad del SIDA pone ante los ojos de todas las personas que nuestra

⁹⁹ BERMEJO. Jose Carlos. Apuntes de relación de ayuda. 1997. Pág. 40.

¹⁰⁰ *Ibidem*. Pág. 24.

conciencia tiende a ver como pecadores: homosexuales, travestis, drogadictos, adúlteros, prostitutas, etc.

El agente de pastoral es invitado, tras el ejemplo de Jesús, a no condenar nunca, a ser testigo del amor que Dios tiene para con todos. Cuando el buen samaritano se paró ante el herido, no preguntó si era pecador o que tipo de pecado había cometido, sino que “al verle tuvo compasión, y acercándose, vendó sus heridas, echando en ellas aceite y vino, y montándole sobre su propia cabalgadura, le llevó a una posada y cuidó de él.” (Lc. 10, 33 – 34). Por otra parte, quien se acerca a las personas viviendo con SIDA debe hacerlo desde esta misma perspectiva.

Otros pasajes bíblicos nos muestran diferentes acercamientos, pero quizás el más importante para esta pastoral ha de ser el que nos habla de la mujer cananea, quien “convierte” a Jesús hacia el ministerio universal (Mt. 15, 21 – 28, Mc. 7, 24 – 30), Jesús permite ser convertido por la fe que tiene alguien a quien se la consideraba descalificada del Reino. En esta escena ubicada en un lugar teológico más que geográfico, los discípulos representan a los miembros de la iglesia judeo-cristiana que eran reticentes al acceso de los paganos a la salvación. El ministerio de Jesús, tal como insiste constantemente Mateo, se dirigía a la totalidad del pueblo de Israel, particularmente en la figura de sus jefes. Jesús es el que reúne a todo el pueblo, pero precisamente por ese carácter universal popular de su misión, el Cristo de Mateo busca preferentemente a las ovejas perdidas, despreciadas y descalificadas por los fariseos¹⁰¹.

Por lo tanto quien se acerca a un enfermo en el nombre de Jesucristo (Hch. 3, 6 – 9, 34) descubre en él o ella al mismo Cristo, que se ha identificado con quien sufre, con quien está enfermo, con quien está prisionero (Mt. 25, 31 – 46). Por ello es que se requiere sentirse libre para desafiar la línea de separación entre los justos e injustos construida por la sociedad, y libre de todo prejuicio para acercarse e identificarse.

¹⁰¹ BONNARD. Pierre. L'Évangile selon saint Matthieu. Commentaire du Nouveau Testament. Pág. 230-234.

como lo ha hecho Jesús con el que cumple una pena por infracción (el preso), con el totalmente diferente (la mujer cananea, el samaritano) que hará que veamos a Cristo de una nueva forma.

El agente de pastoral debe partir de la base de que “todo enfermo tiene que ser considerado como una persona humana con todos sus derechos y dignidad de un hijo de Dios, sea cual haya sido su historia pasada.”¹⁰² De cualquier forma, el encuentro con cada persona (enferma) tiene una originalidad específica y puede evocar en el acompañante, diferentes sentimientos.

5.1 La iglesia

Desde que la comunidad científica y la sociedad toman conciencia de la existencia de esta epidemia en el año 1981, las primeras voces que se escuchan desde las iglesias son de condena y juicio. El tema de la ira de Dios y de la enfermedad como castigo son expresiones de una pobre teología. Recién en el año 1986 el Consejo Mundial de Iglesias convoca a un grupo de médicos, teólogos y pastores procedentes de los países que en aquel entonces estaban más afectados por el SIDA. Este documento tiene como título : **“El SIDA y la Iglesia como comunidad de sanación”**, que nos brindará las líneas de trabajo necesarias para fundamentar teológicamente una acción pastoral.

En primer lugar el documento afirma que el objetivo de esta acción debe ser el ayudar a que “las iglesias en todo el mundo puedan responder con una sola voz”. El tema ecuménico se ha de repetir luego en todos los otros documentos procedentes a nivel internacional y oficial de todas las iglesias. Asimismo declara que la responsabilidad de las comunidades cristianas es la de pronunciar palabras de consuelo y de esperanza, señalar temas éticos y desafiar a las iglesias a que asuman un accionar común. Es sorprendente que un documento de iglesia comience realizando una

¹⁰² Obispos de Honduras. “Elementos de reflexión y respuesta cristiana al reto del Sida”. Ver Apéndice. Pág. 123.

confesión que la lleva a reconocer que las iglesias como instituciones han sido lentas en hablar y actuar mientras que los cristianos como personas han sido rápidos en juzgar y condenar. Recordemos que el silencio es sinónimo de muerte en medio de esta epidemia y que ese silencio contribuyó muchas veces a que la epidemia y la marginación que ella revelaba, se hiciera más fuerte. Reconoce que Dios conduce con amor y misericordia, liberando a su pueblo de una simplista moralización.

El Documento del Consejo Mundial de Iglesias propone como fundamento teológico el descubrir en los misterios de la vida y la muerte la presencia de Dios quien se identifica con aquellos a quienes muchas veces no podemos curar pero que podemos apoyar y sostener. La crisis del SIDA desafía, dice ese documento, a que seamos iglesia en obras y en verdad; a que seamos una comunidad de sanación, entendiendo esta palabra en su sentido amplio de reparar y curar todo tipo de relación y realidad que esté enferma en nuestro contexto social, religioso, económico y cultural. Sorprendentemente propone que las iglesias desgarren sus propios corazones en lugar de constituirse en jueces y que se arrepientan de la inactividad y del rígido moralismo.¹⁰³ Esto nos brinda fundamento para encuadrar una acción pastoral desde una posición de humildad servidora y no desde la arrogancia de los que se sienten puros e incontaminados.

Igualmente reconoce ese documento que la crisis del SIDA desafía los propios miedos y prejuicios de la Iglesia y que la lleva a reconsiderar su concepto y vivencia de la inclusividad. Afirma con mucha valentía que la iglesia misma necesita ser curada.

En el evangelio, en la buena noticia de Cristo, afirma el documento, no hay extraños o marginados, que somos incondicionalmente uno y que la exclusión no es una opción válida para los cristianos.¹⁰⁴ Es por ello que la comunidad cristiana tiene que transformarse en aquella familia que abraza sin ninguna barrera, sin que nadie

¹⁰³ CONSEJO MUNDIAL DE IGLESIAS, "El Sida y la Iglesia como comunidad de sanación". 1986. Ver Apéndice. Pág. 89.

¹⁰⁴ *Ibidem*. Ver Apéndice. Pág. 89.

quede excluido, sin hostilidad o rechazo para con persona alguna. Con mucha energía y valentía reconoce que los afectados directos por la epidemia ofrecen también un ministerio que ayudará a la iglesia a curarse de sus miedos, prejuicios y exclusiones.

En el año 1988 la Federación Luterana Mundial aprobó un documento titulado: **“El trabajo pastoral con relación al SIDA”**. En él se afirma que la iglesia debería abrir sus puertas a todos (en forma incondicional). Es decir, que nuevamente aparece el tema de la inclusividad como un problema teológico y de práctica pastoral que exige, a partir de esta epidemia, ser revisado. Como núcleo del aporte pastoral afirma que debemos recordar que la salvación es por gracia y no por comportamientos. Ésta es otra afirmación que puede fundamentar positivamente un accionar creador y alternativo en el acompañamiento a las personas que viven con el VIH-SIDA. La exclusión de una persona de los medios de gracia, como la Palabra y Sacramentos, es la más grave de las discriminaciones.

El Documento luterano ubica la reflexión sobre la realidad de la epidemia en un contexto más amplio del meramente médico. La difusión del SIDA depende de múltiples realidades de carácter cultural, social y económica por lo tanto la iglesia debe examinar su propio papel en esta crisis y reconocer que, muchas veces su silencio y actitudes de omisión facilitaron la difusión de la epidemia.

El miedo y la discriminación son aspectos de una misma realidad. Tenemos miedo a todo aquello que nos es desconocido, al aislamiento, a la estigmatización. El miedo es el fundamento de toda discriminación. El cuidado pastoral debe ser una respuesta a estos miedos. La discriminación tiene muchos rostros y expresiones : a) inadecuado cuidado profesional ; b)estigmatización y aislamiento de las personas afectadas y su entorno afectivo ; c) pérdida del empleo y de otras situaciones de pérdida ;d) violencia física y/o psicológica.

El documento reconoce que el SIDA afecta a grupos previamente marginados, aumentando y agravando esa situación. Igualmente habla de los cofactores de la epidemia . Afirma que la pobreza y las estructuras socio-económicas injustas hace que

una persona sea más vulnerable al virus. Esta perspectiva amplia de la problemática nos libera de culpabilizar a las personas que viven con VIH-SIDA y posibilita un acercamiento pastoral más realista. El hablar de SIDA implica hablar de pobreza, de analfabetismo, de prostitución, de drogadicción, de desigualdades sociales.

La iglesia, afirma el documento, debe ayudar a que todas las personas afectadas directa o indirectamente redescubran su dignidad y poner de manifiesto la discriminación, y a través de su acción pastoral desafiar a sus propios miembros, a la sociedad en la cual viven y a los gobiernos. El estigma social de impureza y el abuso de la confidencialidad que pone en riesgo a las personas afectadas deben ser denunciados por la comunidad cristiana.

Esta acción pastoral es parte de la respuesta que la iglesia implementa en esta crisis y se manifiesta a través de la intercesión y cuidado pastoral ; de la fraternidad inclusiva ; de asistencia práctica ; alentando el voluntariado comprometido ; implementando una educación que libere del miedo y que destruya la red de mentiras que destruye la identidad de las personas, que impide a la misma iglesia el llegar a su plenitud y que desfigura el carácter inclusivo de la Eucaristía; ser un espacio de hospitalidad que lleve el mensaje de tranquilidad cuando anunciamos al Emanuel (Dios con nosotros).

Si bien la iglesia celebra la vida y sabemos que la muerte ha sido derrotada porque Dios "no es un Dios de muertos, sino de vivientes : todos, en efecto, viven para él" (Lucas 20 :38), por ello la iglesia siempre estuvo al lado de los moribundos para llevar esperanza. Cita un refrán de origen africano que dice : "La comunidad toda muere con el moribundo" dando un aspecto comunitario a la misma muerte, sacándola del ámbito privado. Estamos llamados a demostrar la presencia de Dios en Cristo con las personas que están sufriendo y agonizando. Debemos estar en medio de ellas para testimoniar esta realidad.

Las personas moribundas -continúa el documento- necesitan aceptar tanto la realidad de su muerte como a sí mismas en tanto personas íntegras. Los cristianos

creen que la confesión, el perdón y la reconciliación con Dios son elementos esenciales en esta aceptación.

La iglesia celebra la vida. En el momento de la agonía ella celebra la etapa final de la vida mortal y el nacimiento hacia una vida eterna. El corazón del Evangelio es que Cristo ha resucitado. Necesitamos hablar de la muerte y resurrección de Cristo. Él fue un hombre joven, despreciado y rechazado. Muchas personas con SIDA pueden por lo tanto identificarse con él.

En el año 1989 el Papa Juan Pablo II pronuncia un discurso ante el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios que se tituló : **“La Iglesia ante el SIDA”**, y que en muchos aspectos es coincidente con los documentos tratados anteriormente. Esta declaración reconoce las profundas repercusiones que la epidemia ha tenido en ámbitos morales, sociales, económicos, jurídicos y de organización. Al igual que los documentos anteriores toma conciencia de la responsabilidad de la iglesia en el desarrollo y difusión de la enfermedad.

Hablando a los jóvenes les recuerda que ésta es la parte de la población más afectada y que actualmente se enfrentan a un doble desafío: prevención de la enfermedad y asistencia a los afectados. Es necesario tener una visión constructiva de la dignidad de la persona humana para estructurar una prevención y asistencia adecuada. Central es la preocupación de la crisis de valores que vive nuestra sociedad y que es expresión de la inmunodeficiencia en la solidaridad y en la justicia.

Conceptualmente, Juan Pablo II, distingue entre informar y educar. La prevención debe ser digna de la persona humana y la información debe ser correcta y completa. Esta afirmación es sumamente importante como para escapar a falsos dilemas en cuanto al contenido de la información que se transmite. Ella debe ser científicamente fundada y completa, es decir, sin ocultamientos, aún cuando puedan desafiar afirmación de otros ámbitos. El documento afirma que “la dignidad personal del ser humano exige que se le ayude a crecer hasta la madurez afectiva mediante una específica acción educativa. Sólo con una información y una educación que ayuden a

encontrar, con claridad y con alegría, el valor espiritual del amor-que-se dona como sentimiento fundamental de la existencia” puede ser el fundamento de una correcta acción educativa y pastoral. No hay un conflicto entre información y educación. La información provee los datos objetivos y la educación los valores con los que esos datos han de ser aplicados.

Asimismo afirma que los cristianos somos llamados a “practicar la hospitalidad, promover y sostener todas las iniciativas que, en el servicio a quien sufre, exaltan la grandeza y la dignidad de la persona humana y de su destino eterno. Sed testigos del amor de la iglesia por los que sufren y de su predilección por los más probados por el mal” 105 .

5.2 Hacia un concepto de salud

Actualmente encontramos distintas concepciones de salud así como también descubrimos diversos modos de vivir. Pero generalmente ambos conceptos están marcados por la sociedad moderna basada en el eficientísimo y en el éxito, centrado en el presente de una manera consumista.

La personas que no tienen lugar en ese sistema son llamadas excluidos, “se encuentran en la categoría de personas sin trabajo y sin protección social (salud), que tampoco tienen una vivienda digna. Son personas cuyo derecho a la justicia y a la dignidad humana no es reconocido en la práctica(...)a nivel cultural la exclusión tiene formas diversas pero todas de graves consecuencias, excluidos del saber, excluidos del derecho de vivir según su cultura...”106

Aún dentro de estas características de la sociedad actual caben múltiples modos de concebir la salud. Hay quienes la reducen a una realidad fundamentalmente somática, identificándola con la exuberancia y la vitalidad dando al cuerpo mucha

¹⁰⁵ Juan Pablo II. La Iglesia ante el Sida, 1989. Ver Apéndice. Pág. 105.

¹⁰⁶ THAI. Hop. Nguyen. Pablo. Op. Cit., Pág. 54.

importancia, entendido de modo individual y materialista acentuando la eficacia y construyendo una sociedad basada en y para los sanos.

Hay quienes conciben la salud en sentido médico, medicalizando a la sociedad de modo de que se puedan “controlar” todas las conductas sociales y las tendencias mediante intervenciones médico - farmacológicas (pastillas para el stress, el cansancio, la sobre-exigencia). La salud en esta línea es considerada como ausencia de lesiones, normalidad de las constantes vitales, etc.

Otros basándose en criterios subjetivos, conciben a la salud desde el propio sentimiento; sentirse sano, conciencia de ser útil, silencio del cuerpo, de los órganos, sentimientos de ser semejante a la mayoría...

No faltan quienes centran la salud en la dimensión psicológica y la conciben como facilidad de adaptación, actitudes tolerantes ante las frustraciones, seguridad en el modo de afrontar conflictos de la vida, etc..

Nosotros siguiendo la línea del documento del CMI sobre la Salud, diremos que “se exhorta a las Iglesias a reconocer que las causas de la enfermedad en el mundo son tanto socio - económicas y espirituales, como biomédicas. La mayoría de las veces, la cuestión de la salud está supeditada a situaciones relacionadas con la justicia, la paz, la integridad de la creación y la espiritualidad.”¹⁰⁷

Entonces el reto que se plantea a las Iglesias en general y ante la enfermedad del SIDA, es promover un concepto amplio de salud como una realidad esencialmente relativa, referida al mundo interior, a la historia personal, al medio social y ambiental, que relacione salud y medio, salud y perfección, salud y felicidad. Desde el Evangelio la salud es considerada en estrecha relación con el concepto de vida, libertad - liberación, paz, equilibrio, salvación, fe, esperanza, amor, etc.

“(…) Nuestro encuentro con Jesús , el terapeuta, nos recuerda que el significado y

¹⁰⁷ COMISION MEDICO CRISTIANA, Op. Cit., Pág. 11.

el propósito de la vida se encuentra en nuestra lucha actual, dinámica, continua y liberadora contra los poderes que niegan el don de la vida que recibimos de Dios.”¹⁰⁸

Es a este desafío general al que está invitada la Iglesia, pero es particularmente ante el SIDA, debido tanto a las reacciones provocadas en la sociedad como a la experiencia del enfermo en concreto.

5.3 Hacia una acción pastoral

Hasta aquí hemos presentado algunos retos que se plantean a las Iglesias ante la realidad del SIDA. A continuación nos centraremos en uno de esos retos: el acompañamiento pastoral en contacto directo con las personas viviendo con VIH-SIDA. Intentaremos delinear posibilidades de acción que se presentan. Pero con anterioridad nos detendremos en algunos presupuestos que deberemos tener en cuenta.

PRESUPUESTOS:

a) Integrar la propia muerte:

En la obra *Sobre la muerte y los moribundos* de Elizabeth Kübler Ross, observamos que ella insiste en varias ocasiones sobre la necesidad de integrar la propia muerte para poder ayudar a quien va a morir. Según la autora, lo más relevante en la relación con el enfermo es hacerle sentir que estamos dispuestos a compartir sus preocupaciones, a hablar de lo que realmente le preocupa, sin huir de la palabra muerte. Para ello parece que el punto más importante es integrar la propia muerte.

“Lo más importante es nuestra propia actitud y nuestra capacidad de afrontar la enfermedad mortal y la muerte. Si éste es un gran problema en nuestra vida y vemos la muerte como un tema tabú, aterrador y horrible, nunca podremos ayudar a un

¹⁰⁸ Ibidem. Pág. 19.

paciente a afrontarla con tranquilidad(...)si no podemos afrontar la muerte con ecuanimidad ¿Cómo podemos ser útiles a nuestros pacientes? Entonces esperemos que nuestros pacientes nos hagan esa horrible pregunta. Damos rodeos y hablamos trivialidades o del maravilloso tiempo que hace afuera.”¹⁰⁹

Pensar en la propia muerte es el primer paso para acercarse a una persona viviendo con VIH-SIDA , para tener el coraje de no huir despavoridos cuando se nos plantea el problema. Lo cual sucede con frecuencia, ya que el sabe que morirá; lo sabe aún cuando habla de “cuando salga del hospital”, cuando hace proyectos a largo plazo. Necesita negarlo, necesita hacer proyectos, necesita mantener viva la esperanza.

Teniendo presentes la pasantía realizada en el Hostal solidario de la pastoral ecuménica del Movimiento Ecuménico por los Derechos Humanos y a las visitas realizadas en el hospital Muñiz nos parece importante observar que el agente pastoral conozca suficientemente esta realidad para no quedarse varado mucho tiempo en su propia fase de negación por la que también ha de pasar. El agente pastoral, para realizar esta tarea ha debido reflexionar sobre su propia muerte, ha tenido que compartir su pensamiento con otros, de modo que siente una libertad mínima para hablar con quien plantee el tema. Es muy importante destacar aquí que generalmente el acompañado es quien lo plantea, y así debe ser. El agente pastoral sólo debería hablar de la muerte cuando el acompañado quiera hacerlo.

Según Kübler Ross, “cada uno de nosotros siente la necesidad de eludir este tema, y no obstante cada uno de nosotros tendrá que afrontarlo. Si todos nosotros pudiéramos empezar a considerar la posibilidad de nuestra propia muerte, podríamos conseguir muchas cosas, la más importante de las cuales sería el bienestar de nuestros pacientes, de nuestras familias y por último quizá de nuestro país.”¹¹⁰

¹⁰⁹ KUBLER, Ross, Elizabeth, Op. Cit. , Pág 51.

¹¹⁰ Ibidem, Pág. 33.

Lo que sucede es que cuando otro habla de su propia muerte, porque la está experimentando ya en su propio cuerpo, en su mundo de relaciones (pérdida de autonomía, amigos, pareja, familia, etc.) a quien acompaña pastoralmente se le plantea o reproduce mentalmente la propia muerte. Por ello sólo habiéndola integrado podemos acercarnos al moribundo; pues moriremos tantas veces como acompañamos a personas que están en su última fase y resucitaremos tantas veces como nuevos acompañamientos realicemos.

De los acompañamientos realizados en el Hospital Muñiz, podemos afirmar que esta posibilidad se experimenta continuamente. lo que nos recuerda que somos mortales, finitos, limitados y que estamos dispuestos a morir continuamente las pequeñas muertes de cada día, poniendo las bases de nuestras vidas en valores que trascienden la inmediatez del espacio y el tiempo. El agente pastoral que ha sido capaz de hablar con naturalidad de su muerte, sin considerarla un tema de mal gusto que debemos evitar, puede acercarse a las personas viviendo con SIDA y comprender sus miedos, descubrirlos y hablar de ellos.

b) Decir la verdad al enfermo. Otro presupuesto de la acción del agente de pastoral ante los enfermos de SIDA, y que deriva del hecho de considerarlo como persona, es el derecho de conocer la verdad sobre la enfermedad y hablar de ella¹¹¹. Es un tema difícil que divide las aguas. Para nosotros es importante que la persona lo diga, si lo sabe, para respetar su intimidad. Con el tema de la verdad en el caso de las personas viviendo con SIDA, están relacionados: la declaración obligatoria, la información a la familia, etc..

El médico debe informar al paciente de su situación, tiene además la responsabilidad ética de observar el secreto profesional; para no ocasionar discriminación y aislamiento de las personas afectadas, y apoyarlos psicológicamente. El conocer la verdad, el saber la proximidad de la muerte suele producir en la persona la necesidad de hablar de ello; dado que ve

¹¹¹ Ibidem. Pág. 320-330.

constantemente en el hospital la muerte de sus compañeros de cuarto, de su pareja, de su esposo/a, de su amigo/a; por otro lado la persona viviendo con SIDA en su fase final necesita hablar de su propia muerte, manifestar sus miedos, sus preocupaciones. Como hemos enunciado anteriormente, quien ha integrado su propia muerte está de alguna forma preparado para afrontar una conversación sobre ella; claramente no se trata de plantear el tema, proponerlo, si no de no evadirlo, saberlo afrontar de modo que le sirva al otro. En el fondo debemos mostrar una disponibilidad para hablar de ello. La persona viviendo con SIDA, según la experiencia en el Hospital Muñiz lo propone con mucha frecuencia, y en diferentes modos: miedo, no querer morir, morir pronto, etc..

5.4 El acompañante pastoral

Luego de haber mencionado algunos presupuestos fundamentales de los que debe partir la acción pastoral con las personas viviendo con SIDA, conviene ocuparse ahora de las distintas dimensiones y posibilidades que el agente de pastoral tiene de encarnar el mensaje del Nuevo Testamento, del que es anunciador y testigo, en los encuentros con la persona enferma. Se trata de ver diversos modos de hacer real una presencia, de manera que ésta sea significativa y suponga una relación de ayuda para el enfermo.

La pregunta que debemos hacernos es: ¿Cómo se puede ayudar a la persona con SIDA en nombre de Jesús? ¿Cómo concretar el desafío de la Iglesia del que hablamos?. También aquí podemos decir que existen unos presupuestos fundamentales o un punto de partida necesario, en el mundo de la salud y de la enfermedad. Se trata de la relación de ayuda. Un modo de acercarse al otro basado en el anuncio directo, inmediato que quizás ha oído varias veces, pero que no juzgue y tenga en cuenta su situación real, su historia personal, sus sentimientos; es el modo más adecuado de proponer la Buena Noticia.

La salvación, la realización personal, en lo que tiene de dimensión histórica, no se realiza necesariamente siempre de la misma manera. Un agente de pastoral

colabora con la construcción del Reino, con la continuación de la historia de la salvación, y la salvación de la historia, considerando a los otros como hermanos e interesándose por ellos. Si los otros son enfermos se interesará por ellos con una solicitud especial y si son personas con SIDA tendrá que ejercer su ministerio de un modo específico. Puede decirse entonces que, el presupuesto fundamental de la pastoral con las personas con SIDA es la relación de ayuda, es decir acercarse a la persona enferma no sólo con la intención de ayudarle, sino con un modo preciso y útil de llevar a cabo este propósito.

Como afirma Bermejo “podríamos definir la relación de ayuda diciendo que es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo, y un uso más funcional de éstos”¹¹². La idea que abarca todo proceso de relación de ayuda, es la de facilitar el crecimiento de las capacidades secuestradas de la persona en conflicto. La tarea fundamental del acompañante consiste en “estimular, liberar y reorganizar las funciones de aprendizajes y los contenidos de la experiencia. Se trata de impulsar al sujeto, remitirle a alternativas y a posibilidades desatendidas”¹¹³.

Utilizaremos aquí los elementos obtenidos en el curso para acompañantes pastorales dictado del 10 al 20 de diciembre de 1997 por los Hermanos Camilos. Debemos tener en cuenta que el acompañante, para que la persona se deje acompañar, debe desarrollar diferentes sentimientos:

1.- crear un clima de confianza: para que la otra persona se sienta con ganas de comentar la situación que le aqueja. Han de tenerse en cuenta los siguientes elementos:

a) apertura: deseo y habilidad de compartir ideas, información, sentimientos.

¹¹² BERMEJO, Jose. Op. Cit. , Pág. 12.

¹¹³ Ibidem. Pág. 14.

b) compartir: ofrecer a otros nuestros dones y talentos como ayuda (mi disponibilidad, mi escucha).

c) aceptación: comunicación de gran respeto por como es el otro, aceptarlo como es.

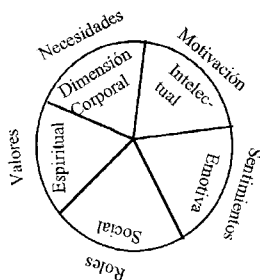
d) apoyo: reconocer al otro, tener fe en sus posibilidades.

e) intención de cooperar: ser parte activa en llevar a cabo los objetivos del grupo o comunidad.

2.- Valoración de la persona: cada vida es una obra de arte, no existe más hermoso poema que vivirlo plenamente. Lo que debemos destacar aquí es que todos somos importantes, únicos e irrepetibles. No debemos tomar a la persona como medio (artículo, cosa) si como fin (importancia de la persona y no solo el diagnóstico médico).

El protagonista ha de ser el enfermo, nos encontramos con una persona que tiene su propia historia, golpeado por una enfermedad o una pérdida. Cuando veamos esto ya estaremos ayudando. Nos estaremos involucrando en el mundo de la persona que acompañemos.

Debemos considerar al enfermo como una persona que sufre en su cuerpo y espíritu y que ha de ser atendido en sus limitaciones. La persona tiene diferentes dimensiones :



Esta dimensión integral se reciente en su totalidad cuando una de las partes es afectada. Al acompañar pastoralmente debemos valorar todo el volumen integral de la persona.

5.5 Elementos para la práctica de la relación de ayuda

Para comenzar una relación de ayuda o acompañamiento hemos de tener en cuenta los siguientes puntos, los cuales son relevantes en el sentido de que para establecer una relación debemos comenzar por conocer nuestras motivaciones, necesidades, valores, sentimientos, auto conocimiento.

Motivaciones: Éstas, son aquellas cosas que nos mueven a la acción. Habitualmente consideramos más importante a las motivaciones positivas e inhibimos las negativas.

Para poder acompañar a otro debemos tomar conciencia de nuestras motivaciones, pues en la raíz de esta, siempre existe un poco de egoísmo. Ejemplo: cuando ayudamos, ponemos como motivación la solidaridad, la caridad, el servicio, etc., pero en realidad lo que nos motiva puede ser: necesidad de compañía, necesidad de compartir el tiempo, etc., este pensamiento no es malo si uno es consciente de él.

Conviven en las motivaciones deseos y necesidades de exhibición, de dominio, de

ser útiles.

Debemos tener en cuenta los siguientes planteos:

1) comprender la motivación: ¿por qué hago esto? ¿por qué me relaciono mejor con esta persona? ¿qué busco yo? ¿por qué más tiempo a uno que a otro?

2) profundizar mi motivación: interiorizarla, ver cuál es la raíz

3) purificar la motivación: sensibilizarnos, y reconocer que no podemos imponer nuestra motivación.

4) cambio de motivación: si descubrimos que ella no es sana para nosotros y para el acompañado.

NECESIDADES

Es muy importante comprender que todos tenemos una escala de necesidades, únicas y especiales, igual que la persona que acompañaremos. En el acompañamiento debemos saber en qué lugar de las cinco necesidades (ver punto 3.6) que hemos explicado nos encontramos.

Valores: si realmente las necesidades constituyen una energía para el desarrollo, los valores son la fuerza que orientan a la satisfacción de las necesidades. Cada ser humano posee una escala de valores, los cuales constituyen un pilar importante, pues ofrecen un gran aporte al crecimiento de la persona en todas sus dimensiones. Para que un valor-motivación, guíe nuestro comportamiento y acción, debe ser interiorizado, integrado. Al igual que las necesidades los valores se dividen en ideales, (lo que me gustaría) y reales, (lo que necesito ya).

Cuando acompañamos a una persona debemos tomarla desde su escala de valores y no juzgarlo desde nuestra escala. Esto permitirá enriquecer la relación y dignificar a la persona.

Sentimientos: comunicación. Debemos hablar aquí de cinco niveles de

comunicación.

Comenzaremos numerando desde el 5 hacia el 1 por considerar a este último más importante.

He aquí cómo se da una visita pastoral; no siempre se reconocen estos cinco niveles pero en la mayoría de las ocasiones es totalmente manifiesto.

5) **nivel de conversación tópica:** Es el nivel más bajo de la comunicación, donde se dicen frases hechas; “¿y la familia?”, “lindo día ¿no?”

Las personas no se comunican, hablan frases. Este nivel de conversación es un nivel de comunicación superficial, poco personal.

4) **hablar de otros:** Aquí se dan chismes, no hay comentarios personales. Se habla de Fulano, Mengano..., fútbol, box, etc. Continuamos en un nivel de conversación superficial.

3) **mis ideas y opiniones:** En este punto comunicamos algo de nuestra persona. Siempre desde la mente. Se observa si estas ideas son compartidas o rechazadas. si estas ideas caen mal la persona hablante se recluye y termina la conversación.

2) **sentimientos - emociones:** Aquí entramos en la comunicación real, la verdadera de cada uno, pues nadie puede sentir lo que uno mismo siente, se habla desde lo vivido, lo experimentado, la comunicación va tomando un alto nivel de compromiso.

1) **comunicación cumbre:** es aquella en que la transparencia es completa. La persona hablante aquí revela su intimidad, se vacía emocionalmente. Este tipo de comunicación no es permanente y es muy difícil llegar hasta aquí, pues se necesitan ‘varios encuentros y la aceptación del otro como alguien “confiable”’.

Sentimiento: La persona se revela cuando da a conocer lo que siente. Aquí se da una comunicación seria, verdadera, de alto contenido emocional. Estos sentimientos afloran al ser estimulados desde el exterior por medio de la

confianza y disponibilidad ofrecida.

Es preciso que aquí observemos que estos dichos carecen de connotaciones morales, no son ni meritorios ni pecaminosos. Frustración, bronca, rabia, dolor, miedo, no hacen a una persona buena o mala. Nosotros debemos dar connotación positiva o negativa a ese sentimiento .

Si nuestra conciencia censura o inhibe sentimientos éstos deben ser canalizados y poder así ser controlados, para ello debemos tener en cuenta tres etapas para manejar los sentimientos.

- Tomar conciencia de los sentimientos: ¿ Qué es lo que ha ocurrido frente a determinada situación? Y reflexionar sobre ello.
- Identificar a los sentimientos: es decir poner nombre a cada sentimiento.

Hay 4 sentimientos puros: a) miedo.

b) tristeza.

c) alegría.

d) rabia.

- 1) Aceptación de los sentimientos: debemos aceptar que todos poseemos estos 4 sentimientos y no deben avergonzarnos.
- 2) Integrar los sentimientos: que sean parte de nuestra vida, ellos dan verdadera humanidad y color a nuestra personalidad.
- 3) Expresar los sentimientos; es decir comunicarlos, no guardarlos.

AUTOCONOCIMIENTO

Para el agente pastoral es verdaderamente imperioso realizar un trabajo de auto conocimiento; para poder ayudar a otro hay que saberse conocer, observarse a uno mismo, que tendencias, limitaciones o hábitos tenemos. Cuando uno comprende estas

limitaciones nos ayudan.

5.6 Diferentes estilos de relación de ayuda:

Hacia el estilo empático.

Debemos decir aquí que la relación de ayuda o acompañamiento pastoral se da en dos elementos primordiales: La disposición del ayudante y el uso del poder del mismo.

La relación o acompañamiento puede estar centrada en el problema: cuando el acompañante se identifica con el problema o la situación presentada por el acompañado, sin tomar en cuenta los aspectos subjetivos con los que el problema es vivido por éste. Por ejemplo: el acompañado hace mención a un problema moral que le aqueja, el acompañante se centra en éste, dejando de lado las resonancias emotivas que tal problema suscita en el acompañado.

La relación o acompañamiento puede estar centrada en la persona: el acompañante presta atención a la persona, al modo como esta vive el problema, toma en consideración al individuo en su totalidad (sentimientos, valores...), convencido de que el otro tiene necesidad de sentirse comprendido, tranquilizado, acogido. Se trata de un estilo rico de comprensión empática.

Ahora analizaremos los diferentes estilos de acompañamiento para llegar al que realmente nos interesa, el estilo empático.

1 Estilo autoritario: Éste se produce cuando el acompañante se centra en el problema del acompañado y quiere ayudarlo a resolverlo centrándose más en sus recursos que en los del interlocutor; tiende a establecerse una relación de dominio - sumisión.

Podemos ilustrar con un ejemplo: una persona se dirige al acompañante: "La vida no tiene sentido, no encuentro motivo para seguir viviendo". El acompañante:

“Escúchame, tómate descanso, dedícate a otra cosa; ya te lo dije si hacías eso tendrías problemas.”

2 Estilo democrático cooperativo: quien tiene este estilo también pone su énfasis en el problema del acompañado. Sin embargo la actitud que adopta es facilitadora, tiende a implicar a la persona en la solución del problema. En vez de imponerse, el acompañante no pone las soluciones, acompaña al acompañado a encontrar alternativas y ayudándole a usar sus propios recursos para alcanzar este fin. Ejemplificando: ante el problema que tú vives, son varias las soluciones que se presentan, debes encontrar una. Sería bueno ver si hay más soluciones.

3 Estilo paternalista : el acompañante en esta estilo pone como centro la persona del interlocutor, es decir , tiene en cuenta como vive él su problema. Pero en su modo de ayudar encontramos que puede considerar ala otro bajo la propia protección, asumiendo la responsabilidad de la situación. Esta tendencia puede llegar incluso a la pretensión de querer salvar a la persona ayudada. El estilo paternalista muestra un acercamiento al acompañado, pero su error es que no confía en él, sino que se siente responsable de realizar la salvación del otro.

4 Estilo empático participativo: el acompañante toma como centro a la persona . Atento a la historia del acompañado, se interesa para que este último tome conciencia de sí mismo, de sus dificultades y de sus recursos. Por ejemplo: “Me parece que la vida no tiene sentido.....” el acompañante responde: “El momento que vives es tan difícil que te preguntas incluso, si vale la pena continuar viviendo en esa situación.”. Este tipo de intervenciones facilitarán el diálogo emotivo. La persona acompañada se sentirá comprendida y poco a poco nos irá revelando su tesoro.

De acuerdo al curso realizado con los hermanos Camilos, comprensión empática, es la capacidad de ponerse en el lugar del otro, de ver el mundo como él lo ve . La actitud empática supone una constante confrontación entre lo que uno escucha y los propios pensamientos, experiencias, reacciones, sentimientos. Debemos estar atentos para escuchar al otro y a nosotros mismos. Indudablemente, esta actitud empática

requiere una buena concentración y escucha, liberándonos de la mentalidad de directivismo, que deriva de la idea del consejero pastoral. El reto aquí es centrarse en la persona y no en nuestro papel, en las necesidades del enfermo y no en la defensa de libros académicos, siguiendo el principio de que no debemos imponernos al enfermo con consejos fáciles e inútiles, sino llevarlo gradualmente a integrar el momento que atraviesa y hacer frente a la nueva situación sin dejarse atropellar por ésta¹¹⁴ .

Si nos centramos en el enfermo a partir de la actitud empática comprenderemos la verdadera situación del mismo. “La empatía como la capacidad de percibir correctamente lo que experimenta otra persona y comunicar esta percepción en un lenguaje apropiado de esta. Con un nivel alto de esta actitud el ayudante expresa clara y explícitamente los sentimientos que el ayudado experimenta de manera difusa”¹¹⁵ .

Debemos agregar aquí que empatía significa “sentir en”, “sentir desde”; y no debemos confundir empatía con simpatía, que significa “sentir con”, “con sentir”. No es bueno que el acompañante (ahora también terapeuta) se meta en los sentimientos de la persona. La empatía consiste en valorar y hacer conscientes estos sentimientos. Cuando hablamos del acompañante como terapeuta lo hacemos porque estamos tratando de delinear las actitudes para ayudar a las personas viviendo con VIH/ SIDA. Para poder llevar a cabo esta relación existen medios como . la reformulación .la observación atenta del entorno, la respuesta adecuada, es decir, el diálogo realizado con el propio estilo, enriquecido con las técnicas oportunas que nos ofrecen las ciencias que la estudian (psicoterapia).

Así el diálogo puede transformarse en terapéutico. No se trata de hacer depender al otro de un nuevo “doctor”: EL ACOMPAÑANTE PASTORAL QUE DIALOGA CON LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH/ SIDA. No porque el diálogo es liberador. El verdadero diálogo considera al otro como sujeto, promueve su persona, lo dignifica y en la medida de lo posible es llevado por el acompañante en nombre de

¹¹⁴ BERMEJO. Jose. Op. Cit., Pág. 29.

¹¹⁵ Ibidem. Pág. 31.

Jesús, es anuncio de salvación porque es proclamación del amor de Dios al hombre concreto (acompañado), amor que se realizará por medio de los demás.

No debemos olvidar que el diálogo no está constituido sólo por palabras, los signos y gestos dicen muchas veces más que mil palabras. En diversas ocasiones son mejores que el habla, otras sus mejores aliados. El silencio también es importante. El tacto, constituye un importante recurso de pastoral. ¡Estoy contigo, siento contigo!.

Sólo una pastoral bien fundamentada en estos presupuestos puede estar llamada a ser significativa para las personas viviendo con VIH-SIDA, que encuentras en el acompañante un amigo incondicional, un compañero de camino. Quizás, como los discípulos de Emaús reconozcan sólo al final quien está detrás de aquél que, uniéndose al grupo, ha caminado con el hecho de compartir lo que era de interés para ellos (Lc 24,13-35). De este modo luego de haber compartido un poco de camino, un poco de las preocupaciones, de las cosas que no se entienden, tal vez el agente pastoral escuche la misma frase que Jesús, cuando al atardecer, llegaron al final del destino (Emaús): “Quédate con nosotros” (Lc 24,29).

5.7 Acompañante pastoral como profeta:

Digamos finalmente que la acción del acompañante se concreta con una relación profética. En torno a la realidad del SIDA se han dado demasiados casos de violación de los derechos de los enfermos, y desgraciadamente aún se continúan dando: despido en el trabajo, rechazo en el barrio, en la escuela, en las clínicas, estructuras estatales inadecuadas para atenderlos sanitariamente, comportamientos despectivos, culpabilizantes, dominados por el miedo. El acompañante pastoral tiene la posibilidad de transformarse en profeta, defendiendo los derechos de las personas a quien acompaña. A veces será suficiente su comportamiento para llamar la atención de las personas que no adoptan una actitud correcta ante ellos (demostrar un compromiso real con el enfermo). En otras ocasiones puede que requiera hacer una denuncia verbal y explícita e incluso decisiones más comprometidas, carta documento, denuncia en los medios de comunicación masivo, recursos de amparo). En el caso de

deficiencias en las estructuras, se requiere la fuerza para denunciar las carencias existentes, es necesario que la presencia pastoral asuma formas de movilización y profetismo.

Como señala el pastor Lisandro Orlov: “Debemos tener en cuenta que la epidemia del SIDA ha puesto de manifiesto dolencias preexistentes al virus mismo. La sociedad y sus instituciones también están enfermas y es allí donde debemos ejercer una acción terapéutica de forma tal que la acción educativa logre al finalizar esta epidemia, que la sociedad y sus instituciones puedan ser realmente más inclusivas”¹¹⁶. En todo caso tratemos de humanizar la situación que rodea la realidad del SIDA, y hay que tener presente que en los ambientes de salud se hablaría más humanamente del hombre cuando las curas suministradas, revelen a las personas que sufren una enfermedad mental o física la palabra fundamental pronunciada por Cristo: “Tú eres persona”. Decir esta palabra que “humaniza”, que da significado a un ser condenado a la indiferencia, compromete a la comunidad cristiana no sólo a nivel teórico sino también a nivel práctico, a incluir al marginado.

Para conseguir este modo de actuar, pronunciar el mensaje evangélico, entre las personas viviendo con VIH-SIDA, hay que tomarse tiempo, como hemos dicho anteriormente el acompañante pastoral debe tener presente el esfuerzo que el ministerio requiere. Presencia pastoral quiere decir, tiempo para estar con la gente, ningún apuro, los demás problemas para otro momento, disponibilidad para dejarse convertir por la otra persona hasta donde sea posible.

Es bueno aclarar también que no siempre el acompañante pastoral conseguirá los frutos esperados: ayudar al enfermo, caminar junto a él, defender sus derechos, pues no todos tienen el mismo carácter, algunas personas son introvertidas y no se consigue entrar en su mundo interior. Los drogadependientes después de haber salido del hospital y sentirse “mejor” suelen volver a sus adicciones.

¹¹⁶ ORLOV, Lisandro. “Como hablar de Sida, ejes interpretativos y objetivos de la información”. 1997. Pág. 3.

El acompañante deberá aprender a vivir con este dolor, rechazo, fracasos. Pero deberá reflexionar sobre estas experiencias para aprender de ellas. La experiencia enseña pero sólo en la medida en que ésta es objeto de análisis continuado y de confrontar con otras experiencias. De lo contrario se corre el riesgo de cometer siempre los mismos errores. Por ello resulta muy importante hacer uso de anotaciones sobre la persona acompañada, de manera de tener por escrito los elementos más importantes de los encuentros, que permitirán no olvidar datos cruciales de las vivencias del enfermo y que ayudarán a realizar un "plano pastoral" según se van desarrollando las visitas (a la misma persona varias veces). Este método exige un esfuerzo, pero si no se usa ¿la visita del acompañante será recordada? ¿no le sucederá varias veces que se olvide de hechos importantes? Esto provocará que la persona acompañada se vuelva a sentir uno más; perdiendo su identidad y personalidad. Que el acompañante pastoral recuerde es signo de interés.

5.8 Propuestas de trabajo:

En este momento queremos sólo proponer formas de desarrollar el acompañamiento pastoral a otros niveles. No sólo a la persona enferma, sino también cómo sostener al acompañante. Para el acompañante será muy importante recurrir a otros compañeros o a un supervisor especialista para ser apoyado y poder así analizar la propia acción pastoral; esto constituye un medio vital de formación permanente, que sale al cruce del desgano, la tristeza, el dolor, provocado por esta realidad desgarradora. Es bueno que el acompañante no trabaje solo sino que se organice en equipo.

Con respecto a la persona viviendo con SIDA, en el caso que él lo solicite o que exista una familia comprometida con su miembro enfermo, el acompañante ha de tener consideración de ella como la persona enferma. Es importante, pues podrá descargar su dolor y sufrimiento. En el caso que el enfermo pida acercarse a su familia el acompañante tratará de relacionarlo en la medida de sus posibilidades.

Si la persona viviendo con SIDA tiene pareja, el acompañante ha de prestar oídos

a su dolor y sufrimiento y descomprimir sospechas (quién contagio a quién). Acompañarlos durante el proceso que lleva a la muerte y luego durante el luto será muy importante para las personas.

Es también necesario desarrollar un sistema de casas de acogida para personas viviendo con VIH-SIDA, dado que la mayoría de los enfermos no tienen donde ir y por ello no pueden ser dados de alta.

Teniendo en cuenta la experiencia de voluntariado en el Hostal Solidario del Movimiento Ecuménico por los Derechos Humanos para persona viviendo con VIH SIDA, hemos podido observar que las personas recuperan la salud y el progreso de la enfermedad se retrae en forma significativa, debido al ambiente sano que encuentran y la satisfacción de sus necesidades tan importantes como lo hemos mencionado anteriormente; este ámbito les ofrece seguridad, cariño, compartir cosas, un espacio que no conocían anteriormente.

CONCLUSION

Al término de esta pequeña investigación somos conscientes de que podrían haberse tratado muchos más temas relacionados a la enfermedad. La relación con el personal sanitario, el impacto del SIDA para la medicina, el dolor de la familia, o los aspectos éticos que hemos simplemente enunciado porque el objetivo no era éste. Nos centramos en el aspecto pastoral, en el reto que el SIDA, pone a la Iglesia y al acompañante en particular.

El análisis de la situación , nos ha permitido llegar a proponer cosas concretas. Hemos apuntado a las posibilidades de acción pastoral, la relación con el enfermo, que sufre, que vive estigmatizado, marginado, una pastoral de contacto personalizado. Y por último hemos propuesto algunos puntos a tener en cuenta para llevar a la práctica, partiendo de una preparación específica. Nos queda decir que se plantea para el futuro un desafío con aquellos que tienen la posibilidad de adquirir los medicamentos (si el estado los otorga y los médicos deciden darlos): ya no solo acompañarlos dentro del hospital, sino ayudarlos a reincorporarse a la sociedad.

Quisiera dar fin a este humilde estudio repitiendo lo que dice Dietrich Bonhoeffer en el Precio de la gracia:

“Cuando el mundo desprecia a un hermano o hermana, el cristiano le amará y servirá;

Cuando el mundo usa la violencia contra este hermano o hermana, el cristiano le ayudará y consolará.

Cuando el mundo le deshonre y ofenda, el cristiano entregará su honor a cambio del oprobio de su hermano.

Cuando el mundo practique la opresión, el cristiano se someterá para salir victorioso.

Si el mundo se cierra a la justicia, él practicará misericordia.

Si el mundo se envuelve en la mentira, él abrirá la boca para defender a los mudos y dará testimonio de la verdad.”

Dios bendiga estas palabras y permita que como cristianos podamos llevarlas a cabo.

APENDICE

1. El SIDA y la Iglesia como comunidad de sanación

Consejo Mundial de Iglesias¹

Preámbulo

El Consejo Mundial de Iglesias, en medio de la tempestad que significa la crisis del Sida, le solicitó a 18 personas provenientes de tres continentes que se reuniesen y que sugiriesen maneras en que las Iglesias en todo el mundo pudiesen responder con una sola voz.

Durante cuatro días hablamos y nos esforzamos, aprendiendo a amar y a respetarnos los/as a los/as otros/as, y a confiar en el Espíritu Santo para nuestro trabajo en común. Sentimos la responsabilidad de pronunciar palabras de consuelo y de esperanza, de señalar los temas éticos y de desafiar a las iglesias a que asuman un accionar en común.

Sentimos la necesidad de confesar que:

- las iglesias como instituciones han sido lentas en hablar y en actuar;
- muchos/as cristianos/as fueron rápidos en juzgar y en condenar a mucha gente que ha contraído la enfermedad;
- a través de su silencio, muchas iglesias comparten la responsabilidad del temor que se ha esparcido por el mundo más rápidamente que el virus mismo.

También sentimos la necesidad de afirmar y de sostener a toda la comunidad médica y científica en sus esfuerzos por combatir la enfermedad.

Fuimos guiados a afirmar que Dios conduce en amor y misericordia. Estamos agradecidos por ende, por haber sido liberados de una simplista moralización acerca de las personas que son afectadas por el virus.

¹ Sin modificar el artículo original en esta publicación se aumentaron el número de subrayados y textos destacados.

Información médica general

La velocidad con que se extiende el SIDA y su alto índice de letalidad son aterradores. El SIDA es una infección viral aparecida recientemente, cuyo virus se ha identificado sólo hace cinco años.

Según informes de la Organización Mundial de la Salud, el SIDA está presente en todos los continentes y pueden contraerlo los hombres, las mujeres y los niños, sea cual sea su condición socioeconómica, su educación, su cultura y su religión. El número de personas que tienen la enfermedad aumenta en progresión geométrica, duplicándose cada 10-14 meses.

En este momento, hay en el mundo unas 30.000 personas enfermas de SIDA (24.000 en los EE. UU. 2.500 en Europa y 1.000 casos registrados en África).

Probablemente estas cifras sean inferiores a la realidad, ya que muchos países todavía no han podido dar una información completa. Se desconoce el número de personas afectadas por el virus, que no presentan síntomas clínicos de la enfermedad (es decir, los "portadores") pero es probable que sea del orden de varios millones. Al parecer, un gran número de personas contraen la infección cada año. La tasa de infección puede variar mucho de un lugar del mundo a otro.

En África, la enfermedad afecta principalmente a la población heterosexual; en Europa, América del Norte y Oceanía, afecta asencialmente a las personas de orientación homosexual (varones) y a los/as drogadictos/as que se inyectan por vía intravenosa. La tasa de letalidad es muy alta, alcanzando el 75 % un año después de diagnóstico y el 100 % tres años después. No se ha encontrado ningún tratamiento eficaz y la esperanza de descubrir una vacuna es muy incierta.

Hasta ahora sólo las medidas preventivas pueden ayudar a frenar la epidemia.

Fundamentos Teológicos

En los misterios de la vida y la muerte encontramos a Dios; este encuentro nos llama a una mayor confianza, esperanza y reverencia antes que a la parálisis e inmovilismo. A aquellos

a quienes no podemos curar, podemos apoyar y sostener en solidaridad: “Tuve hambre... tuve sed... fui forastero... estuve desnudo... enfermo... en la cárcel, y me dieron de comer... me cubrieron... me recogieron... me visitaron...” (Mt. 25).

La crisis del SIDA nos desafía profundamente a que seamos Iglesia en obras y en verdad: a que seamos Iglesia como comunidad de sanación. El SIDA es desgarrador y desafía a las Iglesias a desgarrar sus propios corazones, y a que se arrepientan de la inactividad y de rígidos moralismos. Desafía nuestros miedos y nuestras exclusiones y prueba si los/as cristianos/as son fieles a las enseñanzas de Cristo. La comunidad de sanación necesitaría ella misma ser curada por el perdón de Cristo.

La Buena Nueva de Cristo es que no hay extraños o marginados.

En la muerte/resurrección de Jesús, todas las murallas de separación y división han sido derribadas. En Jesucristo, somos incondicionalmente uno. Para el/la cristiano/na, la exclusión no es una opción. De ahí que instamos a las iglesias a que asuman:

1- El Cuidado pastoral

El pueblo puede llegar a ser familia que abraza y sostiene a quienes están enfermos de SIDA, o de una dolencia relacionada con el SIDA, y que cuida del hermano, de la hermana o del niño sin ninguna clase de barreras, exclusiones, hostilidad o rechazo.

La Consulta escuchó testimonios elocuentes con respecto a esta posibilidad, tanto de la tradicional familia africana como de comunidades de servicio en Norteamérica y Europa. Necesitamos aprender a ser familia, donde todos se sientan bienvenidos al hogar para ser alimentados y sostenidos hasta la muerte.

La muerte es un misterio. Necesitamos reconocer nuestra impotencia y no negarla. Esto tiene particular significación cuando compartimos la experiencia del misterio con personas enfermas de SIDA y cuando estas personas, a su vez, nos ofrecen también su ministerio. a medida que crecemos con ellas en nuestra cristiana comprensión de la muerte a la luz de la muerte y resurrección de Cristo.

2- Educación Para la Prevención

Para asegurar una buena calidad de información sobre la enfermedad, invitamos a las iglesias a participar activamente junto con los profesionales de la salud, los gobiernos locales, allí donde sea posible, y con los organismos comunitarios locales en programas de educación para la prevención. Invitamos a las iglesias a que hagan uso de los servicios de la Organización Mundial de la Salud y sus redes de recursos a nivel mundial.

La prevención del SIDA es posible. La sociedad debe concentrar suficientes recursos en su prevención. Esto involucrará medidas que serán adoptadas razonablemente por todos: los portadores, los enfermos, los grupos actualmente en alto riesgo y la población en general, ya que entre esta última hay muchos portadores no detectados. La prevención también requiere urgentemente que todos adoptemos formas responsables de comportamiento, incluyendo mejoras en las condiciones físicas y socioeconómicas en muchas partes del mundo.

Las medidas preventivas y las nuevas formas de comportamiento deben estar dirigidas también a eliminar los diferentes factores que favorecen la transmisión del virus; es necesario, por lo tanto, que los diferentes niveles de transmisión sean descriptos dentro del contexto regional.

3- Ministerio social

Dadas las variadísimas estimaciones que existen sobre algunas de las cuestiones relacionadas con esta enfermedad, las iglesias miembros y los consejos ecuménicos deberán situar rigurosamente su respuesta en sus propios contextos. Sin embargo, afirmamos ciertos valores comúnmente aceptados, en particular:

1. El libre intercambio de información médica y educativa sobre enfermedad dentro de los países y entre ellos.
2. La libertad de seguir haciendo investigaciones sobre la enfermedad.
3. La libre circulación de información sobre la enfermedad entre los pacientes, sus familias y seres queridos.
4. El derecho a un cuidado médico y pastoral sin tener en cuenta la condición socioeconómica de la persona, su raza, sexo, orientación sexual o relaciones sexuales.

5. El carácter confidencial de los expedientes médicos de las personas enfermas de SIDA, con afecciones relacionadas con el SIDA, o con anticuerpos positivos.

Dado que el SIDA es una epidemia mundial, la acción concreta de las iglesias y cada cristiano/a no debe dirigirse sólo a los/as enfermos/as más próximos de nuestro entorno sino también, mediante una colaboración real a nivel mundial, a los/as desconocidos/as que se encuentran en el punto más alejado del planeta.

La consulta también instó al Comité Ejecutivo del CMI que:

1. Comenzara un estudio sobre "la Sexualidad Humana" a la luz de los valores cristianos y de los avances científicos. Este estudio ya fue solicitado por la VI Asamblea del CMI reafirmada por la Comisión Asesora de la oficina de Educación Familiar. Este estudio deberá tomar en consideración las necesidades de la educación cristiana y la necesidad de clarificar los valores inherentes a la sexualidad humana como elemento de realización humana.

2. Solicitar al CMI a que coordine futuros estudios sobre "la Salud y la Integridad" prestando especial atención a los temas teológicos, educativos y pastorales ante el sufrimiento y la muerte, a la vez que ubica estos temas dentro del contexto general del Estudio sobre la Sexualidad. Este estudio deberá incluir temas tales como el pecado, la culpa, el amor y juicio de Dios. Deberá existir un enlace con la Oficina de Educación Familiar, Fe y Constitución, el Programa sobre la Educación Teológica, e Iglesia y Sociedad.

Ginebra, del 26 al 29 de junio de 1986.

Lista de participantes

Dr. Courtenay Bartholomew, médico; Port of Spain, Trinidad, WI
Rev. Eilert Frerich; Toronto, Canadá
Sr. Fevin Gordon, teólogo, psicoterapeuta; Nueva York, USA
Sra. Ria Hartman, pastora; La Haya, Holanda
Sr. Bruce Hilton; Albany, USA
Dr. B. Kapita, médico; Kinshasa, Zaire
Rev. Ch Kessler, capellán de hospital; Boston, USA
Sra. Caroline Levine; Hatings-on-Hudson, USA
Sr. James McManus, teólogo; Glasgow, Escocia
Prof. Allen J. Moore, teólogo; Claremont, USA
Sra. Mary Thomas, Family Life Institute; Madras, India
Dr. Barry P. Thompson; Hull, Inglaterra
Sr. Tom Tull; San Francisco, USA

2. La Iglesia ante el SIDA

Una prevención digna de la persona humana y una asistencia compasiva²
Mensaje de Juan Pablo II

Del 13 al 15 de noviembre del 1989, se ha celebrado en la Ciudad del Vaticano un Congreso internacional para estudiar los problemas del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). El congreso ha sido organizado por el PONTIFICIO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES SANITARIOS, respondiendo a una invitación del Papa de ocuparse de los problemas del hombre que sufre.

Han participado en él los mayores especialistas en diversas materias, ya que se ha tratado de afrontar el problema de manera interdisciplinar, pero sobre todo reservando una constante atención al hombre, al hombre enfermo visto en toda su dignidad de persona. Abrió la serie de relaciones e intervenciones el cardenal John Joseph O'Connor, arzobispo de Nueva York, que habló de las experiencias de su diócesis y de algunas líneas de acción pastoral. Siguieron intervenciones de moralistas, profesores de derecho, microbiológicos, infectivólogos, especialistas de diversas ramas de la medicina e investigadores, para confrontar con los demás los resultados y conclusiones después de años y años de estudio y empeño personal.

En la tarde del día 15 de noviembre fueron recibidos por el Papa quien les dirigió el mensaje que reproducimos a continuación.

Ilustres Señores:

1. Complejos problemas

Es para mí particularmente importante encontrarme hoy con vosotros, con ocasión de la Conferencia internacional que el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios ha promovido para una profundización interdisciplinar acerca de los complejos problemas vinculados a la amenazadora difusión del SIDA.

Al dirigiros mi saludo, deseo expresaros mi complacencia por el compromiso que habéis asumidos de debatir, a nivel de elevada competencia, un asunto de tan viva actualidad. En particular me complace el marco antropológico más amplio dentro del que habéis planteado

² Sin modificar el artículo original en esta publicación se aumentaron el número de subrayados y textos destacados.

vuestro análisis, examinando todo el problema a la luz de las preguntas fundamentales de la existencia: "¿Vivir ¿Para qué?"

Por eso espero que las conclusiones de esta Conferencia internacional impulsen ulteriores reflexiones sobre el tema y que sirvan para que los organismos competentes promuevan una decidida y eficaz programación operativa.

2. Profundas repercusiones

Mucho más que las numerosas enfermedades infectivas que la humanidad ha sufrido a lo largo de su historia, el SIDA tiene profundas repercusiones de naturaleza moral social, económica, jurídica y organizativa, no sólo en las familias y en las agrupaciones locales, sino también en las naciones y en toda la comunidad de los pueblos. En efecto, hoy, aunque con intensidad y características diversas, el virus de la inmunodeficiencia adquirida se ha extendido a la gran mayoría de los países del mundo y las encuestas periódicas que realizan las autoridades sanitarias denuncian su difusión creciente.

Es preciso reconocer que, desde los comienzos, el SIDA ha provocado un serio esfuerzo de investigación por obra de grupos, guiados por eminentes científicos, muchos de los cuales se hallan aquí presentes: a ellos les expreso con gusto mis más vivo aprecio.

Gracias a su esfuerzo, los diversos aspectos de esta compleja y difundida enfermedad se van aclarando cada vez más. En menos de diez años ha recorrido un importante camino: los estudios de biología molecular han hecho que fueran casi totalmente conocida las funciones del virus, las interacciones virus-célula y sus consiguientes modificaciones funcionales.

También se han descubierto otros retrovirus y se están estudiando activamente las funciones relativas que tales agentes pueden desempeñar en el SIDA e incluso en otras enfermedades.

3. Conciencia de la propia responsabilidad

No es aventurado afirmar que, una vez más, con el estudio de una terrible enfermedad han mejorado los conocimientos de todo un sector, con notables ventajas terapéuticas en el tratamiento de otras patologías.

Además, puesto que hoy ha crecido la conciencia de que las causas biológicas, las condiciones ambientales y los componentes socioculturales influyen fuertemente en el desarrollo y la difusión de las enfermedades infecciosas, se ha analizado con especial atención el modo en que ciertas formas de encuentro y de contacto entre personas -dentro de cada categoría o de cada grupo de población- pueden crear y alimentar el riesgo de difusión de la infección ocasionada por el virus de la inmunodeficiencia adquirida. Se alude, como es por todos conocidos, a los fenómenos de la drogadicción y del abuso de la sexualidad, que ponen en marcha un proceso tendencialmente expansivo de la enfermedad. El aspecto positivo de este mejor conocimiento es que la población en su conjunto es impulsada a asumir directamente con plena conciencia sus responsabilidades.

4. Doble desafío

Las estadísticas atestiguan que la juventud es la que está más afectada por el SIDA. La amenaza que se cierne sobre las jóvenes generaciones debe atraer la atención y comprometer el esfuerzo de todos, pues, humanamente hablando, el futuro del mundo está fundado en los jóvenes, y la experiencia enseña que el único modo de prever el futuro es el de prepararlo.

La amenazadora difusión del SIDA lanza a todos un doble desafío, que también la Iglesia quiere recoger en la parte que le compete: me refiero a la prevención de la enfermedad y a la asistencia prestada a quienes han quedado afectados por ella. Una acción realmente eficaz en estos dos campos no podrá llevarse a cabo si no se intenta sostener el esfuerzo común con la aportación que deriva de una visión constructiva de la dignidad de la persona humana y de su destino trascendente.

Las particulares características del surgir y del difundirse del SIDA y también un cierto modo de afrontar la lucha contra esta enfermedad, revelan -como oportunamente recuerda el tema general de esta Conferencia Internacional- una preocupante crisis de valores. No se está lejos de la verdad si se afirma que, paralelamente a la difusión del SIDA, se ha venido manifestando una especie de inmunodeficiencia en el plano de los valores existenciales, que no puede menos que reconocerse como una verdadera patología del espíritu.

5. Dos objetivos: Informar y educar

Por consiguiente, es preciso en primer lugar reafirmar con firmeza que la obra de prevención, para ser al mismo tiempo digna de la persona humana y verdaderamente eficaz, debe proponerse dos objetivos: informar adecuadamente y educar para la madurez responsable.

Ante todo es necesario que la información, impartida en las sedes idóneas, sea correcta y completa, más allá de miedos infundidos pero también de falsas esperanzas. La dignidad personal del hombre exige, después, que se le ayude a crecer hacia la madurez afectiva mediante una específica acción educativa. Sólo con una información y una educación que ayuden a encontrar, con claridad y con alegría, el valor espiritual del amor que se dona como sentido fundamental de la existencia, es posible que los adolescentes y los jóvenes tengan la fuerza necesaria para superar los comportamientos peligrosos. La educación para vivir de modo sereno y serio la propia sexualidad y la preparación para el amor responsable y fiel son aspectos esenciales de este camino hacia la plena madurez personal. En cambio, una prevención que naciese, con inspiración egoísta, de consideraciones incompatibles con los valores prioritarios de la vida y el amor, acabaría por ser, además de ilícita, contradictoria, rodeando sólo el problema sin resolverlo en su raíz.

Por ello la Iglesia, segura intérprete de la ley de Dios y "experta en humanidad", se empeña no sólo en pronunciar una serie de "no" a determinados comportamientos, sino sobre todo en proponer un estilo de vida plenamente significativo para la persona. Ella indica con vigor y con gozo ideal positivo, en cuya perspectiva se comprenden y se aplican las normas morales de conducta.

A la luz de este ideal aparece profundamente lesivo de la dignidad de la persona, y por ellos moralmente ilícito, propugnar una prevención de la enfermedad del SIDA basada en el recurso a medios y remedios que violan el sentido auténticamente humano de la sexualidad y con un paliativo para aquellos malestares profundos donde se halla comprometida la responsabilidad de los individuos y de la sociedad: y la recta razón no puede admitir que la

fragilidad de la condición humana, en vez de ser motivo de mayor empeño, se traduzca en pretexto para un aflojamiento que abra el camino a la degradación moral.

6. Comprensión y solidaridad

En segundo lugar, una prevención constructivamente encaminada a recuperar, sobre todo entre las jóvenes generaciones, el sentido pleno de la vida y la exaltante fascinación de la entrega generosa, seguramente favorecerá un mayor y más amplio empeño en la asistencia a los enfermos de SIDA. Estos, aún en la singularidad de su situación patológica, tienen derecho, como cualquier otro enfermo, a recibir de la comunidad la asistencia idónea, al comprensión respetuosa y una plena solidaridad.

La Iglesia que, a ejemplo de su divino Fundador y Maestro, ha considerado siempre la asistencia a quien sufre como parte fundamental de su misión, se siente interpelada en primera persona, en este nuevo campo del sufrimiento humano, por la conciencia que tiene de que el hombre que sufre es un “camino especial” de su magisterio y ministerio. Por consiguiente, no pocas Conferencias Episcopales, en diversas áreas del mundo, han publicado documentos y han emanado concretas directrices para poner en marcha, mejorar e intensificar una pastoral de esperanza en la acción preventiva contra el SIDA y en la asistencia a quien está afectado por esta enfermedad, instituyendo a veces adecuados centros de tratamiento especializado. En espíritu de comunicación con toda la Iglesia y con confiada e intensa participación, también yo aprovecho con gusto esta ocasión para unir mi voz a la de los demás pastores y exhortar a todos y a cada uno a asumir las propias responsabilidades.

7. El consuelo de la Iglesia

Ante todo me dirijo, con afligida solicitud, a los enfermos de SIDA.

Hermanos en Cristo que conocéis toda la aspereza del camino de la cruz, no os sintáis solos. Con vosotros está la Iglesia, sacramento de salvación, para sosteneros en vuestro difícil camino. Ella recibe muchos de vuestro sufrimiento, afrontado en la fe; está cerca de vosotros en el consuelo de la solidaridad operosa de sus miembros, a fin de que no perdáis

nunca la esperanza. No olvidéis la invitación de Jesús: “Venid a mí todos los que estáis fatigados y sobrecargados, y yo os daré descanso” (Mt. 11,28)

Con vosotros están, amadísimos hermanos, hombres de ciencia, que se afanan incansablemente por contener y por vencer esta grave enfermedad; con vosotros están cuantos, en el ejercicio de la profesión sanitaria o por elección voluntaria, sostenida por el ideal de la solidaridad humana, se dedican a asistirlos con toda solicitud y con todo tipo de medios.

Vosotros podéis ofrecer a cambio algo muy importante a la comunidad de la que formáis parte. El esfuerzo que hacéis para dar un significado a vuestro sufrimiento es para todos un precioso reclamo hacia los valores más altos de la vida y una ayuda tal vez determinante para cuantos sufre la tentación de la desesperación. No os encerréis en vosotros mismos: buscad, más bien, y aceptad el sostén de los hermanos.

La oración de la Iglesia se eleva cada día al Señor por vosotros, particularmente para los que viven la enfermedad en el abandono y en la soledad; por los huérfanos, por los más débiles, y por los más pobres, que el Señor nos ha enseñado a considerar los primeros en su reino.

8. Primera escuela de vida

Luego, me dirijo a las familias. En el núcleo familiar se halla la primera escuela de vida y de formación de los hijos para la responsabilidad personal en todos sus aspectos, incluido el que está ligado a los problemas de la sexualidad.

Padre: Vosotros podéis realizar la primera y más eficaz acción preventiva ofreciendo a vuestros ojos una recta información y preparándolos para elegir con responsabilidad los justos comportamientos tanto en el ámbito individual como en el social.

Después, en cuanto a las familias que viven en su interior el drama del SIDA, deseo que sientan dirigida a sí la comprensión que el Papa comparte con ellas, consciente de la difícil misión a que están llamadas. Pido al Señor que les conceda la generosidad necesaria para no renunciar a una tarea que, ante Dios y ante la sociedad, han asumido a su tiempo como irrenunciable. La pérdida del calor familiar provoca en los enfermos de SIDA la disminución e incluso la extinción de aquellas defensas psicológicas y espirituales que a veces se revelan

con menos importantes que las físicas para sostener la capacidad reactiva del sujeto. Sobre todo las familias nacida en el signo del matrimonio cristiano tienen la misión de ofrecer un fuerte testimonio de fe y de amor, sin abandonar a su ser querido, sino más bien rodeándolos de solícitos cuidados y de afectuosa compasión.

9. Educación sanitaria

A los profesores y a los educadores se dirige mi invitación a que se hagan promotores, en estrecha unión con las familias, de un idónea y seria formación de los adolescentes y de los jóvenes para la vida.

Prociúrese, especialmente en las escuelas católicas, una programación orgánica de la educación sanitaria en la que, armonizando los elementos de la prevención con los valores morales, se prepare a los jóvenes para un correcto estilo de vida, principal garantía para tutelar la propia salud y la de los demás.

A vosotros, educadores, se os ha confiado la responsabilidad de educar a las jóvenes generaciones hacia una auténtica cultura del amor, ofreciendo en vosotros mismos una guía y un ejemplo de fidelidad a los valores ideales que dan sentido a la vida.

10. Sed de vida y de amor

A los jóvenes de cualquier edad y condición digo: Obrad de modo que vuestra sed de vida y de amor sea sed de una vida digna de vivirse y de un amor constructivo. La necesaria prevención contra la amenaza del SIDA no ha de inspirarse en el miedo sino en la elección consciente de un estilo de vida sano, libre y responsable. Huid de comportamientos caracterizados por la disipación, la apatía y el egoísmo. Sed, más bien, protagonistas en la construcción de un orden social justo, sobre el que se apoye el mundo de vuestro futuro.

Practicad con generosidad y fuerza de imaginación formas siempre nuevas de solidaridad. Rechazad toda forma de marginación: estad cerca de los menos afortunados, de los que sufren, cultivando la virtud de la amistad y de la comprensión, rechazando toda violencia hacia vosotros mismos y hacia los demás.

Vuestra fuerza ha de ser la esperanza y vuestro ideal, la afirmación universal del amor.

11. Plan global

A los gobernantes y a los responsables de la administración pública dirijo una urgente llamada a afrontar con todo empeño los nuevos problemas planteados por la difusión del SIDA. Las dimensiones que ha asumido, y que probablemente asumirá esta enfermedad, así como su estrecha conexión con algunos comportamientos que inciden en las relaciones interpersonales y sociales, exigen que los Estados se hagan cargo -con tempestividad y valor, con claridad de ideas y con iniciativas correctas- de todas sus responsabilidades. En particular, a las autoridades sanitarias y sociales compete preparar y realizar un plan global de lucha contra el SIDA y la drogadicción; dentro de esta programación deberá ser reconocida, coordinada y sostenida toda justa iniciativa que los individuos, los grupos, las asociaciones y los diversos organismos pongan en marcha para la prevención, la curación y la rehabilitación.

Igualmente la lucha contra el SIDA exige la colaboración entre los pueblos; y puesto que la demanda de salud y de vida es común a todos los hombres, ningún cálculo político o económico ha de dividir el esfuerzo de los Estados, llamados juntamente a responder al desafío del SIDA.

12. Respeto de la moralidad

A los científicos y a los investigadores, con una felicitación por su encomiable esfuerzo, va mi invitación a incrementar y a coordinar su trabajo, frente de esperanza para los enfermos de SIDA y para la humanidad. Como ya se ha recordado "sería ilusorio reivindicar la neutralidad moral de la investigación científica y de sus aplicaciones... A causa de su mismo significado intrínseco, la ciencia y la técnica exigen el respeto incondicionado de los criterios fundamentales de la moralidad: deben estar al servicio de la persona humana, de sus derechos inalienables y de su bien verdadero e integral según el plan y la voluntad de Dios" (Instrucción *Donum vitae*, 2).

Hoy faltan aún vacunas y medicamentos que sean seguramente eficaces contra el virus del SIDA: es realmente de desear que la investigación científica y farmacológica pueda alcanzar pronto la suspirada meta. A la puerta de vuestra competencia y sensibilidad, ilustres

científicos e investigadores, está tocando una humanidad implorante que espera una respuesta de vida, sobre todo de vuestra colaboración y entrega.

13. Testimonio de amor

A la espera del descubrimiento resolutivo, invito a los médicos y a todos los agentes sanitarios, empeñados en este delicado sector profesional, a traducir su servicio en testimonio de amor pronto a socorrer.

Como dije en Phoenix, Estados Unidos, a los miembros de las organizaciones sanitarias católicas, “estáis viviendo individual y colectivamente la parábola del buen samaritano” (L'Osservatore Romano, edición en lengua española, 11 de octubre de 1987, p. 18). Por lo tanto, vuestra solicitud no ha de conocer discriminación alguna.

Sabed recoger, interpretar y valorizar la confianza que tiene en vosotros el hermano enfermo. Buscad siempre, a través de la asistencia, acercaros con discreción y amor a aquella misteriosa pero muy humana esfera psíquica y espiritual de la que puede brotar la energía viva y sanante que ayude al enfermo a descubrir, incluso en su condición, el sentido de la vida y el significado de su sufrimiento.

Y vosotros, agentes sanitarios voluntarios, que cada vez en número mayor dedicáis competencia y disponibilidad a los enfermos de SIDA o estáis empeñados en la obra de educación preventiva, unid y coordinad vuestras fuerzas, actualizad vuestra preparación, haceos promotores, incluso en el exterior, de una acción dirigida a sensibilizar a la comunidad social respecto a los problemas vinculados a la realidad y a la amenaza del SIDA. Sed los portavoces de las ansias, de las necesidades y de las perspectivas de aquellos a quienes asistís.

14. Heraldos del evangelio del sufrimiento

A los hermanos en el sacerdocio, a los religiosos y a las religiosas, y en primer lugar a los que, entre ellos, se dedican a la pastoral sanitaria, se dirige mi más ardiente llamado a fin de que sean heraldos del evangelio del sufrimiento en el mundo contemporáneo. La historia de la acción pastoral sanitaria de la Iglesia abunda en figuras ejemplares de sacerdotes, de

religiosos y de religiosas que en la asistencia a los que sufren han exaltado la doctrina y la realidad del amor.

Vuestra acción, amadísimos hermanos y hermanas, para ser en verdad creíble y eficaz, ha de estar constantemente sostenida por la fe y alimentada por la oración. Vosotros, que habéis hecho del seguimiento de Cristo el ideal exclusivo de vuestra vida, sentíos llamados a hacer presencia de Jesús, médico de las almas y de los cuerpos. Que los enfermos a quienes asistís adviertan en vosotros la cercanía de Jesús, y la vigilancia y maternal presencia de la Virgen.

Recoged con generosidad el llamamiento de vuestros pastores, amad y favoreced el servicio a los enfermos, actuad en el signo de la abnegación y del amor, “para no desvirtuar la cruz de Cristo” (1 Cor. 1,17). Estad cerca de los últimos y de los más abandonados. Practicad la hospitalidad, promoved y sostened todas las iniciativas que, en el servicio a quien sufre, exaltan la grandeza y la dignidad de la Iglesia por los que sufren y de su predilección por los más probados por el mal.

15. Mensajeros de la esperanza

Finalmente, invito a todos los fieles a elevar su oración al Señor de la vida para que ayude a la humanidad a sacar provecho incluso de esta nueva y amenazadora calamidad. Quiera Dios iluminar a los que creyentes acerca del verdadero y último “por qué” de la existencia, a fin de que sean siempre y en todas partes mensajeros de la esperanza que no muere. Ojalá sepa el hombre de hoy repetir al Señor las palabras de Job: “Sé que eres todopoderoso: ningún proyecto te es irrealizable” (Jb. 42,2).

Si hoy, frente a la amenaza del flagelo del SIDA, estamos aún en la búsqueda del remedio eficaz, confiamos en que, con la ayuda de Dios, triunfará finalmente la vida sobre la muerte y la alegría sobre el sufrimiento.

Con este deseo invoco sobre vosotros, y sobre cuantos gastan sus energías al servicio de la nobilísima causa para la que os habéis reunido en congreso, las bendiciones de Dios omnipotente.

3. El trabajo pastoral con relación al SIDA

Federación Luterana Mundial.³

Prólogo

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, conocido comúnmente como SIDA, ha llegado a ser uno de los temas más importantes en el mundo. La cantidad de personas con SIDA o infectadas con el VIH⁴ (HIV) está creciendo con rapidez. Hoy, encontramos el SIDA en la mayoría de los países. Se cree que en el futuro próximo el número de nuevos casos se duplicará anualmente.

Muchas iglesias han respondido constructivamente y con profunda compasión a la crisis del SIDA. Se han emprendido estudios; dirigentes eclesiásticos han publicado cartas pastorales; se han organizado programas diaconicos; y se ha ampliado la capellanía hospitalaria. La situación varía en gran manera de un continente a otro, tanto en el aspecto de la difusión de la enfermedad como en relación con la respuesta dada por la sociedad y las Iglesias. El factor común es que nos estamos enfrentando con un virus transmitido principalmente por vía sexual (VIH), que provoca enfermedades incurables, la muerte, y que se está expandiendo en forma epidémica en muchos países.

La Federación Luterana Mundial (FLM) siguió este desarrollo con gran preocupación.

Varias Iglesias miembros se acercaron a la FLM solicitando ayuda. En consulta con la Comunidad Médica Cristiana del Concilio Mundial de Iglesias y la Organización Mundial de la Salud, se tiene la convicción que una importante contribución de las Iglesias consiste en el apoyo pastoral que pueden proveer, no sólo a las personas infectadas con VIH o con SIDA, sino también a sus familiares y amigos. Con una organización internacional con Iglesias miembros en todos los países mayormente afectados, la FLM provee un espacio de diálogo para compartir experiencias y desarrollar líneas para un trabajo pastoral en relación con el SIDA.

³ Sin modificar el artículo original en esta publicación se aumentaron el número de subrayados y textos destacados.

⁴ VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

En el encuentro del Comité Ejecutivo de la FLM en la localidad de Viborg (Dinamarca) en julio de 1987, se decidió:

“...que sea convocada una consulta de personas comprometidas activamente en asesoramiento pastoral, cuidado diacónico y reflexión teológica en relación con el SIDA, para compartir experiencias y desarrollar líneas de acción para una aproximación cristiana responsable al problema en sus diferentes aspectos sociales, nacionales y teológicos. La consulta tendrá que ser convocada, de ser posible, en estrecha cooperación con las personas y organizaciones ya involucradas en este área.”

Esta consulta se realizó en la localidad de Kaiserweth, cerca de Düsseldorf en la República Federal Alemana, del 21 al 25 de marzo de 1988. Su propósito fue triple:

- Brindar al personal pastoral, médico y social, procedente de diferentes situaciones, una oportunidad para compartir unos con otros experiencias, perspectivas y preguntas relacionadas con el SIDA.
- Ayudar a las Iglesias a ver el problema en un contexto global con toda la complejidad que éste conlleva.
- Desarrollar líneas de acción para un trabajo pastoral responsable fundamentado en el Evangelio inclusivo y liberador de Jesucristo.

Es necesario destacar que esta consulta se ocupó principalmente de los aspectos pastorales relacionados al SIDA, y no de la dimensión ética y médica. La participación de personas procedentes de todos los continentes brindó variedad de perspectivas.

Después de las introducciones, gran parte del trabajo se realizó en cuatro grupos. Sus informes fueron discutidos y aprobados por todos los participantes. Sobre la base de las recomendaciones surgidas de consulta, el Comité Ejecutivo de la FLM, en su encuentro de Addis Abeba, Etiopía, en junio de 1988, adoptó las resoluciones incluidas en este informe y que representan la posición de la FLM.

Jonas Jonson
Asistente del Secretario General para Asuntos Ecuménicos
Ginebra, setiembre de 1988.

INFORME

La consulta reunió a 42 participantes, muchos de ellos nombrados por las Iglesias luteranas en 17 países y cinco continentes. El siguiente informe fue preparado en cuatro grupos de trabajo y adoptado por la consulta. Las recomendaciones dirigidas al Comité Ejecutivo de la

Federación Luterana Mundial fueron asumidas en junio de 1988 y están incluidas con sus resoluciones en el último punto de este documento.

I. Discriminación y derechos legales y sociales

La Iglesia debería abrir sus puertas a todos, en forma incondicional, tal como Cristo abrió la puerta a todos, sin tener en cuenta quienes eran o lo que habían hecho. La salvación es dada a todos por gracia, a través de la fe, y no por causa de hechos o comportamientos. Al aceptar a todos, Cristo dio acceso a su perdón y a la nueva vida. Hoy, en su Iglesia, recibimos esta vida nueva por medio de la Palabra y los sacramentos. Al excluir a alguien de esta fuente de vida, la Iglesia se hace culpable de la más grave forma de discriminación que existe.

La difusión del SIDA depende de realidades culturales, sociales y económicas. La Iglesia debería cuestionar seriamente su propio papel en el desarrollo que facilitó la difusión de la enfermedad, y desafiar a sus propios miembros y a la sociedad para tomar medidas que eliminen actitudes de discriminación y acciones prevalentes en la sociedad.

Miedo

El miedo está en base de muchas formas de discriminación.

Esta tiene muchas facetas:

- miedo de lo desconocido;
- miedo de la naturaleza contagiosa del SIDA;
- miedo de ser estigmatizado;
- miedo del aislamiento;
- miedo de sufrir y de una muerte cierta si se desarrolla en forma completa el SIDA.

El miedo de ser identificado en la comunidad y en el individuo, y la Iglesia debe responder a través de su cuidado pastoral. Todos nosotros tenemos que enfrentar nuevas emociones tales como la rabia, el disgusto, el miedo, el dolor y la desesperación cuando cuidamos a personas afectadas por el SIDA.

Discriminación

La discriminación también tiene muchas facetas:

- inadecuado cuidado profesional para las personas que son VIH positivos;
- estigmatización y aislamiento de la familia, del contexto social, de la comunidad y de la Iglesia;
- pérdida del empleo;
- violencia física y/o psicológica contra personas de orientación homosexual, prostituidos y drogadictos;
- restricciones de viajes;
- presiones familiares y sociales sobre los que brindan ayuda para que no cuiden a las personas infectadas con el VIH;
- negativa a brindar cuidados sanitarios básicos y seguros de vida o salud;
- registros obligatorios;
- rechazo a brindar alojamiento;
- actitud negativa para brindar acceso a la educación, especialmente a los niños;
- análisis obligatorios sin consentimiento;
- “chivos expiatorios”;
- exclusión de personas, tales como refugiados y estudiantes procedentes de áreas altamente endémicas.

En algunos países, el SIDA afectó principalmente a grupos que ya estaban marginados, y como consecuencia aumentó la discriminación (homosexuales, drogadictos intravenosos y prostituidos). El turismo sexual, donde varones económicamente poderosos explotan a mujeres y varones jóvenes, pone en peligro e incrementa el riesgo de la transmisión del VIH. Esto alienta la discriminación, ya que ciertos grupos no son considerados dignos de ser protegidos contra el VIH, sino que son expuestos al virus por motivos de lucro económico. Las estructuras socioeconómicas en el mundo promueven la pobreza de ciertas comunidades y grupos, haciendo más vulnerables a la difusión del SIDA a aquellos que no tienen privilegios. La lucha contra el SIDA es por lo tanto una lucha contra la pobreza, el analfabetismo, la prostitución, la drogadicción y todas las formas de desigualdad social. La falta de información tendenciosa también contribuyen a la discriminación.

Efectos de la discriminación

El nivel individual:

La discriminación afecta profundamente a las personas. Ella conduce a la pérdida de auto-estima, a sentimientos de culpa y vergüenza. A menudo las personas con SIDA se apartan por sí mismas de la asistencia que necesitan debido al temor a reacciones negativas de los otros. El aislamiento aumenta el sentimiento de "ser el único con SIDA". Ansiedad, depresión y suicidio pueden ser los resultados.

Las personas afectadas por el SIDA necesitan ser aceptadas por la Iglesia y conducidas, junto con todas sus emociones, al descubrimiento de su dignidad como creadas a la imagen de Dios.

La Iglesia debería sostener y cuidar a aquellos que se están ocupando de las personas con SIDA, para brindarles fuerza y coraje para continuar su ministerio.

En el nivel comunitario

La discriminación de ciertos grupos los obliga a esconderse. La comunicación, el contacto y la asistencia llegan a ser difíciles y la transmisión del VIH se facilita. La discriminación de las personas afectadas con VIH es un obstáculo serio en la lucha para combatir la transmisión de la enfermedad. La Iglesia tiene la especial responsabilidad de reconocer estos grupos discriminados y sus necesidades.

La Iglesia debe poner de manifiesto las acciones discriminatorias y desafiar a sus miembros, a la comunidad y al gobierno.

Acceso a la información

La prevención del SIDA depende del adecuado acceso de todos al conocimiento de la enfermedad. Hoy esta información alcanza principalmente a las personas educadas y ricas, mientras que se deja afuera a grupos con especial necesidad de información y que están altamente expuestos a la pandemia.

II. Miedo y culpa

La pandemia mundial del SIDA ha dado nacimiento a una epidemia mundial de miedo que necesita ser analizada y a la cual debemos responder. Existe no sólo el miedo a la enfermedad como tal, sino también al estigma social de impureza. El SIDA trae consigo el

miedo a la agonía, la inexistencia, el dolor físico, rechazo, aislamiento y vergüenza. En el nivel espiritual las personas con SIDA luchan con la cuestión de la condena o de la salvación.

La familia y los amigos, con el temor de ser humillados, perseguidos o de compartir el estigma social de las personas con SIDA, a menudo luchan en profunda soledad con el miedo de perder a sus seres queridos.

En algunas congregaciones cristianas, las personas infectadas con VIH o con SIDA no son bienvenidas. Otros fieles temen poder contraer la enfermedad a través del contacto o al compartir con ellos la Santa Comunión. Además, temen las graves consecuencias si la Iglesia llegara a ser acusada de avalar la "inmoralidad". Existen razones para temer que el abuso de la información confidencial médica pueda llevar a la persecución en la sociedad de personas VIH positivas.

Una consecuencia del miedo es la red de mentiras que alienan a las personas con SIDA de las otras y de la verdad. El miedo desgasta, y puede aún conducir a la destrucción de la identidad del individuo, la plenitud de la Iglesia y el carácter inclusivo de la Eucaristía. El miedo social resulta en discriminación, el miedo personal resulta aislamiento. Una consecuencia última puede ser el suicidio. Por causa de que el SIDA a menudo es asociado con la homosexualidad, la promiscuidad sexual y el abuso de drogas, la sociedad puede imputar culpabilidad a las víctimas de la enfermedad. Por eso aquellos que están infectados pueden llevar una pesada carga de culpa. Porque el SIDA es una enfermedad infecciosa, la responsabilidad de haber infectado a otros también conduce al sentimiento de culpa. Esto se ejemplifica con una madre que da a luz un niño infectado, o por haber diseminado la infección por intermedio del abuso de drogas intravenosas o relaciones sexuales. En otro nivel, una interpretación de la enfermedad como castigo o maldición divina se manifiesta en la culpa.

Una persona infectada con VIH experimenta culpa por no haberse protegido a sí mismo. La culpa puede ser también la consecuencia de una familia o sociedad opresora en lugar de ser de apoyo.

El cuerpo de Cristo como una comunidad de reconciliación debe responder afirmativamente a las múltiples divisiones humanas.

La primera palabra que la Iglesia debe transmitir a los que están encerrados en el miedo es la seguridad del Evangelio: “Tranquilízate, porque el Señor está contigo” (Lucas 1:28,30). Segundo, la Iglesia debe afirmar que en Jesús la relación entre enfermedad y castigo fue inevitablemente destruida. “Ni él ni sus padres han pecado, respondió Jesús; nació así para que se manifiesten en él las obras de Dios. Mientras es de día yo debo trabajar en las obras de aquél que me envió” (Juan 9:3,4). Dios es un Dios de amor que no aflige a sus amados hijos con la maldición o el castigo de Dios. Tercero, Dios echa afuera la vergüenza, “reconciliando al mundo consigo, no teniendo en cuenta los pecados de los hombres, y confiándonos la palabra de reconciliación” (2 Cor 5:19).

La Iglesia debe responder a la crisis del SIDA en varios niveles:

- La intercesión y el cuidado pastoral para con los afectados por la pandemia, y por los que responden a ésta de una forma responsable.
- Fraternalidad inclusiva para todas las personas, aún para aquellos segmentos de la sociedad más directamente afectados; por ejemplo, prostituidos, homosexuales y drogadictos intravenosos.
- Asistencia práctica que salga al encuentro de las necesidades de los que están enfermos, sus familiares y amigos, así como para los que brindan ayuda.
- Alentar al voluntariado y al entrenamiento de éstos en el asesoramiento, consejo y apoyo.
- Educación. Esta incluye información que libere del miedo que nace de la ignorancia y de conceptos erróneos, educación para prevenir comportamientos que pueden llevar a la infección por VIH, y una profunda comprensión de los fundamentos bíblicos y teológicos para dar una respuesta apropiada a la crisis del SIDA. Esta debe también incluir oportunidad de confrontar con el miedo y la culpa, el pecado y la enfermedad, la reconciliación y la naturaleza de la Iglesia.
- Proveer espacios para la hospitalidad e involucrarse en un diálogo con los grupos más directamente afectados.
- Defensa de los derechos de las personas amenazadas con la discriminación y la represión.

La dimensión de miedo y culpa en la pandemia mundial del SIDA nos desafía en llegar a ser, en las palabras de Pablo: “embajadores en nombre de Cristo, siendo Dios el que por medio de nosotros nos exhorta” (2 Cor 5:20). La Iglesia de Dios tal como fue revelada en la vida y el ministerio de Jesucristo es un cuidado encarnado y no crítico, para con todos aquellos a quienes el SIDA les ha traído sufrimiento.

III. Muerte y agonía

En el centro de la confesión cristiana está la muerte y la resurrección de Jesucristo. La muerte como el camino a la vida es el mensaje de la teología del bautismo, en el llamado a la conversión, en la ética cristiana. La agonía y la muerte son inseparables de la vida. Esta es una experiencia tanto corporal como social y tiene que ser encarada por cada ser humano. Como cristianos afirmamos que “muriendo a nosotros mismos”, viviremos con Cristo. La comunidad cristiana a través del tiempo encaró la muerte, no sólo con la mentos y miedo, sino también con esperanza y expectativas. La muerte ha sido derrotada. “El no es un Dios de muertos, sino de vivientes; todos, en efecto, viven para él” (Lucas 20:38). Por ello, la Iglesia siempre al lado de los moribundos para llevar esperanza. La Iglesia encomienda los muertos a Dios, los sepulta, y reconforta a los enlutados. En tiempos y países en guerra, epidemias y hambre, este ministerio fue la más grande expresión de la vida y de la fe de la Iglesia. En otros tiempos y países, el morir y la muerte se hicieron mayormente invisibles en la vida cotidiana de la comunidad cristiana. La pandemia del SIDA ha llevado nuevamente a la Iglesia hacia la realidad del morir y de la muerte en medio de la comunidad humana.

Sostenemos a las personas que trabajan con individuos afectados por el SIDA, estén o no comprometidos con la Iglesia. Damos gracias por su trabajo. Ellos necesitan el reconocimiento, apoyo y comprensión de la comunidad cristiana. Llamamos a la Iglesia a reconocer la situación de aquellos que cuidan a las personas con SIDA. Ellos mismos son muchas veces alienados del resto de la comunidad.

No podemos ya colocar más la muerte fuera de la vida familiar como si la muerte no existiera, tal como se hace en algunas partes del mundo. La muerte debería ser visible y reconocible en medio de la comunidad. “La comunidad toda muere con el moribundo”, dicen las personas en África. Esto no cambia a causa de que la persona muera de SIDA.

El SIDA desafía a la Iglesia, no sólo a desarrollar una más profunda comprensión de la muerte y de agonía, sino también a desarrollar relaciones con personas que están

agonizando, y con aquellos que han estado o estarán de duelo. Las personas no pueden ser dejadas solas en este tiempo de gran tensión y dolor. Si hemos de mostrar la presencia de Dios al fin de la vida, debemos participar en la tarea concreta de asistencia que está asociada con esta enfermedad. Estamos llamados a demostrar la presencia de Dios en Cristo con las personas que están sufriendo y agonizando.

Debemos estar en medio de ellas para testimoniar esto.

Por causa el prejuicio y del fracaso en la comprensión, un sentimiento de vergüenza y culpa es, a menudo, asociado al morir de SIDA. Esto es verdad, tanto para aquel que agoniza como también para aquel que lo está velando. La comunidad de creyentes está llamada a testimoniar la gracia de Dios al brindar aceptación y apoyo incondicional cuando otros condenan.

En algunas Iglesias, hay todavía rastros de tradiciones discriminatorias en las prácticas y ritos de entierro. Personas bajo disciplina eclesiástica, y otras no plenamente aceptadas por la sociedad, no han sido siempre enterradas de la misma forma que otros. A las Iglesias se les pide que aseguren que todas esas discriminaciones sean eliminadas. En la muerte no hay desigualdad, ni castigo al difunto, a la familia o a los amigos.

Las personas moribundas necesitan aceptar tanto la realidad de su muerte como a sí mismas en tanto personas íntegras. Los cristianos creen que la confesión, el perdón y la reconciliación con Dios son elementos esenciales en esta aceptación. Muchos de aquellos que mueren de SIDA no comparten esta comprensión. Aún así estamos llamados a servirles y testimoniarles. Debemos capacitar a las personas, todas creadas a la imagen de Dios, a sufrir y morir con dignidad.

Junto con ellas encaramos la cuestión: "¿Dónde está Dios en todo esto?". Debemos estar junto a ellos y orar con ellos. Las personas con SIDA tienen mucho para enseñarnos acerca de la vida y de la muerte.

La Iglesia celebra la vida. En el momento de la agonía ella celebra la etapa final de la vida mortal y el nacimiento hacia una vida eterna. El corazón del Evangelio es que Cristo ha resucitado. Necesitamos hablar de la muerte y resurrección de Cristo. El fue un hombre

joven, despreciado y rechazado. Muchas personas con SIDA pueden por lo tanto identificarse con él.

El ministerio a los moribundos y a los deudos no es la responsabilidad del pastor ordenado solamente. Este ministerio debe ser compartido entre todos los miembros de la Iglesia. Un entrenamiento especial es necesario para capacitar a las personas a participar en este ministerio. La inclusión de la comunidad varía grandemente entre áreas urbanas y rurales, como entre culturas. Allí donde las personas comparten este ministerio de esperanza y sanidad se construye una comunidad, los seres humanos son llevados más cerca del Señor crucificado y resucitado.

IV. Una comunidad responsable y comprometida

Jesús compartió alimento y amistad con todos, incluyendo a los que habían sido aislados de la "vida decente" o de la comunidad normativa. El sanó personas, les dio sentimientos de valía y esto llevó a un cambio en ellos mismos. Esto es lo que la Iglesia debería ser. Sin embargo, mientras proclamamos el Evangelio que debería resultar en la caída de las barreras, la disipación del miedo y la liberación de las personas de la desesperación, en cambio, a menudo hemos excluido individuos y grupos enteros.

La pandemia sin precedentes del SIDA desafía a la Iglesia y de hecho a todas las personas de una manera nueva. Miedos infundados deberían ser eliminados a través de la educación y la información, de tal manera que la comprensión y la compasión pueda crecer. El condenar no es una respuesta cristiana a la crisis del SIDA. Las Iglesias tienen que re-examinar su comprensión teológica, su disciplina eclesiástica, las pautas culturales y los hábitos sociales y, al mismo tiempo, descubrir caminos nuevos para ser verdaderas discípulas de Cristo.

El SIDA nos desafía a liberarnos de la esclavitud del prejuicio y del egocentrismo y, como la Iglesia, llegar a ser una comunidad responsable y comprometida que libere a las personas y les conceda esperanza por medio de la fe.

· Una comunidad responsable y comprometida es aquella que reconoce su papel en la creación de Dios; y sólo en este entendimiento podemos participar en el proceso de sanar nuestras divisiones.

· Una comunidad responsable y comprometida es aquella que está informada y educada acerca del SIDA. La comunidad brindará información acerca del SIDA y su prevención. Las personas necesitan escuchar los relatos de aquellos afectados por la crisis del SIDA para comprender mejor el impacto de esta enfermedad en nuestras vidas.

- Una comunidad responsable y comprometida necesita escuchar y responder a los miedos de sus miembros en relación con la crisis del SIDA.
- Una comunidad responsable y comprometida llega a ser una comunidad abierta en todas sus actividades al romper el aislamiento de aquellos afectados por la crisis del SIDA.
- Una comunidad responsable y comprometida necesita brindar compasión a la persona en su totalidad, proveer ayuda práctica, social y espiritual para aquellos afectados por la crisis del SIDA.
- Una comunidad responsable y comprometida fortalece a las personas para asumir la responsabilidad de sus propias vidas y de sus relaciones.
- Una comunidad responsable y comprometida es aquella que promueve la justa distribución de los recursos asistenciales de salud para las personas a lo largo del mundo y dentro de los países. En particular en la crisis del SIDA, los recursos asistenciales de salud necesitan ser compartidos con justicia entre el hemisferio norte y sur.
- Una comunidad responsable y comprometida provee alimento y renovación a los miembros que están brindando cuidado a los afectados por el SIDA y a los que están luchando diariamente con la crisis del SIDA.
- Una comunidad responsable y comprometida trabaja en esta crisis en relación con agencias religiosas, grupos comunitarios y gubernamentales.
- Una comunidad responsable y comprometida necesita juntos dialogar y explorar lo que significa celebrar la plenitud de nuestro ser, incluyendo la sexualidad y la lucha con el problema del significado de la vida, del pecado, de la solidaridad humana, del sufrimiento y de la muerte.

Resoluciones sobre el trabajo pastoral en relación con el SIDA

El Comité Ejecutivo de la FLM recibió con gratitud el informe de la Consulta sobre "Trabajo pastoral en relación con el SIDA" llevado a cabo en Kaiserswerth, República Federal de Alemania, marzo 21-25 de 1988. El Comité Ejecutivo toma nota del hecho de que la consulta se ocupó de la teología y la práctica pastoral. A pesar de reconocer que éstas no pueden separarse de la doctrina cristiana y de la ética, la consulta concentró su tarea sobre el trabajo pastoral directo, y no trató de responder las cuestiones éticas sociales o médicas involucradas.

La infección con el VIH y el SIDA están desafiando a la totalidad del ministerio pastoral de la Iglesia. Sin tomar en cuenta las causas de la enfermedad, en tiempos de sufrimiento confiamos en el Evangelio de Jesucristo que nos aporta el consuelo, el amor y el perdón de Dios. El sufrimiento de un individuo no debería ser considerado como un castigo de Dios.

La respuesta de la Iglesia al SIDA o a cualquier otra enfermedad no es la condena sino la compasión, el cuidado médico y pastoral

Toda persona tiene igual derecho al cuidado médico y pastoral cuando está enfermo, sin tener en cuenta el carácter y la causa de la enfermedad. La única respuesta apropiada a la enfermedad es ofrecer el mejor cuidado posible.

El Comité Ejecutivo reconoce que una respuesta comprensiva a la pandemia del SIDA llama a la identificación de los factores sociales, económicos y políticos involucrados. La desigual distribución de recursos y cuidados sanitarios dentro y entre las naciones, condiciones económicas y otras que causan la prostitución, "el turismo sexual", la insuficiente enseñanza moral y/o educación sexual, contribuyen a la propagación del SIDA. La prevención requiere que el problema sea encarado en todos sus aspectos, sociales y personales.

Con relación al informe de la consulta, el Comité Ejecutivo resuelve:

- Que el FLM inicie un estudio teológico de la enseñanza y la predicación de la Iglesia sobre la relación entre pecado, culpa, vergüenza y enfermedad.
- Que las Iglesias miembros sean alentadas en el desarrollo de material y programas educativos, no sólo en relación con el SIDA, sino también sobre educación sexual que promueva relaciones de fidelidad.
- Que las Iglesias miembros sean alentadas en el estudio de los factores sociales y económicos que conducen a la prostitución, al turismo sexual y otras formas de conducta que contribuyen a la propagación del SIDA, y a desarrollar programas pertinentes que combatan tales prácticas.
- Que la FLM en cooperación con otras instituciones, especialmente la Comisión Médica Cristiana del Concilio Mundial de Iglesias identifiquen recursos materiales para la educación y planificación en vista del SIDA y asesoren a las Iglesias miembros dónde pueden encontrar tales materiales. Esto debería ayudar a las Iglesias a mantener una perspectiva global sobre la crisis del SIDA.
- Que la FLM y sus Iglesias miembros podrían trabajar en conjunto con la Organización Mundial de la Salud, los gobiernos, organizaciones voluntarios,

el Concilio Mundial de Iglesias y otras Iglesias en la prevención de la propagación del SIDA y en la asistencia a las personas afectadas por la crisis del SIDA.

- Que la FLM y sus Iglesias miembros utilicen todos los medios a su disposición en la promoción de una justa distribución de los recursos sanitarios en cada país y entre países ricos y pobres.
- Que las Iglesias miembros de la FLM sean llamadas a abrirse y aceptar a todos, y proclamar el Evangelio del amor incondicional y la salvación por gracia a través de la fe. Solamente una Iglesia plenamente inclusiva es verdadera a ejemplo de Jesucristo.

· Que todas las Iglesias miembros de la FLM sean alentadas en la oposición a toda forma de discriminación con las personas infectadas con el VIH o que sufren de SIDA. Es necesario controlar la legislación y los medios que conforman la opinión pública para asegurar que no se continúe o se introducen prácticas discriminatorias y para asegurar la defensa de los derechos humanos.

- Que las Iglesias miembros del FLM provean de servicios prácticos a las personas afectadas por la crisis del SIDA, sean éstos médicos, sociales o legales, y que provean a las congregaciones de guía en la asistencia a las víctimas del SIDA, de tal forma que ésta llegue a ser un elemento positivo para las familias y congregaciones en lugar de ser un elemento de división.
- Que las Iglesias miembros de la FLM confirmen y sostengan a los que brindan cuidados, y a los que trabajan voluntariamente con las personas afectadas por la crisis del SIDA y aseguren que estas personas en ninguna forma sean excluidas de la vida de la comunidad.

Comité Ejecutivo de la Federación Luterana Mundial.

Addis Abeba, Etiopía, junio de 1988.

(Traducción de Carlos Lisandro Orlov.

Iglesia Evangélica Luterana Unida.

Buenos Aires, octubre de 1988).

HONDURAS

Elementos de reflexión y respuesta cristiana al reto del SIDA

El mundo actual y, dentro de él, la Iglesia, se sintieron tremendamente impactados por el fenómeno del SIDA y la infección por **el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)**, desde el primer momento de su aparición hasta el presente. Nuestra Iglesia de Honduras ha analizado con mucha preocupación el problema y, por eso, ha realizado ya algunas acciones concretas.

A la luz de estas experiencias y movidos por nuestra misión pastoral, creemos que ha llegado el momento de decir una palabra orientadora al respecto.

Sin querer profundizar en los aspectos científicos del problema y en sus causas, nos vemos en la obligación de presentar algunas consideraciones morales sobre la actual pandemia que nos preocupa hondamente a todos nosotros.

El SIDA y su gravedad

Es un hecho irrefutable que nuestro mundo actual y, en concreto, Honduras, se encuentran ante una amenaza muy seria que tiende a acrecentarse vertiginosamente hasta convertirse en un enorme flagelo para toda nuestra sociedad.

Lo que más impacta del SIDA es que se trata de una enfermedad mortal, sin cura posible hasta el momento actual; es, además, un mal contagioso que va desarrollándose en una alarmante progresión geométrica.

El peligro de contagio

Aunque ciertamente es una enfermedad contagiosa, por un lado, se han exagerado enormemente los peligros de contagio de la misma, hasta crear un pánico cuando uno se enfrenta con un caso real. Por otro lado, con una ligereza absurda, muchas personas se exponen temerariamente al contagio con prácticas sexuales altamente riesgosas, homosexuales o heterosexuales, o con el uso de agujas de inyección en los casos de drogadicción.

Con relación a los peligros de contagio, está científicamente admitido que el contacto casual, el aliento, sudor y ropa del infectado por el VIH y el enfermo del SIDA no representan ningún peligro. Este riesgo es mucho menor que en otras enfermedades graves como la tuberculosis, la hepatitis, la tifoidea, etc.

El verdadero riesgo está en las relaciones sexuales con personas que contrajeron el virus de esta enfermedad y en la recepción de sangre infectada, ya sea por transfusiones o por agujas o instrumentos que contengan sangre con virus todavía vivos.

Viviendo la fidelidad conyugal en la conducta sexual y tomando las debidas precauciones en el contacto con sangre de un portador del virus, no hay razón para que se margine de la sociedad, de los hospitales comunes o de la familia, a un enfermo del SIDA o a una persona infectada con el virus de la inmunodeficiencia humana.

Aquí hay que tener en cuenta que los preservativos no ofrecen una garantía física total y su uso no es admitido por la moral católica. La otra preocupación lógica es la de evitar el contacto directo con sangre de un paciente contagiado, la cual pudiera pasar a la corriente sanguínea de una persona sana.

Algunas actitudes hacia los enfermos del SIDA

Todo enfermo tiene que ser considerado como una persona humana con todos sus derechos y dignidad de un hijo de Dios, sea cual haya sido su historia pasada. "El buen samaritano no buscó la causa de la enfermedad ni juzgó al enfermo; sencillamente lo recogió mostrando la comprensión hacia el herido".

Por lo tanto, los enfermos del SIDA han de ser atendidos y en ningún momento pueden desecharse por la sociedad o por su familia. Estos siguen siendo seres humanos con plenos derechos, hermanos nuestros, los cuales en esa difícil situación merecen más que nunca toda nuestra atención, nuestro amor y nuestro decidido apoyo.

El enfermo de SIDA tiene como cualquier otro enfermo el derecho de ser atendido por los profesionales de la salud, médicos y enfermeras, en la forma que requiera su enfermedad; por otra parte, éstos tienen la obligación profesional de atenderlos.

La familia, después del tremendo impacto que supone el primer momento de la noticia de la enfermedad de uno de sus miembros, no debe volverle la espalda y echarlo de la casa. Ha de mirarlo con amor profundo y ofrecerle los cuidados que estén a su alcance, tomando las

precauciones debidas, que no son complicadas, ni mucho menos imposibles. Para esto pueden asesorarse de un médico que conozca bien la naturaleza del SIDA.

De por sí el enfermo está bastante afligido al saber de su condición de salud. Hay que aliviarle en lo posible, haciéndole ver que cuenta con el amor humano de sus seres queridos y, por medio de este amor sincero, han de ayudarle a abrirse plenamente al amor divino y a la esperanza en Dios, padre de bondad y llenos de misericordia, que ama de modo especial a los que sufren. Hay que infundir fe, amor y esperanza en estos enfermos y no hundirlos en la desesperación. El cristiano o la familia que desprecia a un enfermo desacredita ante éste y ante el mundo su fe y su religión.

El estado, debe preocuparse por estos enfermos, ver que en la fase terminal sean atendidos del mejor modo que sea posible en centros públicos o privados. También le corresponde organizar y patrocinar adecuadas campañas de educación y prevención del SIDA, las cuales no deben enfatizar los métodos moralmente ilícitos, sino servir de orientación real y efectiva para evitar el contagio de la infección del virus de la inmunodeficiencia humana en la medida que la persona adopte conductas seguras y moralmente aceptadas.

El individuo infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana tiene, además, el derecho de mantener su trabajo ya que no representa ningún riesgo para aquellas personas con quienes tengan contacto casual. Siendo todavía quien debe mantener a su familia, sus patronos tienen la obligación de asegurarle un salario que, de acuerdo al trabajo realizado, le retribuya y le permita atender sus necesidades.

Un llamado especial a los jóvenes

Pensando particularmente en los jóvenes, queremos recordarles las palabras del Papa Juan Pablo II dirigidas a la Conferencia Internacional sobre el SIDA en Roma: "A los jóvenes de todas las edades y condiciones digo: obrad de tal forma que vuestra sed de vida y de amor sea sed de una vida digna de ser vivida y de un amor constructivo. Que no se inspire en el miedo la necesaria prevención contra la amenaza del SIDA, sino en la elección consciente de un estilo de vida sano, libre y responsable. Rehuíd comportamientos caracterizados por la disipación, la apatía, el egoísmo. Sed, en cambio, protagonistas en la construcción de un orden social justo sobre el cual pueda sostenerse el mundo de vuestro futuro" (15 de noviembre de 1989).

Conclusión

Ante la seriedad de la propagación del SIDA y la infección por el VIH, y la gravedad de esta enfermedad, hacemos un llamado a una acción común y solidaria para prevenirla y proveer una ayuda decidida a los que la padecen. Ningún hermano debería excluirse de esta acción y todo cristiano está doblemente obligado a ella, por humano y por cristiano. Exhortamos a todos los agentes de pastoral a participar activamente en esta tarea, sobre todo con campañas de información, educación, prevención y con la asistencia que les es requerida, especialmente en lo espiritual.

Que el Señor bondadoso y misericordioso nos llene de su amor a todos y nos dé la fuerza para cumplir nuestro deber de hermanos y de cristianos para con estos hermanos víctimas del SIDA o de cualquier otra enfermedad o sufrimiento.

Tegucigalpa, 23 de noviembre de 1990.

Los obispos de Honduras.

COLOMBIA

SIDA: corresponsables en prevenir y educar

Orientaciones de los obispos para afrontar de forma honesta y veraz el desafío del SIDA. la reflexión de un cristiano acerca del SIDA (síndrome de inmuno-deficiencia adquirida) y de otras calamidades semejantes que afligen a la humanidad debe partir de una afirmación de fe: Dios es caritativo y misericordioso.

Creemos que todo el mundo estará de acuerdo en afirmar que una campaña adecuada de prevención contra el SIDA y demás enfermedades sexualmente transmisibles debe abarcar dos aspectos igualmente importantes: la información y la educación. En este sentido, el Episcopado colombiano ha contribuido con la publicación, el año pasado, de un folleto titulado: "El cristiano frente al SIDA". Allí, sin ocultamientos, pero también sin falsos temores, se proporciona una amplia explicación acerca de la enfermedad, de su prevención y de la conducta cristiana con los afectados por esa dolencia.

Publicidad de los preservativos

Frente a esta forma de encarar el problema en la totalidad de sus aspectos, de acuerdo con los requerimientos de la salud y dignidad de las personas, el país ha contemplado con asombro cómo se han desplegado todos los medios posibles de publicidad para proclamar las excelencias y difundir el uso de los preservativos. Esta propaganda, de cariz típicamente comercial, no ha ido acompañada de ningún elemento explicativo o educativo acerca del SIDA. Por el contrario, parece ser la consecuencia lógica y el capítulo siguiente de una pretendida campaña de formación sexual, lanzada a principios de 1990 por el Ministerio de Salud. Los títulos de las respectivas cartillas dan ya una idea de cómo el Estado se ha rebajado al triste papel de promotor de relaciones sexuales entre los estudiantes: "Disfruta plenamente tu sexualidad", "Permita que su hijo disfrute de la sexualidad", "Permita que sus hijos disfruten de la sexualidad"... Ya allí, lejos de cualquier referencia ética, la máxima preocupación de los instructores se pone en aconsejar los preservativos más eficaces y en

prevenir contra cualquier probabilidad de un embarazo. Así, vemos que se comenzó por proponer el sexo sin freno y ahora se ofrece el sexo sin riesgo.

Ya que no educación, ¿es siquiera todo esta información válida? La promoción que las entidades oficiales hacen de los preservativos sexuales puede llegar a ser un engaño a las personas y una traición a la sociedad. Autoridades científicas competentes afirman con base en argumentos comprobado, que la tal seguridad de ciento por ciento ofrecida por los preservativos es una propaganda que no corresponde a la realidad. La promiscuidad sexual, y particularmente las actividades homosexuales, por sus propias características, presentan un peligro mayor. Y nadie podrá negar el hecho evidente de que la petición de una acción arriesgada multiplica las probabilidades de incurrir en el riesgo. La publicidad de uno de esos objetos se anuncia como el producto adecuado “para actos de gran riesgo”. Las autoridades de salud tienen la obligación de analizar si no están causando un daño irreparable al infundir una falsa seguridad cuando promueven esta campaña.

Afirmamos, por lo tanto, que esta campaña de prevención de la información veraz, prudente y responsable que exige una acción de esta clase. La publicidad profusa de la infalibilidad de los preservativos impulsa, especialmente a los adolescentes, a enfrascarse en aventuras sexuales de amargas consecuencias. Frente a este panorama de desinformación generalizada se hace sentir la necesidad de una auténtica acción educativa que, hasta el momento, se echa de menos, sabemos si por incapacidad para llevarla a cabo o porque los principios de las autoridades en materia sexual son diferentes de los que impone una ética humanística y cristiana.

Sexualidad y persona humana

La sexualidad, como la vida misma, son regalos de Dios que están estrechamente ligados entre sí y que el ser humano y la sociedad están llamado a cuidar responsablemente.

La sexualidad, por voluntad del Creador, es una dimensión esencial de la persona humana. Por ella somos constituidos como varones y mujeres, y ella hace patente la necesidad de la complementariedad de los sexos en el amor verdadero para bien de las personas y de la sociedad.

Las manifestaciones corporales de la vida sexual deben estar -como signos que son- en íntima relación con la calidad del amor humano. La entrega total de la persona, que conlleva la alegría y el placer de la unión, solamente tiene pleno significado cuando existe la determinación seria de compartir con el otro la totalidad de la vida mediante la alianza matrimonial. Reducir la sexualidad al goce inmediato y transitorio es desconocer toda su grandeza. El empleo de preservativos es un recurso que busca una protección en relaciones que aman fuera del recto ejercicio de la actividad sexual.

La Iglesia invita a no dejarse llevar por la línea de menor resistencia, que en este terreno de la sexualidad conduce a las sociedades y a las personas a extremos de lastimosos debilitamiento espiritual y humano: situación de decadencia que el Papa califica como "inmunodeficiencia en el plano de los valores" y "patología del espíritu". Ante este panorama de postración moral, la iglesia encuentra que su enseñanza coincide en la actualidad con la conclusión a que han llegado numerosas instancias políticas y científicas: que el verdadero remedio eficaz contra la propagación del SIDA es la autodisciplina sexual, de acuerdo con las exigencias del amor y las condiciones del propio estado de vida. "Se debe decir a los jóvenes que la mejor manera de prevenir la transmisión sexual del SIDA es la abstención de la actividad sexual hasta cuando, como adultos, estén listos para establecer una relación monógama y fiel" (AIDS and the Education of our Children" A guide for Parents and Teachers, Departamento de Educación de los Estados Unidos, octubre de 1987).

Ha vuelto a imponerse la necesidad de revivir en la educación los valores de autocontrol, de la conciencia limpia y de la fidelidad conyugal. De esta manera, los seres humanos, favorecidos por el ambiente familiar, serán responsables de su conducta sexual e irán creciendo armónicamente hacia la madurez afectiva y moral. La Iglesia seguirá ocupándose incansablemente en este aspecto de la pedagogía, que considera al hombre en la grandeza de su dimensión y de su destino espiritual, y no sólo como una especie más dentro de la zoología.

SIDA y moral social

El SIDA es un desafío para la humanidad. Existe la obligación moral de emprender una lucha para prevenirlo, pero de manera honesta y veraz. Es ésta un ocasión para educar a la niñez y a la juventud en un profundo respeto y aprecio de la sexualidad humana, de tal manera que se preparen a la vivencia alegre de la fidelidad conyugal.

Nos preocupa seriamente que se hayan levantado tan pocas voces y con tan poco eco para comentar y analizar el tema que hemos tratado. Era de esperar que corporaciones científicas y asociaciones educativas o familiares se hubieran pronunciado de alguna forma. Y nos atrevemos a interpelarlas para que lo hagan, pues su opinión indudablemente contribuirá a la clarificación de este importante asunto.

Igualmente, rogamos encarecidamente a quienes manejan los medios de comunicación social que, conscientes de su responsabilidad con el bienestar integral de la sociedad, en un asunto tan delicado como éste, no se dejen llevar por intereses meramente económicos. Les pedimos que presten su colaboración para que la información sobre la prevención del SIDA sea hecha de acuerdo con la verdad, y de una manera digna y respetuosa.

Finalmente, la Iglesia, solidaria en esta batalla contra el SIDA, abre sus brazos a los que padecen esta enfermedad y les ofrece la esperanza que tiene su fundamento en el amor misericordioso de Dios. Alienta a quienes prestan cuidado médico y pastoral a los enfermos del SIDA e invita a todos a una generosa actitud de caridad cristiana.

Bogotá, 22 de febrero de 1991.

Los obispos de Colombia.

URUGUAY

El SIDA, un desafío para la sociedad y un llamado para los cristianos

El SIDA ha entrado en nuestra sociedad, al igual que en otros países del mundo. Amenaza no sólo a los adultos, en especial a los vinculados a los denominados "grupos de riesgo", sino incluso hasta a los niños. Con todo, las estadísticas atestiguan que son los jóvenes los más afectados por el virus VIH.

El surgimiento y rápida difusión de esta realidad, interpela crudamente la conciencia de los hombres y mujeres en el final de este siglo veinte. Es un hecho que nos obliga a interpretarlo, no sólo para conocer el origen y las causas múltiples de esta enfermedad, sino también para preguntarnos que sentido puede tener.

El modo como surge y se difunde el SIDA está evidenciando una crisis de valores. "No se está lejos de la verdad -expresa el Papa Juan Pablo II- si se afirma que, paralelamente a la difusión del SIDA, se ha venido manifestando una especie de inmunodeficiencia en el plano de los valores existenciales, una verdadera patología del espíritu". (Conferencia Internacional sobre el SIDA, 15 de noviembre de 1989).

Son diversos los enfoques desde los cuales se investiga en la actualidad la dinámica del SIDA. Los aportes médicos, científicos, sociales, económicos y jurídicos nos ayudan a comprender esta nueva enfermedad. Pero creemos que, por encima de todos ellos, el SIDA revela muchas veces un desorden, un deterioro en la vida sexual, que está llamada a ser fuente de vida y expresión integradora de un amor comprometido. Juan Pablo II expresaba en esa misma ocasión: "Me complace el marco antropológico más amplio dentro del que habéis planteado vuestro análisis, examinando todo el problema a la luz de las preguntas fundamentales de la existencia: Vivir ¿para qué? El desafío de fondo está planteado".

La aparición, relativamente reciente en el mundo, del virus del SIDA, encontró a la ciencia médica y a muchos sectores sociales sin una respuesta adecuada; esto ha promovido la búsqueda de distintos mecanismos para prevenir su peligrosa propagación. Este es el caso de los programas que se están desarrollando en nuestro país, tanto a nivel nacional como departamental.

La Declaración de Londres, fruto de la Cumbre Mundial de Ministros de Salud, habla de la necesidad y la urgencia de llevar adelante proyecto de prevención mediante la información y la educación.

Destacamos uno de los párrafos de la mencionada Declaración: “consideramos que los programas de información deben estar dirigidos al público en general y tener plenamente en cuenta las circunstancias sociales y culturales, los diferentes modos de vida y los valores humanos y espirituales. Los mismo principios son igualmente aplicables a los programas dirigidos a grupos específicos, interesándolos según corresponda. Entre estos grupos figuran las autoridades, los agentes de los servicios sanitarios y sociales en todos sus niveles, los viajeros internacionales, las personas cuyos hábitos puedan exponerlas a un mayor riesgo de infección, los jóvenes y los que trabajan con ellos, especialmente el personal docente; los dirigentes comunitarios y religiosos, los posibles donantes de sangre y los sujetos infectados por el VIH, sus familiares y demás personas que se ocupan de atenderlos, todos los cuales necesitan consejos adecuados” (Declaración de Londres sobre la prevención del SIDA, 23 de enero de 1988, n. 5).

Observamos con preocupación que autoridades sanitarias de nuestro país, así como ciertos mensajes radiales y televisivos, en el marco de la campaña que se esta llevando a cabo, proponen un modelo de prevención inmediata y dentro de una perspectiva parcial, centrándose en el uso del preservativo. La distribución masiva de los mismos entre la población juvenil corre el riesgo de sugerir y establecer prácticas sexuales a destiempo. Por otro lado, la promoción del uso del preservativo fomenta un ejercicio promiscuo, irresponsable y egoísta de la sexualidad humana. En el caso de los homosexuales, si se propone el uso del preservativo como solución para prevenir el SIDA, ¿no se estaría aprobando tal conducta? Los planteamientos de esta naturaleza se quedan en la superficie del problema, proponen la ley del menor esfuerzo y dan a entender que en manera de sexualidad lo único que importaría es el aspecto sanitario. Pero ¿dónde queda la dimensión específica del ser humano, o sea la esfera de los valores que deben ser de una educación liberadora?

La tarea de prevención debe estar en conformidad con la dignidad fundamental de la persona y, además, debe potenciar la conciencia ética conforme al principio evangélico elemental:

ama al prójimo como a ti mismo. Sin un mínimo de sana autoestima, que se expresa por ejemplo en el interés por escuchar la voz de la propia conciencia bien formada y seguir dictámenes, discernidos conforme a la verdad total sobre el hombre, los mejores métodos pueden resultar una falacia o una hipocresía.

La prevención debe abarcar dos objetivos: informar y educar. La información impartida en los lugares idóneos, debe ser correcta, completa y sin miedos. Por su parte, la educación debe ayudar a crecer hacia la madurez afectiva y sexual, alentando en el camino -en apariencia sencillo, pero muy exigente- del amor. Atravesando diversas etapas, el amor puede madurar hasta alcanzar una actitud preferentemente oblativa, o sea, de donación total y generosa de sí mismo al otro.

La ética que propugna la Iglesia no se centra en prohibiciones sino en la propuesta de un estilo de vida acorde con la naturaleza humana, iluminada por la experiencia incomparable de Jesús de Nazaret, que es expresión de la libertad y del amor más comprometidos.

Subrayamos la necesidad de una educación impartida en los hogares y en las escuelas; pero en especial, una previa formación de educadores.

La educación de los jóvenes debe ser adecuada y progresiva, que considere la sexualidad como un "componente fundamental de la personalidad, un modo de ser, de manifestarse, de comunicarse con los otros, de sentir, de expresar y de vivir el amor humano" (cf.

Congregación para la educación católica, Orientaciones Educativas sobre el Amor Humano).

Se requiere una educación para la prevención del Sida que ofrezca informaciones concretas sobre la enfermedad, los modos de transmisión, las medidas higiénicas en caso de convivir con enfermos portadores y la necesidad de no estigmatizarlos por miedo a un contagio, miedo causado la mayor parte de las veces por ignorancia. Información no sólo técnico-sanitaria, sino también sobre los valores y responsabilidades de la persona. Sólo esto infundirá una calidad verdaderamente humana a la prevención "sanitaria" del SIDA.

Invitamos a afrontar esta dolorosa realidad con una inteligencia lúcida, un corazón solidario y con estrategias eficaces de mediano y largo alcance.

Padre, educadores, comunicadores sociales, líderes juveniles, gobernantes, agentes sanitarios en general y todos los que nos sentimos protagonistas y responsables del bien común,

debemos colaborar incansablemente para mejorar la calidad de vida de nuestro pueblo, en especial de los nuevos sectores con riesgo de marginación a raíz de esta epidemia.

A quienes han contraído esta enfermedad les decimos que no están solos: la comunidad científica internacional trabaja sin pausas. Toda la Iglesia los sostiene para que puedan descubrir las energías en el sufrimiento humano.

A los cristianos de nuestras comunidades, religiosas hospitalarias, y a cuantos trabajan en la pastoral de la salud los invitamos a actualizar la misericordia del buen samaritano frente a los nuevos enfermos de SIDA.

Montevideo, 14 de noviembre de 1990.

Los obispos del Uruguay.

PASTORAL SOBRE EL SIDA

El 31 de julio se realizó el II Encuentro Ecuménico para una Pastoral del SIDA en la ciudad de Buenos Aires. En esta oportunidad evangélicos y católicos compartieron la diversidad de aproximaciones que admite el tema. La necesidad de cooperar ecuménicamente en la tarea pastoral con enfermos de SIDA fue refrendada por todos los participantes como así también la importancia de educar en el tema tanto a las comunidades cristianas como a la sociedad total. El Encuentro fue auspiciado por el Movimiento Ecuménico por los Derechos Humanos (MEDH).

Mensaje del II Encuentro Ecuménico para una Pastoral del SIDA

Elementos en común

Es necesario que como cristianos y como Iglesia tomemos en serio la situación de desafío que nos presenta la epidemia del SIDA. En ella la Iglesia universal debe vivir en plenitud su naturaleza de madre, de abogada de aquellos a los que se les niega la dignidad y un espacio de generosa acogida para todos los que son marginados.

Debemos reconocer que nuestra fe contiene elementos que no son negociables y que hacen a su identidad más profunda. Es parte de la proclamación evangélica total el vivir un compromiso real con la vida abundante, en el prolongar y defender la calidad de la existencia.

Es necesario evitar las concepciones éticas absolutistas, evitar el monolitismo en función de los contenidos, ni pretender dar a todas las verdades la misma jerarquía.

En América Latina las comunidades cristianas ya tienen una larga tradición de solidaridad a través de los cuerpos humillados de tantos hermanos y hermanas que sufren explotación y marginación. Esta epidemia es un aspecto de ese rostro sufriente.

Es necesario que la presencia de la Iglesia sirva para anunciar la acción de Dios en medio de todos nosotros de forma tal que lleguemos a ser una comunidad terapéutica en la plenitud de su significado y que esta comunidad fundamente una esperanza sin engaños.

Es importante que esta pastoral sea un llamado a la conversión tanto de las estructuras sociales como de la Iglesia misma. Rescatar el rostro profético de las comunidades de fe

para que puedan sin temor denunciar las injusticias y acompañar a los que la padecen. La conversión de la comunidad cristiana le ayudará a reconocerse allí donde dos o tres se reúnen en el nombre de Jesucristo y a partir de esa visión construir juntos un espacio de fraternidad y acogida verdaderamente inclusivo.

Elementos Fundamentales:

Los agentes de pastoral deben vivir su compromiso de tal manera que no produzcan un segundo abandono en aquellas personas que han depositado confianza y expectativas.

Recordamos a los agentes de pastoral la pluridimensionalidad de todos los seres humanos, tanto de los afectados como de sí mismo. Que nunca la enfermedad y el virus invada nuestras vidas de tal forma que nos haga perder la identidad de personas hechas a imagen y semejanza de Dios.

Llamamos a vivir profundamente la experiencia de Dios en la mutua entrega, en el dar la vida por sus amigos, en ser cada uno de nosotros el rostro de la comunidad que acoge maternalmente. Tomar como modelo de nuestro accionar pastoral en la crisis del SIDA a la vida trinitaria de Dios mismo, donde lo importante son las personas y las relaciones que establecen entre sí.

Evitar en todo momento transformarnos en fiscales de la vida de los otros y reconocernos como perdonados y reconciliados. El SIDA no debe ser ocasión para juzgar sino que debe ser oportunidad para ponernos a la escucha del otro y en crear un silencio acogedor donde se construya un ámbito de encuentro. Presentamos en esta pastoral con la simplicidad del Evangelio, despojados ante el otro en espíritu de humildad y servicio. Evitar en todo momento la tentación de sentirnos omnipotentes y reconocer nuestras limitaciones y fragilidad humana.

El SIDA es un llamado a la conversión es decir, un llamado a ser iluminados por el Espíritu de Dios, iluminación de nosotros mismos, del otro, de esta situación y de la iglesia misma.

Evitar errores

Reconocemos que todo trabajo pastoral, y muy específicamente éste exige una serie de preparación pastoral y técnica previa. Es necesario evitar los errores que nacen de la buena voluntad y solicitar supervisión adecuada en un espíritu de autocrítica positiva.

La actitud pastoral en la crisis del SIDA debe ser dinámica, positiva y eficaz, evitando el paternalismo y la actitud de beneficencia. Debe ser una actitud de escucha, sin juzgar, de acompañamiento, de dar aquello que se nos pide y no lo que nosotros queremos dar o decir. Construir una pastoral a partir de las necesidades del otro quien debe ser el centro de nuestra atención y dedicación.

Es importante que en esta acción pastoral actuemos en equipo evitando el peligro de aislarnos. Igualmente es importante recordar la necesidad de que la comunidad cristiana salga al encuentro del necesitado y enfermo y no esperar que este venga. Respetar en todo momento la dignidad de las personas.

Sin lugar a dudas, esta epidemia del SIDA nos revela la crisis de un modo particular de ser Iglesia. El modo de ser que nos enseña Cristo es el de una comunidad abierta y generosa. Cristo nos enseña a ser hombres y mujeres universales, que viven en verdad la dimensión católica de la comunidad cristiana, es decir, el estar abiertos a todos los seres humanos de todos los tiempos y de todos los lugares, sin que nadie se sienta excluido de su amparo. La Iglesia está llamada a entender el tiempo que le toca vivir (*kairós*), a discernir aquello que Dios quiere decirnos en este peculiar acontecimiento y que nos conducen en verdad una apertura universal.

En espíritu de humildad debemos reconocer el miedo que sentimos a ser nosotros mismos marginados y estigmatizados, es por eso que reconocemos el valor del caminar juntos en esta pastoral para encontrar en esta comunidad fraterna, que traspasa las fronteras confesionales, a los hermanos y hermanas que nos sostienen.

Propuestas

En consecuencia de todo esta fundamentación proponemos:

Realizar encuentros y talleres de trabajo y de compartir más frecuentes para que nos ayuden en el permanente discernimiento.

Elaborar un proyecto de actividades específicas y concretas.

Promover una reflexión común y el enriquecimiento de nuestra formación. Promover una espiritualidad adecuada.

Proveer los medios necesarios para acompañar y capacitar permanentemente a los agentes pastorales, preocupándonos por su salud mental y espiritual.

Trabajar en una pastoral que comprenda a los portadores y enfermos, incluyendo a sus familiares y amigos, y que en todo busque mejorar su calidad de vida. Acompañar a todos los portadores del virus en la elaboración de un proyecto de vida creativo.

Cooperar en la formación de un hogar de acogida y contención para aquellos que lo necesitan.

Promover los proyectos educativos que ayuden a implementar una prevención adecuada.

Crear una publicación que permita la mutua capacitación en la reflexión y en el compartir experiencias.

Trabajar en unidad en la capacitación de voluntarios para los distintos niveles y áreas que demanda esta epidemia.

En la ciudad de Buenos Aires, 31 de julio de 1990.

Comisión organizadora:

Hna. Cecilia Heduan (Hermanas de la Misericordia).

Padre Javier Mariani (Franciscanos Capuchinos).

Hno. Rubén Pardo (Religioso Camilo).

Pastor Carlos Lisandro Orlov (Iglesia Luterana Unida).

SIDA

“Acompañar y prevenir con dignidad”

**Comisión Permanente
del Episcopado Argentino**

Una grave inquietud pastoral

1. Crece en el mundo la preocupación por la amenaza del SIDA. Aun aquí, en la Argentina. Como lo han hecho el Papa y obispos de varias naciones, también nosotros consideramos oportuno publicar este mensaje pastoral, que ha sido pensado desde el Evangelio de Cristo, donde se refleja todo el amor y la misericordia de Dios.

2. Cada día hay más información sobre esta enfermedad tan extendida. Gracias a Dios los descubrimientos científicos progresan constantemente. Pero nos aflige el dolor, la angustia y la sensación de importancia, de tantas personas y familias. También la marginación social que muchos padecen. Queremos estar cerca de todos ellos y decir una palabra que los reconforte.

3. Por un lado, algunos esperan un descubrimiento prodigioso que supere esta enfermedad. Otros pretenden más bien señalar culpas o transgresiones que la causan. Pero cualquiera de estas reacciones resulta incompleta, superficial, a veces injusta. ¡Qué misterioso es el camino del hombre, y qué limitados nos sentimos para entender lo que sucede! Pero la fe cristiana nos invita, por encima de todo, a confiar en Jesucristo, que, compadecido de toda miseria humana y tan cercano a nuestros dolores (ver Mt 8, 16-17), ofrece consuelo al sufriente y al pecador (ver Mc 1, 40-45 y 2, 15-17).

Asistencia solidaria y acción pastoral

4. La acelerada difusión del SIDA trae consigo un doble desafío, que interpela a todos: asistir al afectado y prevenir la infección. También la Iglesia quiere asumir este desafío como propio. Nuestra primera palabra, por lo tanto, es para los mismos enfermos y portadores. No se sientan solos. La comunidad cristiana quiere acompañarlos en este difícil camino. Nuestra esperanza está puesta en el llamado del Señor *“Vengan a mí todos los que están afligidos y agobiados, y yo los aliviaré”* (Mt 11, 28). Tampoco se encierren; acepten la ayuda ofrecida. Personal médico, voluntarios y agentes pastorales quieren acompañarlos. La oración de la Iglesia los tiene presente.

5. Comprendemos asimismo el sufrimiento de tantas familias que tienen algún miembro enfermo o portador, que a veces es apenas un niño. Les ofrecemos nuestra comprensión y apoyo, para que mantengan el afectuoso acompañamiento, que como nadie puede brindar. Merecen nuestro aliento los médicos, personal sanitario, investigadores y voluntarios que realizan un servicio responsable y abnegado. También los sacerdotes, religiosas y religiosos, como los agentes pastorales, que se esfuerzan por ofrecer consuelo y acompañamiento, desde la experiencia cristiana de fe. Ellos son la expresión viviente de la parábola del buen samaritano (ver Lc 11:29-37). Invitamos a toda la comunidad, a multiplicar las formas de asistencia.

6. Quienes buscan dar sentido al dolor propio y ajeno, o intentan sufrir dignamente, manifiestan por eso mismo el inmenso valor de la vida humana. Y la expresión más profunda de la dignidad de quien padece, la encontramos en las palabras del Señor, que ha querido identificarse con los enfermos: *"Estuve enfermo y me visitaron"* (Mt 25,36). Precisamente una de las acciones que destacar en una evangelización renovada, ha de ser la opción preferencial por los pobres, débiles y sufrientes (LPNE 55).

Prevención digna de la persona humana

7. Prevenir el SIDA es la otra parte del gran desafío planteado. Todos estamos amenazados, especialmente los adolescentes y jóvenes; por eso peligrará el futuro de la patria y del mundo. En la tarea de prevenir son muchos los interesados. Desde nuestro oficio pastoral, queremos afirmar que la prevención debe ser no sólo realmente eficaz, sino también digna de la persona humana. Para ello es muy importante dar una información correcta y educar para la madurez que la vida exige.

8. El premio por evitar la epidemia no justifica cualquier campaña de prevención. Está en juego el hombre, con su dignidad singular, y su futuro. La gente merece ser informada sobre la verdad completa acerca de la vida, del amor generoso y responsable, del sentido auténtico de la sexualidad. Por la educación, las personas han de ser cada vez más libres, capaces de elegir una existencia digna, superando miedos, presiones, comportamientos dañinos para sí y para la sociedad. Esto no es fácil. El Papa ha hablado al respecto de una *"immunodeficiencia en el plano de los valores existenciales"*; de una verdadera *"patología del espíritu"* (15.11.89). Es decir, que aún cuando se reconoce la crisis de los valores

fundamentales, es difícil superarla. Pero, insistimos, con las mismas palabras del Santo Padre: “*Una prevención que naciese, con inspiración egoísta, de consideraciones incompatibles con los valores prioritarios de la vida y el amor, acabaría por ser, además de ilícita, contradictoria, rodeando sólo el problema sin resolverlo en su raíz*”.

9. La ciencia y la experiencia orientan e impulsan la prevención. Pero, en definitiva, la principal forma de evitar el SIDA ha de ser la información y educación que preparan para vivir, con libertad y madurez, un amor fiel y responsable dentro del matrimonio; que capacitan en consecuencia para abstenerse de todo uso de la sexualidad que desdiga de esta vocación. El camino puede parecer demasiado exigente; pero así es la senda del evangelio, que garantiza la vida en plenitud (ver Mt 7, 13-14). Cristo nos asegura el cuidado providente de Dios (ver Mt 6, 25-33) y nos ofrece la verdadera libertad (ver Jn 8, 31-33). Nuestra palabra de pastores no puede ser diferente.

Amplia corresponsabilidad

10. Queremos terminar con un llamado a la participación de todos en esta dolorosa situación.

Las *familias* retomen entusiasmo para ser la primera escuela donde los hijos aprenden, por el diálogo y el testimonio, a ser personas responsables en la vida.

Los *educadores*, en estrecha unión con las familias, sean guía y ejemplo para encaminar a los jóvenes hacia una auténtica cultura del amor, la solidaridad y el trabajo honesto.

Los *gobernantes*, desempeñen su importante función en el campo sanitario y social, ya sea por sí, ya promoviendo la iniciativa, a fin de prevenir, sanar y rehabilitar.

De los *responsables del poder económico*, se espera el apoyo que necesitan la investigación y la atención sanitaria.

De los *medios de comunicación*, un gran respeto por la vida y los valores auténticos sobre los cuales se apoya la sociedad.

A los *científicos e investigadores* expresamos nuestra confianza y estímulo.

A *médicos, personal de la salud y voluntarios*, reiteramos el reconocimiento dado, deseando que alivien siempre más a los enfermos.

Los *sacerdotes y consagrados* dedicados al dolor y la angustia que gira en torno a esta epidemia, tienen por ello nuestra especial estima; siéntanse alentados a reflejar el amor de Cristo y de la Iglesia por los que sufren, y ocupan el último lugar.

LA IGLESIA CATOLICA Y EL SIDA

1. En esta fecha, 1° de diciembre, *Día Internacional de la Lucha contra el SIDA*, **sumamos nuestra voz y nuestra acción a la de todos los que empeñan en la prevención, la asistencia y el acompañamiento** de los enfermos, portadores del virus HIV y familiares de los que sufren el SIDA y de los que ya murieron.

Lo hacemos con una actitud fraterna, evitando y llamando a evitar toda injusticia discriminación, padeciendo sinceramente junto a los afectados, y ofreciendo una mano abierta para todos los que quieren estrecharla.

Sabemos y estamos convencidos de que la verdadera autoridad reside en el que sirve y, por lo tanto, **no queremos hacer gala de poder sino de servicio**. Nos aflige el dolor, la angustia y la sensación de impotencia de tantas personas y familias que sufren. Nos aflige la marginación social que muchos padecen. Invitamos a confiar en Jesucristo que se ha revelado como Dios compasivo de toda miseria humana y cercano a nuestro dolor.

2. El SIDA se ha presentado en nuestro siglo ante la humanidad como una amenaza que afectará, sin duda, a millones de seres humanos, víctimas del virus HIV, y entrará con su arrolladora agresividad epidémica, en el tercer milenio que se avecina.

Su amenazadora difusión en todo el mundo y también en nuestro país, viene mostrando **un perfil que plantea un doble desafío**: por un lado, acelerar los avances de la ciencia en término de contención del daño que esta típica enfermedad social viene ocasionando; por otro, aunar los esfuerzos y recursos nacionales, internacionales y de las organizaciones no gubernamentales.

3. **Asistir a los afectados**: nuestra primera palabra es para los enfermos y portadores para hacerles saber que la Iglesia los acompaña en este difícil camino.

También nos dirigimos, muy particularmente, a los familiares de los afectados, alentándolos en la dolorosa experiencia que ha irrumpido en su hogar. Merecen nuestro apoyo los médicos, el personal sanitario, los investigadores, los sacerdotes, las religiosas y los religiosos, los agentes de pastoral de salud y voluntarios que realizan un servicio responsable y abnegado.

Convocamos a toda la comunidad a multiplicar las distintas formas de asistencia.

4. **Prevenir la infección:** sostenemos la necesidad de conjugar la acción de la sociedad, en procura de un objetivo concreto, que robustezca la dignidad de la persona humana y su destino trascendente. Está en juego el ser humano, mujeres y varones, y su futuro. Apoyamos, por lo tanto, toda prevención; que aborde el problema con seriedad humana y científica, sin rodeos superficiales y que apunte a resolver las cosas desde su misma raíz. La Cultura de la Salud abre un camino de esperanza, en tanto se fortalezcan los principios fundamentales de la autoestima y la disuasión de conductas marginales a la moral, que conllevan a un riesgo inminente, que el Papa Juan Pablo II define como “*anticultura de la muerte*”.

5. **Información:** A pesar de los años que han pasado desde los primeros brotes, debemos seguir insistiendo en la importancia de la información y la educación que preparan para vivir con verdaderos valores, con libertad y madurez. Es preciso abordar todos los aspectos que puedan provocar el contagio y la transmisión de la enfermedad, sabiendo que no hay “grupos de riesgo”, sino riesgo.

Se impone una profilaxis seria, responsable y digna frente a situaciones especiales en hospitales, en colegios, en el deporte, en los accidentes de la vía pública... Hay que luchar contra la drogadicción y todas sus formas de penetración que menoscaban al ser humano y debilitan su personalidad. Urge una adecuada y ordenada expresión del amor a través de una sana sexualidad, poniendo por encima de todo los valores universales que dignifican a la persona.

6. **Educación:** queremos que las familias retomen con entusiasmo su tarea de ser la primera escuela donde los hijos aprendan a transitar por la vida. Que los educadores, en estrecha unión con la familia, sean guías y ejemplo para encaminar a los jóvenes hacia una auténtica cultura de la vida, de la solidaridad, del trabajo y del amor.

Esperemos de los gobernantes y de los responsables del poder económico que den el apoyo necesario a la investigación y la atención sanitaria. De los medio de comunicación esperamos un gran respeto por la verdad, por los valores auténticos y por un manejo ético de las noticias.

7. **Fe en Jesús:** Al iniciarse en este 1º de diciembre el trienio de preparación al Jubileo del año 2.000, invitamos a renovar nuestra fe en Jesús. El primer años de esta preparación está dedicado a Cristo. El s el Camino, Verdad y Vida.

Reafirmamos, es esta Jornada Internacional de la Lucha contra el SIDA nuestra fe en la misericordia de Dios y nos unimos en la oración para comprometernos con la generosidad y disponibilidad **por la salud, por la vida.**

La Iglesia, experta en humanidad, viene demostrando un protagonismo responsable y sostenido en la lucha contra el SIDA y sus consecuencias, no escatimando esfuerzos, tanto para prevenir dignamente como para aliviar al hermano sufriente. Convocamos nuevamente a la sociedad, para que asuma un conjunto la conducta que la preservará de la pandemia y exaltará el centralismo del hombre en libertad plena.

Jorge Novak

**Presidente de la Comisión Episcopal
de Pastoral de la Salud**

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

Declaración aprobada por el
Comité Central del CMI sobre la base del estudio
efectuado por el Grupo Consultivo del CMI sobre el SIDA

Traducido del Inglés
Servicio Lingüístico, CMI

Consejo Mundial de Iglesias
COMITE CENTRAL
Ginebra, Suiza
12-20 de septiembre de 1996.

I. Introducción

1. Ya en 1987 el Comité Ejecutivo del Consejo Mundial de Iglesias pidió a las iglesias que estudiaran los problemas que con urgencia planteaba la propagación del VIH/SIDA por todo el mundo. Invocando la necesidad de una respuesta inmediata y efectiva 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 interpela profundamente para que seamos verdaderamente la Iglesia: *la Iglesia como comunidad terapéutica*".⁵

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 unas 7.000 el número de personas infectadas cada día, de las cuales 1.400 niños que nacen ya con la infección. 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 conexas que influyen en la comprensión del SIDA por las iglesias y en su respuesta a la infección; y considerando imperativo que las iglesias se ocupen juntas de este problema de interés mundial, el Comité Central del CMI, en su reunión de Johannesburgo de 1994,

⁵ *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", pág. 133 de la versión inglesa.

encargó al CMI la formación de un Grupo Consultivo que realizaría un estudio completo sobre el SIDA.⁶

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 a este respecto 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 aprobada por el Comité Central, que el Comité Central reciba el reflexión y para 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 cuestiones de género, desarrollo económico, responsabilidad humana, sexualidad y mortalidad.

6. La pandemia VIH/SIDA no puede ser tampoco considerada como una simple cuestión de estadística. Consecuencias de ella son, en efecto, el empobrecimiento de la gente, sus sufrimientos mortales, las violaciones de sus derechos humanos y los estragos que causa en su cuerpo y en su espíritu. Muchas de sus víctimas viven en una situación de abandono y aislamiento. Asombrosamente, el SIDA ha sido como un foco que ha puesto de relieve muchas injusticias latentes en nuestra vida personal y comunitaria, la falta de humanidad en nuestros contactos, el quebrantamiento de nuestras relaciones y la injusticia de nuestras estructuras. Por otra parte, ha puesto en evidencia las trágicas consecuencias de las acciones personales que perjudican directamente otros y la irresponsabilidad que abre la puerta a riesgos adicionales. La pandemia hace también patentes el silencio y la indiferencia de las propias iglesias, de las que exige que se informe mejor y que, tanto en sus propias

⁶ *Comité Central del Consejo Mundial de Iglesias: Actas de la 45ª reunión*, Ginebra, Consejo Mundial de Iglesias, 1994, págs. 45 a 49, 102 y 103 de la versión inglesa.

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 comunidad se ven afectadas y tratan de hacer frente al problema que plantea el SIDA. La realidad d la pandemia parece cada vez más compleja, impugnando las generalizaciones, los estereotipos y las informaciones 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 puedan verse más afectados que el resto de la población.

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 una economía pobre ,en los que todos los mecanismos económicos , políticos y sociales que son causa de pobreza dan lugar a 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 salud . EL costo del tratamiento es muchas veces desproporcionado en relación con los ingresos de las familias afectadas . En Tailandia, por ejemplo , el costo del tratamiento de una persona afectada por el SIDA absorbe hasta el 50% del ingreso medio anual del hogar.

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 ha obligado a plantearse preguntas acerca del significado y el papel de la familia; en otros lugares ha puesto en primer plano a las personas consumidora de drogas y su particular vulnerabilidad; n otros también, ha planteado la cuestión de la sexualidad y las relaciones humanas. En l curso de la pandemia se ha reconocido el papel de las comunidades gays en la asistencia solidaria y la prevención eficaz que han prestado a los pacientes. Esta perspectiva ha obligado a las iglesias ha replantearse su relación con los miembros de esas comunidades.

10. La pandemia esta también teniendo profundas consecuencias en la vida de la familia y de la comunidad. Además de ser causa de enfermedad y d muerte de miembros de los

grupos de edad más productivos, limita gravemente las oportunidades de las personas, en su mayoría mujeres (jóvenes y adultos) que se ocupan de los afectados por la enfermedad. En algunas sociedades, comunidades enteras se ven debilitadas por el dolor y las perturbaciones que VIH/SIDA en las familias y en otras comunidades 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 económicos de sus familiares.

III. Los comienzos de una respuesta

11. Los problemas planteados por el SIDA exigen una respuesta tanto mundial como local. ¿Cómo podemos desarrollar la voluntad, los conocimientos, las actitudes, 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 religiosas?

12. Se necesita toda una serie de estrategias relacionadas entre sí. Entre los métodos eficaces de prevención figuran la abstinencia sexual, la fidelidad mutua, la utilización del condón, y la seguridad en la utilización de la sangre y de 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 personas puedan hacer partícipes a otras de sus experiencias personales y sus testimonios. Por otra parte, todas 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 cuidado 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 fuente de atención y curación” en tres países africanos.⁷ 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 la prevención y la asistencia.

14. Desde el comienzo de la pandemia, algunos cristianos, iglesias e instituciones relacionadas 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 de 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 responsable del miedo que se ha propagado por el mundo más rápidamente que el propio virus”⁸. A veces, algunas iglesias han obstaculizado la difusión de una información exacta o han creado barreras para un debate y un entendimiento franco de la cuestión. Por otro parte, las iglesias pueden contribuir a reforzar actitudes racistas si se desentienden del problema VIH/SIDA por el hecho de que afecta sobre todo a determinados grupos étnicos o raciales que pueden ser injustamente clasificados como los principales portadores de la infección.

15. La situación sigue exigiendo la “metanoia en la fe” y la determinación 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 plantean 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 TEOLOGICAS

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

⁷ Véase *Participatory Action Research on AIDS and the Community as a Source of Care and Healing*, Gincbra, Junta Medica Cristiana de Tanzania, Oficina Medica Protestante de Uganda, Iglesia de Cristo en el Zaire, y Consejo Mundial de Iglesias, 1993.

⁸ *Comité Central del Consejo Mundial de Iglesias: Actas de la 38ª reunión*, op cit., pág. 135 de la versión inglesa.

realidad del SIDA suscita preguntas sobre temas tales como la sexualidad, vulnerabilidad y mortalidad de los humanos, temas que nos espolcan y nos interpelan de modo profundamente personal. Los cristianos y las iglesias se debaten en esas cuestiones teológicas y humanas y discrepan, a veces aparentemente, en sus respuestas a algunas de las interpretaciones que nos plantea el VIH/SIDA. No obstante, es imperativo que aprendan a enfrentarse juntos, y no separadamente, con el problema 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 la Iglesia al problema 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 las dimensiones se mantiene la esfera del amor de Dios que todo lo abarca y que se caracteriza por la relación que se expresa en la visión de la Trinidad como modelo de la íntima interacción, de mutuo respeto y de 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 están dentro del ámbito de la inquietud y del fiel cuidado de Dios.

19. Dentro de la plenitud de la creación afirmamos que el cuerpo humano y la sexualidad pueden ser buenos. Sin embargo, reconocemos que no comprendemos totalmente el significado de la sexualidad humana. Como otros elementos de la creación, también la sexualidad puede ser objeto de abuso cuando no nos comportamos como seres responsables, 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 primer lugar de expresión de 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. Algunos de esos males pueden concebirse como consecuencia- para nosotros mismos y para otros - del ejercicio de la libertad que Dios ha dado a sus criaturas; otros como elementos 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 entro del marco más amplio del amor de Dios y el objetivo final para nuestras vidas y para toda la creación: el objetivo de vida en abundancia, una vida en la que reinará la justicia y en la que cada una 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, trabajando por 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 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 en 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 necesita 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 el mundo.

25. Celebremos 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.⁹

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 nos causan daño a otros o a la creación son un 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 y simplista respecto a las víctimas del

⁹ Obras ascéticas, 2. 1.

virus”.¹⁰ Observamos 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 evita 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 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 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 conciliar a todos con Dios, los cristianos estamos llamados a obra 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”, conformamos por el Espíritu en un solo cuerpo, los cristianos estamos llamados a una vida responsable en la comunidad.

¹⁰ Comité Central del Consejo Mundial de Iglesias: Actas de la 38 reunión, op. cit., pág. 135 de la versión inglesa.

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 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 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 a 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 abiertamente estudiadas, 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 optar 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 movimiento) 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 SIDA.

37. Durante los últimos treinta años, el CMI ha participado activamente, entre otras tareas, en la definición de normas relativas a los derechos humanos, en la promoción de esos derechos y en su protección. Desde hace diez años se manifiesta una tendencia muy clara, en el marco de la elaboración de normas internacionales, de defensa de las personas víctimas de discriminación por motivos de raza, sexo, pertenencia étnica o religión. También existen otras formas de discriminación, de las cuales algunas como consecuencia de la ignorancia o el miedo. Las personas que viven y conviven con el SIDA son víctimas de esta forma de discriminación. Con frecuencia ven negados sus derechos fundamentales a la seguridad, a la libertad de asociación y de circulación, y a una adecuada atención de salud.

38. La cuestión de los derechos humanos tiene también importantes repercusiones en la propagación del SIDA. Observamos el alarmante aumento del turismo sexual. Algunos hombres en los países del Norte y en los países del Sur abusan de niñas y adolescentes pobres para prostituirlas o para evitar la infección de la enfermedad. Observamos, además,

que los hombres y las mujeres que se ven privados a sus derechos humanos 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, pueden 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 afectas por el virus, que buscan apoyo y solidaridad y que preguntan: ¿quieres ser mi hermano (o mi hermano) dentro del cuerpo único de Cristo? En ese encuentro está en juego nuestra propia credibilidad.

40. Muchas iglesias, de hecho, han visto sus vidas enriquecidas por 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 rasero con el que se mide la vida, y que lo más importante es la calidad de esa vida, cualquiera que sea esa duración. Ese testimonio invita a las iglesias a responder con amor y con fiel solicitud.

41. Pese a la amplitud y la complejidad de los problemas, las iglesias pueden aportar un testimonio eficaz de curación a los afectados del 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. Al mostrarse abiertas en el culto a las diferentes sensibilidades, las iglesias ayudan a las personas a entrar en contacto con la presencia sanadora de Dios. Las iglesias ejercen un ministerio vital fomentando el debate y el análisis de información, ayudando a identificar los problemas y apoyando la participación dirigida a un cambio constructivo en la comunidad.

42. Muchos miembros especialmente formados y dotados de la comunidad, así como algunos pastores, están ya proporcionando una valiosa ayuda pastoral. Esa atención comprende el asesoramiento como proceso de capacitación de las personas afectadas por el SIDA, con objeto de ayudarlas a hacer frente a su situación e 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 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, 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 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, el valor de cada persona y 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, interpretándolas en el marco del contexto local, 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 particular atención a la situación de los niños afectados por la pandemia del VIH/SIDA y que traten de crear un entorno de apoyo.

3. Pedimos a las iglesias que ayuden a salvaguardar los derechos de las personas afectadas por el VIH/SIDA y a estudiar y promover los derechos humano de esas personas mediante disposiciones 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 profundas y los factores a largo plazo que facilitan la propagación del VIH/SIDA

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

2. Les pedimos encarecidamente que presten especial atención a las situaciones que aumentan la vulnerabilidad al SIDA, como la situación de los trabajadores migrantes, los movimientos masivos de refugiados, y el comercio del sexo.

3. **En particular**, pedimos a las iglesias que apoyen a las mujeres que luchan por obtener el **respeto de su dignidad** y por hacer valer sus capacidades en todas sus dimensiones.

4. **Pedimos a las iglesias** que lleven a cabo un trabajo de concientización entre los jóvenes y los hombres para que asuman su responsabilidad en la prevención de la propagación del VIH/SIDA.

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

6. **Pedimos a las iglesias** que hagan frente a la pandemia del consumo de drogas, al papel que desempeña en la difusión del VIH/SIDA y que tomen medidas a nivel local por lo que respecta a la asistencia, la desintoxicación, la rehabilitación y la prevención.

EL SIDA NOS CONVOCA A SER COMUNIDAD.

Declaración de Buenos Aires.

Al cumplirse diez años del documento de la Federación Luterana Mundial titulado “El Trabajo Pastoral con Relación al SIDA”, por el cual damos gracias a Dios por habernos iluminado en nuestra comprensión del Evangelio, y que sentimos cada vez más la necesidad de ponerlo en práctica en nuestro contexto, es que nos hemos reunido en la Casa de Nazaret en la Ciudad de Buenos Aires, entre los días 13 al 15 de abril de 1998 para dialogar, intercambiar experiencias y soñar juntos un mundo más solidario y justo.

Somos llamados a comprometernos con esta acción pastoral que nace a partir del reconocimiento de que se ha confundido muchas veces un diagnóstico médico con un juicio moral que afecta la dignidad de muchos hermanos y hermanas. Nos mueve el sufrimiento en que viven las personas exiliadas de la red solidaria, tanto familiar como social, y somos llamados a ser facilitadores de la reconstrucción de esas redes.

Tomamos en serio la significación profunda de la palabra “epidemia” (epi=sobre, demos=pueblo) y que nos revela que es una crisis instalada en medio de toda la sociedad y de todas las iglesias.

Queremos construir juntos una acción pastoral que no sea paternalista, asistencial, moralista, oportunista ni que sea una pastoral dominada por expertos. Buscamos crear una pastoral participativa y abierta al diálogo con las diversas categorías de personas, involucrando a los destinatarios en la planificación, desarrollo y evaluación de esa acción. Buscamos una pastoral que promueva el desarrollo del potencial de recursos de cada persona. Queremos una pastoral que promueva una lectura no fundamentalista ni fragmentada de las Escrituras sino que descubra la línea liberadora de la historia de la salvación reflejada en la Palabra.

Esta pastoral quiere ser en medio de esta epidemia un signo de la hospitalidad que tiene que vivir la iglesia para que todos y todas se sientan acogidos/as en el amor del Dios que nos ama como un padre y una madre.

Queremos edificar una pastoral centrada en las personas y sus historias y no en el virus, esquemas médicos y rótulos.

Esta pastoral es reflejo del mandato evangélico. El discipulado nos lleva donde nadie quiere ir y junto a quien nadie quiere estar. Esta opción nos lleva a una identificación con todos aquellos y aquellas que son exiliadas de la fiesta de la vida y de la comunión a la cual todos estamos invitados (Mt. 28: 19-20 y Mc. 16:15-16).

Esta es una pastoral que busca imitar al padre del hijo pródigo que sale sin condicionamiento al encuentro de aquel cuya dignidad se encuentra herida y lo reconstruye a su condición de ser humano libre, y también invita al otro hermano a participar de la fiesta del reencuentro (Lc. 15:11-31).

Cristo continua hoy llamando a la conversión a través de los excluidos: el samaritano, nos muestra la solidaridad (Lc. 10:25-37); la viuda, la generosidad (Lc. 21:1-4); la mujer cananea, la constancia de la fe frente a los prejuicios de pertenencia (Mt. 15:21-28); y las personas en situación de prostitución, y los publicanos nos muestran el camino del reino (Lc. 18:14).

Esta pastoral desea contribuir en la reintegración al espacio que les pertenece a aquellos y aquellas que fueron exiliados a causa de nuestros juicios, y que les pertenece por derechos evangélico: "Vengan a mí" (Mt. 11: 28).

Sabemos que el precio de esta identificación con los estigmatizados de nuestra sociedad y de nuestras iglesias es siempre muy claro, y en fidelidad al evangelio no lo podemos evitar. Este precio deber ser pagado por todos los fieles y no solamente por los individuos directos; porque deseamos que esta pastoral sea provisoria en la espera de que toda la comunidad cristiana la pueda asumir en un futuro próximo.

POLITICAS GUBERNAMENTALES

Nosotros observamos que hay una falta de educación, información, orientación y concientización frente al VIH/SIDA y temas relacionados en toda la población.

Nosotros observamos que en las políticas gubernamentales no se escuchan las voces de la población que vive con el VIH/SIDA, y no se brinda la atención adecuada respecto a la dignidad de la persona. Existe en cambio, una precariedad de los servicios de salud, en especial en las zonas marginales y rurales.

Nosotros exigimos a nuestros representantes en el gobierno, que se desarrollen programas conjuntos de prevención del VIH/SIDA participación de las organizaciones de la sociedad civil, que están trabajando en el tema y la población que vive con el VIH/SIDA, porque esta participación permitiría la toma de decisiones consensuadas.

Nosotros exigimos que la atención no sea discriminatoria, sino que respete las necesidades individuales ofreciendo todos los recursos necesarios y actualizados, que incluya exámenes, medicamentos y hospitalización.

Nosotros exigimos que se aumente el presupuesto estatal en educación y salud, para enfrentar el VIH/SIDA, reduciéndose el gasto de armamento, porque queremos recurso para la vida y no para la muerte.

Nosotros exigimos que se desarrolle una descentralización de los recursos necesarios y actualizados para enfrentar el avance del SIDA a todo nivel, en especial en aquellas zonas más pobres.

Nosotros como Iglesia nos comprometemos velar como voz profética para que los Gobiernos que han firmado cumplan con el acuerdo de la “Cumbre de París” del 1º de Diciembre de 1994. (Anexo N° 1) y que los gobiernos de los países de América Latina que no lo han firmado se adhieran al mismo.

DERECHOS HUMANOS.

Nosotros observamos que nuestras leyes son generales y aunque dan por sentado los derechos universales, es necesario revisar su especificidad en torno al VIH/SIDA que nos preocupa.

Nosotros observamos que los organismos de derechos humanos, en la práctica no han asumido el problema del SIDA, como un problema propio y que les concierne en su concepto amplio.

Nosotros observamos que nuestras iglesias siguen viviendo en el silencio y la no participación en la problemática del SIDA.

Nosotros observamos que los análisis de sangre son un medio de discriminación avalada en desmedro de todos aquellos que tienen el derecho a la confidencialidad respeto de su dignidad, al trabajo, a la salud, a la vivienda y todos los otros derechos humanos y civiles.

Nosotros exigimos leyes específicas que protegen los derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA que garanticen el derecho a la salud, educación, vivienda y trabajo. Y en los países donde ya existe esa legislación, que se difunda y aplique.

Nosotros exigimos que los organismos de derechos humanos y las iglesias asuman el rol que corresponde con esta crisis planteada por la pandemia del SIDA.

Nosotros exigimos que todos los exámenes clínicos destinados a determinar la presencia del VIH, sea voluntario, gratuito y confidencial, y que no se utilice como requisito para optar a un trabajo o en otras situaciones que puedan crear discriminación o exclusión.

Nosotros como Iglesia nos comprometemos a integrar a las personas que viven con el VIH/SIDA en nuestras comunidades, defendiendo sus derechos y salvaguardando la confidencialidad de su condición.

Nosotros esperamos que nuestras Iglesias experimenten una conversión frente a la problemática del SIDA como un desafío permanente de los derechos humanos.

POBREZA

Nosotros observamos que desde el inicio de la epidemia del VIH/SIDA en el mundo, más del 96% de los casos se concentran en continentes y países pobres, y sólo el 10% de los recursos mundiales van dirigidos a países pobres. El modelo neoliberal ha profundizado la desigualdad social, aumentando las grandes diferencias entre ricos y pobres, exponiendo a las grandes mayorías a una mayor vulnerabilidad social para adquirir el VIH/SIDA.

Nosotros constatamos que se necesitan enfoques más globales para enfrentar el VIH/SIDA, y que se considere esta situación de exclusión: *“La lucha contra el SIDA es la lucha contra la pobreza, el analfabetismo, la prostitución, la drogadicción y todas las formas de desigualdad social” (F.L.M. 1988).*

Nosotros exigimos que se bajen los costos de los medicamentos y tratamientos relacionados con el VIH/SIDA, y que la política gubernamental tenga como uno de sus objetivos que se evite el lucro con el dolor en el cual incurrir, muchas veces, los **grandes laboratorios**.

Nosotros pedimos que se desarrolle y se fomente la medicina alternativa, desarrollando tratamientos accesibles a la población mayormente pobre, tratamientos que han probado su efectividad y de los cuales se debe incentivar su investigación.

Nosotros como Iglesia nos comprometemos a responder al llamado del Evangelio, de ser una comunidad inclusiva en la práctica, y a denunciar el sistema de exclusión imperante, levantando nuestra voz ante situaciones injustas ya que al callarnos nos hacemos cómplices de la situación. Como Iglesia debemos hacer valer nuestra opción por los más pobres.

ADICCIONES A LAS DROGAS

Nosotros observamos el creciente aumento de casos de VIH/SIDA por el compartir jeringas, situación que esta estrechamente ligada a las condiciones de vida de las personas, y observamos con preocupación como la sociedad responde a esta situación con enfoques policiales y represivos.

Nosotros exigimos frente a este problema social respuestas sociales que incluyan programas de prevención y educación específica y que incluyan nuevas respuestas terapéuticas.

Nosotros como Iglesia nos comprometemos a salir al encuentro e integrar a las personas que viven con el VIH/SIDA en nuestras comunidades y apoyar los procesos de rehabilitación y/o disminución del daño.

INMIGRANTES/MIGRANTES

Nosotros observamos un continuo movimiento de la población por diversas situaciones de las áreas rurales hacia las grandes ciudades o entre países. La población de migrantes es mas vulnerable a la adquisición del VIH/SIDA, por la ruptura de sus redes sociales.

Nosotros exigimos el acceso a la atención de salud y trato digno e igualitario de los/las migrante que está viviendo con VIH/SIDA. Condenamos el uso con fines discriminatorios

de cualquier análisis médico que impida el libre desplazamiento, residencia y documentación de las personas que viven con el VIH/SIDA.

Nosotros como Iglesia nos comprometemos a estrechar lazos de solidaridad y fraternidad entre nuestros pueblos, evitando actitudes de racismo y discriminación, así como dando la bienvenida y acogida a los migrantes y sus familiares.

CARCELES

Nosotros observamos con profunda preocupación la situación de las personas privadas de libertad que sufren graves atropellos en sus derechos humanos y su dignidad. El VIH/SIDA agrava esta situación.

Nosotros exigimos que se realicen programas que estimulen la prevención y aseguren la asistencia médica adecuada.

Nosotros como Iglesia nos comprometemos a promover la humanización del sistema penitenciario y hacerlo un verdadero espacio de rehabilitación e integración a la sociedad civil y considerar seriamente como un ministerio reconocido la Pastoral Penitenciaria.

EDUCACION

Nosotros observamos aún hoy una falta alarmante de adecuada información y la ausencia de programas educativos efectivos sobre VIH/SIDA, que comprendan a la población en general y a los grupos específicos.

Nosotros exigimos un modelo educativo en prevención del VIH/SIDA, que supere enfoques individualistas y que se pase a enfoques que den mayor poder a las comunidades, con carácter participativo.

* Materiales educativos de prevención de VIH/SIDA de fácil acceso y comprensión, eficaces entre las poblaciones más vulnerables.

* Estrategias participativas de capacitación entre pares de las poblaciones más vulnerables incluyendo los sectores más pobres, rurales y población indígena.

Nosotros como Iglesia nos comprometemos a implementar programas educativos en prevención del SIDA entregando información clara y precisa con relación al tema, incluyendo todas las formas de prevención, trabajando estrechamente con organismos no gubernamentales, grupos de personas afectadas directamente y gobiernos.

MEDIOS DE COMUNICACION

Nosotros observamos con preocupación el enfoque con que muchos de los medios de comunicación tratan el problema de VIH/SIDA y a las personas que viven con el VIH/SIDA, muchas veces de modo sensacionalista y morboso.

Nosotros exigimos que los medios de comunicación entreguen información clara y precisa sobre la epidemia, así como de los recursos existentes, utilizando un lenguaje no discriminatorio y respetando el derecho a la privacidad de las personas y familias afectadas.

Nosotros como iglesia nos comprometemos a levantar nuestra voz y hacemos visible en los medios de comunicación para que la población conozca nuestra opinión, que refleja un enfoque inclusivo y liberador frente al SIDA, contribuyendo a construir una sociedad más justa y solidaria.

MUJER

Nosotros como iglesia, observamos que la mujer en América Latina y el Caribe, no tiene aún voz para poder negociar, poder protegerse en sus relaciones sexuales del VIH/SIDA, mucho menos para incidir en la vida política. Sigue siendo contenedora de la familia y muchas veces el único sostén económico. Vemos una mayor feminización de la pobreza, su sufrimiento y desvalorización de su persona. Es la más vulnerable al contagio del VIH/SIDA por su falta de adecuada educación y por su situación de extrema pobreza económica y social.

Cuando buscamos la verdad de Dios a través de métodos teológicos es imprescindible la lectura de género, dando el lugar que le corresponde a la mujer y rescatando su dignidad.

La lectura de la vida desde el ser mujer ayuda a comprender y salir al encuentro de otras diversas identidades y facilitar la prevención del VIH/SIDA.

Dentro del sistema imperante de globalización, destacamos el aporte muy especial e importante de su presencia en todas las estructuras sociales y eclesíásticas.

Nosotros como iglesias proponemos la participación independiente y autónoma de toda mujer en la educación y formación continuada para que ella sea defensora de la vida, de la integridad de la creación, de la justicia y participe plena en la sociedad y la iglesia (ver Anexo 1 “Cumbre de París”).

MINORIAS SEXUALES

Nosotros como iglesias exigimos que toda minoría sexual sea tratada con justicia, reconociendo sus derechos y obligaciones como todo ciudadano y ciudadanía, no marginar por orientación sexual, identidad o estilos de vida. La dignidad de todo ser humano habla más fuerte que los rótulos que socialmente se imponen sobre los grupos minoritarios.

Nosotros como iglesias nos comprometemos a que nuestros miembros sean educados de manera tal que estén preparados para acoger respetuosamente la diversidad de identidades y culturas.

Nosotros, como iglesias nos comprometemos a salir al encuentro del clamor de sus necesidades y abrirnos como espacios incondicionales en los cuales estas minorías encuentran ámbitos de diálogo, de comunicación y de apoyo en la defensa y promoción de sus derechos, además del acompañamiento y apoyo integral.

NIÑOS Y NIÑAS

Todos los niños y las niñas son seres humanos que deben ser respetados como tales, y aquellos y aquellas en situaciones de riesgo social son los más vulnerables y la epidemia del VIH/SIDA agrava esa situación de desamparo.

Nosotros como iglesias nos comprometemos a brindar espacios protegiendo sus derechos e identidades.

Nosotros como iglesias nos comprometemos a ser una voz firme de denuncia de toda violencia, abuso sexual y explotación laboral de que son objetos los niños y niñas de nuestro continente y que los coloca en alto riesgo de contagio del VIH/SIDA.

El deterioro de la familia causado por problemas económicos que pone de manifiesto de epidemia del VIH/SIDA, a los cuales están sometidos los niños y niñas, generan la impotencia de contenerlos adecuadamente en el encuadre familiar.

Nosotros como iglesias nos comprometemos a estudiar con seriedad los nuevos modelos de familia que emergen de esta situación social, económica y cultural y apoyar una presencia eficaz y comprometida en la búsqueda de nuevas respuestas.

Nosotros como iglesias nos comprometemos a promover la inserción de los niños y niñas con VIH/SIDA y/o huérfanos de padres y/o madres con VIH/SIDA en los espacios ya existentes de solidaridad.

EXPLOTACION SEXUAL

Nosotros como iglesias nos comprometemos a promover una comprensión profunda y amplia de las causas que llevan a la situación de prostitución, y que este problema social encuentre respuestas sociales y no exclusivamente moralizantes y/o policiales.

Nosotros como iglesias nos comprometemos a brindar un espacio a todas las personas en situaciones de explotación sexual, en el cual puedan redescubrir su dignidad, derechos y deberes. Es necesario acompañar con una feliz y comprometida presencia educativa a todas estas personas comprendiendo su protagonismo en el crecimiento personal y comunitario como el mejor camino de prevención del VIH/SIDA.

Nosotros como iglesias nos comprometemos a través de nuestra presencia, motivar la educación y formación permanente que pueda culminar en que todos/as ellas sean promotoras/res de vida abundante entre todas las personas que les rodean.

REDES

Para poder realizar esta pastoral, somos conscientes de la necesidad de trabajar unidos/as en redes, como expresión de nuestra permanencia a un mismo cuerpo, un mismo bautismo, una sola fe. Por esos, es que llamamos a la Conferencia de Obispos y Presidentes de las Iglesias Luteranas en América Latina miembros de la Federación Luterana Mundial, a que asuman este documento y motiven al CLAI, CELAM y a la misma Federación a que nos ayuden a cumplir esta tarea.

Buenos Aires, 15 de abril de 1998.

BIBLIOGRAFIA

- Akerfeld, Patricia. "La iglesia como comunidad terapéutica", en *Encuentro y Fe*, nº 10, Buenos Aires, julio 1987, pp. 21-24.
- Alvarez, O'Connor, Brusco. *Morir con dignidad. Acercamiento a la muerte y al moribundo*. Madrid: Marova, 1976.
- Amos, William. *Cuando el Sida llega a la Iglesia*. El Paso: Casa Bautista de Publicaciones, 1989.
- Anderson, Colena. *Gozo más allá de la tristeza*. Buenos Aires: Editorial la Aurora, 1975.
- Barbero, Javier. "Counselling y VIH: un reto ético y comunitario", en *Quirru*, vol. 28, nº 4, Buenos Aires, dic. 1997, pp. 32-43.
- Barrera, Rivera, Pablo. "Los excluidos y crisis de paradigma en la teología de la liberación", en *Tierra Nueva, Cristianismo y Sociedad*, 1994, vol. XXXIV, nº 120, pp. 51-58.
- Baumatz, Margit. "Sida y responsabilidad ética", en *Fundación COR, un proyecto de vida*, Año 2, nº 4, Buenos Aires, mayo 1995, p. 17.
- Bayes, Ramón. *Sida y Psicología*. Madrid: Martínez Roca, 1996.
- Bazón, Michel. "Amor, Sexualidad y relaciones sociales del sexo en la Francia contemporánea", en *FEIM*, Año IV, nº 1, Buenos Aires, abril 1996, pp. 19-21.
- Belloni, Liliana. "No puede convivir aquello que no se conoce, la década del desamparo", en *Sida HIV News*, Buenos Aires, Dic. 1996.
- Berer, Malge. *La Mujer y el Sida. Un compendio internacional de recursos*. Traducción de Soreja Bermejo y Blanca Fernandez, Londres: British Library, 1993.
- Bermejo, José. *Apuntes de Relación de Ayuda*. Madrid: Centro de Humanización de la Salud, 1997.
- . "Pastoral con el enfermo de Sida", en *Misión Abierta*, nº 8, Madrid, octubre 1996, pp. 24-27.
- Brakemeier, Gottfried. *El Sida, una reflexión a partir del evangelio*. Carta pastoral del residente de la IELB, Porto Alegre, enero 1989.
- Brusco, Angelo. "La relación de ayuda pastoral", en *Labor Hospitalaria*, nº 211, 1989, pp. 122-129.
- CELAM. "Sección de pastoral familiar", en *Celam*, nº 233, marzo-abril, 1990, pp. 2-12.
- CMI. "El papel de las Iglesias, crear lugares seguros", en *Contact*, nº 129, sept.- oct. 1996, Ginebra: CMI, pp. 13-16.
- . *Los afectados del VIH-SIDA y la reacción de las Iglesias*. Traducción del servicio lingüístico del CMI, Ginebra: CMI, 1996.
- Clinebell, Howard. *Asesoramiento y cuidado pastoral*. Traducido por Dafne Sabanes, Buenos Aires: Nueva Creación, 1995.
- . "cuidado y asesoramiento en la crisis", traducido por Julio Sabanes en *Encuentro y Diálogo*, Buenos Aires, ASIT, 1990.
- Comisión Médica Cristiana. *¿Qué es la Salud?*, Ginebra: CMI, 1988.
- Comisión Permanente del Episcopado Argentino, "Sida, acompañar y prevenir en desigualdad", en *Actualidad Pastoral*. 1992, p. 22.
- Comisión Permanente del Episcopado Español, "El Sida. Algunas reflexiones cristianas", en *Actualidad Pastoral*, vol. XX, Madrid, 1987, pp. 155-156.

- Comisión Social de la Conferencia Episcopal Francesa, "Ante el Sida, relanzar la esperanza", traducción *Ecclesia*, nº 2777, 24/02/96. También en *Criterio*, 25/07/96, pp. 381-384.
- Consejo Pontificio para la familia. "¿Liberación de la droga?", en *La cuestión social*, Año 5, nº 1, Mexico, marzo-junio 1997, pp. 6-11.
- Curia Generalicia, *Pastoral de enfermos en el hospital y en la parroquia hermanos de San Juan de Dios*. Barcelona: Editorial Hospitalaria, 1982.
- Dabón, Manuel. "Visitar a los enfermos una tarea urgente", en *Actualidad Pastoral*, nº 105, Año X, p. 37.
- Dayringer, Richard, "Homosexuality reconsidered", en *The Journal of Pastoral Care*, vol 50, nº 1, Spring 1996, pp. 57-72.
- Departamento de Comunicaciones, Sida y sociedad, Buenos Aires: Isedet, 1989.
- Diamondstein, Carola. *Prevención en la familia, informe para padres*. Buenos Aires: Programa Andrés, 1992.
- Dinechin, Olivier. "Sida: educar, acompañar...". Traducción de Susana Mari, en *Criterio*, Buenos Aires, 26/08/93, pp. 450-453.
- Dominguez, Jorge. "Radiografía de una enfermedad", en *Misión Abierta*, nº 8, Madrid, octubre 1996, pp. 16-19.
- El amor homosexual*. Traducción de Cristina Bösenberg, Iglesia evangélica regional de Renania, Alemania, Buenos Aires: CEC, 1995.
- El coraje de amar*. Traducción del equipo de pastoral ecuménica y solidaria con los afectados por el Sida, Buenos Aires, 1995.
- "El que cree en mí vivirá para siempre, el hombre frente a la muerte", en *Revista de Pastoral Juvenil*, nº 342, Madrid, diciembre 1996, pp. 3-37.
- Elizari, Javier. "Conductas sociales y Sida. Aproximación moral", en *Moralia*, vol. X, Año 40, oct.- dic. 1988, pp. 379-408.
- . "Sida y secreto médico", en *Revista de ciencias morales*, vol. XII, nº 45, Madrid, 1990, pp. 55-86.
- "Experiencia cristiana en la marginación", en *Misión Abierta*, nº 6, Madrid, claretianos. 1990.
- Fabri, Enrique. *Alegria y trabajo de hacerse hombre, ser persona*. Buenos Aires: Latinoamerica Libros, 1979.
- Federación Luterana Mundial. *El trabajo pastoral con relación al SIDA*. Traducido por Lisandro Orlov, Buenos Aires: IELU, 1988.
- Fletcher, Joseph. *Ética de la situación*. Barcelona: Ariel, 1970.
- Frankl, Viktor. *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Editorial Herder, 1996.
- Friday, Robert. *The New Dictionary of Theology, aproximación católica al tema de la homosexualidad*. Traducción de Lisandro Orlov, Buenos Aires: IELU, 1991.
- Ginnete, Dubé. *El Sida y los derechos humanos*. Vancouver: OMS, 1991.
- Goss, Elisabeth. "Living and Dying with Aids", en *The Journal of Pastoral Care*, vol XLIII, Winter 1989, nº 4, pp. 279-310.
- Grimson, Wilbur, Ricardo. "Red Social y responsabilidad individual" en *Revista de prevención, salud y sociedad*, Año 3, vol. 3, pp. 37-41.
- Gupta, Rao. "Mujer y Sida: desarrollando una nueva estrategia de salud", en *FEIM*, Año III, nº 2, Buenos Aires, agosto 1995, pp. 19-21.

- Gutierrez, Gustavo. *Hablar de Dios desde el sufrimiento del inocente*, Salamanca: Ediciones Sigueme, 1985.
- Hinton, John. *Experiencias sobre el morir*. Barcelona: Ariel, 1974.
- Hoff, Paul. *El pastor como consejero*. Miami: Editorial Vida, 1987.
- Inchaurrega, S. "Prostitución y Sida. Estudio interdisciplinario de las problemáticas de la prostitución femenina callejera en la ciudad de Rosario", en *FEIM*, Año IV, n° 1, Buenos Aires, abril 1996, pp. 12-14.
- Inhauser, Marcos. *Consolación y vida, hacia una pastoral de consolación* Quito: CLAI, 1988.
- Juan Pablo II. *La Iglesia ante el Sida, una prevención digna de la persona humana y una asistencia compasiva*, Vaticano, 1989.
- Kübler, Ross, Elisabeth. *Sobre la muerte y los moribundos*. Traducido por Nery Daurella, Barcelona: Grijalbo, 1975.
- Küng, Hans. *¿Vida Eterna? Respuesta al gran interrogante de la vida humana*. Traducción de J. M. Bravo, Madrid: Ediciones Cristiandad, 1983.
- León-Dufour, Jesús y Pablo ante la muerte. Madrid: Ediciones Cristiandad, 1982.
- Levine, Carol. "Determinando las necesidades de servicio de huérfanos de la epidemia del Sida", en *FEIM*, Año III, n° 1, Buenos Aires, abril 1995, pp. 15-16.
- Levoratti, Armando. *Teología y praxis pastoral*. Buenos Aires: Ediciones Paulinas, 1988.
- Lings, Renato. "La homosexualidad y la Biblia, apuntes a un debate de actualidad", en *Revista Parroquial*, Abril 1993, Buenos Aires: IERP.
- Maldonado, Jorge. *Manual de asesoramiento pastoral a personas afectadas por el VIH/SIDA*. Ginebra: CMI, 1992.
- Maloof, P. "Enfermedad y Salud en la sociedad", en *Concilium*, n° 234, Madrid, marzo 1991, pp. 231-234.
- Mann, Peggy. *Peligro Marihuana*. Traducción Carlos Novelty, Buenos Aires: Programa Andres, 1992.
- Martin, Leonard. *Convivir en Sida. Ayuda para el enfermo, su familia*. Buenos Aires. Sao Paolo, 1995.
- Masson, María Angélica. "Sociología de la discriminación", en *Quirón*, vol. 28, n° 4, Buenos Aires, dic. 1997, pp. 44-46.
- Masters, William. *El sexo en los tiempos de Sida: Documentos*. Barcelona: Editorial Barcelona, 1988.
- Mayer, Frank, "Pastoral care in the Hospital", en *The Journal of Pastoral Care*, vol. XLVIII, n° 2, Summer 1989, pp. 171-183.
- Mcfague, Sallie. *Modelos de Dios: Teología para una era ecológica y nuclear*. Traducido por Agustín Lopez y María Tabuyo. Santander: Sal Terrae, 1994.
- Método urgencia SIDA, *manual para la formación de agentes de prevención*. Buenos Aires: Colihue, 1997.
- Migsud, Tony. "La sexualidad, su reivindicación desde la ética cristiana", en *Persona y Sociedad*, vol. IV/1, n° 1, 1990, 55-60.
- Miguez, Bonino, José. *Espacios para ser hombres*. Buenos Aires: Editorial la Aurora, 1990.
- Moltmann, Jürgen. *El camino de Jesucristo: Cristología en dimensiones mesiánicas*. Salamanca: Ediciones Sigueme, 1993.

- _____. *Temas para una teología de la esperanza*. Buenos Aires: La Aurora, 1977.
- Najera, Rafael. *Sida, de la biomedicina a la sociedad*. Madrid: Eudema, 1990.
- Najera, Ramón. "Sida y prostitución", en *FEIM*, Año 1, n° 1, Buenos Aires, oct. - dic. 1992, pp. 5-7.
- Nicolav, Miguel. *La unción de los enfermos. Estudios históricos-dogmático*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 1975.
- Nowak, C. M. *¿Por qué yo? Rezar por el dolor y la angustia*. traducción de José Gallinger, Buenos Aires: Editorial Guadalupe, 1976.
- Nuesh, Gracia. "Las adicciones y sus consecuencias y la Iglesia", en *Luz y Verdad*, Buenos Aires: IELU, jun. - jul. 1993, p. 4.
- Obispos de Uruguay. *El Sida, un desafío para la sociedad y un llamado para los cristianos*. Montevideo, 1990.
- Obispos de Honduras, *Elementos de reflexión y respuesta cristiana al reto del SIDA*. Tegucigalpa, 1990.
- Orlov, Lisandro. *Apuntes para una acción educativa en la prevención del Sida*, Buenos Aires: IELU, 1991.
- _____. "Apuntes para una pastoral de la enfermedad", en *Encuentro y Fe*, Buenos Aires: Cucec, Nov. - Dic. 1989, pp. 5-8.
- _____. *Celebrar la vida. El pensamiento de las Iglesias sobre el Sida*. Buenos Aires: IELU, 1996.
- _____. *Como hablar de Sida, Ejes interpretativos de la información*. Buenos Aires: IELU, 1995.
- _____. *Como mirar un problema de todos. Vocabulario y prejuicios, apuntes para un análisis crítico de los mensajes sobre la epidemia del Sida*. Buenos Aires: IELU, 1993.
- _____. *Sus niños, el Sida y el colegio*, Buenos Aires: IELU, 1992.
- _____. *Y lo hicieron conmigo. Sugerencias prácticas y pastorales para el acompañamiento de las personas afectadas por la epidemia del SIDA*. Buenos Aires: IELU, 1995.
- Paoli, Arturo. *Solidaridad, eucaristía, contemplación*. Buenos Aires: Latinoamericana libros, 1984.
- Parisi, Antonio. "Soberbia es el pecado del Sida", en *Fundación COR, un proyecto de vida*, Año 3, n° 8, Buenos Aires, dic. 1996, pp. 4-6.
- Patersonson, Gillian. *Love in a Time of Aids, Women Health and the Challenge of HIV*. Ginebra: CMI, 1996.
- Peñaloza, Rojas, José. *El problema es el Sida*. Colombia: Editorial Paulinas, 1987.
- Pereira, Mikel. "Grupo cristiano de Gais y Lesbianas", en *Revista de Pastoral Juvenil*, n° 325, Madrid, enero 1995, pp. 39-48.
- Peris, Carlos Tomas. *El tiempo es vida, luz y verdad*. Buenos Aires: IELU, junio-julio, 1993, p.6.
- Perlongher, Nestor. "Droga e éxtase", en *Religio e Sociedade*, vol. 16, n° 3, Año 1994, Rio do Janeiro, ISER, pp. 18-24.
- Pernado, José. "Todavía es posible la esperanza", en *Misión Abierta*, Año 8, Madrid, oct. 1996, pp. 28-30.
- Pessini, Leo. "Pastoral con Aidéuticos", en *Vida Pastoral*, Brasil, mayo-junio 1988, pp. 29-35.

- Pfaum, Maggie Callanan. "Interpretar los mensajes del moribundo", en *Nursing*, enero 1987, pp. 9-11.
- Plieger, Michael. *Teología pastoral*. Traducción de Alejandro Ros, Barcelona: Editorial Herder, 1966.
- Raggi, Roberto. *Re-vista al Sida*, Buenos Aires: F.L.C.S, 1995.
- Rubenson, Brigitta. *Lo que hay que saber sobre el SIDA, un manual para pastores y maestros*. Ginebra: CMI, 1989.
- . *¿Qué es el Sida?, manual para agentes de Salud*. Ginebra: CMI, 1988.
- Ruuth, A. *Diaconía en la Congregación*. Buenos Aires: ISEDET, 1976.
- Santos, Hugo. "Pastoral en tiempos de duelo", en *Encuentro y Fe*, Buenos Aires: Cuec, Nov. - Dic. 1988, pp. 5-7.
- Secretaría de Salud. *Sida un problema de todos*. Buenos Aires: Municipalidad de Buenos Aires, 1997.
- Segundo, Juan Luis. *La historia perdida y recuperada de Jesús de Nazareth: De los sinópticos a Pablo*. Santander: Sal Terrae, 1991.
- Schipani, Daniel. *Psicología y consejo pastoral: perspectivas hispanas*. AETH, 1997.
- Sobrinho, José. *Las drogas*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 1981.
- Soggin, Thomas. *Y me visitasteis*. Centro Emanuel, 1982.
- Spiazzi, Raimundo. *Los fundamentos teológicos del ministerio pastoral*. Traducción de Jesús Esquiza y Carmelo García del valle, Madrid: Studium, 1962.
- . *Teología pastoral, didáctica, kerigmática, homilética*. Traducción de Eloy Requena, Madrid: Studium, 1969.
- Stone, Howard. *Asesoramiento pastoral en situaciones de crisis*. Buenos Aires: la Aurora, 1979.
- Sunderland, Ronald. "Caring for People, Living and Dying with Aids", en *The Journal of Pastoral Care*, vol XLIII, n° 4, Winter 1989, pp. 311-324.
- Thai Hop, Nguyen, Pablo. "Los excluidos, extrañas criaturas del Neoliberalismo", en *Tierra Nueva, Cristianismo y Sociedad*, vol XXXIV, n° 128, 1996, pp. 7-32.
- Thiel, Marie-jo. "El enfermo, el otro". Traducción de Bernardo Capdevalle, en *Criterio*, Buenos Aires, 13/06/96, pp. 265-269.
- Thielicke, Helmut. *Vivir con la muerte*. Traducido por Xabier Moll, Barcelona: Editorial Herder, 1984.
- Toldrá, Jordi, Balot. "Experiencias sobre el mundo del Sida", en *Misión Abierta*, Año 8, Madrid, octubre 1996, pp.20-23.
- Torres Queiroga, Andres. "Responsabilidad de los cristianos en el mundo actual", en *Tierra Nueva, Cristianismo y Sociedad*, vol XXXIV/2, n° 128, 1996, pp. 33-57.
- US Catholic Conference, *Las múltiples rostros del Sida, declaración de la Oficina Administrativa*. Traducido por Lisandro Orlov, Buenos Aires: IELU, Diciembre de 1987.
- Van der Berg, J. *Psicología del enfermo postrado en cama*. Buenos Aires: Carlos Lohle, 1961.
- Volz, Carl. *Pastoral Life and Practice in the Early Church*. Minneapolis, 1990.
- Wicks, Robert. *Clinical handbook of Pastoral Counselling*. New Jersey: Paulist Press, 1985.

Ziller, Urbano. "Uncao dos enfermos", en *Teo comunicacao*, vol, XXV, n° 107, Rio grande do sul, marzo 1995, pp. 103-116.

Zorzin, Alejandro. "Reflexiones para una pastoral con moribundos", en *Cuadernos de Teología*, vol. VI, n° 1, 1980.