

Globethics Repository



Trabajar con organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA

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	Preprint
Authors	Consejo Mundial de iglesias
Publisher	Consejo Mundial de iglesias
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-07-15 05:13:56
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/172712

Consejo Mundial de Iglesias

**Trabajar con organizaciones de
personas que viven con
el VIH/SIDA**

Documento de referencia

Agradecimientos

Escritor: Andrew Doupe

Merecen un profundo agradecimiento todos aquellos que han sugerido ideas, aportado documentos y revisado el texto:

Allan Handysides, Director de los Ministerios de Salud, Conferencia General de la Iglesia Adventista del Séptimo Día; Anna Eisenhoffer, Auxiliar administrativa, Misión y Formación Ecuménica, Consejo Mundial de Iglesias; Anne-Marie Helland, Asesora Especial, Ayuda de la Iglesia Noruega; Bernard Gardiner, Director del Programa mundial sobre el VIH/SIDA, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja; Canónigo Gideon Byamugisha, Red africana de dirigentes religiosos que viven con el VIH y el SIDA o están personalmente afectados (ANERELA+) y Visión Mundial Internacional; Dr. Christoph Benn, Director, Relaciones Externas, Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; Dra. Alice Welbourn, Presidenta de la Junta Directiva, Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/SIDA (ICW); Dr. Donald E. Messer, *Center for the Church and Global AIDS*, Profesor de Teología Práctica y Presidente Emérito, Escuela de Teología Iliff, Denver, Colorado (Estados Unidos); Dr. Mike Negerie, Director Regional de los Programas de Salud en África, Agencia Adventista para el Desarrollo y Recursos Asistenciales, Oficina Regional de África, Sudáfrica; Dr. Simon Mphuka, Director de Programas, Asociación de las Iglesias de Zambia para la Salud (CHAZ); Dra. Rachel Baggaley, Directora del Programa sobre el SIDA, Christian Aid; Ian Campbell, Ejército de Salvación; Kate Thomson, Consultora; Linda Hartke, Coordinadora, Alianza Ecuménica de Acción Mundial; Lisandro Orlov, Coordinador para América Latina y el Caribe, Plan de Acción sobre el VIH/SIDA, Federación Luterana Mundial; Marie-Claude Julsaint, Directora del Programa para las Américas y el Caribe, YWCA Mundial; Milton B. Amayun, MD, MPH, Asesor Técnico, Iniciativa Esperanza, Visión Mundial Internacional; Nataliya Leonchuk, Subdirectora del Consejo de Coordinación, Red panucraniana de personas que conviven con el VIH/SIDA; Nigel Pounce, Coordinador del Proyecto sobre el VIH/SIDA, Iglesia de Escocia; Profesor Farid, Ética, Religión y Sociedad, Universidad Xavier, Sudáfrica; Rachel Stredwick, Programa sobre el VIH/SIDA, Christian Aid; Rvdo. Edward Baralemwa, Director, PACANet; Dr. Michael Czerny, F.S.J., Coordinador, Red Jesuita Africana para el SIDA; Revdo. Dr. Spiwo Xapile, Iglesia Memorial JL Zwane, Iglesia Presbiteriana Unida de África Meridional, Sudáfrica; Richard W. Bauer, MM, LCSW, Director Ejecutivo, Acción Católica contra el SIDA (*Catholic AIDS Action*); Revdo. Johannes Heath, Red africana de dirigentes religiosos que viven con el VIH y el SIDA o están personalmente afectados (ANERELA+); Sally Smith, Directora, Unidad de Coordinación, ONUSIDA; Stu Flavell, Coordinador Internacional, Red mundial de personas que viven con el VIH/SIDA (GNP+)

Un especial agradecimiento a:

Calle Almedal, Asesor Técnico, Unidad de Coordinación, ONUSIDA; Dr. Christoph E. Mann, Iniciativa Ecuménica sobre el VIH/SIDA en África (EHAIA), Consejo Mundial de Iglesias; Dr. Manoj Kurian, Encargado de programa, Salud y Curación, Misión y Formación Ecuménica, Consejo Mundial de Iglesias; Musa W. Dube, Profesora del Nuevo Testamento, Scripps College y Consultora para la EHAIA; Revdo. Robert Vitillo, Director Ejecutivo, Campaña Católica para el Desarrollo Humano, Conferencia de Obispos Católicos de Estados Unidos.

La realización de este documento ha sido posible gracias al generoso apoyo de la Iglesia Unida del Canadá, Christian Aid, Ayuda de la Iglesia Noruega, el Consejo Mundial de Iglesias y ONUSIDA.

Índice

Capítulo 1 Introducción

Capítulo 2 Una mirada al interior...

2.1 Una mirada al interior de su iglesia

Recuadro 1: Lista de declaraciones de las iglesias y las organizaciones religiosas desde 2001 hasta 2004

Recuadro 2: Consejo de Iglesias de Jamaica: formular una política sobre el VIH/SIDA

Recuadro 3: Estrategias para la Esperanza: ¿Qué puedo hacer?

Recuadro 4: Programa sobre el VIH, 2003-2006, de la Iglesia de la Provincia de África Meridional

Recuadro 5: Desestigmatizar el VIH en la iglesia: comunicación interna

2.2 Una mirada al interior del movimiento de personas que viven con el VIH/SIDA

Recuadro 6: ¿Me has escuchado hoy?

Capítulo 3 Desafíos para las iglesias

3.1 Prevención del VIH: transmisión sexual

Recuadro 7: La prevención, según las declaraciones de las iglesias

Recuadro 8: Mujeres y VIH

Recuadro 9: El uso de preservativos: perspectivas teológicas

Recuadro 10: Prevención y atención del VIH: un modelo alternativo

Recuadro 11: Mejores relaciones sexuales, como una solución para prevenir la infección del VIH: la “B” del ABC

Recuadro 12: Hablar sobre sexo: la Iglesia Evangélica de África Occidental

3.2 Asociación entre sexo, VIH/SIDA y pecado

Recuadro 13: Diferentes comprensiones de Dios

3.3. El problema de no abordar suficientemente los temas relacionados con la sexualidad humana

3.4 Pruebas prematrimoniales del VIH

Recuadro 14: Pruebas prematrimoniales del VIH

3.5 Prevención del VIH y consumo de drogas

Capítulo 4 Trabajar con organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA

4.1 Antecedentes necesarios

4.2 Gestionar el miedo, el estigma y la discriminación a nivel institucional

Recuadro 15: “Vivir con ...”

Recuadro 16: Alianza entre FICR/GNP+: contratar a una PVVS como coordinador/a regional de las alianzas

4.3 Confidencialidad

Recuadro 17: Conclusiones del estudio de Siyam’kela sobre la confidencialidad

Recuadro 18: La Iglesia de Escocia: aplicar una política sobre el VIH en el trabajo

Recuadro 19: Posibles cláusulas de confidencialidad para una política sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo

Recuadro 20: El canónigo Gideon Byamugisha: la Iglesia Anglicana defiende a sus pastores

Recuadro 21: Poner un rostro a la epidemia del VIH: fotos de PVVS

Recuadro 22: Poner un rostro a la epidemia del VIH: Embajadores de la Esperanza

Recuadro 23: Visión Mundial Internacional: vidas VIH-positivas

4.4 Participación simbólica (tokenismo)

Recuadro 24: Directrices para proyectos y criterios mínimos

4.5 Explotación

4.6 Cuestiones prácticas

Atención sanitaria

Recuadro 25: Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR, por su sigla en inglés)

Seguro de viajes

Restricciones de viaje

4.7 Capacitación

Recuadro 26: Redes: una fuente útil de recursos y contactos

Recuadro 27: Alianza Internacional de Educación y Capacitación para la Atención del SIDA (ACET)

Recuadro 28: La iniciativa religiosa sobre el VIH/SIDA en África de Balm In Gilead

Recuadro 29: Desarrollo positivo

Recuadro 30: Manual para la participación de las PVVS en los Mecanismos de Coordinación de País del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

Recuadro 31: Desarrollo de la capacidad humana: el Ejército de Salvación

4.8 Expectativas diferentes

4.9 Sostenibilidad

4.10 Seguimiento y evaluación

Recuadro 32: Iniciativa de Respuesta Comunitaria a la Epidemia del VIH/SIDA (CORE): seguimiento y evaluación participativos para la sociedad civil

Anexo 1 Marco para la autoevaluación de conocimientos en materia de VIH/SIDA

Anexo 2 El uso de un lenguaje que sea sensible al VIH y al SIDA

Anexo 3 El Pacto sobre el VIH/SIDA

Anexo 4 Desarrollo de la capacidad humana

Bibliografía

Capítulo 1

Introducción

Este documento se ha escrito para complementar el documento “*Crear alianzas entre las iglesias y las organizaciones de personas que viven con el VIH y el SIDA: Directrices*” (2005) del Consejo Mundial de Iglesias. En tanto que el documento sobre la creación de alianzas examina la cuestión de *por qué* las iglesias deben trabajar con organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS), este documento se centra en *cómo* pueden las iglesias trabajar con las organizaciones y las redes de PVVS. Por ejemplo: ¿Qué temas deben tenerse en cuenta? ¿Cuáles son las necesidades de las personas que viven con el VIH/SIDA? ¿Cómo debería usted relacionarse con las PVVS? Se espera que las sugerencias prácticas de este documento le ayuden a establecer alianzas funcionales y efectivas.

Los capítulos 2 y 3 examinan algunas de las dificultades con que se enfrentan las iglesias y las organizaciones de PVVS en sus intentos por forjar alianzas. En esencia, evalúan el punto en que se encuentran actualmente las iglesias y las organizaciones de PVVS. Muchas de las cuestiones descritas ponen a prueba la compasión de las iglesias y su competencia en materia de VIH y SIDA y a menudo no hay respuestas fáciles. Por ejemplo, las cuestiones relacionadas con la prevención del VIH, como la prevención en el matrimonio y la abstinencia prematrimonial, y con la sexualidad humana, como las relaciones entre personas del mismo sexo, pueden dividir a las iglesias y crear obstáculos en la creación de alianzas con PVVS y entre distintas religiones. Aun cuando ciertas opiniones sean controvertidas e impopulares, las iglesias deben ser capaces de formular sus posiciones de forma lógica y coherente.

Análogamente, las organizaciones de PVVS también hacen frente a una serie de cuestiones que pueden dividir, como, por ejemplo, cómo responder a las personas que viven con el VIH/SIDA y que, a sabiendas, exponen a otras al riesgo de contraer el VIH; a los maridos o las personas con el VIH que fuerzan a sus mujeres o parejas; y, en algunas regiones, a la falsa creencia de que las relaciones sexuales intergeneracionales curan la infección del VIH.

El hecho de reconocer estas dificultades y trabajar hacia un entendimiento común con los asociados constituye un paso adelante para reducir las tensiones creadas por algunos de los problemas planteados y, quizás, para encontrar soluciones. Definir los límites permite a ambas partes ver lo que es posible y lo que no lo es, por lo que se pueden tomar decisiones con una mayor claridad.

Si bien los capítulos 2 y 3 exponen los antecedentes sobre la situación de las iglesias y las organizaciones de PVVS, el capítulo 4 constituye el núcleo del documento. Este capítulo proporciona información concreta sobre una serie de temas que necesitan abordarse para poder trabajar con las organizaciones de PVVS. Las secciones sobre confidencialidad, participación simbólica, capacitación, y seguimiento y evaluación son especialmente relevantes. Un tema recurrente es el papel que desempeñan las iglesias en la promoción y la defensa del acceso al tratamiento, incluida la terapia antirretrovírica.

Los recuadros ponen de relieve cuestiones específicas o proporcionan ejemplos de proyectos, programas o alianzas que han tenido éxito. El material gráfico que aparece en este documento procede de varios estudios e informes. Una de las ventajas de la mayor cooperación y el

desarrollo de alianzas entre las iglesias y las organizaciones de PVVS es que habrá un creciente cuerpo de conocimiento sobre cómo trabajar juntos y cómo hacer frente a los períodos de incertidumbre, descontento y, quizás incluso, de confrontación.

Los anexos contienen: un marco para una autoevaluación sobre los conocimientos en materia de SIDA, unas pautas para el uso correcto del lenguaje relacionado con el VIH y el SIDA, un pacto sobre el VIH/SIDA y un cuadro sobre el desarrollo de la capacidad humana.

Por favor, obsérvese que los textos completos de las declaraciones de las iglesias sobre el VIH que figuran en el Anexo 1 se encuentran a disposición en la página web del CMI consagrada a los temas relacionados con la salud: www.contactforhealth.org. Si no tiene acceso a Internet, puede obtener copias poniéndose en contacto con:

Dr. Manoj Kurian
Encargado de programa, Salud y Curación
Misión y Formación Ecuménica
Consejo Mundial de Iglesias
Apartado Postal 2100
1211 Ginebra 2
Suiza
Tel: +41 22 791 62 23
Fax: +41 22 791 61 22
mku@wcc-coe.org

Capítulo 2

Una mirada al interior...

Este capítulo examina algunas de las dificultades con que se encuentran las iglesias y las organizaciones de PVVS al intentar forjar alianzas.

En esta sección se reconoce la transición que ha tenido lugar en muchas iglesias, pero cuestiona si se ha pasado de la palabra a la acción. También pone de relieve las dificultades prácticas que pueden surgir al involucrar a PVVS y al llevar a cabo diferentes estrategias o iniciativas para erradicar el estigma relacionado con el VIH.

En cuanto se refiere a las organizaciones de PVVS, este capítulo destaca que el término “PVVS” engloba una diversidad de personas y traza la historia del movimiento de PVVS antes y después de la formulación del principio de una mayor participación de las personas que viven con el VIH/SIDA (MPPS) durante la Conferencia de París, el 1 de diciembre de 2004. También pone de manifiesto algunos de los temas tabú relacionados con las PVVS e indica que las alianzas con las iglesias ofrecen la posibilidad de entablar un diálogo para encontrar soluciones a estas difíciles cuestiones.

2.1 Una mirada al interior de su iglesia

Pacto 8: La Iglesia, las PVVS y el VIH/SIDA¹

Recordaremos, proclamaremos y actuaremos basándonos en el hecho de que somos el cuerpo de Cristo y si un miembro sufre, todos sufrimos con él; que Dios, nuestro Señor, se identifica con los afligidos y los marginados y cura a los enfermos (1ª. Corintios 14:26; Mateo 25:31-46). Por lo tanto, nos convertiremos en una comunidad de compasión y curación, un lugar seguro donde todas las PVVS puedan vivir abiertamente y de forma productiva.

Puesto que si se empieza mal muchas buenas ideas pueden irse al traste debido a obstáculos insuperables, tanto las iglesias como las organizaciones de PVVS deben prepararse a trabajar juntas antes de iniciar el viaje común que supone una alianza. Muchas personas que viven con el VIH/SIDA han sido estigmatizadas en sus comunidades y han sufrido discriminación institucional, a veces, por parte de las iglesias. La sensación de gran parte de la opinión pública de que las iglesias condenan a los pecadores y promueven unas directrices muy restrictivas en materia de prevención del VIH ha llevado a que, en algunas regiones del mundo, muchas personas se hayan formado ideas negativas respecto a la respuesta de las iglesias al VIH. Existe una necesidad de reconciliación a nivel individual, pero también entre individuos, y entre los individuos y sus iglesias. Para que esto sea posible, las iglesias y las PVVS deben poder escuchar y ser francas, humildes, capaces de perdonar y ante todo de mostrar un amor verdadero.

¹ Conferencia de Iglesias de Toda el África (CITA), *Pacto sobre el VIH/SIDA*, Octava Asamblea General de la Conferencia de Iglesias de Toda el África, Yaoundé (Camerún), 22-27 noviembre 2003.

En algunas iglesias y organizaciones religiosas ha reinado, y en algunos casos sigue reinando, un clima de negación respecto a las cuestiones relacionadas con el VIH y el SIDA. El estudio Siyam'kela en Sudáfrica, por ejemplo, reveló que tal era el caso especialmente en las congregaciones cristianas de clase media, así como en las comunidades musulmanas, que no creían que el VIH y el SIDA fueran un problema en sus comunidades².

Como se resume en el documento complementario *Crear alianzas entre las iglesias y las organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA: Directrices* (2005) del Consejo Mundial de Iglesias, si bien las iglesias de muchos lugares distintos están respondiendo al VIH, algunas todavía lo niegan. El SIDA plantea muchas cuestiones, algunas de las cuales, previamente, han sido tabú o muy difíciles de abordar, como por ejemplo: el abuso o la violencia sexual, la violación, el incesto y la infidelidad, el consumo de drogas, así como aceptar la muerte y el morir o la sexualidad innata a todo ser humano. Como se expone en el capítulo 3, las iglesias deben hacer frente a una serie de cuestiones en torno a la prevención del VIH, el pecado y la sexualidad. En cierto modo, no es sorprendente que, tras veinte años de pandemia mundial, las iglesias todavía estén debatiéndose sobre cómo responder.

Muchas iglesias han llevado a cabo numerosas intervenciones, principalmente en el ámbito de la atención y el apoyo a las PVVS, mediante programas que corresponden a las respuestas tradicionales de las iglesias. Así pues, las organizaciones religiosas han respondido a las necesidades específicas de las PVVS procurándoles apoyo material, mediante programas alimentarios y distribución de comida, la creación de grupos de apoyo para los miembros de las comunidades religiosas que viven con el VIH y el SIDA o están afectados por la enfermedad, y también ofreciéndoles atención pastoral. Asimismo, las iglesias han formado grupos de apoyo y oración.

Cuando ha sido posible, las organizaciones religiosas han intentado responder a las necesidades de atención sanitaria de las PVVS a través de programas de atención a domicilio o del establecimiento de centros de cuidados paliativos. También están empezando a suministrar terapias antirretrovíricas. El Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud estima que el 26,7% de los centros especializados en el tratamiento del VIH/SIDA en el mundo son centros católicos³. Sin embargo, este trabajo depende de tener la financiación necesaria y el personal con la formación adecuada⁴.

² *Policy Project*, Sudáfrica; Centro para el estudio del SIDA, Universidad de Pretoria; Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); Dirección Principal: VIH, SIDA & TB, Departamento de Salud. *Siyam 'kela: Informe acerca de las investigaciones sobre el terreno para la elaboración de indicadores y directrices sobre el estigma relacionado con el VIH/SIDA*, diciembre de 2003.

<http://www.policyproject.com/siyamkela.cfm> o <http://www.csa.za.org>

³ Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, Mensaje con motivo del Día Mundial del SIDA, 1 de diciembre de 2004.

⁴ Para apoyar este trabajo, por ejemplo, el Cardenal Javier Lozano Barragán, presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, anunció, el 17 de diciembre de 2004, la creación de la fundación “El Buen Samaritano”, aprobada por el Papa Juan Pablo II. La fundación proporcionará apoyo económico a los enfermos más necesitados, principalmente a aquellos que tienen el SIDA. La fundación asignará fondos a cualquier centro sanitario, no solo a los centros católicos, que necesiten desesperadamente apoyo financiero. La fundación no privará de fondos a un grupo aun cuando promueva el uso del preservativo para la prevención de la propagación del VIH. La fundación asignará dinero en primer lugar para Etiopía porque, en cuanto se refiere a asistencia médica y social, este país tiene muy pocos recursos. Para más información: goodsamaritan@hlthwork.va
http://www.healthpastoral.org/events/good_samaritan_sp.htm

Los dirigentes religiosos pueden mostrarse sensibles a las necesidades de las PVVS y están empezando a desempeñar un papel en la promoción de una cultura de aceptación y respeto para con las PVVS, que conlleva nociones de responsabilidad y tolerancia⁵. A menudo es necesario procurar atención espiritual y moral a aquellos que viven con el VIH y el SIDA y están afectados por la enfermedad porque es posible que experimenten sentimientos difíciles, tales como: miedo a la muerte, depresión, ideas de suicidio, culpa, angustia, ira, negación, trauma, rechazo y aislamiento, provocados por la estigmatización⁶. Así, un dirigente religioso propuso, en el marco del estudio Siyam'kela, que la iglesia facilitase la curación emocional de las personas que descubren que son VIH-positivas mediante la creación de un entorno "humano y afectivo" a través, por ejemplo, del asesoramiento pastoral y las oraciones⁷.

Dado que el VIH y el SIDA solo han sido verdaderamente incorporados a los esfuerzos de las iglesias o las congregaciones recientemente, algunas iglesias, al igual que muchos gobiernos y otras organizaciones, han cometido errores que han contribuido a aumentar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH. En 2001, el Canónigo Gideon Byamughisha señaló que *"todos sabemos actualmente que cuando se trata del VIH/SIDA no es la condición en sí la que más lastima (dado que muchas otras enfermedades y situaciones conllevan graves sufrimientos y muerte), sino la estigmatización y la posibilidad de rechazo y de discriminación, la incompreensión y la pérdida de confianza con que se ven confrontadas las personas seropositivas"*⁸. Algunas iglesias y algunos individuos todavía estigmatizan y discriminan a las PVVS. Sin embargo, la gran mayoría de iglesias han hecho, y hacen, grandes esfuerzos para romper el estigma tanto en la iglesia como en la sociedad en general. El alcance del cambio es muy variable de una región a otra, así como de una iglesia a otra e incluso en el interior de una misma iglesia. Las reacciones entre los dirigentes y los miembros de una iglesia también pueden ser distintas. A veces los dirigentes avanzan más rápido que sus feligreses y a veces un obispo recalcitrante impide que los miembros de su iglesia actúen de una forma cristiana. El recuadro 2, "Consejo de Iglesias de Jamaica: formular una política sobre el VIH/SIDA", proporciona un ejemplo de la variabilidad de respuestas.

De 2001 en adelante, varios órganos directivos de las iglesias han hecho una serie de declaraciones sobre el VIH/SIDA. Las más importantes se enuncian en el recuadro 1.

Carol Glatz. Samaritan-AIDS: *Cardinal urges donations to new papal fund for HIV/AIDS victims (Buen Samaritano-SIDA: el Cardenal Lozano Barragán urge a hacer donaciones al nuevo fondo para las víctimas del VIH/SIDA)*, 17 de diciembre de 2004.

⁵ Vitillo, R.J. *The role of the Catholic church in meeting the challenge of HIV/AIDS in Africa (El papel de la Iglesia Católica en asumir los desafíos que plantea el VIH/SIDA en África)*. Texto escrito para el Centro de Estudios Estratégicos e Internacionales, Washington DC, 2002.

⁶ Population Council (Consejo de Población). *HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: a Conceptual Framework and an Agenda for Action (El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA: un marco conceptual y una agenda para la acción)*. Nueva York: Horizons Program, 2002.

⁷ *Policy Project*, Sudáfrica; Centro para el estudio del SIDA, Universidad de Pretoria; Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); Dirección Principal: VIH, SIDA & TB, Departamento de Salud. Siyam 'kela: *Informe acerca de las investigaciones sobre el terreno para la elaboración de indicadores y directrices sobre el estigma relacionado con el VIH/SIDA*, diciembre de 2003.

⁸ Iniciativa Ecuménica sobre el VIH/SIDA en África (EHAIA), *Plan de acción, "Consulta Mundial sobre la Respuesta Ecuménica al Desafío del VIH/SIDA en África"*. Nairobi (Kenia), 25-28 de noviembre de 2001.

Recuadro 1: Lista de declaraciones de las iglesias y las organizaciones religiosas desde 2001 hasta 2004⁹

2001

Conferencia de Iglesias de Toda el África, *Declaración de Kampala-Mukono*. Kampala-Mukono (Uganda), 15-17 de enero de 2001.

Iglesia de Noruega, *Declaración de la Conferencia de Obispos*. Abril de 2001.

Conferencia de Iglesias de Toda el África, *Declaración de Dakar*. Dakar (Senegal), 23-25 de abril de 2001.

Conferencia de los Obispos Católicos de África Meridional, *Un mensaje de esperanza al pueblo de Dios de parte de los Obispos de Sudáfrica, Botswana y Swazilandia*. Pretoria (Sudáfrica), 30 de julio de 2001.

Comunión Anglicana en África, “*Nuestra visión, nuestra esperanza*”: *El primer paso*. Johannesburg (Sudáfrica), 22 de agosto de 2001.

Iniciativa Ecuménica sobre el VIH/SIDA en África (EHAIA), *Plan de acción, “Consulta Mundial sobre la Respuesta Ecuménica al Desafío del VIH/SIDA en África”*. Nairobi (Kenia), 25-28 de noviembre de 2001.

Conferencia Cristiana de Asia, *Consulta sobre el VIH/SIDA, Llamamiento a una respuesta religiosa: Declaración*. Chiang Mai (Tailandia), 25-30 de noviembre de 2001.

2002

Federación Luterana Mundial, *Compasión, Conversión, Asistencia: Respuesta de las iglesias a la pandemia del VIH/SIDA. Plan de acción de la Federación Luterana Mundial*, 18 de enero de 2002.

⁹ Los textos completos se encuentran a disposición en la página web del Consejo Mundial de Iglesias consagrada a los temas relacionados con la salud: www.contactforhealth.org. Si no tiene acceso a Internet, puede obtener copias poniéndose en contacto con:

Dr. Manoj Kurian
Encargado de programa, Salud y Curación
Misión y Formación Ecuménica
Consejo Mundial de Iglesias
Apartado Postal 2100
1211 Ginebra 2
Suiza
Tel: +41 22 791 62 23
Fax: +41 22 791 61 22
mku@wcc-coe.org

Primados Anglicanos, *Informe de la reunión de Primados de la Comunión Anglicana. Apéndice III: Declaración de los Primados Anglicanos sobre el VIH/SIDA*. Canterbury (Reino Unido), 17 de abril de 2002.

Consulta Panafricana de Dirigentes de la Iglesia Luterana, *Romper el silencio, Compromisos de los dirigentes de la Iglesia Luterana en respuesta a la pandemia del VIH/SIDA*. Nairobi (Kenia), 2-6 de mayo de 2002.

Consejo Mundial de Iglesias (CMI) y la Conferencia Cristiana de Asia (CCA), *Informe de la consulta del CMI y la CCA sobre “Una agenda ecuménica para combatir el VIH/SIDA en el Sur de Asia”*. Colombo (Sri Lanka), 24-26 de julio de 2002.

Consejo de Provincias Anglicanas de África (CAPA), *Declaración sobre el SIDA de la reunión de la junta directiva de CAPA*. Nairobi (Kenya), 19-22 de agosto de 2002.

YWCA Mundial, *Comité Ejecutivo*. Ginebra (Suiza), noviembre de 2002.

YWCA Mundial, *Comité Ejecutivo: Política sobre el VIH/SIDA*. Ginebra (Suiza), noviembre de 2002.

2003

Federación Luterana Mundial, *Consulta regional latinoamericana sobre el Plan de acción de la Federación Luterana Mundial: “Compasión, Conversión, Asistencia” – Justicia, conversión e integración*. Catia la Mar (Venezuela), marzo de 2003.

Primados de la Comunión Anglicana, *Carta pastoral de los Primados de la Comunión Anglicana*. 27 de mayo de 2003.

Consejo de Misión Mundial, *Declaración de la Asamblea*. Ayr (Escocia), 15-25 de junio de 2003.

Federación Luterana Mundial, *Versión adoptada del mensaje de la Décima Asamblea*. Winnipeg (Canadá), 21-31 de julio de 2003.

YWCA Mundial, *Resolución del Consejo Mundial: Salud reproductiva y sexualidad*. Brisbane (Australia), julio de 2003.

Ayuda de la Iglesia Noruega, *Una declaración de política de Ayuda de la Iglesia Noruega sobre el VIH/SIDA*. Aprobada por la junta directiva de Ayuda de la Iglesia Noruega, 29 de septiembre de 2003.

Simposio de las Conferencias Episcopales de África y Madagascar, *La Iglesia en África frente a la pandemia del VIH/SIDA. Mensaje emitido por el Simposio de las Conferencias Episcopales de África y Madagascar (SECAM)*. Dakar (Senegal), 7 de octubre de 2003.

División Centro Oriental Africana de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, *Taller sobre el VIH/SIDA. La declaración de Nairobi de la División Centro Oriental Africana de la Iglesia Adventista del Séptimo Día*. Nairobi (Kenya), 10-13 de noviembre de 2003.

Iglesia de Nigeria (Comunión Anglicana). *Comunicado, Plan estratégico nacional sobre el VIH/SIDA y seminario de elaboración de políticas*. Abuja (Nigeria), 10-14 de noviembre de 2003.

Conferencia Cristiana de Asia, Consejo Mundial de Iglesias, Christian Aid, Ayuda de la Iglesia Noruega, Misión Evangélica Unida, Ministerio del SIDA de la Iglesia de Cristo de Tailandia, Coalición Ecuménica de Turismo en el Tercer Mundo, *Declaración de la conferencia interreligiosa sobre el SIDA: Porque somos vecinos*. Bangkok (Tailandia), 20-25 de noviembre de 2003.

Obispos Católicos de Myanmar, *Carta pastoral sobre el VIH/SIDA y la Respuesta de la Iglesia*. Diciembre de 2003.

Obispos Católicos de la India, *Carta pastoral de los obispos indios para el Día Mundial del SIDA 2003: El desafío de ser su luz hoy*. 1 de diciembre de 2003.

Federación Luterana Mundial y Misión Evangélica Unida, “*Pacto de Vida*” (*Covenant of Life*): *Declaración de Compromiso de la Consulta de Dirigentes de Iglesias Asiáticas sobre el VIH/SIDA*. Isla de Batam (Indonesia), 1-4 de diciembre de 2003.

Memorando de intención, Consulta estratégica sobre las iglesias y el VIH/SIDA en Europa oriental y central. San Petersburgo (Rusia), 15-18 de diciembre de 2003.

2004

Iglesia Ortodoxa Rumana, Su Beatitud Teoctist, Patriarca de la Iglesia Ortodoxa Rumana, *Un mensaje que exhorta al amor y la compasión para los que sufren del VIH/SIDA*. Rumania, 27 de enero de 2004.

Reunión Regional facilitada por el Consejo Latinoamericano de Iglesias (CLAI) y auspiciada por el Consejo Mundial de Iglesias (CMI), *Iglesia y VIH/SIDA en América Latina y el Caribe: ¿Qué estamos haciendo?, ¿Qué podemos hacer?*. Panamá City (Panamá), 27 de enero-1 de febrero de 2004.

Alianza Mundial de ACJ, *Foro mundial de capacitación sobre el VIH/SIDA: Marco estratégico para un plan de acción sobre el VIH/SIDA*. Durban (Sudáfrica), marzo de 2004.

Alianza Mundial de ACJ, *Foro mundial de capacitación sobre el VIH/SIDA: Declaración del movimiento ACJ sobre el VIH/SIDA*. Durban (Sudáfrica), marzo de 2004.

Iglesias miembro del Consejo Mundial de Iglesias de la región del Pacífico, *Declaración de Nadi: una declaración de las Iglesias miembro del Consejo Mundial de Iglesias de la región del Pacífico sobre el VIH/SIDA*. Nadi (Fiji), 29 de marzo – 1 de abril de 2004.

Alianza Mundial de ACJ, *Recomendaciones sobre el VIH/SIDA adoptadas por el Comité Ejecutivo de la Alianza Mundial*. Hong Kong, 2 de abril de 2004.

Iglesia Metodista Unida, *Resolución sobre el fondo mundial contra el SIDA, adoptada por la Conferencia General de 2004*. Pennsylvania (Estados Unidos), 27 de abril-7 de mayo de 2004.

Iglesia Metodista Unida, *Resolución sobre las drogas y el SIDA, adoptada por la Conferencia General de 2004*. Pennsylvania (Estados Unidos), 27 de abril-7 de mayo de 2004.

Red de Acción Musulmana Asiática (AMAN), Fundación Asiática de Recursos y Red Musulmana Tailandesa, *Pre-conferencia sobre el seminario musulmán sobre el VIH/SIDA. En el nombre de Alá, el Bienhechor, el Misericordioso*. Bangkok (Tailandia), 9 de julio de 2004.

Obispo anglicano, *Comunicado, Retiro de los Obispos de la Iglesia de la Provincia de África Central*. Malawi, 13-14 de julio de 2004.

Misión Evangélica Unida, *Política Programática anti VIH/SIDA, adoptada por la Asamblea General de la Misión Evangélica Unida en Manila*, octubre de 2004.

América Latina, *Mensaje de las iglesias, organizaciones y programas con motivo del Día Mundial del SIDA, enfocado en "Las Mujeres, las niñas y el VIH y el SIDA"*. 1 de diciembre de 2004.

Grupo interreligioso, *Conferencia internacional interreligiosa sobre la prevención y el control del VIH/SIDA*. Delhi (India), 1-2 de diciembre de 2004.

Declaración del Cairo de dirigentes religiosos de los Estados Árabes en respuesta a la epidemia del VIH/SIDA. Cairo (Egipto), 11-13 de diciembre de 2004.

A lo largo de la historia del VIH y el SIDA, las organizaciones de PVVS, las organizaciones no gubernamentales (ONGs), la ONU y los gobiernos han hecho cientos de declaraciones, a nivel local, nacional e internacional, pero muy pocas se han llevado a cabo. Las declaraciones pueden servir para dirigir la atención de una iglesia sobre un tema determinado. La cuestión que se plantea a las iglesias, que quieren ser consideradas creíbles y responsables, es si todo el tiempo, energía y dinero invertidos en reunir a dirigentes y formular declaraciones conduce realmente a acciones concretas y coherentes en los países y las parroquias, que tengan efectos tangibles en las vidas de las personas.

La mayoría de declaraciones ponen de relieve que las iglesias y las organizaciones ecuménicas luchan contra el estigma relacionado con el VIH y el SIDA. Una manera eficaz de llevar a cabo las intenciones expresadas en las declaraciones es encontrar formas concretas y sostenibles de trabajar con las PVVS y sus organizaciones. La aplicación de las declaraciones puede constituir un indicador para hacer un seguimiento y una evaluación de las alianzas.

Discusión

- Su parroquia o iglesia, ¿está al día respecto a las declaraciones hechas por sus dirigentes?
- ¿Qué se ha hecho en su parroquia para aplicar los puntos de la declaración hecha por su iglesia?
- ¿Quién, en su parroquia o iglesia, es responsable de hacer un seguimiento de la aplicación de los compromisos contraídos en la declaración?

El ejemplo que se ofrece a continuación, en el recuadro 2, “Consejo de Iglesias de Jamaica: formular una política sobre el VIH/SIDA”, ilustra cómo las iglesias de Jamaica y de otros países del Caribe responden al estigma relacionado con el VIH y señala las dificultades con que se encuentran.

Recuadro 2: Consejo de Iglesias de Jamaica: formular una política sobre el VIH/SIDA”¹⁰

Varios dirigentes de iglesia admitieron que el mayor obstáculo para llevar a cabo una actividad relacionada con el VIH/SIDA en sus comunidades era el estigma y la discriminación contra las personas infectadas por la enfermedad. *Las iglesias no obtienen una respuesta favorable por parte de la comunidad*, dijo Ainsley Reid, director del proyecto sobre el VIH/SIDA del Consejo de Iglesias de Jamaica. *Hay personas (miembros del clero) entusiastas, que quieren hacer algo, pero la Jamaica rural plantea un gran problema a causa del estigma que existe a nivel comunitario.*

Por otra parte, Reid dijo que los pastores y dirigentes laicos que participaron en un taller en St. James, en diciembre de 2004, también tenían sus propias “ideas erróneas” sobre la enfermedad y sobre cómo se contrae. Ese taller fue el segundo de una serie de cuatro talleres organizados por el Consejo de Iglesias de Jamaica para sensibilizar a más de 140 clérigos y dirigentes laicos de toda la isla sobre el VIH.

El trabajo del Consejo de Iglesias de Jamaica se inscribe en el marco del proyecto “Construir una respuesta religiosa al VIH/SIDA en el Caribe”, iniciado en junio de 2003, en el que participan varias organizaciones interreligiosas de otros 13 países de CARICOM. Este proyecto, dirigido por el Consejo de Iglesias del Caribe, ha recibido una ayuda financiera de 2 millones de dólares canadienses de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA). Un componente fundamental del proyecto es la elaboración de unas directrices que guíen a las iglesias de la región en el desarrollo de sus propias estrategias de intervención.

Un comité interreligioso de política sobre el VIH/SIDA, convocado por el Consejo de Iglesias del Caribe para el mes de mayo de 2005, está preparando un documento sobre “Directrices destinadas a las organizaciones religiosas del Caribe para la elaboración de políticas y planes de acción para hacer frente al VIH/SIDA”.

Se necesitan muchas estrategias diferentes para contrarrestar el estigma. En el recuadro 3, “Estrategias para la Esperanza: ¿Qué puedo hacer?” se hace referencia a un nuevo vídeo, concebido para combatir el estigma, la vergüenza, la discriminación y la negación en torno al VIH en las iglesias. El vídeo muestra al canónigo Gideon Byamugisha de Uganda, uno de los primeros sacerdotes africanos en revelar su estado VIH-positivo. Para más información sobre el Reverendo Gideon, véase el recuadro 20, “El canónigo Gideon Byamugisha: la Iglesia Anglicana defiende a sus pastores”, en la sección 4.3 Confidencialidad.

¹⁰ Jamaica Observer, *Church drafting policy on HIV/AIDS (La iglesia redacta una política sobre el VIH/SIDA)*, 15 de diciembre de 2004.

Recuadro 3: “Estrategias para la Esperanza: ¿Qué puedo hacer?”

Si bien las iglesias de todo el mundo han proporcionado atención sanitaria, asesoramiento y apoyo material a muchas personas que viven con el VIH y el SIDA, han sido menos eficaces en hacer frente a cuestiones como el estigma y la discriminación relacionados con el VIH. Muchas iglesias no han hecho caso del VIH y el SIDA por considerar que no era una cuestión que afectara a sus propios miembros, o han adoptado actitudes de condena hacia las personas que viven con el VIH.

En el vídeo titulado ‘¿Qué puedo hacer?’, el canónigo Gideon habla sobre la necesidad de que sus hermanos cristianos dejen de lado las actitudes de condena hacia las personas VIH-positivas, y que en cambio les ofrezcan amor y apoyo. *Las iglesias deben propagar la esperanza, y no el miedo*, dice. Asimismo, explica que su esposa murió de una enfermedad relacionada con el VIH y que él descubrió que también era VIH-positivo. Aceptó su estado y lo reveló a su familia y amigos, y a su obispo. Posteriormente, se casó con una mujer que también era VIH-positiva.

El canónigo Gideon habla sobre la dificultad encontrada al comprar preservativos, porque la gente suele asociar los preservativos a la inmoralidad, y describe cómo ha convertido estas situaciones en sesiones educativas improvisadas sobre el SIDA.

El vídeo se divide en cortas secuencias sobre temas como ‘Hacer frente al estigma’, ‘¿Por qué hacerme la prueba del VIH?’ o ‘Desafíos para la iglesia’, y va acompañado de una guía para facilitadores. La producción del vídeo y de la guía ha sido copatrocinada por Christian Aid, Visión Mundial Internacional, el Banco Mundial y la Federación Luterana Mundial.

Estos nuevos materiales se pueden adquirir en TALC (Teaching-aids At low Cost’): el vídeo existe en formato VHS (£16) o en DVD (£20) y la guía para facilitadores cuesta £2. Las organizaciones africanas que no tienen fondos para comprar estos materiales, pueden pedir copias gratuitas. Por favor escriba una presentación sobre su organización, explicando cómo piensa utilizar estos materiales. El vídeo y la guía pueden pedirse en TALC:

E-mail: info@talcuk.org

Tel: + 44 (0) 1727 853869

Para reducir el estigma se requiere una amplia gama de actividades. Las organizaciones religiosas ya participan en muchas de ellas. El recuadro 4, “Programa sobre el VIH, 2003-2006, de la Iglesia de la Provincia de África Meridional”, destaca que el objetivo se alcanzará mediante la suma de las distintas actividades.

Recuadro 4: Programa sobre el VIH, 2003-2006, de la Iglesia de la Provincia de África Meridional¹¹

El programa de la Iglesia de la Provincia de África Meridional, que recibe el apoyo de Christian Aid, es ambicioso y complejo. Tiene el propósito de hacer frente al estigma y la discriminación en la iglesia y la comunidad en general, y de apoyar una amplia gama de programas de atención y prevención del VIH. Si bien las iglesias de África a menudo tienen ideas bastante conservadoras y a veces han contribuido a promover el estigma y las actitudes negativas hacia las PVVS, este programa pretende contrarrestar estas opiniones. En los 6 países (y 26 diócesis) en los que se lleva a cabo, existe una gran variedad de enfoques y algunas diócesis cuentan con una mayor participación de PVVS y con programas más desarrollados que otras. El reto es apoyar a todas las diócesis para que desarrollen y amplíen su trabajo, y para ello se considera que es esencial trabajar con la Red africana de dirigentes religiosos que viven con el VIH y el SIDA o están personalmente afectados (ANERELA+).

Desde el 24 de junio de 2004, en el marco del programa, se ha contratado a personal y formado a los empleados de la Iglesia de la Provincia de África Meridional en materia de VIH, y se ha establecido una oficina para dirigir el programa del VIH. Veintitrés diócesis de seis países ya habían recibido anteriormente apoyo para su trabajo sobre el VIH y pudieron ayudar a acceder a otras fuentes de financiación. Además, se les proporcionó asistencia para fortalecer la cooperación y el diálogo ecuménicos e interreligiosos. También se ofreció formación a los clérigos y a los dirigentes laicos, aspecto en el que ANERELA+ contribuyó en gran medida. La Iglesia ha iniciado ahora un programa para apoyar activamente a los miembros que viven con VIH y alentarlos a que participen plenamente en el programa, para lo cual han planeado un retiro para finales de 2005, en el que ANERELA+ desempeñará un papel de liderazgo.

Se están elaborando programas y políticas sobre el lugar de trabajo para proteger los derechos de los empleados de la iglesia, los clérigos y los dirigentes laicos que viven con el VIH y el SIDA. Se ha preparado información sobre el acceso a subsidios sociales, y se han establecido conexiones con otras iglesias y organizaciones religiosas y comunitarias.

Véase “From Boksburg to Canterbury – Steps to Putting HIV/AIDS on the Anglican Map” (De Boksburg a Canterbury: medidas para incorporar el VIH/SIDA al mapa anglicano)” disponible en inglés en <http://www.anglicancommunion.org/special/hivaids/>

A pesar de que muchas entidades religiosas se han empezado a dar cuenta de la importancia de fomentar la franqueza y el realismo para responder al VIH y el SIDA, las comunidades religiosas todavía tienen un largo camino por recorrer, especialmente en cuanto se refiere a comprender realmente cómo integrar los mensajes relativos al VIH y el SIDA en **todos** los

¹¹ Christian Aid, *HIV Unit Mid Term Review Report*, 2004. Este informe examina el progreso de la respuesta de Christian Aid al VIH conforme a la estrategia corporativa sobre el VIH para el período 2003-2006. No está disponible para el público en general. Para más información, póngase en contacto con Rachel Stredwick, Rstredwick@christian-aid.org, <http://www.christian-aid.org.uk>

aspectos de su trabajo. No basta con establecer una red o un grupo de autoayuda para PVVS, si por otra parte la comunidad religiosa sigue estigmatizando. Ayuda de la Iglesia Noruega (NCA, por su sigla en inglés), tal como se describe a continuación en el recuadro 5, tuvo una experiencia que refleja claramente esta situación.

Recuadro 5: Desestigmatizar el VIH en la iglesia: comunicación interna¹²

Ayuda de la Iglesia Noruega (NCA) apoyó a una gran organización religiosa, que trabaja en una zona urbana muy pobre, a establecer un grupo de autoayuda para PVVS. El grupo se reunía, periódicamente, una vez por semana en el recinto de la iglesia. Como el estigma y la discriminación constituían un serio problema en esta zona, al cabo de muy poco tiempo el grupo ya era muy popular y apreciado por las PVVS, que lo consideraban un “refugio”, un lugar para recibir apoyo y asesoramiento colectivo.

Un aspecto curioso del grupo era que estaba principalmente compuesto por hombres y mujeres de más de 35-40 años de edad, aunque era entre los adultos entre 18 y 24 años que la prevalencia del VIH en esa área era muy alta. ¿Por qué estos no venían nunca? Después de unas charlas informales con los miembros del grupo, el motivo estaba claro: en la misma calle, un poco más arriba, la iglesia llevaba a cabo unos programas de formación profesional y de generación de ingresos destinados a los pobres urbanos, en los que no se admitía a PVVS. En otras palabras, las personas más jóvenes que vivían con el VIH/SIDA no podían permitirse que se las identificara con el grupo de PVVS, pues necesitaban la formación y los ingresos de las actividades organizadas por la iglesia para mantenerse a ellas mismas y a sus familias. Por consiguiente, se veían obligadas a ocultar su estado VIH-positivo. Cuando se expuso este caso a los dirigentes de la iglesia, resultó que estaban al corriente de esta práctica pero no se habían percatado ni del dilema ético ni de los mensajes contradictorios que la iglesia estaba difundiendo.

De un modo similar, durante un seminario teológico enfocado en el estigma relacionado con el VIH/SIDA, que tuvo lugar en Namibia en 2003, se indicó que:

En relación con el VIH y el SIDA, la experiencia ha demostrado que la mejor forma de prevención es la educación veraz. Esto se aplica a las ‘verdades de hecho’ (qué es el VIH, cómo se transmite, cómo puede prevenirse y qué sucederá si una persona se infecta), pero también se aplica a la ‘verdad de significado’, que es un tema que las iglesias están bien dotadas para explorar. La ‘verdad de significado’ hace referencia al significado del sufrimiento, la naturaleza del pecado, la relación entre vida y muerte y la búsqueda del espíritu de Dios.

Existe la necesidad urgente de crear comunidades que sean receptivas, solícitas y capaces de romper el silencio que rodea al VIH y el SIDA. En principio, muchas iglesias están comprometidas en este cometido. Pero es difícil imaginar cómo pueden conseguirlo sin un doloroso examen de conciencia a nivel de las propias instituciones, y también de sus jerarquías, clérigos y fieles. Para las iglesias, decir la verdad puede

¹² Información proporcionada por Anne-Marie Helland, Asesora Especial, Ayuda de la Iglesia Noruega, anne-marie.helland@nca.no

implicar el reconocimiento de que han sido cómplices de la estigmatización. Tal vez hayan defendido una ‘teología malvada’ o no hayan sido capaces de cuestionarla. Es posible que hayan tolerado un clima de silencio y negación a nivel institucional, que hayan diluido o malinterpretado los hechos en sus programas educativos, que no hayan ofrecido un liderazgo profético sólido y que hayan sido responsables del mal ejemplo moral que a veces existe dentro de las propias iglesias. Conviene recordar que Jesús era particularmente crítico con las personas religiosas a las que desenmascaraba en su hipocresía¹³.

Si las iglesias quieren participar de forma eficaz en las respuestas locales, regionales e internacionales a la epidemia, entonces deben afrontar las cuestiones de estigma y discriminación no sólo a nivel de organización y práctica eclesiásticas, sino también por lo que se refiere a la propia teología cristiana: qué se enseña en los seminarios; qué explican, escriben y piensan los teólogos académicos; qué creen y hacen los fieles, y qué valores subyacen a la formación pastoral de los clérigos y laicos¹⁴. Pero esto impone una gran presión a los que enseñan en esos contextos –que tal vez sepan poco o nada acerca del VIH y el SIDA– y a aquellos cuyo sustrato cultural y su formación es improbable que les hayan proporcionado las herramientas para reflexionar teológicamente sobre el tema¹⁵. Existen algunos materiales prácticos que han sido específicamente escritos para aportar una respuesta teológica al VIH/SIDA¹⁶. Sin embargo, es necesario que más iglesias elaboren un programa de estudios que incluya las vivencias de las PVVS enfocado en la teología de la compasión, la asistencia y la curación del VIH y el SIDA y que aborde cuestiones como la reprobación y la condena.

Al fin y al cabo, el conflicto para la humanidad es celebrar la diferenciación y potenciarla para que sea aún más enriquecedora en la comunidad. A menos que los líderes eclesiásticos estén

¹³ ONUSIDA. *Informe de un seminario teológico enfocado al estigma relacionado con el VIH y el SIDA*, Windhoek (Namibia), 8-11 diciembre 2003.

http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/JC1119-Theological_es.pdf

¹⁴ Véase Messer, Don. *Breaking the Conspiracy of Silence: Christian Churches and the Global AIDS Crises Romper la conspiración del silencio: las iglesias cristianas y la crisis mundial del SIDA*. Minneapolis: Fortress Press, 2004 (en inglés).

CMI, *Programa de estudios sobre el VIH/SIDA para instituciones teológicas en África*. Ginebra: CMI, 2001.

<http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-pdf/curriculum-for-theological-institutions-esp.pdf>

Clifford, Paula. *Theology and the HIV/AIDS epidemic*. Christian Aid, 2004.

http://www.cristianaid.org.uk/indepth/410hivaids/hiv_theologyfinal.pdf (en inglés).

¹⁵ ONUSIDA. *Informe de un seminario teológico enfocado al estigma relacionado con el VIH y el SIDA*, Windhoek (Namibia), 8-11 diciembre 2003.

http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/JC1119-Theological_es.pdf

¹⁶ Entre los materiales útiles cabe mencionar:

Dube, M.W., Ed. *HIV/AIDS and the Curriculum: Methods of Integrating HIV/AIDS in Theological Programmes (Métodos para integrar la problemática del SIDA en los programas teológicos)*. Ginebra: Publicaciones del CMI, 2003.

<http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-pdf/integrating-hiv-aids-in-theological-programmes-eng.pdf> (en inglés).

Dube, M.W., Ed. *Africa Praying: A Handbook on HIV/AIDS Sensitive Sermon Guidelines and Liturgy (La oración en África)*. Ginebra: Publicaciones del CMI, 2003.

<http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-pdf/africa-praying-eng.pdf> (en inglés).

CMI, *Programa de estudios sobre el VIH/SIDA para instituciones teológicas en África*. Ginebra: CMI, 2001.

<http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-pdf/curriculum-for-theological-institutions-esp.pdf>

Todos los materiales disponibles en: <http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-documents-s.html#training>

dispuestos a mostrarse de forma pública y constante con los estigmatizados, nuestras acciones no serán creíbles ni eficaces¹⁷.

2.2 Una mirada al interior del movimiento de personas que viven con el VIH/SIDA

En todas partes del mundo, ante la aparición del VIH, las PVVS han establecido a menudo redes o grupos de autoayuda, apoyo y empoderamiento, así como organizaciones, en general basadas en la noción de “vivir de forma positiva”, lo cual implica:

- **Buscar salud espiritual**, pidiendo, por ejemplo, fuerzas a Dios, o mediante la meditación, la oración o el asesoramiento pastoral.
- **Buscar salud mental**, uniéndose, por ejemplo, a grupos de autoayuda, o compartiendo sentimientos con la familia y los seres queridos, los niños incluidos, o pensando de forma positiva y revaluando los motivos por los que vivimos.
- **Tomar buenas decisiones respecto a la salud**, es decir, obtener ayuda médica cuando se está enfermo, comer sanamente, beber mucha agua, tener una buena higiene, descansar cuando sea necesario, no fumar, consumir alcohol o drogas, proteger la salud de los demás evitando exponerlos a la infección del VIH, y seguir la terapia antirretrovírica si se estima necesario (esto presupone que la persona tiene acceso a dicha terapia).
- **Poner en orden los asuntos mundanos**, por ejemplo, haciendo las paces con otros, tomando disposiciones para el cuidado de los niños y haciendo un testamento.
- **Vivir lo más normalmente posible**, por ejemplo, trabajando mientras sea posible, pasando tiempo con los amigos y la familia, y permaneciendo activo en organizaciones religiosas, profesionales o comunitarias.

Muchas personas, VIH-positivas y VIH-negativas, reconocen la importancia de este tipo de respuestas tanto para las personas que han recibido un diagnóstico de VIH como para las que tienen el sistema inmunitario dañado. Se trata de encontrar un equilibrio entre la vida y la realidad de la muerte. Sin embargo, este tipo de respuestas han sido a menudo ignoradas o subestimadas por los encargados de la formulación de políticas o los profesionales médicos. Las PVVS han luchado por participar en la toma de decisiones relativas a su propia atención sanitaria y en los debates políticos nacionales e internacionales sobre cuestiones relacionadas con el VIH, en particular sobre el acceso al tratamiento.

En junio de 1983, en el segundo Foro Nacional sobre el SIDA celebrado en Denver (Estados Unidos), emergió un movimiento de PVVS¹⁸. Los “principios de Denver” adoptados en el Foro abogan por que las personas que viven con el VIH reciban apoyo cuando son víctimas del estigma y la discriminación relacionados con el SIDA.

Estos principios, con el tiempo, fueron ganando apoyo y fueron reconocidos oficialmente en la Cumbre sobre el SIDA de París, celebrada en 1994, cuando 42 países firmaron el principio de la Mayor Participación de las Personas que Viven con el VIH/SIDA (MPPS). Estos países acordaron dar apoyo a una iniciativa para “fortalecer la capacidad y la coordinación de las redes de PVVS y las organizaciones de base comunitaria”. También añadieron que, “al

¹⁷ MacDonald, Padre Enda. Estigma relacionado con el VIH y el SIDA: posibles planteamientos teológicos, Estigma y teología cristiana, 2003, en ONUSIDA. *Informe de un seminario teológico enfocado al estigma relacionado con el VIH y el SIDA*, Windhoek (Namibia), 8-11 diciembre 2003.

http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/JC1119-Theological_es.pdf

¹⁸ Véase http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html_sp/GAR2004_13_sp.htm

asegurar su plena participación en nuestra respuesta común a la pandemia a todos los niveles –nacional, regional y mundial- esta iniciativa estimulará particularmente la creación de entornos políticos, jurídicos y sociales de apoyo”¹⁹.

En 2001, la Declaración de compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA dio su apoyo al principio de la MPPS²⁰, que más tarde recibió el respaldo de los principios rectores de la iniciativa pro tratamiento “tres millones para 2005”, desarrollados por la Organización Mundial de la Salud²¹.

En la sección “4.4 Participación simbólica (tokenismo)” figuran los textos de las declaraciones y los planes estratégicos de las iglesias y las organizaciones religiosas, que reivindican o promueven la participación de las PVVS.

A pesar de estas promesas y estos compromisos, la participación activa de las PVVS en la toma de decisiones relevantes para sus vidas todavía dista mucho de ser universal. Por otra parte, en la mayor parte del mundo, la participación de las mujeres, jóvenes y niños VIH-positivos es muy pequeña en comparación con la de los hombres. Un impedimento es que, a nivel mundial, solo alrededor del 10% de las PVVS conocen su estado seropositivo, y muchas otras PVVS se muestran reticentes a desvelarlo públicamente porque tienen miedo de la discriminación y el estigma.

Las organizaciones de PVVS también tienen sus limitaciones y puntos débiles. En primer lugar, la mayoría de PVVS no pertenecen a las organizaciones de PVVS, lo cual plantea la cuestión, tanto a las iglesias como a estas organizaciones, de cómo acercar a las PVVS a algún tipo de grupo de ayuda. En segundo lugar, ¿cómo pueden responder, las iglesias y las organizaciones de PVVS, a las personas que viven con el VIH/SIDA furiosas, aisladas o desesperadas, que conscientemente ponen en riesgo de contraer el VIH a otras personas, o que, como sucede en algunas regiones, tienen relaciones sexuales con vírgenes porque creen que así se curarán de la infección del VIH? ¿Cómo pueden responder a los maridos o a las personas VIH-positivas autoritarias que insisten a sus mujeres o parejas para que tengan relaciones sexuales sin protección? Estos actos son las consecuencias de la existencia de estructuras sociales injustas y de la estigmatización, el aislamiento, el rechazo y la negación que sufren las PVVS. Las alianzas con organizaciones de PVVS ofrecen nuevas posibilidades tanto a las iglesias como a las PVVS, mediante la creación de un entorno en el que se puedan discutir temas tabú y cooperar para buscar soluciones al estigma relacionado con el VIH y el SIDA que pone a las PVVS en situaciones muy difíciles.

Las organizaciones de PVVS, como cualquier otra agrupación de personas, se enfrentan a dificultades. En estas organizaciones pueden generarse dinámicas de poder injustas y discriminatorias. Por ejemplo, las mujeres que participan en algunos grupos de apoyo dirigidos por hombres a menudo se quejan de que los hombres tienden a desempeñar las funciones públicas, mientras que a ellas les dan trabajos poco remunerados o no remunerados. De modo similar, las niñas huérfanas hacen frente a mayores dificultades debido a su género y edad. Como grupo, son susceptibles a la violencia sexual, la explotación, el tráfico humano y

¹⁹ ONUSIDA, *De los principios a la práctica: Mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (MPPS)* (1999)

http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC252-GIPA-i_es.pdf

²⁰ http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html_sp/GAR2004_13_sp.htm

²¹ <http://www.who.int/3by5/en>

a tener que dejar la escuela por razones laborales, matrimonios forzados o embarazos adolescentes. Las mujeres y abuelas VIH-positivas pueden verse impedidas de tener acceso a la educación, información, servicios y recursos sobre el VIH por motivos de género. Existen otras dificultades asociadas con la clase social, la raza, la edad, el origen étnico y la orientación sexual.

Las luchas de poder pueden provocar envidia, competencia y conflictos de interés. En la mayoría de países, existen luchas internas en el interior de las organizaciones de PVVS y entre organizaciones. Si bien estas querellas suponen una pérdida de tiempo y de recursos, el movimiento de PVVS ha salido fortalecido, aunque ha tenido un alto coste. Lamentablemente, estos conflictos parecen formar parte de la evolución de los movimientos de PVVS.

Las necesidades de las PVVS no son uniformes, sino que reflejan la diversidad de las personas que viven con el VIH/SIDA. Las PVVS pueden ser niños y niñas, prisioneros, huérfanos, viudas, mujeres solteras, migrantes, pobres o mujeres y hombres desempleados, personas moribundas a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA; personas ancianas, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo, abuelas que ofrecen servicios de atención, receptores de sangre: en resumidas cuentas, las PVVS proceden de un amplio espectro de la sociedad. Todos estos grupos de PVVS tienen necesidades diferentes y es posible que establezcan diferentes organizaciones que reflejen sus experiencias y respondan a sus necesidades particulares, lo cual puede requerir la creación de determinadas formas de alianza.

La Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/SIDA (ICW, por su sigla en inglés)²² se fundó debido a la necesidad de las mujeres de tener una red de apoyo que reflejara sus necesidades y experiencias. En 2003, el Secretario General de la ONU, Kofi Annan, estableció un Grupo de Trabajo para investigar los efectos del VIH/SIDA en las mujeres y las niñas. Esta iniciativa formaba parte de un movimiento del que también formaban parte la Campaña Mundial contra el SIDA de 2004 enfocada en las mujeres y las niñas²³, y la creación de la Coalición Mundial sobre Mujeres y SIDA en 2003²⁴. El lema de la Campaña Mundial contra el SIDA de 2004, “¿Me has escuchado hoy?”, destacaba la complejidad y la especificidad de los problemas relacionados con el VIH y el SIDA que experimentan las mujeres debido a su género²⁵. Con el fin de ayudar a las iglesias a hacer frente a la difícil situación de muchas mujeres de todas partes del mundo, la Alianza Ecuménica de Acción Mundial elaboró una liturgia que alentaba a utilizar la oración poética, y ponía de relieve las

²² <http://www.icw.org>

²³ El Grupo de Trabajo se estableció en 2003 bajo el liderazgo de la Sra. Carol Bellamy, Directora Ejecutiva de UNICEF. El grupo de trabajo, entre otros, contaba con parlamentarios, los ministros de salud de Zambia y Namibia, dirigentes religiosos, educadores, mujeres que viven con VIH/SIDA de Sudáfrica y Swaziland, miembros de las Cortes Supremas de Justicia de Botswana y Zambia, altos funcionarios de los gobiernos de Mozambique y Malawi, y mujeres activistas de derechos humanos de Lesotho y Zimbabwe. El grupo de trabajo examinó la situación de las mujeres, las muchachas y el VIH en los nueve países del África Meridional más afectados por el VIH/SIDA: Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Swaziland, Zambia y Zimbabwe.

ONUSIDA. *Facing the Future Together: Report of the Secretary-General's Task Force on Women and Girls*, 2004. <http://womenandaids.unaids.org/regional/default.html#1>

²⁴ La Coalición Mundial sobre Mujeres y SIDA es una nueva iniciativa, un movimiento de personas, redes y organizaciones apoyado por activistas, dirigentes, representantes gubernamentales, trabajadores comunitarios y celebridades, con el fin de dar visibilidad a las cuestiones relacionadas con las mujeres, las niñas y el SIDA y llevar a cabo mejoras concretas y tangibles en las vidas de las mujeres y las niñas.

²⁵ http://www.unaids.org/wac2004/index_en.htm

mujeres bíblicas y sus experiencias, conectándolas con las historias de las mujeres contemporáneas, como se muestra en el recuadro a continuación.

Recuadro 6: ¿Me has escuchado hoy?²⁶

Mujer 1: Soy Eva, hueso de tus huesos, y carne de tu carne.

Mujer 2: Soy Sara, la mujer que te llamó Dueño y Señor.

Mujer 3: Soy Hagar, tu sirvienta y tu esposa ilegal, expulsada de tu casa.

Mujer 4: Soy Lea, la mujer con la que te casaste en contra de tu voluntad.

Mujer 5: Soy Dina, tu única hija, violada por Siquem.

Mujer 6: Soy Tamar, tu desesperada viuda que se hizo trabajadora sexual.

Mujer 7: Soy Rut, tu joven viuda que dormía a tus pies, solicitando por tu protección.

Mujer 8: Soy Betsabé, seducida y entregada en matrimonio por tu rey.

Mujer 9: Soy Vashti, tu esposa asesinada para que todas las mujeres obedezcan a sus maridos.

Mujer 10: Soy la concubina del levita, sin nombre, violada por la multitud y despedazada por mi amante.

TODAS las mujeres:

Somos las mujeres rotas de la Biblia hebrea.

Somos mujeres rotas en un mundo roto.

Somos mujeres en busca de nuestra curación.

¿Nos has escuchado hoy?

Mujer 11: Soy María, la mujer embarazada que no tenía un lugar a dónde ir.

Mujer 12: Soy la mujer samaritana, con cinco maridos y ninguno junto a ella.

Mujer 13: Soy Marta, la mujer que cocinaba mientras tú te sentabas y hablabas.

Mujer 14: Soy María, la mujer que silenciosamente ungió tus pies con aceite.

Mujer 15: Soy la mujer de la calle, que lavó tus pies con sus lágrimas.

Mujer 16: Soy la mujer encorvada que esperaba una caricia que la sanara.

Mujer 17: Soy la mujer con hemorragias, luchando por tocar tu manto.

Mujer 18: Soy Ana, la viuda que oraba en tu templo por la liberación.

Mujer 19: Soy la viuda insistente en tu juzgado, clamando: “Te ruego que me concedas justicia”

Mujer 20: Soy Jezabel, la mujer endemoniada, acusada de todos los males.

TODAS las mujeres:

Somos mujeres del Nuevo Testamento.

Somos mujeres rotas en un mundo roto.

Somos mujeres en busca de nuestra curación.

¿Nos has escuchado hoy?

Mujer 21: Soy la mujer de tu hogar, soy tu esposa.

Mujer 22: Soy la mujer de tu casa, soy tu amante, tu compañera.

Mujer 23: Soy la mujer de tu vida, soy tu madre.

Mujer 24: Soy la mujer de tu lugar de trabajo, soy tu secretaria.

Mujer 25: Soy la mujer de tus calles, soy una trabajadora sexual.

²⁶ Adaptado de Dube, M.W. Ed. *Africa Praying: HIV/AIDS Sensitive Sermons and Liturgy*. Ginebra: CMI, 2003.
<http://www.wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-documents-s.html>

Mujer 26: Soy la mujer que trabaja en tu casa sin ningún derecho de propiedad.
Mujer 27: Soy la mujer de tu vida que no tiene control sobre su propio cuerpo.
Mujer 28: Soy la mujer en tu cama con el ojo morado y las costillas rotas.
Mujer 29: Soy la mujer acosada sexualmente en tu casa, en las calles, en la oficina y en la iglesia.
Mujer 30: Soy la mujer de tu iglesia, que cocina, limpia, aplaude y baila.

TODAS las mujeres:

Somos las mujeres de este mundo.
Somos mujeres creyentes.
Y mujeres laicas.
Somos mujeres en busca de nuestra curación.

De un modo similar, para poder responder a las necesidades de las personas jóvenes VIH-positivas, la asociación holandesa “Dutch HIV Association” creó la sección “Jóvenes Positivos” (*Young Positives*)²⁷.

²⁷ Jóvenes Positivos (Young Positives) es la sección de jóvenes de la asociación holandesa “Dutch HIV Association”. Coopera, entre otros, con Sensoa Flanders, la Fundación de Jóvenes Positivos (Youngpositive Foundation) y Klavertje Vier. El sitio web constituye una plataforma de información para jóvenes, entre 0 y 30 años de edad, que viven con el VIH y el SIDA. Además de la información destinada a los jóvenes, se pueden leer historias personales, participar en grupos de discusión o poner un anuncio para establecer contactos. También organiza grupos de discusión y foros.
<http://www.youngpositive.org> (en neerlandés e inglés)

Capítulo 3

Desafíos para las iglesias

Este capítulo examina a fondo temas relacionados con la prevención del VIH, como la situación de las mujeres y el uso de preservativos en parejas serodiscordantes. Se analiza el enfoque “ABC” sobre la prevención – sigla en inglés de “abstenerse, ser fiel y usar el preservativo”, y en particular lo que “ser fiel” podría significar si la iglesia estuviera más implicada en la vida sexual de su congregación. También se proporciona un modelo de prevención alternativo al enfoque “ABC”.

Otras secciones examinan la relación entre el sexo, el VIH y el pecado, la necesidad de que las iglesias adopten una actitud abierta y positiva respecto a la sexualidad y a la prueba del VIH antes del matrimonio. La última sección se centra en el consumo de drogas, especialmente en el consumo de drogas inyectables, como una forma de transmisión del VIH.

Muchos de estos temas están poniendo a prueba la compasión y la competencia de las iglesias en materia de SIDA. A menudo, no existen las respuestas fáciles. Estos temas pueden crear obstáculos al establecimiento de alianzas con PVVS y otras religiones. Incluso aunque algunas opiniones sean controvertidas e impopulares, las iglesias deben ser capaces de formular sus posiciones de forma lógica y coherente, de forma que todos los asociados sepan cómo se posicionan. Si bien el material que se proporciona se refiere específicamente a las alianzas con PVVS, se ha presentado de modo que las iglesias y las organizaciones de PVVS conozcan las declaraciones que reflejan las diferentes posturas de las iglesias y los fundamentos teológicos sobre una serie de temas controvertidos.

3.1 Prevención del VIH: transmisión sexual

Las iglesias y las organizaciones religiosas siguen debatiendo acerca de qué mensajes de prevención del VIH son adecuados. Si bien existe inseguridad respecto a cuál debería ser el contenido de los mensajes de prevención, en cambio, el papel que las comunidades religiosas desempeñan en prestar atención y apoyo está generalmente aceptado. La Iglesia Católica y la Iglesia Adventista del Séptimo Día²⁸, por ejemplo, están muy involucradas en el suministro de atención médica a PVVS.

²⁸ En África, la Iglesia Adventista del Séptimo Día mantiene 29 hospitales y aproximadamente 300 clínicas, y en todos estos centros se atiende a PVVS. Además, las congregaciones tienen numerosos grupos de apoyo para ayudar a las PVVS.

Información proporcionada por Allan Handysides, HandysidesA@gc.adventist.org, Director de los Ministerios de Salud, Conferencia General de la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

Pacto 1: La vida y la prevención del VIH/SIDA²⁹

Recordaremos, proclamaremos y actuaremos basándonos en el hecho de que Dios nuestro Señor creó a todas las personas y toda forma de vida y que todo lo que creó era bueno (Génesis 1-2). Por lo tanto trabajaremos, con seriedad y eficacia, a favor de la prevención del VIH/SIDA para todas las personas, cristianas y no cristianas, casadas y solteras, jóvenes y ancianas, mujeres y hombres, pobres y ricos, negras, amarillas, blancas, para todas las personas de todos los lugares, pues esta enfermedad destruye la vida y lo que tiene de bueno, y por consiguiente viola la creación y la voluntad de Dios.

El estudio Siyam'kela sugiere que muchas iglesias, al debatir sobre cómo prevenir el VIH, han encontrado una respuesta más segura en la provisión de bienestar a las PVVS, conforme al papel tradicional de la iglesia como “proveedora de cuidados”. *Es un tema muy difícil. No sé durante cuánto tiempo nos centraremos en el problema de la atención y el apoyo, y no en la prevención. Pues las iglesias tienden a preferir ocuparse de los enfermos. Pienso que esto es importante, pero ¿qué hacemos para asegurarnos de que tenemos métodos que ayudan a prevenir la propagación del virus?*, dijo un dirigente religioso³⁰.

De hecho, hace ya mucho tiempo que se ha considerado que esta perspectiva teológica no se adapta a la realidad. Dube escribe:

Sin duda, como iglesia nos enorgullecemos de nuestro papel como proveedores de cuidados. Visitamos a los enfermos, oramos por ellos, los asesoramos, tanto a ellos como a sus familias; muchas veces cuidamos de los enfermos: los lavamos, rezamos por ellos, los alimentamos y, cuando mueren, los enterramos. También asistimos a los huérfanos, haciendo todo lo que podemos para ayudarles. Pero el problema de nuestros excelentes “programas de asistencia” radica en que carecen de programas de prevención que sean igualmente eficaces. Este enfoque desequilibrado limita a la iglesia (y sus dirigentes) a ser una institución que se centra en los síntomas. Solo participamos en la gestión de la crisis, pero no vamos a la raíz del problema. Lo que es aún más problemático con este planteamiento orientado hacia la asistencia es que plantea serias dudas sobre nuestra teología del respeto por la vida, si es que existe. Si realmente respetamos que toda vida es sagrada, si de verdad contemplamos a cada ser humano, cristiano o no cristiano, como hecho a imagen de Dios, ¿no deberíamos demostrar esta posición teológica elaborando programas que también nos conviertan en instrumentos eficaces en la prevención del VIH/SIDA?³¹.

Los mensajes de prevención emitidos por las iglesias y las organizaciones religiosas son conformes a la enseñanza religiosa, es decir, piden abstinencia antes del matrimonio y fidelidad en el matrimonio. El recuadro 7, “La prevención, según las declaraciones de las

²⁹ Conferencia de Iglesias de Toda el África, *Pacto sobre el VIH/SIDA*, Octava Asamblea General de la Conferencia de Iglesias de Toda el África, Yaoundé (Camerún), 22-27 noviembre 2003.

³⁰ *Policy Project*, Sudáfrica; Centro para el estudio del SIDA, Universidad de Pretoria; Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); Dirección Principal: VIH, SIDA & TB, Departamento de Salud. Siyam 'kela: Informe acerca de las investigaciones sobre el terreno para la elaboración de indicadores y directrices sobre el estigma relacionado con el VIH/SIDA, diciembre de 2003.

³¹ Dube, Musa. W. *Preaching to the Converted: Unsettling the Christian Church*, pp. 38-50, Ministerial Formation 93, (2001), en inglés.

iglesias”, resume la postura y los compromisos de varias iglesias de todas partes del mundo sobre algunas cuestiones relacionadas con la prevención del VIH. Algunos mensajes suscitan cuestiones más profundas como el desarrollo de un mayor respeto hacia el propio cuerpo o hacia los cuerpos de otras personas, especialmente de las personas con las que se entablan relaciones íntimas.

El desafío pastoral de la Iglesia en África podría ser desarrollar un enfoque pastoral que forme e informe a nuestra gente de modo que, en su fuero interno, puedan decidir sobre el VIH, en vez de ser víctimas de forma pasiva o fatalista. En vez de decir cosas como “me han contagiado el VIH” o “no sabía que contraería el VIH” o “tuve relaciones sexuales pero no fui yo quien decidió”, deben poder afirmarse como jóvenes y adultos cristianos.

Lo que expreso es un ideal, no una condena, y reconozco que hay personas, sobre todo niñas y mujeres, que han sido verdaderamente victimizadas. Pero estoy convencido de que las personas pueden decir “no” al VIH y el SIDA, y rezo por que de ahora en adelante la Iglesia haga cuanto sea necesario para que nuestro pueblo pueda decidir de forma madura y responsable. Si aprenden a decir “no” consecuentemente, el VIH y el SIDA desaparecerán.

Ayudemos a los jóvenes a aprender sobre sus cuerpos, a desarrollar relaciones sólidas, incluso íntimas, con otras personas, con la disciplina necesaria para impedir que en esas relaciones exista manipulación o explotación. Formemos conciencias conformes a la enseñanza tradicional de la Iglesia y promovamos intervenciones apropiadas que fortalezcan la familia, refuercen las normas sanitarias, protejan a la juventud y promuevan la abstinencia y la fidelidad mutua de una forma eficaz y sostenible. Intentemos llegar a la totalidad del hombre y a cada hombre, pues el VIH/SIDA es un asunto que concierne a la persona en toda su integridad: cuerpo, alma, mente y sentimientos, sexualidad, familia y comunidad, relaciones. Para una persona, sea soltera, casada o viuda, haya hecho votos de castidad o votos religiosos, la opción fundamental es permanecer o no fiel³².

El Simposio de las Conferencias Episcopales de África y Madagascar también hizo hincapié en estos aspectos, al afirmar que:

Además de enseñar la moral de la Iglesia y compartir sus convicciones morales con la sociedad civil, y además de informar y alertar a las personas sobre los peligros de la infección del VIH, **queremos educar de forma apropiada y promover los cambios de actitud y comportamiento** que valoran la abstinencia y el autocontrol antes del matrimonio y la fidelidad en el matrimonio³³.

Con motivo del Día Mundial de SIDA, el 1 de diciembre de 2004, el Cardenal Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, afirmó que:

³² Czerny Michael S.J. , Respuesta a *Desafíos teológicos y pastorales planteados por el VIH y el SIDA*, de Vitillo, Padre Robert J. Seminario Nacional para Sacerdotes de Ghana, Accra (Ghana), 16-17 junio 2004 (disponible en inglés).

³³ Simposio de las Conferencias Episcopales de África y Madagascar, *La Iglesia en África frente a la pandemia del VIH/SIDA. Mensaje emitido por el Simposio de las Conferencias Episcopales de África y Madagascar (SECAM)*. Dakar (Senegal), 7 de octubre de 2003. Énfasis añadido.

En numerosas ocasiones el Santo Padre Juan Pablo II se ha ocupado del problema y nos ha proporcionado claras orientaciones que muestran la naturaleza de la enfermedad, su prevención, el comportamiento del enfermo y de quien lo asiste, así como el papel que deben tener las Autoridades civiles y los hombres de ciencia. Subrayo su pensamiento en lo que se refiere a la inmunodeficiencia de valores morales y espirituales y lo relacionado con el seguimiento al enfermo de SIDA, a quien se le debe brindar toda atención y servicios por ser el más necesitado. En particular, en su mensaje por la Jornada Mundial del Enfermo para el 2005, el Santo Padre subraya que el drama del SIDA se presenta como una “patología del espíritu” y que para combatirla de manera responsable, es preciso aumentar la prevención mediante la educación al valor sagrado de la vida y la formación a la práctica correcta de la sexualidad³⁴.

Recuadro 7, La prevención, según las declaraciones de las iglesias

En 1987, la Asociación Cristiana Femenina Mundial (YWCA) Mundial decidió que el Consejo de la YWCA Mundial debía incitar a las YWCA nacionales a establecer programas que proporcionaran educación sanitaria sobre el tema del SIDA³⁵.

La Iglesia Adventista del Séptimo Día afirmó en 1990 que: “Los adventistas se comprometen a dar educación para prevenir el SIDA. Los adventistas apoyan la educación sexual que abarca el concepto de que la sexualidad humana es un don de Dios para la humanidad. La sexualidad bíblica claramente limita las relaciones sexuales a las relaciones con el cónyuge y excluye la promiscuidad y todas las otras relaciones sexuales y el consecuente aumento de la exposición al VIH³⁶”.

En el Plan de Acción formulado por la Iniciativa Ecuménica sobre el VIH/SIDA en África (EHAIA), con respecto a la prevención, se afirma que³⁷:

1. Promoveremos medios eficaces de prevención, prácticas que salvan vidas, y una conducta que reduzca al mínimo los riesgos de infección. Al hacerlo, apoyaremos la actitud tradicional de la iglesia de recomendar la fidelidad y la abstinencia, al mismo tiempo que reconocemos que la vida puede colocarnos en situaciones en las que esos ideales sean inalcanzables.
2. Daremos siempre prioridad a los más vulnerables en cuanto a riesgo de infección, a las personas que viven con el VIH/SIDA, a los más afectados por el VIH/SIDA.
3. Estimularemos los contactos y la formación de redes (entre las iglesias, las organizaciones religiosas, las organizaciones no gubernamentales e internacionales, las instituciones de estudios superiores y los gobiernos) con objeto de entablar relaciones y de obtener el máximo de beneficios y de eficacia en los esfuerzos de prevención.
4. Alentaremos los análisis clínicos y la orientación psicológica sobre una base

³⁴ Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, *Mensaje con motivo del Día Mundial del SIDA*, 1 de diciembre de 2004.

³⁵ YWCA Mundial. *Resoluciones sobre el SIDA del Consejo Mundial*. Phoenix, Arizona (Estados Unidos), 1987.

³⁶ Iglesia Adventista del Séptimo Día. *Declaración sobre el SIDA, Conferencia General*. Indianapolis, Indiana (Estados Unidos), 5 de julio de 1990. http://www.adventist.org/beliefs/statements/main_stat3.html (en inglés)

³⁷ La Respuesta Ecuménica al VIH/SIDA en África, *Plan de Acción: Consulta Mundial sobre la Respuesta Ecuménica al Desafío del VIH/SIDA en África*, Nairobi (Kenya), 25-28 de noviembre de 2001. <http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-pdf/kenya-plan-of-action-esp.pdf>

voluntaria. Es un aspecto muy importante de la educación en relación con el VIH el hecho de ofrecer un asesoramiento constructivo sobre las conductas que protegen la vida, y ayudar a las personas a tomar resoluciones en relación con la abstinencia y la fidelidad. También ayudan a poner fin a la estigmatización. Sin embargo, como iglesias nos comprometemos con el diálogo e impugnaremos la práctica de análisis obligatorios (prematrimoniales y otras formas) y sus consecuencias para la persona a la que se ha diagnosticado que es seropositiva.

5. Alentaremos y estimularemos los programas de prevención innovadores. Entre ellos, los clubes en las parroquias, las escuelas y los hospitales, especialmente para niñas y jóvenes, y la utilización de las escuelas como centros de información y asesoramiento.

La Consulta Panafricana de Dirigentes de la Iglesia Luterana declaró³⁸:

Nos comprometemos a obrar por la prevención.

A la luz de nuestra ética luterana, nos comprometemos a examinar actitudes y comportamientos que pueden dañar al prójimo.

Nos comprometemos a actuar enérgicamente para garantizar la prevención del VIH, colaborando con los esfuerzos para detener la propagación de la pandemia.

Diremos la verdad acerca de la propagación del VIH/SIDA y su prevención, incluyendo el cambio de comportamiento que hace falta.

No nos opondremos al uso de ningún método eficaz de prevención.

A la escucha del Espíritu de Verdad, contraemos este compromiso con la ayuda de Dios.

³⁸ Consulta Panafricana de Dirigentes de la Iglesia Luterana, *Rompiendo el silencio, Compromisos de la Consulta Panafricana de Líderes de la Iglesia Luterana frente a la pandemia del VIH/SIDA*. Nairobi (Kenya), 2 - 6 de mayo de 2002

³⁹ Consejo de las Provincias Anglicanas de África (CAPA). *Declaración de la reunión de la junta directiva de CAPA sobre el SIDA*. Nairobi (Kenya), 19-22 de agosto de 2002.

⁴⁰ Federación Luterana Mundial, *Versión adoptada del mensaje de la Décima Asamblea*, Winnipeg (Canadá), 21-31 de julio de 2003.

⁴¹ Conferencia interreligiosa: Conferencia Cristiana de Asia, Consejo Mundial de Iglesias, Christian Aid, Ayuda de la Iglesia Noruega, Misión Evangélica Unida, Ministerio del SIDA de la Iglesia de Cristo de Tailandia, Coalición Ecuménica de Turismo en el Tercer Mundo, *Declaración de la conferencia interreligiosa sobre el SIDA: For we are Neighbours (Porque somos vecinos)*. Bangkok (Tailandia), 20-25 de noviembre de 2003.

⁴² Simposio de las Conferencias Episcopales de África y Madagascar, *La Iglesia en África frente a la pandemia del VIH/SIDA. Mensaje emitido por el Simposio de las Conferencias Episcopales de África y Madagascar (SECAM)*. Dakar (Senegal), 7 de octubre de 2003. Énfasis añadido.

⁴³ Educación para la Vida, Jóvenes Vivos, Acción Familiar, Pro Vita.

⁴⁴ Federación Luterana Mundial y Misión Evangélica Unida, *"Pacto de Vida" (Covenant of Life): Declaración de Compromiso de la Consulta de Dirigentes de Iglesias Asiáticas sobre el VIH/SIDA*. Isla de Batam (Indonesia), 1-4 de diciembre de 2003.

⁴⁵ Memorando de intención, *Consulta estratégica sobre las iglesias y el VIH/SIDA en Europa oriental y central*. San Petersburgo (Rusia), 15-18 de diciembre de 2003.

⁴⁶ Iglesias miembro del Consejo Mundial de Iglesias de la región del Pacífico, *Declaración de Nadi: una declaración de las Iglesias miembro del Consejo Mundial de Iglesias de la región del Pacífico sobre el VIH/SIDA*. Nadi (Fiji), 29 de marzo – 1 de abril de 2004.

⁴⁷ Grupo interreligioso, *Conferencia internacional interreligiosa sobre la prevención y el control del VIH/SIDA*. Delhi (India), 1-2 de diciembre de 2004.

⁴⁸ *Declaración del Cairo de dirigentes religiosos de los Estados Árabes en respuesta a la epidemia del VIH/SIDA*. Cairo (Egipto), 11-13 de diciembre de 2004.

El Consejo de las Provincias Anglicanas de África (CAPA) declaró³⁹:

La prevención salva vidas.

Nos comprometemos a enseñar a nuestros hijos y a sus padres aptitudes para preservar la vida a fin de impedir el virus que causa el SIDA. El momento de prepararse para la madurez sexual es mucho antes de la adolescencia y el comienzo de la actividad sexual. Nuestras energías deben centrarse en nuestras hijas e hijos cuando todavía estén en una edad temprana. Si bien sabemos que la información por sí sola no puede salvar vidas, la información y la acción sí pueden.

La Federación Luterana Mundial, en el mensaje de la Décima Asamblea, declaró⁴⁰:

Por lo tanto, hacemos un llamamiento a las iglesias miembro para que al igual que nosotros se comprometan a concienciar acerca de la prevención de la pandemia del VIH/SIDA, mediante educación e información, y pronunciarse enérgicamente contra las prácticas sexuales dañinas, de abuso y explotación, y a favor del tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, promover la fidelidad en el matrimonio y el uso de medios eficaces de prevención (por ejemplo, la abstinencia, el uso de preservativos, jeringas esterilizadas, transfusiones seguras de sangre)

La Conferencia Interreligiosa sobre el SIDA “*For we are Neighbours* “ (Porque somos vecinos), que tuvo lugar en 2003, declaró “estamos de acuerdo en que debemos hablar abiertamente sobre los hechos básicos de la crisis del VIH/SIDA y sobre todos los métodos eficaces de prevención”⁴¹.

El mensaje emitido por el Simposio de las Conferencias Episcopales de África y Madagascar afirmaba⁴²:

Cambiamos de comportamiento.

Además de enseñar la moral de la Iglesia y compartir sus convicciones morales con la sociedad civil, y además de informar y alertar a las personas sobre los peligros de la infección del VIH, **queremos educar de forma apropiada y promover los cambios de actitud y comportamiento** que valoran la abstinencia y el autocontrol antes del matrimonio y la fidelidad en el matrimonio. Queremos participar en la educación afectiva y sexual para la vida a fin de ayudar a los jóvenes y a las parejas a descubrir la maravilla de su sexualidad y de sus capacidades reproductoras. De tal maravilla y respeto se desprende la necesidad de una sexualidad y un método de gestionar la fertilidad responsables, basados en el respeto mutuo entre el hombre y la mujer.

Este tipo de educación solo se puede llevar a cabo de forma eficaz con la colaboración activa de mujeres y hombres laicos que no solo hablen de principios morales sino que también, en su calidad de jóvenes y parejas, den su testimonio vivo de que la fidelidad a estos principios morales conduce a una vida afectiva y sexual satisfactoria y humanizante. Este tipo de educación también contribuye a promover familias sanas y estables, y estas constituyen la mejor prevención contra el SIDA. En todas partes de África, existen organizaciones⁴³ especializadas en este tipo de educación para jóvenes y parejas y, aunque por ahora solo hayan tenido un pequeño impacto, sus efectos son gratificantes. Les damos el apoyo y aliento que se merecen.

La Federación Luterana Mundial y la Misión Evangélica Unida, en la *Declaración de Compromiso de la Consulta de Dirigentes de Iglesias Asiáticas sobre el VIH/SIDA* acordaron:

“Conscientes de que solo mediante la educación y la prevención podemos frenar la propagación y los efectos de esta pandemia, nos comprometemos a:

- Integrar una educación de buena calidad sobre salud reproductiva en el programa de estudios cristianos para “garantizar que los jóvenes tengan la información y las aptitudes para la vida que necesitan antes de que sean sexualmente activos y se forme su comportamiento sexual”. Esta información debe comprender información adecuada sobre la protección que ofrecen los preservativos en el contexto de prevención del VIH/SIDA, el peligro de compartir agujas para el consumo de drogas intravenosas y otras medidas preventivas;
- Seguir promoviendo la fidelidad en el matrimonio en un contexto de igualdad entre los géneros y decisiones bien informadas”⁴⁴.

En el *Memorando de Intención* de las iglesias de Europa oriental y central se declaró que “los cambios políticos, sociales y económicos que se han producido en Europa oriental y central a lo largo de las dos últimas décadas han hecho que ciertos grupos de la población sean vulnerables al VIH/SIDA. Decidimos centrar nuestro trabajo eclesial relacionado con el VIH/SIDA en los siguientes grupos:

- 1. Los niños y los jóvenes, incluidos los huérfanos y los niños sin hogar o de la calle**
- 2. Las mujeres**
- 3. Los niños nacidos de madres infectadas por el VIH**
- 4. Los prisioneros**
- 5. Las personas infectadas o afectadas por el VIH**
- 6. Los consumidores de drogas**

Seguiremos evaluando las necesidades de otros grupos que también puedan ser vulnerables a la infección del VIH.

La batalla contra la crisis del VIH/SIDA es una batalla por la dignidad de la vida. Nos insta a utilizar todos los medios de prevención eficaces en el contexto de la ética cristiana”⁴⁵.

Las iglesias miembro del Consejo Mundial de Iglesias de la región del Pacífico declararon⁴⁶: “Si bien somos conscientes de las cuestiones éticas que el VIH plantea a las iglesias, estamos confrontados a una realidad más urgente que nos lleva a considerar la ética más elevada, que es la preservación de la vida. La iglesia vive en el contexto más amplio de la comunidad y tiene la clara responsabilidad de adherirse a los principios que guían a la sociedad. Por consiguiente, nos comprometemos a abordar:

- *La prevención y los preservativos.* Se ha demostrado científicamente que los preservativos, cuando tienen un objetivo apropiado y se promueven adecuadamente, constituyen una parte efectiva de la estrategia de prevención contra las infecciones de transmisión sexual. Nos comprometemos a no enfocar nuestros esfuerzos en trabajar contra el uso de los preservativos, sino antes bien en reconocer la libertad de los individuos de tomar decisiones bien informadas y tener acceso al uso del preservativo”.

La Conferencia internacional interreligiosa sobre la prevención y el control del VIH/SIDA, celebrada en Delhi en 2004, declaró:

Reafirmamos que el objetivo y la tarea principales de las religiones es asistir a las personas a mantenerse alejadas de los comportamientos arriesgados que afectan a su desarrollo y crecimiento físico, moral y espiritual. Este mandato, cuando lo cumplamos de forma eficaz, proporcionará a todas las personas el medio de protegerse a sí mismas y a la sociedad contra el VIH y el SIDA, que no tienen cura.

Reconocemos que las religiones tienen el mandato de iluminar el camino de la juventud, puesto que deben llevar la antorcha de la vida en su viaje eterno. A la hora de hacer frente al VIH/SIDA, los jóvenes son nuestra mejor defensa, los que están en primera línea, al mismo tiempo que son los más vulnerables. Prometemos trabajar con los jóvenes en esta lucha.

Afirmamos que las religiones desempeñan un papel crítico en poner los datos científicos sobre el VIH/SIDA en su debida perspectiva. Reconocemos la importancia de los esfuerzos científicos para desarrollar una vacuna efectiva contra la epidemia y la necesidad de prestar el apoyo necesario para lograr un avance en esos esfuerzos⁴⁷.

La Declaración del Cairo de una reunión interreligiosa, celebrada en diciembre de 2004, afirmaba⁴⁸:

La familia constituye el fundamento para construir y defender la sociedad. Por consiguiente, es necesario fomentar la creación de familias acordes con los preceptos divinos, y debemos apartar todos los obstáculos que se interponen en el camino.

Hacemos hincapié en la necesidad de romper el silencio, desde los púlpitos de las mezquitas, las iglesias, las instituciones educativas, y desde todos los lugares desde los que estemos invitados a hablar. Necesitamos abordar de qué maneras podemos hacer frente a la epidemia del VIH/SIDA, en base a nuestros principios espirituales auténticos y a nuestra creatividad, y provistos de conocimientos científicos, a fin de encontrar nuevos enfoques innovadores para afrontar este peligroso desafío.

Reiteramos que la abstinencia y la fidelidad son las piedras angulares de nuestras estrategias preventivas, aunque entendemos que los profesionales de la salud hagan un llamamiento a utilizar diferentes métodos para disminuir el riesgo de infectarse o infectar a los demás.

Consideramos que es pecado cualquier acto que cause infección intencionadamente o por negligencia, a resultas de no haber utilizado todos los medios preventivos disponibles.

Hacemos hincapié en la importancia de llegar a los grupos vulnerables, que corren mayor riesgo de ser infectados por el VIH/SIDA o de propagar la infección, entre los que figuran los trabajadores sexuales y sus clientes, los consumidores de drogas, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y aquellos que tienen comportamientos dañinos. Subrayamos la importancia de adoptar diversos enfoques y medios para llegar hasta ellos, y a pesar de que no aprobamos estos tipos de comportamiento, les instamos a arrepentirse y pedimos que se elaboren programas de tratamiento y rehabilitación. Estos programas deben estar basados en nuestra cultura y nuestros valores espirituales.

Exhortamos a los medios de comunicación a adoptar códigos éticos para la

información que difunden.

Abogamos por los derechos de las mujeres, por que se reduzca su vulnerabilidad al VIH/SIDA.

Sin embargo, a las iglesias se les plantean dificultades en cuanto se refiere al seguimiento de la estrategia de prevención basada en “la abstinencia y la fidelidad”. Las investigaciones sobre la transmisión del VIH indican que los mensajes de abstinencia y fidelidad, cuando se promueven como las *únicas* formas de prevención del VIH, no tienen en cuenta adecuadamente las condiciones a las que se enfrentan las comunidades⁴⁹. Estos mensajes de prevención se centran exclusivamente en la transmisión sexual, ignorando otras formas de transmisión del VIH, como el consumo de drogas inyectables. Además, un mensaje de prevención que solo se basa en la abstinencia y la fidelidad puede reforzar la creencia de que las PVVS son pecadoras.

Durante años, los programas seculares de prevención destinados al público en general se han centrado en la estrategia “ABC”: abstención y retraso del inicio de la actividad sexual; seguridad manteniendo la fidelidad o reduciendo el número de parejas sexuales; y uso correcto y sistemático de preservativos. Para muchas personas, en particular para las mujeres y las muchachas, este enfoque tiene un valor limitado. Carecen de poder social y económico, y viven con temor a la violencia masculina. No pueden negociar la abstención sexual, ni pueden insistir en que sus parejas les sean fieles o utilicen preservativos.

Por paradójico que parezca, la confianza y el afecto dentro del matrimonio y las relaciones a largo plazo son a veces una parte del problema. Los estudios efectuados en diversas partes del mundo indican que las parejas casadas tienen relaciones sexuales con mayor frecuencia que los individuos no casados, pero utilizan menos preservativos. Varios estudios mundiales sobre las relaciones entre profesionales del sexo y sus clientes revelan un patrón similar: el uso de preservativos era menos constante si los profesionales del sexo sentían un cierto nivel de intimidad con sus clientes habituales. Por ejemplo, en la provincia de Nyanza (Kenya), los clientes de profesionales del sexo encuestados indicaban que utilizaban preservativos de forma menos constante cuando estaban con la pareja comercial de costumbre⁵⁰.

La vulnerabilidad a la exposición al VIH –la incapacidad de un individuo o comunidad para controlar su riesgo de infección– es polifacética, de modo que ninguna intervención preventiva aislada será eficaz por sí sola. Los elementos esenciales de la prevención integral del VIH incluyen:

- educación y sensibilización sobre el SIDA;

⁴⁹ Por ejemplo, Bearman, Peter. *The Relationship between Virginity Pledges in Adolescence and STD Acquisition in Young Adulthood. After the promise – the long term consequences of adolescent virginity pledges (La relación entre las promesas de virginidad durante la adolescencia y la adquisición de infecciones de transmisión sexual durante la juventud adulta. Después de la promesa: las consecuencias a largo plazo de las promesas adolescentes de virginidad)*.

⁵⁰ ONUSIDA. *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA* (2004), p.70

http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf_sp/UNAIDSGlobalReport2004_sp.pdf

- programas de cambio de comportamiento, en especial para los jóvenes y las poblaciones con mayor riesgo de exposición al VIH, y también para las personas que ya están infectadas;
- promoción del uso de preservativos masculinos y femeninos como opción protectora, junto con abstinencia, fidelidad y menor número de parejas sexuales;
- asesoramiento y pruebas voluntarias;
- prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual;
- prevención primaria entre las mujeres embarazadas y prevención de la transmisión materno-filial;
- programas de reducción del daño para consumidores de drogas intravenosas;
- medidas para proteger la seguridad de los suministros sanguíneos;
- control de las infecciones en los contextos sanitarios (precauciones universales, inyecciones médicas seguras, profilaxis posexposición);
- educación de la comunidad y cambios en las leyes y políticas para contrarrestar el estigma y la discriminación; y
- reducción de la vulnerabilidad a través de cambios sociales, legislativos y económicos⁵¹.

La prevención integral aborda todas las modalidades de transmisión del VIH. Dado que las epidemias de VIH son sumamente diversas entre las regiones, dentro de los países y a lo largo del tiempo, los planificadores de programas deben poner un énfasis distinto en la combinación de estrategias:

- en **contextos de prevalencia baja**, la prevención entre ciertos grupos clave (por ej., profesionales del sexo y sus clientes, consumidores de drogas intravenosas, varones que tienen relaciones sexuales con varones) puede ser eficaz para mantener el VIH a niveles bajos en la población general;
- en **contextos de prevalencia alta**, la prevención entre poblaciones clave sigue siendo importante, pero para cambiar el rumbo de la epidemia se requieren estrategias amplias que lleguen a todos los segmentos de la sociedad; y
- en **todos los países**, la prevención se ve dificultada si el acceso universal al tratamiento, y a otras medidas de reducción del impacto y la vulnerabilidad, no constituye claramente una parte de la respuesta⁵².

Las iglesias y las organizaciones religiosas se debaten sobre los mensajes de prevención cuando deben hacer frente a las realidades de la sexualidad y el consumo de drogas en sus congregaciones, en particular entre los jóvenes. Como cuestionó un dirigente religioso: *¿es verdaderamente posible para ellas (las personas) abstenerse totalmente? Creo que, como iglesia, hay muchas cosas sobre las que necesitamos discutir y ver qué es lo que realmente funciona*⁵³.

Otra dificultad que se plantea a las organizaciones religiosas es qué estrategia adoptar para promover la prevención de la transmisión del VIH en el matrimonio. Se ha cuestionado la

⁵¹ ONUSIDA. *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA* (2004), p.72

http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf_sp/UNAIDSGlobalReport2004_sp.pdf

⁵² ONUSIDA. *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA* (2004), p.72

http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf_sp/UNAIDSGlobalReport2004_sp.pdf

⁵³ *Policy Project*, Sudáfrica; Centro para el estudio del SIDA, Universidad de Pretoria; Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); Dirección Principal: VIH, SIDA & TB, Departamento de Salud. *Siyam 'kela: Informe acerca de las investigaciones sobre el terreno para la elaboración de indicadores y directrices sobre el estigma relacionado con el VIH/SIDA*, diciembre de 2003.

viabilidad de meramente abogar por la fidelidad y rechazar el uso de preservativos en el matrimonio. Véase el recuadro 8 “Mujeres y VIH”. Si bien algunas iglesias rechazan el uso de preservativos, otras piensan que la infidelidad en el matrimonio es un hecho que debe reflejarse en las respuestas de las iglesias al VIH y el SIDA. Algunas iglesias y organizaciones religiosas, en vista del alto nivel de infección entre las parejas casadas, las parejas serodiscordantes, y la creencia de que algunas mujeres carecen de poder en las relaciones íntimas, alientan a las mujeres casadas a insistir en el uso del preservativo para protegerse de la infección. Tal es el caso, por ejemplo, de los dirigentes panafricanos de la Iglesia Luterana, de la Federación Luterana Mundial y de las iglesias miembro del Consejo Mundial de Iglesias de la región del Pacífico. Véanse los textos correspondientes en el recuadro 7 “La prevención, según las declaraciones de las iglesias”.

El recuadro 9 “El uso de preservativos: perspectivas teológicas” expone en términos generales las diferentes bases teológicas que fundamentan las distintas opiniones sobre el uso de preservativos en la prevención del VIH en el matrimonio.

Pacto 6: Las desigualdades de género y el VIH/SIDA⁵⁴

Recordaremos, proclamaremos y actuaremos basándonos en el hecho de que Dios, nuestro Señor, creó a la humanidad a su imagen. A su imagen, creó al hombre y a la mujer, los bendijo a los dos y les dio a ambos las riendas y los recursos de la tierra: los hizo uno en Cristo (Génesis 1:27-29; Gálatas 3:28-29). Por lo tanto, denunciaremos las desigualdades de género que llevan a los chicos y a los hombres a adoptar comportamientos arriesgados, a la dominación y a la violencia; las desigualdades que privan a las chicas y a las mujeres de ocupar puestos de dirección, de la toma de decisiones y del derecho a la propiedad, por lo que quedan expuestas a la violencia, a ser acusadas de brujería, a la expropiación de bienes en caso de viudedad, a mantener relaciones sexuales para sobrevivir, multiplicando así la probabilidad de infección del VIH/SIDA y la falta de atención y tratamiento de calidad.

⁵⁴ Conferencia de Iglesias de Toda el África, *Pacto sobre el VIH/SIDA*, Octava Asamblea General de la Conferencia de Iglesias de Toda el África, Yaoundé (Camerún), 22-27 noviembre 2003.

Recuadro 8: Mujeres y VIH

Las mujeres tienen el doble de probabilidades de contraer el VIH por un único acto sexual no protegido, pero siguen dependiendo de la cooperación masculina para protegerse de la infección.

Las mujeres son particularmente vulnerables al VIH, y alrededor de la mitad de todas las infecciones por el VIH a nivel mundial corresponden a mujeres. Esta vulnerabilidad es debida principalmente a un conocimiento inadecuado del SIDA, acceso insuficiente a servicios preventivos, incapacidad para negociar relaciones sexuales seguras y falta de métodos de prevención del VIH controlados por las mujeres, como microbicidas. El preservativo femenino permite a las mujeres tener cierto control, pero su uso es limitado y su precio relativamente elevado. En algunas de las regiones de máxima prevalencia, más de la mitad de las muchachas de 15 a 19 años nunca han oído hablar acerca del SIDA o tienen como mínimo un concepto erróneo importante sobre la transmisión del VIH.

Entre una quinta parte y la mitad de las adolescentes de 10-25 años de países de todo el mundo comunican que su primera relación sexual fue forzada. Desde una edad muy temprana, muchas mujeres jóvenes son violadas o sufren relaciones sexuales forzadas. Las relaciones sexuales violentas o forzadas pueden aumentar el riesgo de transmisión del VIH, ya que la penetración vaginal forzada normalmente causa heridas y cortes que permiten al virus atravesar la pared vaginal más fácilmente.

El matrimonio no es una protección contra el VIH. En los países en desarrollo, la mayoría de las mujeres se casa antes de los 20 años, y las casadas tienen tasas de VIH más altas que sus homólogas sexualmente activas pero no casadas.

El acrónimo inglés “ABC” – abstinencia, fidelidad, uso constante de preservativos– es el pilar básico de muchos programas de prevención del VIH. Pero, para demasiadas mujeres y muchachas, este mensaje carece de sentido. Cuando la violencia sexual está generalizada, la abstinencia o la insistencia en el uso de preservativos no constituyen una opción realista. Debido a su falta de poder social y económico, muchas mujeres y muchachas son incapaces de negociar relaciones basadas en la abstinencia, la fidelidad y el uso de preservativos.

ONUSIDA, Campaña Mundial contra el SIDA. *Mujeres, Muchachas, VIH y SIDA: Visión estratégica e informe de base*, 2004. http://www.un.org/spanish/aids/aids_campaign_04.pdf

Recuadro 9: El uso de preservativos: perspectivas teológicas⁵⁵

Existe un claro consenso entre los dirigentes de la Iglesia Católica sobre el precepto y el valor de la abstinencia fuera del matrimonio. Por ejemplo, el Papa Juan Pablo II, durante su visita a Uganda en febrero de 1993, dijo a los jóvenes:

No os dejéis engañar por aquellos que ridiculizan vuestra castidad o vuestra

⁵⁵ Vitillo, Padre Robert J., *Desafíos teológicos y pastorales planteados por el VIH y el SIDA*. Seminario Nacional para Sacerdotes de Ghana, Centro para el Desarrollo Humano, Accra (Ghana), 16-17 junio 2004.

*capacidad de autocontrol. La fuerza de vuestro amor matrimonial depende de la fuerza de vuestro esfuerzo actual en aprender el amor verdadero. La castidad es el único modo seguro y virtuoso para poner fin a la trágica plaga del SIDA que ha acabado con tantos jóvenes*⁵⁶.

Por otra parte, parece haber diversas opiniones entre la jerarquía respecto a la información y la educación sobre la prevención del VIH para aquellos que no comparten la tradición católica o que no quieren o no pueden permanecer fieles a esta tradición. Los obispos de Nueva Zelanda, por ejemplo, rechazaron participar en una campaña educativa de prevención patrocinada por el gobierno:

Los valores no pueden separarse de la salud, cualesquiera que sean las convicciones religiosas. Si se da la impresión de que los métodos técnicos por sí solos pueden resolver problemas que requieren profundos cambios en las actitudes y el comportamiento humano, se induce seriamente a error a la opinión pública⁵⁷.

Sin embargo, otros dirigentes de iglesia han avanzado posturas más flexibles respecto a la información sobre el uso de preservativos en la prevención de la transmisión del VIH. Han explicado que, al hacerlo, su intención no ha sido en modo alguno comprometer los valores fundamentales de la Iglesia sobre el matrimonio, sino más bien responder a la actual crisis sanitaria desde el marco de los principios morales tradicionales.

Así, la Junta Directiva de la Conferencia de Obispos Católicos de Estados Unidos recurrió al principio de tolerancia de un mal menor para evitar uno peor cuando previeron la difusión de información sobre preservativos para aquellos que podían estar inclinados a llevar a cabo prácticas sexuales que podían suponer un riesgo para ellos u otras personas de contraer la infección del VIH:

Reconocemos que los programas educativos públicos dirigidos a una amplia audiencia reflejan el hecho de que algunas personas no actúan como podrían o deberían hacerlo; de que no renuncian a tipos de comportamiento sexual o de consumo de drogas que puede transmitir el SIDA. En estas situaciones, los esfuerzos educativos, si se fundamentan en la visión más amplia de la moral descrita arriba, pueden incluir información exacta sobre profilácticos [preservativos] o prácticas propuestas por

⁵⁶ *Documentation Catholique*, No. 2068, 21 de marzo de 1993, p. 262.

⁵⁷ Obispos católicos de Nueva Zelanda, *Care, Not Judgment for AIDS (SIDA: proporcionar atención, en vez de juzgar)*, 14 de mayo de 1987

⁵⁸ Obispos Católicos de Estados Unidos, *The Many Faces of AIDS: A Gospel Response (Los múltiples rostros del SIDA: Una respuesta desde el Evangelio)*, Origins, 1987

⁵⁹ Obispos de Papua Nueva Guinea y de las Islas Salomón, *Carta pastoral sobre las infecciones de transmisión sexual y el SIDA*, 1995.

⁶⁰ *La Croix*, 6 de diciembre de 1988.

⁶¹ *El arzobispo de Viena dice que los preservativos son moralmente aceptables para luchar contra el SIDA*. Catholic News Service, 3 de abril de 1996.

⁶² *Un cardenal belga cita un mandamiento para respaldar el uso del preservativo como un escudo contra el SIDA*, Ecumenical News International, Amsterdam, 14 de enero de 2004.

⁶³ *Teólogos dicen que el uso del preservativo es válido en ciertos casos, no como política*, Catholic News Service, 22 de septiembre de 2000.

⁶⁴ *Teólogos dicen que el uso del preservativo es válido en ciertos casos, no como política*, Catholic News Service, 22 de septiembre de 2000.

⁶⁵ Conferencia de los Obispos Católicos de África Meridional, *Un mensaje de esperanza al pueblo de Dios de parte de los Obispos de Sudáfrica, Botswana y Swazilandia*. Pretoria (Sudáfrica), 30 de julio de 2001.

expertos médicos como posibles medios para prevenir el SIDA. No estamos promoviendo el uso de profilácticos, sino meramente proporcionando información que forma parte del panorama real⁵⁸.

Los obispos de Papua Nueva Guinea se mostraron dispuestos a cooperar con su gobierno nacional a fin de facilitar un enfoque integral respecto a la educación sobre la prevención del VIH:

Tanto el gobierno como las iglesias deben desempeñar un papel activo en la prevención de la enfermedad, puesto que es la única forma de luchar contra la propagación de la infección, para la cual, hasta ahora, no hay cura. Deben proporcionar información honesta y completa a todo el mundo, porque toda persona tiene derecho a saber qué es el VIH y el SIDA, cuáles son los modos de transmisión del virus, y cuáles son los posibles métodos de protección⁵⁹.

La Conferencia Episcopal Francesa, en una declaración hecha por su Comisión Social, “SIDA: La sociedad en tela de juicio” (*SIDA: La société en question*), utilizó otro argumento moral tradicional: el gradualismo. Este planteamiento reconoce que los individuos se encuentran en diferentes etapas de desarrollo moral por lo que se requieren diversas soluciones a los desafíos morales. El Cardenal Lustiger de París parece haber abierto el camino a este tipo de razonamiento cuando el Día Mundial del SIDA, el 1 de diciembre de 1988, en una entrevista en la televisión pública declaró que:

*Vosotros, los que sufrís esta enfermedad, vosotros, los que no podéis ser castos, usad los métodos que se os proponen, por respeto hacia vosotros mismos y por respeto hacia los demás. No debéis causar la muerte*⁶⁰.

Muchos obispos y teólogos han señalado que, en todo este debate, el imperativo fundamental de preservar la vida es primordial. En consonancia con este planteamiento, el Cardenal Schonborn de Viena, al comentar la declaración de los obispos franceses, dijo: “El amor nunca puede traer muerte... en ciertas situaciones, el preservativo debe verse como un mal menor”⁶¹. El cardenal belga Godfried Danneels ha hablado en favor de usar preservativos en ciertas circunstancias para protegerse del SIDA, al decir que no usar profilácticos podía transgredir el mandamiento bíblico que ordena “No matarás”⁶².

El Cardenal Simonis de Utrecht utilizó el principio de autodefensa al considerar la situación de las parejas serodiscordantes: *En esta situación concreta, y solo en el ámbito del matrimonio y no en otras situaciones, el preservativo puede ser visto como una forma de autodefensa*. El Cardenal Agré, arzobispo de Abidjan, adujo un argumento similar en 1997: *En nuestra lucha, preferimos la abstinencia, por supuesto... El uso de preservativos debe limitarse a casos éticos, cuando uno de los miembros de la pareja sabe que es VIH-positivo o que está enfermo*. Los obispos del Chad situaron la cuestión aún más rotundamente en la esfera de la conciencia personal así como en el espacio íntimo del marido y la mujer:

Es el deber de cada uno de nosotros ejercer su propia conciencia y asumir sus responsabilidades conforme a la situación en que se encuentra. Porque “nadie está obligado a hacer lo imposible”, no se puede pedir a los cónyuges que se abstengan del acto sexual. Por lo tanto, comprendemos que una persona, por amor, pueda llegar a utilizar el preservativo para protegerse o proteger a su pareja. Pero todos debemos entender que el preservativo no proporciona una protección total y que en última

instancia no soluciona los problemas reales ocasionados por el SIDA.

En el contexto de preservar la vida y de autodefensa, también se ha considerado el uso del preservativo para evitar la transmisión del VIH, especialmente en el caso de parejas discordantes y relaciones sexuales involuntarias, desde la perspectiva del principio de doble efecto, según el cual el preservativo no debe verse como un método anticonceptivo sino como un método para proteger la vida que está amenazada por un agente infeccioso mortal. Dos teólogos prominentes de Roma dieron muestras de aceptar este tipo de planteamiento, cuando consideraron el caso de una profesional del sexo que insiste en que sus clientes usen preservativos, siempre y cuando se sienta obligada a continuar con su actividad sexual comercial. El Padre Cottier, Secretario General de la Comisión Teológica Internacional y teólogo de la Casa Pontificia, comentó:

Una mujer [profesional del sexo] que comprende que no puede poner su vida o la vida de otra persona en peligro es una mujer que ha crecido moralmente, en comparación con una mujer que no tiene ningún respeto por su salud o por la salud de los demás... Personalmente, creo que uno debe tener en cuenta el hecho de que estas circunstancias conducen a la muerte. El principio “No matarás” es totalmente válido⁶³.

Refiriéndose a una situación similar, Maurizio Faggioni, OFM, teólogo moral y miembro de la Congregación para la Doctrina de la Fe, dijo: *Únicamente en este camino de “gradualidad” pastoral es posible tolerar: aquí, la ética católica no desapueba, sino que tolera el uso de un profiláctico⁶⁴.*

Por último, la Conferencia de los Obispos Católicos de África Meridional, en un “mensaje de esperanza” difundido en julio de 2001, declaró que:

Hay parejas en las que uno de los miembros vive con el VIH/SIDA. En estos casos existe un verdadero peligro de que el miembro sano contraiga esta enfermedad asesina. La Iglesia acepta que toda persona tiene derecho a defender su vida contra un peligro mortal, entre otras cosas, mediante el uso de métodos y líneas de conducta apropiadas.

Análogamente, cuando uno de los cónyuges está infectado por el VIH/SIDA, la pareja debe escuchar su conciencia. Los cónyuges son los únicos que pueden elegir el método apropiado para protegerse de la infección. Las decisiones de una naturaleza tan íntima deben ser tomadas tanto por el marido como por la mujer, como miembros iguales de una pareja basada en el amor⁶⁵.

Los dirigentes religiosos pueden desempeñar un papel crucial en la educación sobre la prevención del VIH, que vaya más allá del discurso actual de abstinencia y fidelidad a una pareja sexual. Normalmente, para los dirigentes religiosos, el ideal es la promoción de “valores familiares sólidos” y no tener relaciones sexuales fuera del matrimonio. Sin embargo, la realidad de muchas personas es muy diferente⁶⁶. Los dirigentes de iglesia deben estudiar más detenidamente cómo hacer que sus enseñanzas sean relevantes para la existencia cotidiana de sus miembros.

⁶⁶ Fe en Acción, Indaba Nacional. *Fe en Acción: una respuesta unida al VIH/SIDA*. Durban, 5-6 de marzo de 2002.

El VIH está cambiando rápidamente el mundo en que vivimos, y las iglesias también necesitan cambiar. El SIDA exige que las iglesias respondan. ¿Qué hace la iglesia en un país con una prevalencia de VIH de 20% cuando el 20% de sus miembros son VIH-positivos? ¿Han funcionado sus mensajes a favor de la abstinencia? La respuesta a esta última pregunta es ‘no’, dada la prevalencia de la infección del VIH entre los creyentes. Simplemente el hecho de que, de los aproximadamente 40 millones de personas que viven con el VIH y el SIDA, 30 millones sean cristianos significa que tenemos que hacer que las iglesias adopten medidas. La iglesia está tan afectada por el SIDA como la sociedad que la rodea. Si podemos conseguir que las iglesias luchen contra la enfermedad, en vez de contra aquellos que están enfermos, entonces habremos logrado mucho. Si se integra a las personas que son VIH-positivas en la vida de la iglesia, o si los pastores pueden hablar abiertamente en sus parroquias sobre el hecho de que ellos mismos son VIH-positivos, entonces habremos dado un gran paso adelante⁶⁷.

Responder al SIDA no significa que las enseñanzas tradicionales son irrelevantes, sino más bien que las enseñanzas deben darse sin condenar y deben adaptarse a las realidades actuales. El recuadro 10, a continuación, por ejemplo, describe el modelo de prevención y atención del VIH de la Red africana de dirigentes religiosos que viven con el VIH y el SIDA o están personalmente afectados (ANERELA+), que ofrece un enfoque integral de atención y prevención del VIH.

Recuadro 10: Prevención y atención del VIH: un modelo alternativo

Algunos de los mensajes transmitidos para reducir la propagación del VIH han contribuido desgraciadamente a aumentar el estigma. Uno de esos mensajes es el “ABC”⁶⁸. En el ámbito de la Red africana de dirigentes religiosos que conviven con el VIH y el SIDA o están personalmente afectados (ANERELA+), se ha elaborado un nuevo modelo, llamado **SAVE** (*Safer practices, Available medications, Voluntary counselling and testing, and Empowerment through education* – Prácticas más seguras, disponibilidad de tratamiento, asesoramiento y pruebas voluntarias, y empoderamiento por medio de la educación). La prevención del VIH y el SIDA nunca será eficaz si no se incluye un componente de atención, por lo que el modelo SAVE combina tanto la prevención como la atención y transmite mensajes para contrarrestar la estigmatización. El VIH es un virus no una cuestión moral. Como tal, la respuesta debería basarse en medidas de salud pública reguladas por principios de derechos humanos.

S se refiere a prácticas más seguras que abarcan todos los distintos modos de transmisión del VIH. Por ejemplo, sangre segura en las transfusiones, métodos que sirvan de barrera en la relación sexual de penetración, agujas y jeringas estériles para las inyecciones, métodos más

⁶⁷ Consejo Mundial de Iglesias. *VIH/SIDA: Luchar contra la enfermedad, no contra aquellos que están enfermos*. Entrevista a Astrid Berner-Rodoreda (Asesora sobre el VIH/SIDA en África para Pan para el Mundo, y portavoz de la Alianza de Acción contra el SIDA). 1 de diciembre de 2004.

⁶⁸ La forma en que se ha presentado el “ABC” y lo ha entendido la mayoría de la gente es: en primer lugar, abstente; si no puedes abstenerte, se fiel y, si no puedes ser fiel, utiliza el preservativo. Así no se aporta ningún conocimiento sobre la situación de una persona con respecto al VIH. Si tú y tu pareja actual o futura estáis viviendo con el VIH y no os habéis sometido a pruebas, pero habéis tenido relaciones sexuales sin protección, estáis poniendo a la otra persona en peligro de contraer la infección del VIH. También es verdad que, si bien la abstinencia puede ser apropiada en algunas etapas de la vida, la fidelidad lo es siempre. Además, el uso del preservativo se califica automáticamente como de algo que usan las personas que no pueden ser fieles ni quieren abstenerse. Esto fomenta el estigma e impide a la gente mantener relaciones sexuales más seguras.

seguros de escarificación y adopción de precauciones médicas universales.

A se refiere a los tratamientos médicos disponibles. La terapia antirretrovírica (ARV) no es en manera alguna la única intervención médica que necesitan las personas que viven con el VIH o SIDA. Mucho antes de que sea necesario o deseable que una persona comience una terapia ARV, surgen necesidades médicas relacionadas con pruebas de patología e infecciones oportunistas. El tratamiento de las infecciones oportunistas mejora la calidad de la vida, la salud y la supervivencia a largo plazo. Para todas las personas son de vital importancia una buena nutrición y un suministro suficiente de agua limpia, pero lo son doblemente para las personas que viven con el VIH o el SIDA.

V se refiere a recurrir voluntariamente al asesoramiento y las pruebas, lo cual puede mitigar el estigma relacionado con el VIH y aumentar la eficacia de la prevención. Una persona que conoce su situación con respecto al VIH se halla en mejores condiciones de protegerse de la infección o evitar infectar a otros, según el estado de cada persona. Además, se puede ofrecer información y apoyo a quien es VIH-positivo para que viva positivamente. Las personas que ignoran su estado con respecto al VIH o que no se preocupan pueden ser fuentes de nuevas infecciones de VIH.

E se refiere al empoderamiento por medio de la educación. No es posible adoptar una decisión informada si no se conocen todos los hechos. La mala información o las acciones equivocadas son dos de los principales factores que fomentan el estigma y la discriminación en relación con el VIH y SIDA. Es preciso difundir una información correcta a todas las personas dentro de las iglesias a fin de asegurar que respondan a otros por medio de los conocimientos y desde una perspectiva del amor centrado en Cristo. Se ayudará así a las personas a vivir positivamente – cualquiera que sea su estado con respecto al VIH – y a romper las barreras que el VIH ha interpuesto entre las personas y dentro de las comunidades. La educación incluye también información sobre buena nutrición, gestión de las tensiones y necesidad de ejercicio físico.

Desde luego, el mensaje “ABC” ha sido objeto de numerosos estudios, algunos de los cuales señalan la necesidad de incluir, por ejemplo, la letra D de drogas; E de educación; F por la sigla en inglés de luchar contra las agujas contaminadas; y G por la sigla en inglés de buenas prácticas de medicina⁶⁹. No obstante, a lo mejor, todavía no se han examinado completamente algunos de los beneficios potenciales más positivos de la estrategia ABC. El recuadro 11, “Mejores relaciones sexuales, como una solución para prevenir la infección del VIH: la “B” del ABC” aborda el tema de las relaciones sexuales satisfactorias en el marco de una relación y plantea explícitamente la cuestión a las iglesias y las organizaciones religiosas: ¿cuál es su papel en velar por que los miembros de su congregación tengan vidas sexuales plenas y satisfactorias, que les aporten un bienestar tanto físico como espiritual, así como un modo eficaz de prevención contra el VIH?

⁶⁹ Messer, Don. *Breaking the Conspiracy of Silence: Christian Churches and the Global AIDS Crises*. Minneapolis: Fortress Press, 2004 (en inglés).

Recuadro 11: Mejores relaciones sexuales, como una solución para prevenir la infección del VIH: la “B” del ABC⁷⁰

Reflexiones de David Patient, una PVVS, y de Neil Orr, que trabajó con una iglesia en Mozambique, a todos los niveles, desde con las más altas esferas hasta con el predicador laico, así como con unas 200 personas, en el marco del Programa de formación Vida Positiva. Una vez analizadas las reacciones obtenidas se empezó un programa de educación dirigido a predicadores laicos sobre el “Sexo tántrico” [nombre que, debido a las objeciones, posteriormente se cambió], que obtuvo un efecto muy profundo en los clérigos.

El objetivo de este artículo es presentar una estrategia de prevención del VIH que puede realmente funcionar en los matrimonios y otras relaciones con compromiso: enseñar a las parejas comprometidas cómo tener mejores relaciones sexuales, lo cual reducirá la necesidad y la incidencia de la infidelidad. Y, sí, esto implica la ausencia de preservativos. ¿Por qué?

En las estrategias de prevención y educación sobre el VIH, debemos distinguir entre las relaciones sexuales cuyo objetivo es la procreación y las relaciones sexuales por placer. La razón es simple: las parejas que quieren tener niños no utilizan preservativos.

Las estadísticas sobre el uso de preservativos en esta categoría de la población con alto riesgo de contraer el VIH hablan por sí mismas: el uso del preservativo es alto y eficaz en los sectores de la juventud y los profesionales del sexo, pero no en los demás, al menos en los países en desarrollo. La razón es simple: las parejas, cuando se casan o se comprometen a largo plazo, quieren tener niños. Este aspecto de las relaciones con compromiso está profundamente arraigado, y se refuerza a través de la cultura y de las instituciones religiosas.

Al mismo tiempo, las estadísticas muestran que una mujer que se casa aumenta el riesgo de contraer la infección del VIH el día de su boda, porque al casarse pierde el derecho cultural y religioso a la protección (p. ej. mediante preservativos): ahora tiene que concebir. La cuestión es: ¿cómo la protegemos a ella, y a su marido, y a sus hijos?

He aquí las realidades que hemos encontrado

A menudo, se considera aceptable que el marido tenga relaciones sexuales extramatrimoniales, mientras mantenga a su familia. No estamos de acuerdo en que esta sea una norma cultural tradicional intrínseca. Nuestra experiencia indica que esta norma es relativamente nueva.

Es posible que la mujer no pueda recurrir al uso del preservativo para impedir la concepción. No es la misma situación que la que ofrecen otros métodos anticonceptivos, que son en gran parte invisibles para el marido. El preservativo exige la total atención y participación del marido, lo cual ocurre raras veces. El consentimiento del marido es crucial en el uso del preservativo. Esto se puede obviar mediante la utilización de preservativos femeninos, pero son difíciles de utilizar, relativamente caros, y visibles a menos que se utilicen con mucho cuidado. El consentimiento del marido solo se obtiene – a veces – después de haber tenido

⁷⁰ David Patient david@empow.co.za y Neil Orr, Mejores prácticas sexuales, como una solución para prevenir la infección del VIH: la “B” del ABC. PWHANET, 10 de noviembre de 2004.

varios hijos y cumplido con el aspecto de la procreación de sus relaciones. ¿Qué hacemos hasta entonces?

Si un hombre pide a su mujer hacer el acto sexual de otra forma que no sea la clásica postura del misionero, es posible que esta le acuse de tratarla como a una profesional del sexo y que se ofenda. A menudo, acudirá a su madre a quejarse, y esta a su vez irá al padre del marido y entonces este le preguntará a su hijo por qué trata a su mujer con tanta falta de respeto.

De modo que esta es la justificación del hombre para tener relaciones sexuales fuera del matrimonio: “Quiero tener mejores relaciones sexuales con mi mujer, pero ella no me deja”.

El próximo paso lógico para nosotros fue hablar con las mujeres. Les preguntamos por qué se negaban a adoptar otras posturas durante el acto sexual. La respuesta fue: “Nunca me pregunta qué me gusta, ni si me gusta tener relaciones sexuales e incluso si quiero tener relaciones sexuales, entonces ¿por qué debería yo hacer algo que le guste a él? No se preocupa por mí ni por mis necesidades sexuales, por lo tanto me quedo simplemente acostada, y le dejo hacer. ¿Por qué tengo que darle placer? Si esto es lo que quiere, entonces debe utilizar una profesional del sexo”. Así que se trata de un caso en el que ambas partes actúan mal y ninguna bien.

Somos conscientes de que los motivos invocados son las razones superficiales que esconden una comunicación y una definición de roles en las relaciones sexuales que son disfuncionales. Por ejemplo, es una práctica común privar a las mujeres del placer sexual, a través de prácticas como el “sexo seco” (p. ej. secar los fluidos vaginales antes de la penetración para obtener una mayor fricción, y por consiguiente placer para el hombre); ablación del clítoris, y otras. Para las mujeres, el acto sexual a menudo es doloroso, y pocas lo asocian con el placer.

La única conclusión a la que podemos llegar es a la siguiente: ni los maridos ni las mujeres disfrutan de modo particular de las relaciones sexuales que mantienen el uno con el otro. Además, existe, por ambas partes, descontento y resentimiento respecto a esta situación, lo cual conduce a actividades sexuales de alto riesgo fuera del matrimonio. Si el sexo es una fuente de frustración y a menudo de dolor, en particular para las mujeres, ¿debemos sorprendernos de que haya tal resistencia a la educación sexual?

Encima, si una esposa no concibe y da a luz, a menudo es rechazada no solo por el marido, sino también por la comunidad. Cuando este tipo de situación se produce en un contexto de desigualdad de géneros y de fuertes definiciones culturales y religiosas de la masculinidad y la feminidad respecto al sexo, resulta muy difícil cambiar la situación, al menos desde la perspectiva de la prevención del VIH.

He aquí lo que proponemos como solución

¿Qué pasaría si las estructuras religiosas se implicasen en enseñar a las parejas comprometidas cómo tener mejores relaciones sexuales? ¿Qué pasaría si la religión empezase a desempeñar un papel activo en la sexualidad humana y la construcción de relaciones mediante la educación sexual? Parece simple, pero cuando se analiza desde el punto de vista metodológico, parece evidente que este planteamiento también tendría un impacto radical en la desigualdad de género, por la sencilla razón de que las mejores prácticas sexuales dependen de hacer un esfuerzo disciplinado en comunicar y aprender sobre la pareja sexual.

¿Por qué las estructuras religiosas? Las razones son, más que nada, prácticas: la religión, como institución, es la más vulnerable a los efectos del VIH/SIDA en los miembros casados de su congregación.

Dicho muy simplemente, la institución misma del matrimonio está amenazada. Al apoyar y promover el matrimonio, las iglesias facilitan que las mujeres, en particular, pasen a una categoría que tiene un mayor riesgo de contraer la infección del VIH.

Bajo el estandarte de la moralidad (p. ej. abstinencia antes del matrimonio; “creced y multiplicaos”, etc.), la religión hace correr riesgos a las mujeres, a menos que al mismo tiempo proporcione los métodos prácticos de evitar esos riesgos.

La moral protestante permite el uso del preservativo en el matrimonio, aun cuando siga apoyando el matrimonio como el lugar adecuado para la procreación. Los católicos no permiten los preservativos en el matrimonio, y lo mismo puede decirse de otras religiones. Es verdad que todas las religiones principales se oponen fuertemente a la infidelidad, de modo que, términos morales, se sienten irreprochables.

Pero es una ilusión – y actualmente una ilusión mortal – pretender que las parejas comprometidas aguantarán gracias a simples proscipciones: “No harás...”. Es hora de que las instituciones religiosas empiecen a pensar en lo que se puede hacer para prevenir la desintegración de la naturaleza sagrada del matrimonio. Se ha acabado la época de proferir odas morales al margen de la sexualidad, a menos que queramos acabar con todo, de forma permanente. Es hora de que la religión actualice su compromiso de proteger la santidad del matrimonio, y de que se involucre un poco más en los mecanismos del proceso. Las personas, las personas casadas incluidas, necesitan ayuda, y la necesitan de las personas en quienes confían. No es aceptable que a las personas se les diga cuándo pueden tener relaciones sexuales (casadas, o no casadas), sin ningún tipo de instrucción sobre cómo se puede experimentar el sexo como algo sagrado.

Aquí es donde la religión puede desempeñar un gran papel correctivo en la pandemia

Imagínese la siguiente situación: una pareja de jóvenes se acerca a sus respectivas familias para informarles de que están enamorados y piensan casarse. Las familias están encantadas, y conciertan una cita con el pastor o el sacerdote de su tradición religiosa. Durante los seis meses que siguen, primero de forma individual y luego en pareja, se les dan instrucciones sobre el arte de las relaciones, la confianza, la comunicación y el sexo. No, no tienen relaciones sexuales hasta que se casan. La pareja habla sobre el amor, hacer el amor, los miedos, los placeres, los hijos, su futuro, y una serie de temas que crean un vínculo íntimo de comprensión y confianza. Durante los primeros meses de matrimonio, la instrucción se prosigue, con ejercicios para mejorar las experiencias sexuales, y para consolidar la confianza y la comunicación. Se incluyen ejercicios de respiración y control de los músculos para prolongar el orgasmo, se explica la diferencia entre el orgasmo y la eyaculación, y una serie de información que garantice que la experiencia sexual entre el marido y la mujer sea de una naturaleza tal que el sexo fuera del matrimonio se convierta en algo impensable, y con toda seguridad en algo que no es atractivo.

¿Imposible? ¡Para nada! Estas aptitudes existen, y aquellos que las practican creen firmemente que las mejores relaciones sexuales solo pueden conseguirse en una relación de amor y respeto. Las relaciones sexuales extramatrimoniales simplemente no son tan buenas.

Muchas religiones han hecho del sexo un tema tabú, lo han acusado de ser el culpable del SIDA, y han utilizado la pandemia para instilar/imponer con mayor fuerza sus valores sin ni siquiera intentar acercarse a la realidad de las personas. El sexo, desde nuestro punto de vista y nuestra experiencia, puede suponer una revitalización espiritual increíble.

También nos gustaría señalar otra ventaja de esta noción: las relaciones sexuales fantásticas solo pueden conseguirse mediante una comunicación disciplinada. Esto significa, en ambos sentidos: los maridos, por ejemplo, para tener el mejor orgasmo de su vida, necesitan hablar con sus mujeres sobre el sexo, construir la confianza y sobre todo tratarlas con ternura y respeto. Aparentemente, a esto se le llama amor.

También podemos imaginarnos que los hombres casados compadezcan a los jóvenes (solteros) por no tener acceso al sexo fantástico, ¡en vez de ser al revés!

El recuadro 12 “Hablar sobre sexo: la Iglesia Evangélica de África Occidental” describe un programa que de nuevo pone de manifiesto cómo puede el clérigo involucrarse con su congregación: las charlas y la educación pueden ayudar a las parejas a tener una vida sexual satisfactoria, y por consiguiente a aumentar la fidelidad.

Recuadro 12: Hablar sobre sexo: la Iglesia Evangélica de África Occidental⁷¹

La Iglesia Evangélica de África Occidental (ECWA, por su sigla en inglés) es una organización religiosa que participa en programas comunitarios en el Norte de Nigeria. Las actividades de su programa comprenden: educación teológica, medios de comunicación (dirigen, por ejemplo, una estación radiofónica y una imprenta de prensa) e información, trabajo en los hospitales, dirección de una farmacia, colaboración con las librerías y los cines de la cadena “Challenge”. En sus comunidades, con la participación de los dirigentes religiosos, abordan numerosos temas relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Uno de los temas de salud reproductiva sexual que se trata en las comunidades cristianas es el hecho de que los cristianos prefieren hablar de la reproducción que de los temas y problemas relacionados con la sexualidad, como, por ejemplo: la frigidez, los problemas de erección o la eyaculación precoz. Muchos cristianos de Nigeria piensan que las relaciones sexuales en las parejas tienen un único objetivo: la procreación, y nada más. Si la procreación funciona, entonces, argumentan, no hay problemas. Sin embargo, la realidad que deben afrontar muchos pastores y asesores en la iglesia es que los problemas sexuales desempeñan un papel clave en muchas disfunciones maritales entre los miembros de sus congregaciones, pero nadie estaba dispuesto a hablar sobre ello.

El desafío radicaba en cómo conseguir que los miembros de la Iglesia hablaran de sus

⁷¹ Ward, Nicola., Kader, Rehana. y Dankyau, Musa. Bridging the gaps between religion and sexual and reproductive health and rights. The role of faith-based organizations in Africa (Salvar las diferencias entre la religión y la salud y los derechos en materia de reproducción y sexualidad. El papel de las organizaciones religiosas en África). *Sexual Health Exchange*, No. 1 Respuestas religiosas al VIH/SIDA, 2004. <http://www.kit.nl>

problemas sexuales y aportarles la ayuda adecuada. ECWA se puso en contacto con teólogos respetados especializados en enseñar y escribir sobre los motivos bíblicos del matrimonio, a fin de encontrar formas de trabajar sobre los temas relacionados con la salud reproductiva sexual. Con este propósito, se prepararon libros, estudios bíblicos y folletos sobre el lugar que la sexualidad debía ocupar en el matrimonio. El plan de estudios de los seminarios e instituciones teológicas también se modificó para incluir material sobre la sexualidad y los posibles problemas. Se alentó a las iglesias locales a organizar un retiro para parejas, en el que se animó a los participantes a compartir sus problemas sexuales y buscar ayudar para resolverlos. La iglesia también hizo que la sexualidad fuese un apartado obligatorio del asesoramiento ofrecido a las parejas que quieren casarse.

A consecuencia de estos cambios, ha aumentado la predisposición de las parejas a ponerse en contacto con su pastor o consejero para abordar los problemas de salud sexual, que hasta ahora se hubieran guardado para sí mismos. Hay cada vez un mayor número de asesores experimentados que son capaces de ayudar a las parejas con estos problemas y están dispuestos a hacerlo.

Todos los esfuerzos de prevención del VIH están sujetos a muchas condiciones socioeconómicas y culturales variables, que pueden entorpecerlos. No es, por ejemplo, ninguna coincidencia que el VIH y el SIDA causen estragos en el mundo en desarrollo. Por supuesto, la pobreza, por sí misma, no causa la infección del VIH: manifiestamente, el virus ha afectado tanto a los ricos como a los pobres en diferentes partes del mundo. Aun así, la pobreza y la propagación del VIH están íntimamente asociadas. El VIH exacerba los problemas existentes, dejando a las personas económicamente pobres, hambrientas, analfabetas y con un acceso inadecuado a los servicios sanitarios. El VIH y el SIDA conducen a las naciones pobres que cuentan con escasos recursos a situaciones límite y hacen que las estrategias de prevención y los programas de atención tengan menos posibilidades de tener éxito. Por lo tanto, la injusticia económica internacional es un factor importante en el empobrecimiento, el cual aumenta los riesgos de exposición al VIH y la falta de acceso al tratamiento.

No basta con afrontar los síntomas de la pobreza, aunque hay momentos en que este tipo de intervenciones es adecuado. A largo plazo, hay que identificar las causas subyacentes del empobrecimiento, que a menudo radican en políticas sociales y económicas adoptadas de forma deliberada. Por desgracia, los gobernantes a nivel local y nacional se encuentran con frecuencia en una situación de relativa impotencia al negociar con los bancos y corporaciones multinacionales de los que dependen muchas de las decisiones económicas y políticas estratégicas. Aun así, debe cuestionarse el liderazgo político por lo que respecta al mal uso de los recursos públicos, y esto incluye la asignación desproporcionada de presupuestos nacionales a la compra de armamento, en vez de destinarlos a salud, educación y servicios básicos para los pobres. En un mundo desfigurado por el SIDA, es más imperativo que nunca abordar la corrupción política y la injusticia económica internacional.

Las iglesias han tendido a preocuparse por los síntomas y condenar las causas, pero no han sido capaces de explorar formas de afrontar las raíces estructurales de la pobreza. Por

ejemplo, para apoyar nuestro ministerio, a veces nos vemos comprometidos por nuestra dependencia de quienes obtienen su riqueza en países pobres⁷².

Así, aun cuando se proporciona educación en general y sobre el VIH en particular, muchas personas, en particular mujeres y muchachas, siguen siendo violadas, en la guerra o en casa, o se ven obligadas a recurrir al trabajo sexual debido a la pobreza. Estas fuerzas estructurales subyacentes a la propagación del VIH deben tenerse en cuenta en todas las intervenciones. No obstante, las iglesias, a menudo, son incapaces de comprender las fuerzas estructurales que vehiculan el VIH. Antes bien, su planteamiento, que tiende a enfocarse en las opciones del individuo, con frecuencia, reduce el VIH y el SIDA a una cuestión de moralidad o falta de moralidad del individuo. Colaborar con organizaciones de PVVS y escuchar sus experiencias y opiniones puede ayudar a superar este estrecho enfoque individualista. Algunas iglesias están empezando a incluir el factor de la injusticia estructural en sus proyectos y programas sobre el VIH/SIDA. Por ejemplo, el Simposio de las Conferencias Episcopales de África y Madagascar declaró:

La solidaridad de la que hablamos antes nos obliga a asumir la responsabilidad conjunta de hacer frente a los complejos desafíos mundiales que se nos plantean: violencia, guerras y conflictos interminables y recurrentes durante los cuales, a menudo, se utiliza la violación como un arma, ¡que no es solo violenta psicológicamente sino que también es físicamente destructiva a través del VIH/SIDA!

También nos hemos dado cuenta de que **la pobreza y el VIH y el SIDA van a la par**. Nos preocupa que nuestras ya frágiles economías se vean aún más debilitadas por la pérdida de una gran parte de la fuerza de trabajo cualificada debido al VIH y el SIDA. La pobreza facilita la transmisión del VIH, hace que el tratamiento adecuado sea inasequible, acelera la muerte a causa de enfermedades relacionadas con el VIH y multiplica los efectos sociales de la epidemia.

En todos estos sentidos, dejemos que “los miembros todos [del cuerpo] se preocupen los unos por los otros” (1ª Corintios 12:25). Esta **solidaridad** entre nosotros y esta **fidelidad** a nuestra fe, esta resolución en cambiar el **comportamiento** y asumir nuestra entera responsabilidad para el futuro de nuestro continente⁷³.

En su declaración en el Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS, por su sigla en inglés), el Cardenal Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, vinculó la pandemia del VIH y el SIDA a otras injusticias estructurales presentes en el mundo y pidió un cambio en las tan mal establecidas prioridades mundiales:

Un factor importante que contribuye a la rápida propagación del SIDA es la situación de extrema pobreza en la que vive una gran parte de la humanidad. Evidentemente, un factor decisivo en la lucha contra la enfermedad es promover la justicia social con el

⁷² ONUSIDA. Informe de un seminario teológico enfocado al estigma relacionado con el VIH y el SIDA, Windhoek (Namibia), 8-11 diciembre 2003.

http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/JC1119-Theological_es.pdf

⁷³ Simposio de las Conferencias Episcopales de África y Madagascar, *La Iglesia en África frente a la pandemia del VIH/SIDA. Mensaje emitido por el Simposio de las Conferencias Episcopales de África y Madagascar (SECAM)*. Dakar (Senegal), 7 de octubre de 2003. Énfasis añadido.

*fin de llegar a una situación en la que las consideraciones económicas no sigan imperando como criterio exclusivo en una globalización incontrolada*⁷⁴.

3.2 Asociación entre sexo, VIH/SIDA y pecado

Al principio de la epidemia del VIH, tanto en los países desarrollados como en desarrollo, las iglesias y las organizaciones religiosas a menudo asociaron el VIH y el SIDA con la inmoralidad sexual, lo cual condujo a severas sanciones negativas que reforzaron las actitudes estigmatizantes y la discriminación. Esta situación está conectada a la percepción de que el pecado sexual es más grave que otras formas de pecado. Muchas iglesias también creían que el VIH era un castigo de Dios. Algunas enseñanzas doctrinales dificultaron la tarea de hacer frente al VIH y el SIDA de una forma no estigmatizante, y a veces los mensajes de prevención de las iglesias se presentaban de forma punitiva y discriminatoria. Las organizaciones religiosas, las iglesias inclusive, tienen un papel clave que desempeñar en hacer frente a estas percepciones. Afortunadamente, muchas ya han empezado.

La fe bíblica entiende el pecado de forma relacional; es decir, como la ruptura de la relación esencial con Dios, entre nosotros mismos y con el resto de la creación. El pecado es, pues, enajenación y extrañamiento, y nos infecta a todos. Tengamos o no el VIH, todos somos pecadores. Como comunidades y como individuos, nos hemos alejado de la gloria divina (Romanos 3:23). Estigmatizar a otros es negar esta verdad⁷⁵.

La estigmatización de las personas que viven con el VIH y con SIDA se ha alimentado del vínculo erróneo, establecido a menudo en el pensamiento cristiano, entre sexualidad y pecado. Esto denota el supuesto generalizado de que el VIH siempre se contrae como resultado de relaciones sexuales “pecaminosas”, y la tendencia adicional a contemplar el pecado sexual como el más grave de todos los pecados. La tendencia a reducir el pecado a una actividad individual sin tener en cuenta los pecados estructurales, como la desigualdad de géneros y la injusticia económica que a veces determinan las posibilidades de las personas, también contribuye a la estigmatización. Así, el sexo puede llegar a acarrear el estigma de la depravación, y también es estigmatizado entre otros pecados. En consecuencia, las personas que viven con el VIH y con SIDA son objeto de una estigmatización más profunda que las separa de los llamados pecadores “menores”.

Es cierto que, en la inmensa mayoría de los casos, la transmisión del VIH se produce como consecuencia de una actividad sexual. Pero lejos de ser intrínsecamente pecaminoso, el uso responsable del sexo y la sexualidad humana forma parte de la creación divina, y debe celebrarse y disfrutarse. En el contexto de la fe actual, es necesario denunciar la identificación de pecado con sexo, así como la estigmatización y la teología degradada del pecado que derivan de ella. Además, es importante reconocer que lo que puede parecer, a primera vista, como “un pecado individual de inmoralidad sexual”, como por ejemplo el trabajo sexual, de hecho es un síntoma tanto de la pobreza estructural como de la desigualdad de géneros que han conducido a una feminización de la pobreza. La violencia sexual, como la violación de muchachas y mujeres en el hogar y en zonas en guerra, es un síntoma de las estructuras patriarcales que definen la feminidad en términos de subordinación y la masculinidad en

⁷⁴ Javier Lozano Barragán. Declaración de la Santa Sede ante el período extraordinario de sesiones de las Naciones Unidas sobre el SIDA, Nueva York, junio de 2001.

⁷⁵ ONUSIDA. *Informe de un seminario teológico enfocado al estigma relacionado con el VIH y el SIDA*, Windhoek (Namibia), 8-11 diciembre 2003.
http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/JC1119-Theological_es.pdf

términos de violencia. El pecado estructural de someter a las mujeres a la subordinación, que impera en la mayoría de nuestras sociedades, lamentablemente también caracteriza a la iglesia. De hecho, el fracaso de la estrategia “ABC” está vinculado en gran medida al patriarcado y a la desigualdad de géneros que permite. La transmisión del VIH también puede ser consecuencia de métodos antihigiénicos de obtención de sangre, incapacidad de los gobiernos para analizar sistemáticamente las donaciones sanguíneas y uso de jeringas compartidas por consumidores de drogas intravenosas⁷⁶.

Sin embargo, como dijo un dirigente religioso en el estudio sudafricano Siyam’kela:

El problema de asociarlo [el VIH] con el sexo es que la Iglesia ve el sexo como un pecado, sobre todo si ocurre fuera de los confines del matrimonio. Si contraes el VIH, debe haber sido a través del sexo, del sexo ilegítimo. Por consiguiente, eres un pecador y el VIH es un castigo de Dios. Es ahí donde se origina el estigma: en nuestras enseñanzas⁷⁷.

Pacto 9: La sexualidad humana y el VIH/SIDA⁷⁸

Recordaremos, proclamaremos y actuaremos basándonos en el hecho de que Dios, nuestro Señor, creó la sexualidad humana y la creó como una cosa buena (Génesis 2:18-25). Por lo tanto, nos haremos la prueba de detección del VIH, denunciaremos la violencia sexual, practicaremos la abstinencia antes del matrimonio, seremos fieles en el matrimonio y tendremos relaciones sexuales con protección para evitar la infección del SIDA y la destrucción de la vida, pues toda vida es sagrada y la prevención debería ser una prioridad para proteger la vida.

El desafío que se les plantea a las iglesias es cómo responder mejor, sin juzgar, a la prevención, al mismo tiempo que defiende sus enseñanzas religiosas. Algunas iglesias están intentando reducir el estigma intentando hacer pasar el mensaje de que el VIH no es un pecado. Algunos dirigentes religiosos, como la jerarquía anglicana de Kenya⁷⁹ y el liderazgo de la Iglesia Católica en los Estados Unidos⁸⁰, han adoptado una actitud firme al declarar que el estigma y la discriminación son pecaminosos e inaceptables. De modo similar, en el Plan de Acción de la Respuesta Ecuménica al VIH/SIDA en África, las iglesias declararon explícitamente que el estigma y la discriminación son un pecado ante Dios⁸¹. Una declaración

⁷⁶ ONUSIDA. Informe de un seminario teológico enfocado al estigma relacionado con el VIH y el SIDA, Windhoek (Namibia), 8-11 diciembre 2003.

⁷⁷ *Policy Project*, Sudáfrica; Centro para el estudio del SIDA, Universidad de Pretoria; Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); Dirección Principal: VIH, SIDA & TB, Departamento de Salud. Siyam ’kela: Informe acerca de las investigaciones sobre el terreno para la elaboración de indicadores y directrices sobre el estigma relacionado con el VIH/SIDA, diciembre de 2003.

⁷⁸ Conferencia de Iglesias de Toda el África (CITA), *Pacto sobre el VIH/SIDA*, Octava Asamblea General de la Conferencia de Iglesias de Toda el África, Yaoundé (Camerún), 22-27 noviembre 2003.

⁷⁹ Consejo de Provincias Anglicanas de África (CAPA), *Declaración sobre el SIDA de la reunión de la junta directiva de CAPA*. Nairobi (Kenya), 19-22 de agosto de 2002.

⁸⁰ Vitillo, R.J. *The role of the Catholic church in meeting the challenge of HIV/AIDS in Africa (El papel de la Iglesia Católica en asumir los desafíos que plantea el VIH/SIDA en África)*. Texto escrito para el Centro de Estudios Estratégicos e Internacionales, Washington DC, 2002.

⁸¹ La Respuesta Ecuménica al VIH/SIDA en África, *Plan de Acción: Consulta Mundial sobre la Respuesta Ecuménica al Desafío del VIH/SIDA en África*, Nairobi (Kenya), 25-28 de noviembre de 2001.

<http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-pdf/kenya-plan-of-action-esp.pdf>

hecha por los Primados de la Comunión Anglicana en Canterbury (Reino Unido), el 17 de abril de 2002, dejó claro que:

Levantamos nuestras voces para llamar a poner fin al silencio respecto de esta enfermedad - el silencio del estigma, el silencio del rechazo, el silencio del temor. Confesamos que la Iglesia misma ha sido cómplice en este silencio. Cuando hemos alzado nuestra voz en el pasado, ha sido muchas veces una voz de condenación. Queremos ahora dejar muy claro que el VIH/SIDA no es un castigo de Dios. Nuestra fe cristiana nos impulsa a aceptar que todas las personas, incluyendo aquellos que están viviendo con el VIH/SIDA, están hechas a la imagen de Dios y son hijos de Dios”⁸².

Se pueden encontrar otras declaraciones de las iglesias sobre el VIH/SIDA y el estigma en el recuadro 1 “Romper el silencio: Declaraciones de las iglesias sobre el VIH/SIDA” del capítulo 2 “La respuesta de las iglesias hasta la fecha” del documento *Crear alianzas entre las iglesias y las organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA: Directrices*, 2005, del Consejo Mundial de Iglesias. Estos mensajes, para que sean eficaces, necesitan calar en el clérigo a nivel parroquial y en las congregaciones.

Además de la confesión, para erradicar el estigma relacionado con el VIH se requiere una plena comprensión de la injusticia social y del pecado estructural. Pues, a menos que las iglesias admitan que las opciones individuales (p. ej. el “ABC”) a menudo están dictadas por la posición social, que otorga o quita poder a la persona, es improbable que se erradique el estigma que rodea al pecado sexual cometido por el individuo. Bajo un “enfoque individualista” aquellas personas que son solteras y VIH-positivas, quiere decir que no han sido capaces de abstenerse, y las que son casadas y VIH-positivas, significa que no han sido capaces de ser fieles. Esta postura ignora el hecho de que es posible que muchas personas se hayan abstenido pero hayan sido violadas, o que muchas mujeres, que son demasiado pobres a causa de la feminización de la pobreza, tengan que recurrir al trabajo sexual, o que muchas esposas fieles sean traicionadas por una doble moral que permite a los hombres tener varias parejas sexuales. El sistema económico mundial (y el desplazamiento de poblaciones por motivos políticos) que se caracteriza por inseguridad en el mundo laboral y los movimientos masivos de personas, que causan la separación de familias durante largos períodos, somete la virtud de la fidelidad en el matrimonio a una prueba cada vez más dura.

En el centro de las actitudes estigmatizadoras frente al VIH y el SIDA que pueden observarse dentro de las iglesias se encuentra una comprensión radicalmente distinta de Dios. A veces los cristianos han presentado un modelo de un Dios vindicativo que inflige el VIH y el SIDA como castigo por el pecado humano. En cambio, nosotros creemos que Dios es un Dios compasivo que goza de la creación. El VIH es un virus (extremadamente peligroso para el ser humano), no un castigo divino por el pecado⁸³. No obstante, cambiar la noción que las personas tienen de Dios puede ser difícil. El recuadro 13, por ejemplo, “Diferentes comprensiones de Dios”, describe los conflictos que pueden surgir debido a las interpretaciones teológicas del VIH.

⁸² Primados Anglicanos, *Informe de la reunión de Primados de la Comunión Anglicana. Apéndice III: Declaración de los Primados Anglicanos sobre el VIH/SIDA*. Canterbury (Reino Unido), 17 de abril de 2002.

⁸³ ONUSIDA. *Informe de un seminario teológico enfocado al estigma relacionado con el VIH y el SIDA*, Windhoek (Namibia), 8-11 diciembre 2003.
http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/JC1119-Theological_es.pdf

Recuadro 13: Diferentes comprensiones de Dios⁸⁴

En una ocasión, con motivo de un viaje a un país asiático para moderar un seminario dirigido a líderes religiosos, uno de los obispos participantes me preguntó si creía que el SIDA podía ser un castigo de Dios para los promiscuos. Este obispo no se dio por satisfecho con mi respuesta negativa y volvió a inquirir con insistencia y persistencia: “¿Acaso no ha leído en el Antiguo Testamento que Dios hace este tipo de cosas?” Le repliqué que, por supuesto, había leído el Antiguo Testamento, pero también había leído y reflexionado sobre el Nuevo Testamento, en el que Jesús nos ofrece un mensaje de aceptación y reconciliación. Este líder no era de los que se rinde con facilidad, de modo que siguió porfiando en su idea de que las personas promiscuas merecen ser castigadas. Finalmente, le contesté de forma respetuosa pero enérgica:

- Que, aunque la transmisión sexual es el medio más habitual de contraer el virus, evidentemente no es el único.
- Que, incluso entre los que se han infectado por vía sexual, muchos (especialmente mujeres) han permanecido fieles a una sola pareja –o sea, su cónyuge– durante toda la vida.
- Que muchos de los grandes santos de la historia –incluido san Agustín– habían reconocido su “promiscuidad” en un momento u otro de la vida, y aun así, ninguno fue castigado con un virus enviado por Dios.
- Por último, que yo, simplemente, no podría poner mi fe y mi esperanza en un Dios caprichoso, vengativo y punitivo.

Durante uno de los intermedios, muchos de los obispos presentes me felicitaron por mi respuesta, pero ninguno de ellos estuvo dispuesto a apoyarme durante la discusión que habíamos mantenido anteriormente.

Otro desafío atañe a la prevención y la sexualidad de las personas solteras. Las relaciones sexuales fuera del matrimonio se consideran un pecado y, por lo tanto, las personas que están solteras y activas sexualmente se considera que son pecadoras. Las iglesias están tratando de ver cómo reconcilian el mensaje de compasión y aceptación para con las PVVS con la enseñanza de que el sexo fuera del matrimonio está prohibido y es un pecado. Si bien las iglesias insisten en que la pureza sexual es LA respuesta a la prevención del VIH, la perspectiva bíblica de que TODA vida humana es sagrada no ha recibido la atención adecuada.

Como argumenta un teólogo, el hecho de no tener en cuenta que TODA vida humana es sagrada:

indica, lamentablemente, que hemos dejado de reconocer que la vida es sagrada; que toda vida fue creada por Dios y sigue siendo sagrada para Dios. El mundo pertenece a Dios. Indica que quizás hemos olvidado que somos los guardianes de la creación de Dios. Nuestro cometido debería ser acabar con todo aquello que destruye la vida, pues

⁸⁴ Vitillo, Rvdo. Robert J. VIH y SIDA: el reto y el contexto. ¿Por qué las iglesias deberían responder a la problemática del estigma y la discriminación como reacción al VIH y al SIDA? En ONUSIDA. *Informe de un seminario teológico enfocado al estigma relacionado con el VIH y el SIDA*, Windhoek (Namibia), 8-11 diciembre 2003.

viola la creación de Dios. Nuestro respeto hacia Dios debería conducirnos a respetar la vida tanto para los creyentes como para los no creyentes... Hago un llamamiento a la madurez teológica, como un servicio que prestamos a la humanidad y a Dios. Para mí, por lo tanto, no se trata tanto del preservativo, ni incluso de la abstinencia o la fidelidad. *Antes bien, se trata del respeto a la vida como una forma de respeto a Dios, y como nuestro acto de adoración.* Nuestra postura teológica debería ser acabar con todo aquello que atenta contra la vida de Dios⁸⁵.

El enfoque de la iglesia hacia el VIH y el SIDA debe ser integral y estar basado en las enseñanzas de Cristo, cuyo ministerio terrestre se caracterizó por: curar todas las enfermedades de forma incondicional (Marcos 1:29-34), perdonar los pecados (Juan 8:1-12; Lucas 7:36-49; 15:11-32), y romper el estigma asociado con la lepra tocando a las personas con lepra y devolviéndoles la salud física y social (Marcos 1:40-45; Lucas 17:11-19). En un mundo que vive con SIDA, la iglesias tienen la oportunidad de encontrar curación, perdón e integridad. Las iglesias deben reconocer más plenamente, tanto en la teoría como en la práctica, que “las iglesias son más bien hospitales para los pecadores que museos para los santos”.

Como se resumió en el Seminario teológico enfocado al estigma relacionado con el VIH y el SIDA, organizado por ONUSIDA en Namibia, “si pretendemos combatir eficazmente el estigma, necesitamos una comprensión cristiana más positiva de la sexualidad, enfocada a la fidelidad, la benevolencia y el cuidado y protección de las familias. Si ya estamos viviendo con el VIH o con SIDA, deberíamos esperar que nuestras iglesias nos trataran con compasión y sin estigma. La estigmatización de otros es un pecado mucho mayor que la mayoría de los “delitos” a los que se culpa con frecuencia de la infección por el VIH. A fin de cuentas, las actitudes pecaminosas que Jesús consideraba más a menudo como incompatibles con su Reino eran la soberbia, el farisaísmo, la exclusividad, la hipocresía y el mal uso del poder, ingredientes todos ellos del mortífero cóctel que causa el estigma”⁸⁶.

Jesús pasó su vida con las personas que, en su época y sociedad, eran marginadas, despreciadas y carecían de poder: profesionales del sexo, enfermos, mujeres, niños, extranjeros, recaudadores de impuestos, etc. hasta tal punto que otros maestros se quejaron. Si la iglesia quiere erradicar eficazmente el estigma relacionado con el VIH y dirigir programas y proyectos sobre el VIH y el SIDA que sean eficaces, estos deben ser inclusivos.

Como destaca Donald Messer, “en todo el mundo, hay cristianos comprometidos que luchan por que las comunidades cristianas estén en la vanguardia de la ayuda y la curación proporcionadas en esta emergencia mundial... Pero el punto de partida de esta misión y este ministerio es admitir que, en última instancia, todos somos VIH-positivos. Mientras neguemos nuestra propia vulnerabilidad y riesgo, mientras rechazemos que formamos parte del sufrimiento del mundo, y pretendamos que somos diferentes de nuestras hermanas y nuestros hermanos infectados y afectados, entonces, quizás, sea mejor que nos mantengamos al margen”⁸⁷.

⁸⁵ Dube, Musa. W. *Preaching to the Converted: Unsettling the Christian Church*, pp. 38-50, Ministerial Formation 93, (2001), en inglés.

⁸⁶ ONUSIDA. *Informe de un seminario teológico enfocado al estigma relacionado con el VIH y el SIDA*, Windhoek (Namibia), 8-11 diciembre 2003.
http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/JC1119-Theological_es.pdf

⁸⁷ Messer, Don. *Breaking the Conspiracy of Silence: Christian Churches and the Global AIDS Crises*. Minneapolis: Fortress Press, 2004 (en inglés).

3.3. El problema de no abordar suficientemente los temas relacionados con la sexualidad humana

Según las estimaciones de ONUSIDA, cada día hay alrededor de 14 000 nuevas infecciones del VIH: 12 000 en personas entre 15-49 años de edad, de las cuales el 50% son jóvenes entre 15-24, es decir unos 6 000 jóvenes contraen el virus cada día⁸⁸. Si bien el VIH puede transmitirse a cualquier grupo de edad, debemos preguntarnos, ¿estamos haciendo lo suficiente por los jóvenes en términos de sexualidad humana o sexualidad juvenil? Si no hablamos de sexo y sexualidad, entonces no estamos haciendo frente a la problemática.

El estudio Siyam'kela⁸⁹, en Sudáfrica, constató que algunos dirigentes religiosos estaban muy mal equipados para ayudar a las personas que acudían a ellos en busca de consejos sobre temas relacionados con el sexo, la sexualidad, las prácticas sexuales más seguras o la revelación del estado del VIH. Por ejemplo:

- un dirigente religioso no estaba seguro de cómo responder a una muchacha de 13 años que le preguntó qué debía hacer en caso de alergia a los preservativos; y
- un dirigente religioso habló de un conocido que reveló a su obispo que era VIH-positivo: *'El problema fue que el obispo permaneció en silencio. El único consejo que le dio fue no hablar de ello con nadie más. No hay ayuda.'*

Una pregunta que a las iglesias les puede resultar útil discutir es: ¿Qué es una actividad sexual? Otras preguntas relacionadas con esta son:

- una actividad sexual, ¿es solo aquella en la que hay penetración?
- la penetración anal, ¿forma parte de las actividades sexuales?
- según su forma de comprender el sexo, ¿cuál es su actitud respecto a la felación?

Su comprensión del sexo influye en gran medida la forma en que usted se comunica acerca de este tema y tiene consecuencias importantes en la prevención del VIH.

Dios nos creó como personas únicas y seres diferenciados. Dios se complace de nuestras diferencias, y nos invita a hacer lo mismo. Dios nos creó como seres humanos sexuales con todas nuestras diferencias. Esto debe celebrarse, disfrutarse y tratarse con responsabilidad. La historia del Jardín del Edén es en parte la historia de la enajenación del ser humano respecto a su sexualidad. El don que nos concedió Dios es la capacidad de gozarnos mutuamente como seres humanos, y somos nosotros quienes hemos desperdiciado dicho don. Dios nos creó los unos para los otros, y también para Dios, y quiere que celebremos el don de la sexualidad a través del cual se despliega la creación divina⁹⁰.

⁸⁸ ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial del SIDA (2004).

http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf_sp/UNAIDSGlobalReport2004_sp.pdf

⁸⁹ Policy Project, Sudáfrica; Centro para el estudio del SIDA, Universidad de Pretoria; Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); Dirección Principal: VIH, SIDA & TB, Departamento de Salud. Siyam 'kela: Informe acerca de las investigaciones sobre el terreno para la elaboración de indicadores y directrices sobre el estigma relacionado con el VIH/SIDA, diciembre de 2003.

<http://www.policyproject.com/siyamkela.cfm> o <http://www.csa.za.org>

⁹⁰ ONUSIDA. Informe de un seminario teológico enfocado al estigma relacionado con el VIH y el SIDA, Windhoek (Namibia), 8-11 diciembre 2003.

http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/JC1119-Theological_es.pdf

La Misión Evangélica Unida, en su política del programa contra el VIH/SIDA, proporciona otras bases bíblicas:

En la narración bíblica de la creación, Dios presenta a las mujeres y a los hombres en una relación de amor muy especial. El amor erótico y la sexualidad constituyen una forma de expresar este amor. Estos dones de Dios son buenos y constituyen una parte central de su creación.

Sin embargo, la sexualidad, en todo su significado, permanece un misterio. En el Cantar de los Cantares, la Biblia describe de una forma sorprendente este amor, deseo y apetito.

Las relaciones sexuales son las más íntimas que existen, requieren reciprocidad, confianza y respeto mutuo. En la sexualidad, es donde los hombres y las mujeres son más vulnerables. Existen muchos ejemplos en los que la sexualidad se utiliza mal por motivos culturales, industriales, ideológicos e incluso religiosos y en los que las personas se explotan, especialmente al vincular la sexualidad con la violencia o al negar el derecho a la autodeterminación y la libre expresión sexual. Incluso en la Biblia, se hace referencia a este tipo de historias, como por ejemplo, en 2º de Samuel 13:1-21, en la historia de Amnón y Tamar.

Destacamos nuestro deseo de vivir el don de la sexualidad de una forma responsable y por lo tanto valoramos la autodeterminación sexual y las relaciones exclusivamente pactadas, basadas en el amor y la confianza.

No obstante, a menudo, en las iglesias nos ha resultado difícil hablar de forma apropiada sobre la sexualidad como un don de Dios, porque ha sido más bien relacionada, de muchas maneras, con el pecado. La existencia del SIDA puede, por una parte, reforzar esta actitud, pues vincula la sexualidad con la enfermedad y por consiguiente con la muerte. Por otra parte, la existencia del SIDA podría ser una “oportunidad” para liberarnos de este tipo de actitud⁹¹.

Las estrategias de prevención de las iglesias destinadas a los jóvenes no deben simplemente abogar por la “abstinencia sexual”, sino que además deberían abarcar la enseñanza de conocimientos sobre la sexualidad humana y la salud sexual. La sexualidad no debe ser vista como un tema tabú, sino que se debe alentar una discusión abierta sobre las cuestiones sexuales. La historia del silencio y las percepciones negativas acerca de la sexualidad humana ha llevado a mensajes contradictorios y enfoques estrechos de miras respecto al sexo más seguro y la prevención del VIH. Las iglesias necesitan hablar sobre las relaciones, los aspectos positivos de la sexualidad, así como sobre las cuestiones de salud sexual. El alcance de la pandemia del VIH es tal que necesitamos superar la timidez respecto a la sexualidad y empezar a hablar sobre ella de una forma constructiva.

Como afirmaron el Consejo Mundial de Iglesias (CMI) y la Conferencia Cristiana de Asia (CCA), “las iglesias deben romper el silencio e ir más allá de los tabúes culturales a fin de abordar los temas relacionados con el sexo y la sexualidad de una forma más positiva y sin juzgar, reconociendo también la necesidad de incluir la justicia de género en las enseñanzas y la práctica de la iglesia. Las acciones propuestas fueron:

⁹¹ Misión Evangélica Unida, *Política Programática anti VIH/SIDA, adoptada por la Asamblea General de la Misión Evangélica Unida en Manila*, octubre de 2004.

- Proporcionar oportunidades a los dirigentes religiosos y laicos para comprender el sexo y la sexualidad y la justicia de género, tanto en el marco de la educación teológica como de la educación sanitaria, mediante talleres, discusiones, seminarios.
- Elaborar, recopilar y promover materiales adecuados que tengan en cuenta el lenguaje, la sensibilidad cultural y los fundamentos bíblicos.
- Introducir el tema de la sexualidad, entendida positivamente, en el plan de estudios de la formación teológica.
- Introducir la educación sexual, basada en los valores, en el contexto de la formación más amplia de aptitudes para la vida en la escuela secundaria y las clases de catequesis siempre que sea posible. Esto debe ser hecho de una forma culturalmente sensible con la cooperación de los maestros, padres y autoridades escolares”⁹².

En términos de formación teológica, un recurso muy útil es “Sexualidad humana y VIH/SIDA, enseñar y hablar sobre nuestra sexualidad: un medio de combatir el VIH/SIDA”⁹³.

En algunas partes de África, culturalmente, la educación sexual era incumbencia de una tía o un tío del lado paterno. Para los padres era tabú hablar de sexo con su hijo o hija. Pero esta tradición cultural está desapareciendo rápidamente y ha perdido gran parte de su credibilidad con el proceso de urbanización y cambio social. Han habido muchas actitudes negativas contra la educación sexual dispensada por las escuelas y otras instituciones de este tipo y, lamentablemente, a menudo estas actitudes han sido promovidas por dirigentes religiosos. Según ellos, la educación sexual va en contra de la enseñanza religiosa, no tiene en cuenta las tradiciones culturales, es de la incumbencia de los padres, promueve las relaciones sexuales tempranas y la abstinencia debería ser la regla. Al mismo tiempo, los jóvenes están expuestos a un doble sistema de valores y los mensajes que les llegan de los medios de comunicación, la publicidad, la cultura y la religión no son coherentes entre sí⁹⁴.

A falta de instrumentos y servicios de protección, a los jóvenes se les deniega a menudo, en el nombre de la moral, la cultura o la religión, su derecho a la educación sobre la salud sexual y los comportamientos arriesgados. Carecen de acceso a servicios sanitarios especialmente concebidos para los jóvenes y a menudo son las actitudes negativas de los agentes sanitarios las que disuaden a los jóvenes y a otros de solicitar los servicios de estos centros. Los jóvenes también son vulnerables al abuso y la explotación sexual y la edad de las primeras experiencias sexuales, sobre todo en el caso de las muchachas, es muy temprana⁹⁵.

⁹² Consejo Mundial de Iglesias (CMI) y la Conferencia Cristiana de Asia (CCA), *Informe de la consulta del CMI y la CCA sobre “Una agenda ecuménica para combatir el VIH/SIDA en el Sur de Asia”*. Colombo (Sri Lanka), 24-26 de julio de 2002.

⁹³ Khathide, Agrippa G. Sexualidad humana y VIH/SIDA, enseñar y hablar sobre nuestra sexualidad: un medio de combatir el VIH/SIDA (2003) en Dube, M. *VIH/SIDA y el programa de estudios: métodos para integrar la problemática del VIH/SIDA en los programas teológicos*. WCC, Ginebra (2003), pp. 1-9 (en inglés)
<http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-documents-s.html#training>

⁹⁴ Parry, Dr Sue. *Respuestas de las organizaciones religiosas al VIH/SIDA en el África subsahariana*, Coordinadora regional para el África Meridional: Consejo Mundial de Iglesias, Iniciativa Ecuménica sobre el VIH/SIDA en África (EHAIA), 2003 (disponible en francés e inglés)
<http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-documents-s.html>

⁹⁵ Parry, Dr Sue. *Respuestas de las organizaciones religiosas al VIH/SIDA en el África subsahariana*, Coordinadora regional para el África Meridional: Consejo Mundial de Iglesias, Iniciativa Ecuménica sobre el VIH/SIDA en África (EHAIA), 2003 (disponible en francés e inglés)
<http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-documents-s.html>

Es necesario proporcionar educación sobre la sexualidad humana y la salud sexual, tanto para la prevención del VIH como para que aquellos que quieren abstenerse del sexo tengan una mayor comprensión sobre cómo funciona el cuerpo. Aunque la epidemia ya se encuentra en su tercera década de existencia, la educación básica sobre el SIDA sigue siendo fundamental para la respuesta. Por ejemplo, en la India, datos de encuestas de comportamiento indicaron que el 30% de las mujeres no habían oído hablar del VIH o el SIDA⁹⁶.

Las iglesias tienen que conocer las injusticias estructurales, que implican que millones de personas nunca reciben educación básica, y pronunciarse en contra de ellas, y también deben expresar su opinión sobre la justicia social, pues debido a la situación actual, aun cuando los huérfanos, las viudas y las mujeres reciben educación, así y todo se les viola en el hogar o la guerra; o deben recurrir al trabajo sexual a causa de la pobreza, etc. En una declaración de la Conferencia de Obispos de la Iglesia de Noruega, por ejemplo, se puso de relieve que:

Existen muchos motivos por los que la pandemia se propaga tan rápido. Grandes grupos de personas emigran para encontrar trabajo, o a causa de guerras y conflictos. Muchas personas no saben cómo se propaga el virus o cómo protegerse contra él. El uso de preservativos, que reduce la propagación del VIH/SIDA, a menudo es un tema tabú, y para un gran número de personas los preservativos son imposibles de conseguir. Tanto los comportamientos sexuales irresponsables, como guardar silencio sobre los hechos de la pandemia y el aislamiento social de las personas infectadas hacen que la situación sea especialmente difícil⁹⁷.

El VIH hace referencia a temas relacionales tanto a nivel personal como estructural. Con respecto al último, se trata de cómo distribuimos el poder en nuestras estructuras en función del género, la clase, la raza, la edad, la etnia y la orientación sexual a nivel nacional e internacional. A nivel personal, se trata de cómo las distribuciones de poder en las estructuras en las que vivimos determinan nuestras posibilidades. Como tema relacional, se trata de lo que nos hacemos a nosotros mismos y de lo que hacemos a los otros cuando tenemos relaciones sexuales con una persona que es o no es VIH-positiva. Se trata del respeto por nuestra propia humanidad y la humanidad de los demás. El VIH/SIDA plantea la problemática de las relaciones sexuales intergeneracionales, cuando se cree que este tipo de relaciones sexuales constituyen un método de prevención del VIH, y llama la atención sobre el incesto, que no puede ignorarse, a menos que nosotros, como iglesias, estemos dispuestos a aceptar la infección del VIH en los niños y los jóvenes a consecuencia del sexo forzado con un pariente. En Malawi, un obispo anglicano ha aceptado este desafío afirmando “Como Provincia, nos comprometemos a hablar francamente sobre el abuso de niños y niñas, especialmente los índices cada vez mayores de violaciones de menores que contribuyen a la propagación del VIH/SIDA”⁹⁸.

⁹⁶ Organización Nacional de Control del SIDA (NACO, por su sigla en inglés) (2003). *National baseline general population behavioural surveillance survey (BSS)*. Nueva Delhi, Ministerio de Salud. En ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial del SIDA (2004). http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf_sp/UNAIDSGlobalReport2004_sp.pdf

⁹⁷ Iglesia de Noruega, Declaración de la Conferencia de Obispos. Abril de 2001.

⁹⁸ Obispo anglicano, *Comunicado, Retiro de los Obispos de la Iglesia de la Provincia de África Central*. Malawi, 13-14 de julio de 2004

La Misión Evangélica Unida declaró en su Política del programa contra el VIH/SIDA que:

Debido al silencio imperante, a menudo hemos omitido nombrar explícitamente las diferentes formas de violencia sexual que existen a nuestro alrededor y rechazarlas. Esta situación ha dejado a muchas víctimas solas y ha reforzado el clima de tabú y silencio. Tenemos que buscar formas de superarla.

La crisis del SIDA nos exhorta con urgencia a luchar por una mejor comprensión de la sexualidad humana, a identificar los tabúes perjudiciales o las tradiciones culturales destructivas y a buscar formas apropiadas de comunicarnos sobre la sexualidad en la iglesia y en todo el mundo⁹⁹.

El VIH también exige a las iglesias que reconozcan la realidad del sexo anal, que se practica como un método para obtener placer evitando el embarazo, especialmente entre los jóvenes, y en algunos países, como por ejemplo en Sudáfrica, como una forma de prevención del VIH, lo cual indica que existe un gran malentendido acerca de cómo se transmite el VIH¹⁰⁰.

Finalmente, los programas sobre el VIH y el SIDA pueden, involuntariamente, contribuir al aumento del estigma¹⁰¹. Se ha indicado, por ejemplo, que los programas gubernamentales de prevención del VIH/SIDA a menudo están dirigidos a la llamada “población en general”, sin mencionar a ciertos sectores de la población que tienen comportamientos de alto riesgo, como los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, los consumidores de drogas intravenosas o los profesionales del sexo. Al omitirlos, implícitamente se considera a estos grupos menos importantes o de menor prioridad, lo cual refuerza la estigmatización subyacente de esos grupos.

3.4 Pruebas prematrimoniales del VIH

Para las iglesias, las pruebas prematrimoniales del VIH constituyen un tema muy controvertido. El matrimonio, para una persona que vive con el VIH/SIDA, como para cualquier otra, constituye un momento decisivo de su vida. El hecho de que la iglesia o el estado denieguen este derecho a una pareja produce mucho dolor y sufrimiento tanto a los individuos directamente afectados como a la comunidad de PVVS en general. El recuadro 14 a continuación, “Pruebas prematrimoniales del VIH”, se centra en el papel y las posturas de distintas iglesias respecto a este tema. Conocer el estado serológico antes del matrimonio puede ayudar a prevenir la transmisión del VIH en el matrimonio; sin embargo, la cuestión de fondo es que estas pruebas deben ser siempre voluntarias.

⁹⁹ Misión Evangélica Unida, *Política Programática anti VIH/SIDA, adoptada por la Asamblea General de la Misión Evangélica Unida en Manila*, octubre de 2004.

¹⁰⁰ Lane T, Pettifor A, Fiamma A y Rees H. *Anal sex as a risk factor for HIV infection among young people aged 15-24 in South Africa: data from a nationally representative household survey (El sexo anal como un factor de riesgo de la infección del VIH entre los jóvenes entre 15-24 años en Sudáfrica: datos de una encuesta representativa a nivel nacional)*. Resumen LbOrC21. XV Conferencia Internacional sobre el SIDA, Bangkok, Tailandia, 11-16 de julio de 2004.

¹⁰¹ Parker, R. Y Aggleton, P. *El estigma y la discriminación relacionados con el VIH y el SIDA: Un marco conceptual e implicaciones para la acción*. ABIA y Unidad de Investigación Thomas Coram: Río de Janeiro, 2002.

Recuadro 14: Pruebas prematrimoniales del VIH¹⁰²

Los pastores de las almas conocen lamentablemente las debilidades humanas que a menudo conducen a transgredir los mandamientos de la Iglesia en cuanto se refiere a la actividad sexual. Por esta razón, muchos de estos pastores han planteado la cuestión de si la Iglesia debería o no exigir pruebas del VIH obligatorias como requisito previo para permitir a una pareja tener acceso al matrimonio con el pleno reconocimiento y la autorización de la Iglesia Católica, y la consiguiente dignidad y gracia que el sacramento del matrimonio confiere.

En el ámbito secular, en diversos contextos culturales, han habido muchos intentos de establecer la obligatoriedad de las pruebas de detección del VIH antes del matrimonio, o incluso de impedir el acceso al matrimonio a aquellos que viven con el VIH. La mayoría de estos intentos han fracasado miserablemente, dejando tras de sí, lo que es aún peor, el estigma de la discriminación contra aquellos afectados por la pandemia.

La relación legal entre la prueba del VIH y el derecho de una persona a contraer matrimonio fue objeto de investigación en India entre los años 1998 y 2002, cuando un señor hizo recurso contra una sentencia que le denegaba el derecho a casarse a causa de su estado serológico positivo. En diciembre de 2002, la Corte Suprema de Justicia declaró nula su sentencia previa y reconoció que aquellos que ya conocían su estado VIH-positivo podían casarse a condición de que revelasen su estado respecto al VIH a su futuro cónyuge¹⁰³.

Los aspectos eclesiales del debate sobre las pruebas prematrimoniales de detección del VIH requieren aún un mayor discernimiento que aquellos del ámbito secular. La Iglesia no trata únicamente con la institución legal y social del matrimonio, sino también con la realidad sagrada de que el sacramento del matrimonio crea “una alianza, por la que el varón y la mujer constituyen entre sí un consorcio de toda la vida” y “ordenado por su misma índole natural al bien de los cónyuges y a la generación y educación de la prole”¹⁰⁴. Ni el Código de Derecho Canónico ni el Catecismo de la Iglesia Católica se refieren específicamente al VIH o al SIDA en sus respectivas normas sobre el matrimonio. En vista de la ausencia de toda enseñanza o norma específica a este respecto, y del hecho que el sacerdote (o diácono) no es el ministro del sacramento del matrimonio¹⁰⁵, es muy desconcertante que algunos miembros del clero, por decisión propia, hayan promulgado políticas sobre la obligatoriedad de las pruebas prematrimoniales del VIH. En muchas ocasiones, este autor ha escuchado las siguientes observaciones hechas por sacerdotes (y diáconos): “Insisto en que las parejas que piensan casarse se hagan la prueba del VIH, porque no voy a “casarlas”, si una de ellas tiene el virus”.

Recientemente, la Iglesia Anglicana de Nigeria instó a las otras confesiones a unirse en exigir que los miembros que tuvieran intenciones de casarse debían someterse a la prueba del VIH para poder contraer matrimonio en la iglesia. La Iglesia de Nigeria (Comunión Anglicana)

¹⁰² Vitillo, Padre Robert J., *Desafíos teológicos y pastorales planteados por el VIH y el SIDA*. Seminario Nacional para Sacerdotes de Ghana, Centro para el Desarrollo Humano, Accra (Ghana), 16-17 junio 2004.

¹⁰³ Unidad sobre el VIH/SIDA del Colectivo de Abogados. *Mandatory Pre-Marital Testing, Positive Dialogue (Pruebas prematrimoniales obligatorias, Diálogo Positivo)*, Boletín # 15.

¹⁰⁴ *Catecismo de la Iglesia Católica*, #1602.

¹⁰⁵ “... los esposos, como ministros de la gracia de Cristo, manifestando su consentimiento ante la Iglesia, se confieren mutuamente el sacramento del matrimonio”, *Catecismo de la Iglesia Católica*, #1623.

dijo que el objetivo de su decisión de hacer que las pruebas de VIH fueran obligatorias para las parejas que querían casarse era frenar la propagación de la enfermedad¹⁰⁶.

Algunos obispos ya han intentado resolver los problemas planteados por las pruebas prematrimoniales del VIH. Para ello han escuchado, con una mente aguda y sensibilidad pastoral, a los expertos médicos y científicos, los guardianes de la salud pública y la experiencia de primera mano de aquellos que viven con el VIH y el SIDA o están, de alguna forma, afectados por ellos. Entre las declaraciones episcopales relacionadas con las pruebas del VIH, podemos encontrar las siguientes:

- Los obispos de Estados Unidos escribieron: “Con respecto al VIH/SIDA, en vista de las necesidades comunitarias, es importante infringir lo menos posible en la libertad individual, la privacidad y la confidencialidad... Aunque se hagan ciertas excepciones, en este momento, la prueba obligatoria para todos no parece justificada”¹⁰⁷.
- Los obispos de Uganda aconsejaron lo siguiente: “Antes del matrimonio, cada miembro de una futura pareja debe ser alentado a mirar hacia su pasado y a elegir juiciosamente. Si han habido comportamientos arriesgados, se debe aconsejar a la pareja que se hagan la prueba voluntaria del VIH, indicando claramente los pros y los contras que puede conllevar el resultado del análisis”¹⁰⁸.
- La Comisión Social de los Obispos de Francia sostuvo que: “La prueba resulta ser más eficaz cuando se hace de forma voluntaria y no obligatoria. La eficacia de la prueba está basada en la confianza”¹⁰⁹.

Por lo tanto, parece que, si bien un sacerdote (o diácono), en el marco de la atención pastoral, puede tener motivos legítimos para alentar a una pareja que se prepara al matrimonio a someterse de forma voluntaria a una prueba del VIH (y a recibir el resultado de esa prueba como algo que les pertenece exclusivamente a ellos), no tiene derecho a obligar a esa prueba prematrimonial.

3.5 Prevención del VIH y consumo de drogas

Las iglesias también se ven confrontadas al problema del consumo de droga, incluido el alcohol, y su relación con el VIH. En muchos países, tanto para los hombres como para las mujeres jóvenes, la edad a la que tienen su primera experiencia sexual coincide con la edad en que tienen su primera experiencia con el alcohol u otras sustancias que alteran la mente. En los bares, fiestas y clubes de noche, lugares en los que a menudo la gente busca una pareja sexual, es donde se suele beber mucho. Los estudios indican que el consumo excesivo de alcohol y otras drogas, como ocurre en las llamadas “fiestas de drogas”, con frecuencia está ligado al sexo inseguro (sexo con penetración sin utilizar un preservativo) y también se ha asociado a personas que tienen más de una pareja sexual¹¹⁰.

¹⁰⁶ *La Iglesia Anglicana de Nigeria decide que las pruebas prematrimoniales del VIH sean obligatorias*, Ecumenical News International, 04-0529, Lagos, 12 de agosto de 2004.

¹⁰⁷ Conferencia de Obispos Católicos de Estados Unidos, *Called to Compassion and Responsibility: A Response to the HIV/AIDS Crisis*, noviembre de 1989.

¹⁰⁸ *La epidemia del SIDA: mensaje de los obispos católicos de Uganda*, 8 de septiembre de 1989.

¹⁰⁹ *SIDA: La Société en question (SIDA: la sociedad en tela de juicio)*. Comisión Social del Episcopado. Ediciones Bayard, 1996, #44.

¹¹⁰ ONUSIDA. *Muchachos, varones jóvenes y el VIH/SIDA, A mí me importa ... ¿y a ti?* Campaña Mundial Contra el SIDA 2001.

El hecho de estar borracho a menudo proporciona la excusa necesaria para adoptar un comportamiento inadecuado, antisocial y arriesgado, como tener relaciones sexuales no deseadas o sin protección o ser agresivo sexualmente. Es posible que entre amigos se ejerza presión y se convengan de mantener relaciones sexuales no seguras. El consumo excesivo de alcohol puede derivar en violaciones u otras formas de violencia sexual.

Algunas iglesias, como la metodista y la mayoría de iglesias carismáticas, promueven la abstinencia de alcohol. Sin embargo, la mayoría de iglesias toleran el alcohol. Las iglesias deberían incluir en sus programas de estudio, como parte de la educación sobre el VIH, la enseñanza y la promoción de un comportamiento responsable en materia de consumo de alcohol.

Durante el siglo pasado, y en mayor medida durante las últimas décadas, los gobiernos de muchos países han adoptado políticas estrictas contra el suministro, la venta y la utilización de drogas ilegales así como contra la parafernalia para el consumo de drogas¹¹¹. El objetivo ha sido crear una sociedad libre de drogas ilegales. Al mismo tiempo, la mayoría de culturas aceptan otras drogas, como el tabaco, el alcohol, el qat (o quat), la nuez de betel y la cafeína. Estas son utilizadas por los gobiernos como fuentes de ingresos, mediante los impuestos a las que están sujetas, a pesar de que existen pruebas médicas que demuestran que algunas de estas drogas pueden ocasionar problemas sociales y de salud graves, e incluso la muerte.

En algunas partes del mundo, la epidemia del VIH se transmite a través del consumo de drogas intravenosas, a pesar de que este constituye el método de transmisión más fácil de prevenir. Se ha demostrado que las medidas de reducción de daños¹¹², en particular el

¹¹¹ La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes de las Naciones Unidas tiene como objetivo combatir la toxicomanía mediante la acción internacional concertada. Se prevén dos formas complementarias de intervención y fiscalización. En primer lugar, pretende limitar la producción, la fabricación, la exportación, la importación, la distribución, el comercio, el uso y la posesión de estupefacientes a los fines médicos y científicos. En segundo lugar, combate el tráfico ilícito de drogas mediante la cooperación internacional con el fin de disuadir y desalentar a los traficantes ilícitos.

El Convenio de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas de las Naciones Unidas establece un sistema de fiscalización internacional sobre las sustancias psicotrópicas. Su objetivo era responder a la diversificación y expansión del espectro de drogas e introdujo medidas de fiscalización sobre determinados estupefacientes sintéticos en función, por un lado, de su potencial de abuso y de su valor terapéutico, por otro.

La Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988 proporciona amplias medidas contra el tráfico de drogas, que comprenden medidas contra el blanqueo de dinero y la desviación de los precursores químicos. Proporciona las bases para la cooperación internacional, mediante, por ejemplo, la extradición de traficantes de drogas, el decomiso y la transferencia de procedimientos.

<http://www.unodc.org/unodc/index.html>

¹¹² Los programas de reducción de daños adoptan una postura moral neutra respecto al consumo de drogas: ni justifican ni se oponen al consumo de drogas. Se centran en el daño real ocasionado y asumen que algunas personas seguirán inyectándose drogas a pesar de la represión del gobierno, por lo que se les debe ofrecer la posibilidad de hacerlo de una forma que reduzca los riesgos y el daño tanto para ellos como para los demás.

Los programas de reducción de daños para consumidores de drogas intravenosas han mostrado ser más efectivos cuando se adopta un enfoque global, que incluye:

- información, educación y comunicación
- servicios de tratamiento con medicamentos, que incluyan programas de sustitución de drogas
- programas de agujas y jeringas, que incluyan programas de intercambio, desinfección y eliminación segura
- iniciativas de alcance comunitario
- educación entre iguales
- asesoramiento para la reducción de riesgos
- asesoramiento y pruebas del VIH voluntarias, y

suministro de jeringas y agujas esterilizadas, reducen el riesgo de transmisión del VIH y otros virus que se contagian por vía sanguínea, y que no aumentan el consumo de drogas intravenosas o ilícitas. El tratamiento de sustitución de drogas por, por ejemplo, metadona, un medicamento que se obtiene con receta médica y se administra por vía oral, que reduce los síntomas de abstinencia causados por los opiáceos, también disminuye el riesgo de contraer el VIH al eliminar la dependencia de los consumidores de drogas de las agujas y jeringas.

Muchos consumidores de drogas intravenosas son consumidores ocasionales o experimentales. No encajan en el estereotipo del “drogadicto”. Algunos individuos dicen ser capaces de regular su consumo de droga durante largos períodos y de cumplir con las responsabilidades laborales y familiares. Este tipo de consumo se conoce como “consumo recreativo de drogas”. Sin embargo, este tipo de delimitación no protege a los consumidores ocasionales de contraer el VIH u otros virus transmisibles por vía sanguínea.

En todo el mundo hay más de 13 millones de consumidores de drogas intravenosas, y en algunas regiones más del 50% están infectados por el VIH. Durante la última década del siglo XX, el número de países que comunicaron la existencia de consumo de drogas intravenosas en sus poblaciones pasó de 80 a 134 y la proporción de países con brotes de VIH entre los consumidores de drogas intravenosas aumentó del 65% al 84%¹¹³. Estimaciones recientes indican que al menos el 10% de las nuevas infecciones en el mundo – una cifra que se sitúa en el 30% si se excluye a África – puede atribuirse al consumo de drogas intravenosas¹¹⁴.

Hoy, la inyección de drogas con agujas y jeringas contaminadas constituye el principal modo de transmisión del VIH en muchos países de Europa, Asia y América Latina, y también causa la transmisión del VIH en el Norte de África y en el Oriente Medio. En varios países, las epidemias del VIH han sido producidas casi enteramente por el consumo de drogas intravenosas. Tal es el caso de varios estados de la ex Unión Soviética, con Estonia, la Federación Rusa y Ucrania a la cabeza en cuanto a la magnitud y extensión de las epidemias. El reciente dramático aumento de la prevalencia del VIH en el Sur y el Sudeste de Asia está en gran medida relacionado con el consumo de drogas intravenosas¹¹⁵. Entre los países que están especialmente afectados cabe mencionar: China, Indonesia, Myanmar y Vietnam. Como no es de extrañar, estos son los países en los que los programas de intercambio de agujas y

- atención y tratamiento del VIH

¹¹³ Needle R et al. (2000). La Red Global de Investigación sobre la prevención del VIH en las poblaciones que consumen drogas (The Global Research Network on HIV Prevention in Drug Using Populations – GRN), 1998-2000: tendencias en la epidemiología, etnografía y prevención del VIH/SIDA en los consumidores de drogas intravenosas. En: *Reunión de la Red Global de Investigación sobre la prevención del VIH en las poblaciones que consumen drogas, Informe de la tercera reunión anual, 5-7 de julio, Durban (Sudáfrica)*. Washington DC, Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, por su sigla en inglés).

¹¹⁴ ONUSIDA. *Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA*, Ginebra (Suiza), 2002.

¹¹⁵ Rhodes T, Ball A, Stimson GV et al. (1999). La infección del VIH asociada con la inyección de drogas en los nuevos estados independientes de Europa oriental: el contexto social y económico de las epidemias). *Addiction* 94:1323-1336.

Lai S, Liu W, Chen J, Yang J, et al. (2001). Cambios en la incidencia del VIH-1 en los consumidores de heroína en la provincia de Guangxi, China. *Journal of AIDS*, 26:365-370.

Hien NT, Giang LT, Binh PN, et al. (2001). Factores de riesgo de la infección del VIH y el uso común de agujas entre los consumidores de drogas intravenosas en la ciudad de Ho Chi Minh (Vietnam). *Journal of Substance Abuse*, 13:45-58.

Bobkov A, Kazennova E, Khanina T, et al. (2000). An Panda S, Chatterjee A, Bhattacharya SK, et al. La transmisión del VIH de los consumidores de drogas intravenosas a sus mujeres en India. *International Journal STD AIDS*, 7:468-473.

jeringas no están ampliamente extendidos, el tratamiento de sustitución de drogas es ilegal y la aplicación de la ley es el *modus operandi* para hacer frente al consumo de droga.

El consumo de drogas intravenosas es un fenómeno mundial que también incluye, desde hace poco tiempo a África, continente que también se está utilizando cada vez más para el tráfico de heroína y cocaína. Según el *Informe Mundial sobre las Drogas* del año 2001 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por su sigla en inglés), la prevalencia del consumo de opiáceos en Nigeria era de 0.3%. El estudio conjunto de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de la Salud y la Universidad de Ilorin sobre el abuso de drogas concluyó que el consumo de drogas intravenosas con las correspondientes consecuencias para la salud eran un problema emergente en Lagos (Nigeria). El consumo de drogas intravenosas también ha sido descrito como un importante problema en las Islas Mauricio. Existen informes que indican que hay cada vez más consumidores de drogas intravenosas en Kenya¹¹⁶ y fuertes indicios de que el problema de la droga en Tanzania va en aumento¹¹⁷.

El crecimiento explosivo es una de las características de los brotes del VIH debidos al consumo de drogas intravenosas. En varios casos bien documentados, la prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas ha aumentado del 1%-2% al 60%-70% en pocos años¹¹⁸. La explicación más obvia es que el VIH se propaga eficazmente por vía sanguínea a través de agujas o jeringas contaminadas (y otro material para la inyección de drogas) utilizadas por diversas personas. Otro factor puede ser la elevada carga viral durante las primeras semanas y meses después de haber contraído la infección del VIH. La exposición a una carga viral muy elevada aumenta el riesgo de infección de una persona VIH-negativa. Una de las características universales de la epidemia de VIH relacionada con el consumo de drogas inyectables es que aunque los hombres constituyen la mayoría de los que se seroconvierten en las fases más tempranas, con el tiempo se produce una transmisión sexual del hombre a la mujer, así como a recién nacidos a través de la transmisión de madre a hijo.

Además de la infección del VIH, la prevalencia de la hepatitis C y B también es alta entre los consumidores de drogas intravenosas, y las coinfecciones muy comunes. Las coinfecciones complican el tratamiento de cada una de las infecciones pero no es una tarea imposible.

Algunos países han aprobado leyes que prohíben el acceso a agujas estériles destinadas a proteger a las personas del daño que conlleva la inyección de drogas. Ningún estudio ha podido demostrar que estas leyes resulten eficaces para prevenir el consumo de drogas intravenosas. En cambio, estas leyes sí que han sido eficaces en impedir que las personas que se inyectan drogas tengan acceso a agujas estériles. Es una trágica ironía que las leyes que

¹¹⁶ El índice de prevalencia del abuso de opiáceos en Kenya es del 0.1%, *Informe Mundial sobre las Drogas*, UNODC, 2001, en *Assistance to country responses on HIV/AIDS associated with injecting drug use by the UN and other agencies*, Informe del Equipo de Trabajo Interagencias sobre el consumo de drogas intravenosas, 2003.

¹¹⁷ Equipo de Trabajo Interagencias de las Naciones Unidas. *Assistance to country responses on HIV/AIDS associated with injecting drug use by the UN and other agencies*, Informe del Equipo de Trabajo Interagencias sobre el consumo de drogas intravenosas, 2003.

¹¹⁸ Grassly NC, Lowndes CM, Rhodes T (2003). Modeling emerging HIV epidemics: the role of injection drug use and sexual transmission in the Russian Federation, China, and India (La configuración de las epidemias del VIH emergentes: el papel del consumo de drogas intravenosas y la transmisión sexual en la Federación Rusa, China y la India). *International Journal of Drug Policy*, 14:25-43.

prohiben el acceso a agujas estériles, una ley cuyo propósito en teoría es proteger a las personas, sean ahora la causa de que muchas personas se mueran de SIDA¹¹⁹.

En la Biblia, no hay ninguna enseñanza explícita que prohíba el uso de drogas intravenosas, a pesar de que se haya acuñado la noción del “pecado del consumo de drogas intravenosas”. La Biblia dice que el pago de los pecados es la muerte; sin embargo, también dice que la venganza pertenece a Dios. Los consumidores de drogas intravenosas necesitan atención y compasión, y alternativas reales. En cambio, a diario, deben hacer frente al acoso, la estigmatización, la violencia y la exclusión social, también por parte de algunas iglesias. El estigma vinculado al consumo de drogas lleva a una mayor marginación de este grupo ya de por sí tan vulnerable, lo cual obstaculiza directamente los esfuerzos por prevenir la transmisión del VIH.

La mayoría de iglesias permanecen en silencio respecto al tema del consumo de drogas intravenosas o utilizan términos como “poblaciones vulnerables” sin decir nunca de qué poblaciones se trata. Por ejemplo, durante el UNGASS en 2001 ni la Santa Sede ni las organizaciones religiosas que hicieron declaraciones durante las sesiones mencionaron específicamente el consumo de drogas intravenosas¹²⁰. Si bien se ha roto en gran medida el silencio sobre el VIH en términos de transmisión sexual, todavía hay muchas iglesias que no reconocen la existencia de los consumidores de drogas intravenosas y los efectos devastadores, pero que podrían prevenirse, del VIH en sus vidas.

La Iglesia Católica ha descrito las drogas como¹²¹:

93. La droga o tóxicodependencia es casi siempre la consecuencia de una reprochable evasión de la responsabilidad, una contestación apriorística contra la estructura social que es rechazada sin propuestas productivas de razonables reformas, una expresión de masoquismo motivada por la carencia de valores.

Quien se droga no comprende o ha perdido el sentido y el valor de la vida, exponiéndola así a riesgos y peligros, hasta perderla: muchos casos de muerte por sobredosis son suicidios voluntarios. El drogado adquiere una estructura mental nihilista, prefiriendo superficialmente el nada de la muerte al todo de la vida.

94. Desde la dimensión moral “el drogarse es siempre ilícito, porque comporta una renuncia injustificada e irracional a pensar, querer y obrar como persona libre”¹²².

El juicio de ilicitud de la droga no es un dictamen de condena al drogado. Él vive la propia situación como una “pesante esclavitud”, de la cual tiene necesidad de ser

¹¹⁹ Day, Dawn, Dr. (Director del Centro Dogwood, Estados Unidos). *A religious person's view of the moral issues related to the spread of HIV/AIDS among injection drug users (La opinión de una persona religiosa sobre los problemas morales relacionados con la propagación del VIH/SIDA entre los consumidores de drogas intravenosas)*, 1995.

<http://www.dogwoodcenter.org/publications/Day96c.html>

¹²⁰ Declaración del Arzobispo Javier Lozano Barragán, presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, jefe de la delegación de la Santa Sede en el XXVI Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Nueva York, 27 de junio de 2001.

<http://www.un.org/ga/aids/statements/>

¹²¹ Droga en *Carta de los Agentes Sanitarios. Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios*. Ciudad del Vaticano, 1995, pp. 79-81.

¹²² Juan Pablo II, A los participantes de la Conferencia internacional sobre droga y alcohol, 23 de noviembre de 1991, en *L'Osservatore Romano*, ed. semanal en español, 1991, pág. 674.

liberado¹²³. La vía de recuperación no puede ser ni la de la culpabilidad ética ni la de la represión legal, sino impulsar sobre todo la rehabilitación que, sin ocultar las eventuales culpas del drogado, le favorezca la liberación y reintegración.

95. La desintoxicación del drogado es más que un tratamiento médico. Por otra parte, los fármacos poco o nada pueden. La desintoxicación es una intervención integralmente humana, orientada a “dar un significado completo y definitivo a la existencia”¹²⁴ y a restituirle al drogado aquella “autoconfianza” y saludable estima de sí”¹²⁵ que le ayuden a reencontrar el gozo de vivir.

En la terapia recuperativa del tóxicodependiente es importante “el esfuerzo de conocer a la persona y comprender su mundo interior; conducirlo hacia el descubrimiento o al redescubrimiento de la propia dignidad de hombre, apoyarlo para que le resuciten y crezcan, como sujeto activo, aquellos recursos personales que la droga había sepultado, mediante una segura reactivación de los mecanismos de la voluntad, dirigida hacia firmes y nobles ideales”¹²⁶.

96. La droga es contra la vida. “No se puede hablar de la «libertad de drogarse» ni del «derecho a la droga», porque el ser humano no tiene la potestad de perjudicarse a sí mismo y no puede ni debe jamás abdicar de la dignidad personal que le viene de Dios”¹²⁷ y menos aún tiene facultad de hacer pagar a los otros su elección.

Y las causas del consumo de drogas son:

Una de las causas más importantes que empuja a los jóvenes y adultos a la experiencia de la droga es la falta de motivaciones claras y convincentes para vivir, el vacío de valores, la convicción de que no valga la pena vivir, el sentido de soledad y de incomunicabilidad, la ausencia de la intimidad con Dios, la falta de proposiciones humanas y espirituales vigorosas, la fuga para olvidar, la estructura social carente de satisfacción dentro de una lectura materialista y destructora de las necesidades humanas¹²⁸.

El Cardenal Angelo Sodano, Secretario de Estado, ha resumido las enseñanzas de la Iglesia Católica sobre el consumo de droga de la siguiente manera:

¹²³ Cf. Juan Pablo II, A los participantes del VII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas, 7 de septiembre de 1984, en *L'Osservatore Romano*, ed. semanal en español, 1984, pág. 817.

¹²⁴ Cf. Juan Pablo II, A los participantes del VII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas, 7 de septiembre de 1984, en *L'Osservatore Romano*, ed. semanal en español, 1984, pág. 817.

¹²⁵ Cf. Juan Pablo II, Mensaje al Congreso Internacional de Viena, 4 de junio de 1987, en *L'Osservatore Romano*, ed. semanal en español, 1987, pág. 656.

¹²⁶ Cf. Juan Pablo II, A los participantes del VII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas, 7 de septiembre de 1984, en *L'Osservatore Romano*, ed. semanal en español, 1984, pág. 817.

¹²⁷ Cf. Juan Pablo II, A los participantes de la Conferencia internacional sobre droga y alcohol, 23 de noviembre de 1991, en *L'Osservatore Romano*, ed. semanal en español, 1991, pág. 674. “El uso de la droga causa gravísimos daños a la salud y a la vida humana. Excluidos los casos de proscripciones estrictamente terapéuticas, constituye una culpa grave. La producción clandestina de drogas y su tráfico son prácticas escandalosas; son una cooperación directa, desde el momento que incitan a actividades gravemente contrarias a la ley moral” (CEC 2291).

¹²⁸ Su Eminencia Javier Lozano Barragán, presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, jefe de la delegación de observación de la Santa Sede en la XX Sesión de la ONU sobre el tráfico de drogas. *La Santa Sede apoya plenamente la lucha contra el tráfico ilegal de drogas*, Ciudad del Vaticano, 6 de junio de 1998.

http://www.vatican.va/roman_curia/secretariat_state/1998/documents/rc_seg-st_19980610_barragan-onu-droga_sp.html

En 1984, hablando a las Comunidades terapéuticas, Juan Pablo II dijo al respecto: “La droga es un mal y ante el mal no se consienten renunciaciones. Las legalizaciones incluso parciales, además de ser por lo menos discutibles con respecto a la índole de la ley, no surten los efectos que habían establecido. Una experiencia bastante común lo confirma. Prevención, represión y rehabilitación: estos son los puntos focales de un programa que, concebido y actuado a la luz de la dignidad del hombre, sostenido por la rectitud de las relaciones entre los pueblos, recibe la confianza y el apoyo de la Iglesia” (Enseñanzas, VII, 2, 1984, p. 349)...

La drogadicción no se juega en la droga sino en lo que lleva a un individuo a drogarse...

¿Por qué lo hace? La extensión del fenómeno droga hace pensar en un malestar profundo, que toca las conciencias, pero al mismo tiempo el ethos colectivo, la cultura y las relaciones sociales. El Papa invita a mirar en esta dirección. El fondo del problema de la toxicomanía, observa, “generalmente está en un vacío existencial, debido a la ausencia de valores y a una falta de confianza en sí mismos, en los demás y en la vida en general” (Enseñanzas, XVI, 2, 1991, p. 1249). Aún más: “La droga es un vacío interior que busca evasión y desemboca en la oscuridad del espíritu incluso antes de la destrucción física” (Enseñanzas, XIII, 2, 1990, p. 1579). Existe un nexo entre la enfermedad provocada por el abuso de drogas y una patología del espíritu que lleva a la persona a huir de sí misma y a buscar satisfacciones ilusorias en la huida de la realidad, hasta anular totalmente el significado de la propia existencia.

Además, no se puede negar que la toxicomanía está estrechamente vinculada también al estado actual de una sociedad permisiva, secularizada, en la que prevalecen hedonismo, individualismo, pseudo-valores, falsos modelos. La “Familiaris consortio” la considera una consecuencia de una sociedad que corre el riesgo de ser siempre más despersonalizada y masificada, deshumana y deshumanizante (Enseñanzas, IV, 2, 1981, p. 1087)...

Si este es el problema, es obvio que no es suficiente la “prohibición”, aunque ciertamente es necesaria. “Este mal – ha dicho el Papa – para ser vencido requiere un nuevo empeño de responsabilidad en el ámbito de las estructuras de vida civil y, en particular, mediante la propuesta de modelos de vida alternativos” (Enseñanzas, XII, 2, 1989, p. 637).

Es la estrategia de la prevención, por la cual – subraya Juan Pablo II – es necesario el concurso “de toda la sociedad: padres, escuela, ambiente social, instrumentos de la comunicación social, organismos internacionales; es necesario el compromiso para formar una sociedad nueva, al alcance del hombre; la educación para ser hombres” (Enseñanzas, VII, 1, 1984, p. 1541). Se trata de poner en acto un compromiso coral para proponer, en cada nivel de convivencia, los valores auténticos y, en particular, los valores espirituales.

Pero para los que ya han caído en las espirales de la droga, son necesarios adecuados itinerarios de cura y de rehabilitación, que van mucho más allá del simple tratamiento médico, porque en muchos casos está presente todo un conjunto de problemas que requieren la ayuda de la psicoterapia ya sea del sujeto individual como del núcleo familiar en sí, junto con un adecuado apoyo espiritual, etc. Las drogas sustitutivas, a las que a menudo se recurre, no son una terapia suficiente; antes bien son un modo

velado para rendirse ante el problema. Sólo el compromiso personal del individuo, su voluntad de renacer y su capacidad de levantarse pueden asegurar el retorno a la normalidad del mundo alucinador de los narcóticos.

Pero para ayudar a la persona en un camino tan fatigoso, son necesarias también ayudas sociales. La familia sigue siendo el principal punto de referencia para cada acción de prevención. Es lo que Su Santidad ha subrayado en varias ocasiones, sin dejar de expresar un vivo aprecio a las Comunidades terapéuticas, que “mirando y teniendo incansablemente fijo el objetivo en el ‘valor hombre’, aun en la variedad de sus fisonomías, han demostrado ser una fórmula buena” (Enseñanzas, VII, 2, 1984, p. 346)¹²⁹.

La Iglesia Adventista del Séptimo Día, que mantiene una postura similar, declaró en 1990 que: “los adventistas están comprometidos con la educación para la prevención del SIDA. Durante muchos años, los adventistas han luchado contra el tráfico, la venta y el consumo de drogas, y siguen haciéndolo”¹³⁰.

En septiembre de 1996, el Comité Central del CMI, sobre la base del estudio efectuado por el Grupo Consultivo del CMI sobre el SIDA, adoptó una declaración sobre el VIH/SIDA y las posibles respuestas de las iglesias, en la que se afirmaba:

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

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 prevención¹³¹.

Algunas iglesias y organizaciones religiosas, en vista del alto nivel de infección del VIH entre los consumidores de droga, abogan por las medidas de reducción de daños, o por acercarse a las poblaciones vulnerables y trabajar con ellas, inclusive con los consumidores de drogas intravenosas, o por llevar a cabo programas de educación y prevención del consumo de droga.

Los miembros de la Federación Luterana Mundial de Argentina, Uruguay, Paraguay, Chile, Brasil, Perú y El Salvador, en la *Declaración de Buenos Aires*, en 1988, afirmaron:

Nosotros observamos el creciente aumento de casos de VIH-SIDA por el compartir jeringas, situación que está estrechamente ligada a las condiciones de vida de las personas, y observamos con preocupación como la sociedad responde a esta problemática con enfoques policiales y represivos.

Nosotros exigimos frente a este problema social respuestas sociales que incluyan programas específicos de prevención y educación y que comprendan nuevas respuestas terapéuticas.

¹²⁹ Cardenal Angelo Sodano, Secretario de Estado. Simposium Eclesial sobre la Droga, Ciudad del Vaticano, 9-11 de octubre de 1997. http://www.healthpastoral.org/emergentpains/drugs/sodano_es.htm

¹³⁰ Iglesia Adventista del Séptimo Día. *Declaración sobre el SIDA*, , Conferencia General. Indianapolis, Indiana (Estados Unidos), 5 de julio de 1990. http://www.adventist.org/beliefs/statements/main_stat3.html (en inglés)

¹³¹ Consejo Mundial de Iglesias. *Los efectos del VIH/SIDA y la respuesta de las iglesias. Una declaración adoptada por el Comité Central del CMI sobre la base del estudio efectuado por el Grupo Consultivo del CMI sobre el SIDA*. Comité Central, Ginebra (Suiza), 12-20 de septiembre de 1996. Documento No. 6.2B.

Nosotros como iglesia nos comprometemos a salir al encuentro de e integrar a las personas que viven con el VIH-SIDA a causa de las adicciones en nuestras comunidades y apoyar los procesos de rehabilitación y/o disminución del daño¹³².

La Federación Luterana Mundial, en el mensaje de su Décima Asamblea, declaró:

Por lo tanto, hacemos un llamamiento a las iglesias miembro para que al igual que nosotros se comprometan a concienciar acerca de la prevención de la pandemia del VIH/SIDA, mediante educación e información, y pronunciarse enérgicamente contra las prácticas sexuales dañinas, de abuso y explotación, y a favor del tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, promover la fidelidad en el matrimonio y el uso de medios eficaces de prevención (por ejemplo, la abstinencia, el uso de preservativos, jeringas esterilizadas, transfusiones seguras de sangre)¹³³.

La Federación Luterana Mundial y la Misión Evangélica Unida, en la *Declaración de Compromiso de la Consulta de Dirigentes de Iglesias Asiáticas sobre el VIH/SIDA*, acordaron:

“Conscientes de que solo mediante la educación y la prevención podemos frenar la propagación y los efectos de esta pandemia, nos comprometemos a:

- Integrar una educación de buena calidad sobre salud reproductiva en el programa de estudios cristianos para “garantizar que los jóvenes tengan la información y las aptitudes para la vida que necesitan antes de que sean sexualmente activos y se forme su comportamiento sexual”. Esta información debe comprender información adecuada sobre la protección que ofrecen los preservativos en el contexto de prevención del VIH/SIDA, el peligro de compartir agujas para el consumo de drogas intravenosas y otras medidas preventivas¹³⁴.

En el *Memorando de intención* de las iglesias de Europa oriental y central se afirmaba que “los cambios políticos, sociales y económicos que se han producido en Europa oriental y central a lo largo de las dos últimas décadas han hecho que ciertos grupos de la población sean vulnerables al VIH/SIDA. Decidimos centrar nuestro trabajo eclesial relacionado con el VIH/SIDA en los siguientes grupos:

- Los consumidores de drogas

La batalla contra la crisis del VIH/SIDA es una batalla por la dignidad de la vida. Nos insta a utilizar todos los medios de prevención eficaces en el contexto de la ética cristiana¹³⁵.

En la *Declaración del Cairo* emitida por una reunión interreligiosa se afirmó que¹³⁶:

Hacemos hincapié en la importancia de llegar a los grupos vulnerables, que corren mayor riesgo de ser infectados por el VIH/SIDA o de propagar la infección, entre los

¹³² Federación Luterana Mundial: Argentina, Uruguay, Paraguay, Chile, Brasil, Perú y El Salvador. *El SIDA nos convoca a ser comunidad. Declaración de Buenos Aires*, Buenos Aires (Argentina), 15 de abril de 1998.

¹³³ Federación Luterana Mundial, *Versión adoptada del mensaje de la Décima Asamblea*, Winnipeg (Canadá), 21-31 de julio de 2003.

¹³⁴ Federación Luterana Mundial y Misión Evangélica Unida, “*Pacto de Vida*” (*Covenant of Life*): *Declaración de Compromiso de la Consulta de Dirigentes de Iglesias Asiáticas sobre el VIH/SIDA*. Isla de Batam (Indonesia), 1-4 de diciembre de 2003.

¹³⁵ Memorando de intención, *Consulta estratégica sobre las iglesias y el VIH/SIDA en Europa oriental y central*. San Petersburgo (Rusia), 15-18 de diciembre de 2003.

¹³⁶ *Declaración del Cairo de dirigentes religiosos de los Estados Árabes en respuesta a la epidemia del VIH/SIDA*. Cairo (Egipto), 11-13 de diciembre de 2004.

que figuran los trabajadores sexuales y sus clientes, los consumidores de drogas, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y aquellos que tienen comportamientos dañinos. Subrayamos la importancia de adoptar diversos enfoques y medios para llegar hasta ellos, y a pesar de que no aprobamos estos tipos de comportamiento, les instamos a arrepentirse y pedimos que se elaboren programas de tratamiento y rehabilitación. Estos programas deben estar basados en nuestra cultura y nuestros valores espirituales.

La Iglesia Metodista Unida recientemente ha abordado específicamente el tema del consumo de drogas y el SIDA y ha declarado que:

En respuesta a la crisis del alcohol, las drogas y el VIH/SIDA en el mundo, la Iglesia Metodista Unida se compromete a adoptar un enfoque integral de sensibilización, educación, prevención, tratamiento, organización comunitaria, acciones públicas de defensa y promoción y abstinencia. Por consiguiente, por amor y respeto a nuestros hermanos y hermanas, hijos e hijas en nuestras comunidades locales y mundiales:

1. exhortamos a la Oficina del Programa especial sobre la toxicomanía y la violencia relacionada con las drogas (SPSARV, por su sigla en inglés) de la Junta General de los Ministerios Globales y de todas las juntas y agencias de la Iglesia a trabajar de forma cooperativa en temas relacionados con las drogas y el SIDA;
2. instamos a las iglesias locales a integrar los problemas de alcohol, abuso de drogas y prácticas sexuales no seguras y el valor de la abstinencia en la educación cristiana;
3. instamos a las iglesias e instituciones metodistas unidas a prestar apoyo, consuelo y atención a aquellos que padecen problemas relacionados con el alcohol, la adicción a las drogas y el VIH/SIDA en el marco de sus respectivos mandatos;
4. exhortamos al Gobierno Federal a mejorar la cooperación y la coordinación entre las agencias para luchar contra la doble desgracia de las drogas y el SIDA;
5. ponemos a disposición de los niños y niñas, muchachos y muchachas y jóvenes adultos programas creativos y actividades para alejarlos del abuso de las drogas y el alcohol; y
6. promovemos y proporcionamos modelos de educación entre iguales basados en el empoderamiento y la autodeterminación¹³⁷.

Las iglesias deben promover la consideración de cuestiones de fondo como el desarrollo de un mayor respeto por su propio cuerpo y por el cuerpo de los demás. De momento, el consumo de drogas es una realidad y el número de personas concernidas va en aumento. El recuadro 9, “El uso de preservativos: perspectivas teológicas” plantea diversos puntos de vista sobre el uso del preservativo. Cabe notar que, en el contexto de preservar la vida, algunas iglesias consideran el uso del preservativo permisible. Se pueden plantear argumentos similares respecto al suministro de medidas de reducción de daños para prevenir la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas. Dios nos ha dado el conocimiento de cómo

¹³⁷ Iglesia Metodista Unida, *Resolución sobre las drogas y el SIDA*, adoptada por la Conferencia General, Pennsylvania (Estados Unidos), 27 de abril - 7 de mayo de 2004.

reducir la propagación del VIH, utilicémoslo¹³⁸. Si abandonamos a la persona que se inyecta drogas al VIH y al SIDA, es posible que también abandonemos a su cónyuge o pareja que no se inyecta drogas, así como a sus hijos recién nacidos.

¹³⁸ Instituto Sociedad Abierta (OSI, por su sigla en inglés). *Skills Training and Capacity Building in Harm Reduction (Formación de aptitudes y capacitación para la reducción de daños)*, mayo de 2004. http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/capbldg_20040513 (en inglés)

Capítulo 4

Trabajar con organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA

Este capítulo constituye la parte central de este documento. Se abordan muchos temas relacionados con la creación de alianzas con organizaciones de PVVS. Las siguientes secciones son especialmente pertinentes:

- confidencialidad (la relación entre el estigma relacionado con el VIH y la confidencialidad, la situación de los clérigos VIH-positivos, establecer una política sobre el VIH en el trabajo y quebrantar la confidencialidad, poner un rostro a la epidemia);
- participación simbólica (la problemática de la participación simbólica, las declaraciones de las iglesias a favor de involucrar a las organizaciones de PVVS y directrices para la participación);
- desarrollo de la capacidad tanto de las iglesias como de las organizaciones de PVVS; y
- seguimiento y evaluación (definiciones, modelo tradicional y enfoque participativo)

Una cuestión crucial recurrente es el acceso al tratamiento, incluida la terapia antirretrovírica, y el papel de las iglesias en los esfuerzos de sensibilización.

4.1 Antecedentes necesarios

La alianza entre la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR) y la Red mundial de personas que viven con el VIH/SIDA (GNP+) está bien documentada desde el inicio del proceso¹³⁹. Si extrapolamos las conclusiones, vemos que, antes de impulsar una alianza, es necesario que se den ciertas condiciones esenciales:

- Respeto y consideración mutuos.
- Franqueza. Las iglesias deben ser francas acerca de los errores cometidos en el pasado al abordar la realidad del VIH/SIDA, y reconocer el hecho de que las iglesias tienen SIDA. Por su parte, las organizaciones de PVVS deben sobreponerse a las actitudes o sentimientos negativos que tienen frente a las iglesias.
- Profesionalismo, lo cual requiere que las personas estén comprometidas con su trabajo y respeten los plazos y las citas. Dicho en plata: si dice que va a hacer algo, hágalo.
- Escuchar al otro.
- Habilidad para arriesgarse y experimentar: “aprender haciendo”.

Una herramienta práctica para medir la competencia de su iglesia en materia de SIDA es el “Marco para la autoevaluación de conocimientos en materia de VIH/SIDA” descrito en el **Anexo 1**.

Si se utiliza un lenguaje inadecuado se puede reforzar las actitudes condenatorias. En el **Anexo 2**, figura una lista con términos apropiados e inapropiados para hablar de los temas relacionados con el VIH y el SIDA. Sería oportuno que usted se familiarizase con estos

¹³⁹ ONUSIDA, FICR y GNP+. *A vital partnership: the work of GNP+ and the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies on HIV/AIDS (Una alianza crucial: el trabajo de GNP+ y de la Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja)*, Un estudio de casos de prácticas óptimas de ONUSIDA.

términos y con sus respectivos significados y connotaciones. En el **Anexo 3**, “El Pacto sobre el VIH/SIDA”, se proporciona una base bíblica para establecer una relación constructiva con las PVVS en todas las cuestiones relativas a la epidemia. Ofrece un lenguaje adecuado tanto para las iglesias como para las PVVS, y que puede facilitar las alianzas en la lucha contra el VIH/SIDA.

4.2. Gestionar el miedo, el estigma y la discriminación a nivel institucional

Pacto 4: La compasión y la discriminación y el estigma relacionados con el VIH/SIDA¹⁴⁰

Recordaremos, proclamaremos y actuaremos basándonos en el hecho de que Dios, nuestro Señor, es un Dios compasivo, que nos exhorta a ser compasivos, a sufrir con aquellos que sufren, a entrar en sus hogares y en sus corazones llenos de dolor y a buscar un remedio duradero contra su sufrimiento (Lucas 6:36; Mateo 25:31-46). Por lo tanto, no toleraremos ninguna forma de estigma y discriminación relacionada con el VIH/SIDA, y haremos cuanto sea necesario para eliminar el aislamiento, el rechazo, el miedo y la opresión que padecen las personas infectadas y afectadas en nuestras comunidades. Declararemos que el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA son un pecado inaceptable ante Dios y ante todos los creyentes y todas nuestras comunidades.

El hecho de abrir la puerta a una alianza entre iglesias y organizaciones de PVVS puede ser objeto de una oposición considerable, motivada por miedos, ansiedades, prejuicios, negación, estigma o discriminación por ambas partes. Para que se puedan establecer alianzas que tengan éxito, es importante que las PVVS y sus organizaciones tengan la seguridad de que las iglesias obrarán de acuerdo con el pacto que figura arriba. La alianza entre la FICR y la GNP+ utilizó una estrategia simple para facilitar el camino, que comportó tener contactos iniciales sobre asuntos menores que progresivamente condujeron a un proceso de compromiso y acontecimientos clave, en el que también hubieron pruebas de fuego para la continuación o no del desarrollo de la alianza. La EHAIA utiliza la estrategia de promover un servicio de culto que sea sensible respecto al VIH/SIDA para romper el silencio y el estigma que rodean al VIH y de esta forma preparar a las iglesias y las organizaciones religiosas a comprometerse en materia de VIH/SIDA y con las organizaciones de PVVS¹⁴¹.

La creación de herramientas y oportunidades para fomentar la discusión pueden resultar útiles para desarrollar una alianza. La alianza entre la FICR y la GNOP+ utilizó una serie de estrategias para ayudar a que el Movimiento de la Cruz Roja y de la Media Luna¹⁴² aceptase la alianza:

- El vídeo ‘Vivir con...’, que muestra a personas de la Cruz Roja y la Media Luna que de un modo u otro están afectadas por el VIH/SIDA, tuvo un impacto considerable y ayudó a crear un cambio de actitud y comportamiento a nivel organizativo. Las iglesias que piensan crear alianzas con organizaciones de PVVS deberían considerar

¹⁴⁰ Conferencia de Iglesias de Toda el África, *Pacto sobre el VIH/SIDA*, Octava Asamblea General de la Conferencia de Iglesias de Toda el África, Yaoundé (Camerún), 22-27 noviembre 2003.

¹⁴¹ Véase Dube, Musa W. Eds. *Africa Praying: A Handbook on HIV/AIDS Sensitive Sermon Guidelines and Liturgy*. Ginebra: CMI, 2003. <http://www.wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-documents-e.html> (disponible en inglés).

¹⁴² El Movimiento está integrado por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna (FICR), el Comité Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna (CICR) y la Cruz Roja y las Sociedades Nacionales de la Media Luna.

hacer un vídeo de este tipo, sobre todo para uso interno. Véase el recuadro 15 “Vivir con...”, a continuación, para más información sobre el contenido y los contactos para obtener una copia.

- Los acontecimientos como las Conferencias Internacionales sobre el SIDA y las reuniones regionales de la Cruz Roja y la Media Luna se utilizaron para promover el entendimiento de la base política de la alianza y fortalecerla. De una forma similar, también se utilizaron el Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en 2001 y las reuniones de la Junta de Gobierno de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. En el caso de las iglesias, esto supone utilizar las reuniones nacionales y regionales así como incorporar el VIH en la agenda de los sínodos y otros foros en que se toman decisiones políticas. Las conferencias regionales e internacionales sobre el SIDA también constituyen foros útiles para las iglesias para promover su trabajo y fortalecer alianzas. Allí, pueden abogar por una política sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo o por que el VIH/SIDA sea un componente central del trabajo de la iglesia.
- Las promesas públicas contraídas por dirigentes del FICR en actos públicos se utilizaron para conseguir y mantener un compromiso con el VIH/SIDA. Esto fue vital para garantizar que la FICR mantuviese el foco de atención en el VIH/SIDA durante un período en el que hubieron muchos cambios en la dirección y gestión de la organización. En el contexto de las iglesias, las reuniones de iglesias y el Día Mundial de SIDA, el 1 de diciembre, o las inauguraciones de iniciativas pueden ser acontecimientos apropiados para que las iglesias renueven su compromiso.
- También es importante que desde el principio se identifique y apoye a las personas que mejor pueden hacer de puente entre los asociados: personas que viven con el VIH/SIDA. Véase el recuadro 16, “Alianza entre FICR/GNP+: contratar a una PVVS como coordinador/a regional de la alianzas”, que describe este proceso.

Recuadro 15: “Vivir con...”

El vídeo “Vivir con...” ha sido producido por la Federación Internacional para ayudar a las Sociedades Nacionales a ser más abiertas y a dar más apoyo para mejorar la prevención del VIH/SIDA y la atención a las personas que viven con él. El vídeo se dirige principalmente a los directivos y cuadros intermedios de la Secretaría de la Federación, de las sedes centrales de las Sociedades Nacionales y de sus secciones. Muestra a personas que pertenecen a la Cruz Roja/Media Luna Roja que, de alguna manera, han sido afectadas por el VIH/SIDA y explican lo que significa para ellas “Vivir con...”.

"Los que venimos de Sociedades que no tienen este problema tenemos la obligación de ayudar a las Sociedades que lo tienen. Aunque no estamos perdiendo voluntarios en la misma proporción que las Sociedades africanas, o las de otros países en desarrollo, tenemos la obligación de comprender sus necesidades y ayudarlas." David Brooks Arnold, Seropositivo, Director de relaciones internacionales, Cruz Roja Americana.

El vídeo muestra que el VIH/SIDA es un problema con el cual vivimos, día a día, en la Cruz Roja / Media Luna Roja, y todos, en particular quienes están a cargo de la dirección y la administración de las Sociedades Nacionales, debemos participar activamente mediante una actuación constructiva.

En Nairobi, tuve que vérmelas con el SIDA, directamente, día a día, cuando uno de nuestros compañeros se enfermó. Haberlo vivido, todos los días, estar cerca de alguien que está enfermo, defender sus intereses, comprender los temores de sus colegas, de su familia, fue una fuente de gran inspiración para comprometerme de manera más personal en la lucha contra el SIDA." Françoise LeGoff, Jefa de la Delegación Regional de la Federación en Nairobi.

El vídeo forma parte de la estrategia para crear un entorno compasivo, tolerante y favorable para las personas que viven con el VIH/SIDA. En otras palabras, para hacer que las Sociedades Nacionales sean "competentes en materia de SIDA". Las ventajas de crear este tipo de entorno son que:

- Existirán menos resistencias a someterse a un análisis del VIH, porque no hay que temer la discriminación ni la estigmatización.
- Las personas que viven con el VIH/SIDA y reciben todo el apoyo y la comprensión que pueden brindarles sus amigos, compañeros de trabajo y familiares y las instituciones donde trabajan, se sentirán moralmente obligados a comportarse de forma responsable para prevenir la transmisión del virus a otras personas.
- Las personas que viven con el VIH/SIDA en un entorno favorable y tolerante tendrán un apoyo psicológico, material y moral, así como acceso a los mejores tratamientos posibles; en consecuencia, tendrán una vida productiva más larga y contribuirán así a la economía del país y al mantenimiento de sus familias.
- Cuanto más larga sea la vida productiva de las personas que viven con el VIH/SIDA, menor será la cantidad de huérfanos.
- Las personas seronegativas y las que son reacias a someterse a los análisis, se beneficiarán de un entorno de apoyo que reducirá el riesgo de transmisión. Cuanto más se hable con franqueza sobre el VIH en la comunidad, mayores serán las posibilidades de crear un entorno de apoyo y menor el riesgo de contraer el virus.

Las medidas para que las Sociedades Nacionales lleguen a ser "competentes en materia de SIDA" son:

- Romper el silencio. Crear un espacio para el debate abierto sobre la educación sexual y el VIH/SIDA
- Fomentar el análisis y el asesoramiento voluntarios
- Hacer participar a las personas que viven con el VIH/SIDA en todas las actividades, a todos los niveles
- Elaborar políticas de recursos humanos favorables para las personas que viven con el VIH/SIDA
- Integrar las actividades relacionadas con el VIH/SIDA en todas las políticas y programas pertinentes
- Movilizarse para conseguir una participación más coherente por parte de los dirigentes de la comunidad
- Establecer asociaciones con organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA y otras
- Aumentar progresivamente las intervenciones

El vídeo está incluido en el CD-Rom *Reducir la vulnerabilidad al VIH/SIDA: Políticas, imágenes, vídeos y documentos relacionados, versión 2003*. Para obtener copias, póngase en contacto con:

Sra. Polly Catsicalis Manansala
Asistente principal, Departamento de Salud y Atención
Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
Apartado Postal 372
1211 Ginebra 19
Suiza
Tel: + 41-22-7304411
Fax: +41-22-7330395
Polly.Catsicalis@ifrc.org

Recuadro 16: Alianza entre FICR/GNP+: contratar a una PVVS como coordinador/a regional de las alianzas¹⁴³

La Delegación Regional de la FIRC en Nairobi fue la primera en poner en práctica una estrategia y un programa claramente destinados a establecer una alianza con la Red de personas africanas que viven con el VIH/SIDA (NAP+, por su sigla en inglés).

Una de las primeras, y más importantes, medidas que se tomaron para que la alianza fuese operativa fue la idea de reclutar a un coordinador/a regional, cuya responsabilidad principal era desarrollar la alianza con el fin de “promover una participación significativa de las PVVS en las intervenciones de la Cruz Roja y la Media Luna”.

El anuncio, con toda seguridad, llamó la atención. Llevaba los logotipos de ambas organizaciones y pedía que los candidatos fueran personas que vivían con el VIH/SIDA. Algunas personas pensaron que se trataba de un error, quizás un error de imprenta. Muchos otros mandaron mensajes de felicitación. Tan solo el anuncio consiguió dar una buena visibilidad a la alianza entre ambas organizaciones.

Dorothy Odhiambo fue contratada en junio de 2002. Es una activista conocida y muy respetada, miembro de NAP+ en Kenya. Ha sido miembro del consejo de coordinación del Programa de ONUSIDA. Aunque su sueldo lo paga enteramente la delegación regional de Nairobi, Odhiambo fue contratada para trabajar 50% para cada una de las organizaciones, en calidad de responsable de alianzas y VIH/SIDA para la Delegación Regional de la FIRC en África oriental y como asesora para NAP+. En cierto sentido, Odhiambo, al trabajar para ambas organizaciones, constituye la encarnación de la alianza. Ha aportado sus considerables conocimientos técnicos y experiencia al puesto, y su capacidad de comunicar y trabajar a todos los niveles, desde con las pequeñas comunidades hasta con los ministros gubernamentales.

Patrick Couteau, Coordinador Regional en materia de VIH/SIDA, explicó que solo alguien

¹⁴³ ONUSIDA, FICR y GNP+. *A vital partnership: the work of GNP+ and the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies on HIV/AIDS (Una alianza crucial: el trabajo de GNP+ y de la Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja)*, Un estudio de casos de prácticas óptimas de ONUSIDA.

que es VIH-positivo puede hablar en nombre de las PVVS: *“Tienen un punto de vista personal único, que no se puede aprender de los libros. Si tengo que poner en práctica el concepto de alianza, no puedo hacerlo sin trabajar estrechamente con alguien que vive con el VIH/SIDA. Y, muy importante, los donantes la escuchan.”*

Por lo demás, el nombramiento de Dorothy Odhiambo y el establecimiento de un programa sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo plantearon un gran desafío a Françoise LeGoff, jefa de la Delegación Regional de la Federación en Nairobi, y a la directora de recursos humanos, Winnie Maganda: proporcionar una terapia antirretrovírica (ARV) gratuita o a bajo coste. No solo Dorothy había recibido esta prestación en su empleo anterior, sino que Couteau y LeGoff consideraban que el acceso a los ARVs constituye una parte esencial de cualquier programa sobre el VIH/SIDA en el trabajo.

Si la Federación quiere ofrecer un “buen hogar” a las personas que viven con el VIH/SIDA, debe proporcionar acceso a una atención y un tratamiento efectivos, subrayó Couteau. Este es un tema especialmente importante en los países africanos, donde solo una pequeña parte de la población que necesita tratamiento ARV tiene acceso a esta terapia, debido a que ni los individuos ni los servicios públicos de salud pueden pagarla.

Si no garantizamos el acceso al tratamiento, argumentó Couteau, ¿para qué empoderamos a personas como Dorothy Odhiambo? ¿Para que se vayan a la tumba?

Un gran logro obtenido por la Delegación Regional de Nairobi fue que, a través de su directora de recursos humanos, pudo negociar un seguro médico colectivo que ahora incluye el acceso gratuito a la terapia ARV para todos los miembros del personal (y sus familias) que son VIH-positivos. Fue una negociación dura y complicada, y es posible que no se pueda llevar a cabo en otros países. Todas las personas consultadas, sobre todo las PVVS, coincidieron en que el acceso a los ARVs podía resultar un obstáculo mayor en el desarrollo de la alianza entre la FICR y las asociaciones y redes de PVVS. *“Si no tienen acceso a un tratamiento eficaz, dijo Couteau, estamos fomentando una capacidad que pronto desaparecerá”.*

4.3 Confidencialidad

Confidencialidad, en el contexto del VIH/SIDA, significa mantener en privado el estado serológico del VIH, sea positivo, negativo o desconocido. Garantizar la confidencialidad es fundamental para reducir la experiencia de discriminación y estigmatización relacionada con el estado respecto al VIH, y para aumentar el número de personas dispuestas a someterse a una prueba voluntaria del VIH y a tratarse. Si bien se estima que alrededor de 40 millones de personas viven con el VIH, solo el 10% conocen su estado serológico¹⁴⁴. El miedo al estigma y la discriminación así como la falta de servicios de análisis son algunos de los motivos que han conducido a esta situación.

Las alianzas con PVVS implican muchos tipos de actividades, algunas públicas y otras no. Pero uno de los temas constantes es la necesidad que experimentan las PVVS de confidencialidad y de poder elegir a quién revelar su estado y en qué circunstancias.

¹⁴⁴ ONUSIDA. *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA* (2004). www.unaids.org

Paradójicamente, garantizar la confidencialidad puede obstaculizar los esfuerzos por romper el silencio en torno al VIH. Hasta la fecha, los investigadores no han examinado a fondo modelos positivos, de varias culturas, sobre cómo vivir y gestionar enfermedades mortales, sin recurrir al modelo de la confidencialidad.

La discriminación contra las PVVS es un fenómeno mundial. Existen numerosos informes que ponen de manifiesto el trato discriminatorio recibido por las PVVS, o incluso el ostracismo al que han estado sujetas, por parte de las organizaciones religiosas debido a su estado serológico o su estilo de vida. En algunos casos esta actitud ha llevado a convocar a las PVVS para que asistieran a oraciones especiales o sesiones de confesión ante las congregaciones, que a menudo se basaban en insistentes pretensiones fraudulentas de curación milagrosa del SIDA¹⁴⁵. Temores exagerados al contagio han conducido a que en algunas iglesias se ordenara a las PVVS ser las últimas en tomar la Sagrada Comunión, o a ser completamente excluidas de los ritos religiosos¹⁴⁶.

Las PVVS siguen experimentando discriminación y estigmatización. La discriminación relacionada con el VIH y el SIDA se ve exacerbada por la vulnerabilidad a una mayor estigmatización a la que están expuestos ciertos grupos, entre los que figuran los consumidores de drogas intravenosas, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los migrantes, los prisioneros, los profesionales del sexo y las mujeres.

La confidencialidad es, con frecuencia, un problema en las comunidades en las que existen vínculos cercanos entre sus miembros. Incluso en las áreas urbanas la gente se conoce entre sí. Es posible que se rompa la confidencialidad, debido al chismorreio, los rumores, las discusiones con los amigos, la familia y otros, o a los efectos de políticas aparentemente inocuas, como el envío de facturas por parte de los servicios sanitarios al lugar de trabajo de una persona que se ha hecho la prueba del VIH. El recuadro 17, “Conclusiones del estudio de Siyam’kela sobre la confidencialidad”, proporciona ejemplos de respuestas por parte de organizaciones religiosas a la necesidad de confidencialidad en Sudáfrica.

Recuadro 17: Conclusiones del estudio de Siyam’kela sobre la confidencialidad

La falta de confidencialidad fue una de las preocupaciones planteadas por las organizaciones religiosas que participaron en el estudio Siyam’kela¹⁴⁷. En particular, se criticó la forma en que los dirigentes religiosos tratan la revelación del estado VIH-positivo por parte de una persona. Se planteó el problema de que en las organizaciones religiosas no existen normas de confidencialidad, a excepción de las normas sobre la confesión de la Iglesia Católica, que

¹⁴⁵ ONUSIDA, *Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA*. Ginebra (Suiza), 2002.

http://www.onusida.org/ar/pdf/marco%20conceptual_pdf0008.pdf

Vitillo, Rev. Robert J., *Desafíos teológicos y pastorales planteados por el VIH y el SIDA*. Seminario Nacional para Sacerdotes de Ghana, Centro para el Desarrollo Humano, Accra (Ghana), 16-17 junio 2004.

¹⁴⁶ Campbell, I.D. y Rader, A. *HIV/AIDS, stigma and religious responses: an overview of issues relating to stigma and the religious sector in Africa (VIH/SIDA, estigma y respuestas religiosas: sinopsis de las cuestiones relacionadas con el estigma y el sector religioso en África)*, 2002.

¹⁴⁷ *Policy Project*, Sudáfrica; Centro para el estudio del SIDA, Universidad de Pretoria; Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); Dirección Principal: VIH, SIDA & TB, Departamento de Salud. *Siyam’kela: Informe acerca de las investigaciones sobre el terreno para la elaboración de indicadores y directrices sobre el estigma relacionado con el VIH/SIDA*, diciembre de 2003.

<http://www.policyproject.com/siyamkela.cfm> o <http://www.csa.za.org>

ofrezcan pautas y orientación. *¿Cómo debemos tratar la confidencialidad? No lo sé, porque no somos buenos en este tema*, admitió un dirigente religioso.

Un dirigente religioso habló de la experiencia de un amigo y de su propia experiencia al revelar su estado serológico en sus respectivas iglesias. En el caso de su amigo, su superior eclesiástico le dijo que creía que el concilio debía estar informado *“y les causó tal conmoción que necesitaron compartir las noticias con sus esposas, que a su vez se sintieron tan conmocionadas que sintieron que lo debían compartir con sus amigas, que se sintieron tan conmocionadas que necesitaron hablarlo durante el té”*.

La experiencia del dirigente religioso en cuestión no fue muy diferente: se lo dijo a su obispo, el cual se lo dijo al capellán, y este lo compartió con su mujer, la cual prosiguió con la difusión de la noticia. Otros miembros de la comunidad religiosa expresaron inquietudes similares sobre la confianza y la confidencialidad en sus comunidades religiosas.

Se puso de relieve que el problema de la confidencialidad es un problema específico de las comunidades religiosas en que no se practica la confesión entre los sacerdotes y los miembros de la comunidad. Este problema fue planteado por un participante que lo describió de la siguiente manera: *En las iglesias donde no se practica la confesión no hay respeto por la información delicada, de carácter privado. Pensamos que debemos compartir [información], y de ahí vienen los problemas”*.

En vista de esta situación, se hizo hincapié en que toda comunidad religiosa debería elaborar una política sobre el VIH y el SIDA y la confidencialidad.

Como es difícil garantizar la confidencialidad en las comunidades, la educación sobre el VIH y el SIDA es esencial para reducir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH y el SIDA. Mediante la educación, es posible reemplazar las respuestas inapropiadas al VIH por atención, compasión y apoyo comunitario. Cuando esto ocurre, la confidencialidad se convierte en una cuestión menos problemática.

Trabajar a diario con PVVS, y tener un nombre y un rostro con los que asociar el concepto de “persona que vive con el VIH o el SIDA”, cuando previamente se asociaba a un virus o una enfermedad terrible, ayuda a la gente a superar sus temores y prejuicios, y cambia las percepciones que se tienen de las PVVS. Si se proporciona una base para establecer una alianza, un respeto y un entendimiento mutuos, una alianza puede derribar los conceptos simplistas de “proveedor de servicios” (la persona VIH-negativa) y “receptor de servicios” (la persona VIH-positiva). Además de reducir la discriminación, una alianza con PVVS puede mostrar a la iglesia las perspectivas únicas que conlleva la experiencia directa de las PVVS. Trabajar con las PVVS puede conducir a una comprensión más profunda del valor de las personas que viven con el VIH/SIDA, a considerarlas como un recurso precioso, pues son ellas quienes mejor conocen los problemas.

No hay nada malo en el hecho de compartir información, lo que es importante es el propósito y el impacto de este intercambio. En muchos sitios, la cuestión de la confidencialidad se ha transformado en confidencialidad compartida. En el contexto africano, la confidencialidad puede ser problemática y ha contribuido en gran medida al estigma y la discriminación debido a que desde el principio se interpretó como que el VIH no debía ser una carga que debía

compartirse y llevar juntos, sino más bien que debía ser un secreto. Esta interpretación está en contradicción con la forma de pensar africana, que considera que toda enfermedad es una enfermedad familiar, que la salud de una persona siempre forma parte de la salud colectiva y que consultar a un médico es un acto colectivo. Es evidente que las personas VIH-positivas que revelan su estado serológico viven más tiempo y mejor, pues una carga compartida resulta más ligera. De hecho, muchas personas que mantienen en secreto su estado mueren antes. Para la iglesia, el concepto de confidencialidad también viola el propósito de que el género humano se una en un único cuerpo de Cristo, que es VIH-positivo, en el que no existe “un nosotros y un ellos”.

Sin embargo, debido a la existencia del estigma y la discriminación, la susceptibilidad en torno a la información relacionada con el VIH es más alta que la que existe en torno a otros datos médicos. En vista de ello, muchos gobiernos han aprobado leyes para proteger la confidencialidad en el trabajo así como leyes contra la discriminación, y algunas organizaciones, de modo similar, han formulado y aplicado políticas sobre el VIH y el SIDA en el lugar de trabajo. En este tipo de políticas, la confidencialidad debería definirse ampliamente, de modo que incluya toda información que pueda identificar a un individuo o despierte la sospecha de que la persona:

- está o puede estar infectada por el VIH, o tiene el SIDA o una enfermedad relacionada con el VIH;
- se ha sometido a una prueba de VIH;
- recibe o ha recibido una terapia que indica que puede ser VIH-positiva;
- ha recibido instrucciones o el consejo de someterse a una prueba de VIH, o ha recibido asesoramiento sobre la prueba;
- ha tenido un comportamiento que la ha puesto en peligro de contraer el VIH; y
- tiene o tenía una relación con otra persona con el VIH o el SIDA, p. ej. una pareja.

El problema planteado por los clérigos VIH-positivos es difícil para las iglesias. Si bien el Canónigo Gideon Byamugisha, de Uganda, recibió el pleno apoyo de la Iglesia Anglicana (véase el recuadro 20), otras iglesias pueden mostrarse menos favorables. Su Santidad Abune Paulos, Patriarca de la Iglesia Ortodoxa Etíope, por ejemplo, cuando se le preguntó qué haría si se enterase de que un sacerdote de su iglesia era VIH-positivo, contestó: *En primer lugar, nos compadeceríamos y estaríamos dispuestos a prestarle apoyo, pero sería relevado de su puesto por haber infringido las reglas. Así pues, sería exonerado y nos ocuparíamos de él y la congregación sería informada y orientada adecuadamente. Yo lo trataría como a cualquier otra persona. Estoy en contra del estigma y la discriminación*¹⁴⁸. Por lo que respecta a las iglesias Católica y Metodista, no hay ninguna declaración pública o de gran alcance sobre los sacerdotes que viven con el VIH.

Así pues, la confidencialidad respecto al estado serológico de los clérigos constituye un problema en algunas iglesias, y la forma en que las iglesias responden a los clérigos VIH-positivos pone a prueba el compromiso de una iglesia respecto al hecho de que “la iglesia tiene SIDA” y todo lo que ello conlleva.

El recuadro 18, a continuación, “La Iglesia de Escocia: aplicar una política sobre el VIH en el trabajo”, da una idea de los procesos y desafíos que implica, para una iglesia, elaborar una política sobre el VIH en el trabajo. El recuadro 19, “Posibles cláusulas de confidencialidad

¹⁴⁸ Entrevista con el Patriarca etíope, Abune Paulos sobre el VIH/SIDA. Publicada por las Redes Regionales Integradas de Información de la ONU, 8 de mayo de 2003.

para una política sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo”, proporciona una formulación específica para cláusulas sobre confidencialidad de una política sobre el VIH en el trabajo.

Recuadro 18: La Iglesia de Escocia: aplicar una política sobre el VIH en el trabajo¹⁴⁹

La Iglesia de Escocia se comprometió en el año 2002 a apoyar un proyecto sobre el VIH/SIDA destinado a sensibilizar y ofrecer apoyo práctico a sus iglesias asociadas. Pero se dieron cuenta de que esta iniciativa estaba demasiado enfocada al extranjero y que la sede administrativa de la Iglesia de Escocia, como muchos otros empleadores escoceses, no hacía referencia al VIH en sus Instrucciones del Personal.

La Iglesia de Escocia cuenta con 260 empleados en Edimburgo. Las Instrucciones del Personal comprenden numerosas políticas y procedimientos, algunas exigidas por la ley. Una Asociación del Personal representa los intereses de los empleados, aunque no es un organismo negociador. La mayoría del personal no está sindicado.

Se reconoció que si la Iglesia quería demostrar su compromiso en hacer frente al VIH/SIDA y pretendía ofrecer liderazgo, entonces debía hacer prueba de responsabilidad mediante un programa de buenas prácticas para sus empleados. Sin embargo, las estructuras específicas de la organización y su modus operandi dieron a entender que tendría lugar un considerable proceso de toma y daca respecto a lo que se podía incluir de forma realista en una política sobre el VIH en el trabajo y también respecto a la rapidez con que se podía conseguir.

El Coordinador del proyecto sobre el VIH/SIDA tuvo, primero, conversaciones informales tanto con la Asociación del Personal como con el Departamento de Personal. Estos contactos iniciales condujeron a un acuerdo en términos generales de que sería pertinente y conveniente que la política sobre el VIH estuviese acompañada de un programa de formación e información. Tanto el Departamento de Personal como el Coordinador del proyecto sobre el VIH/SIDA examinaron ejemplos de prácticas óptimas de políticas sobre el VIH en el lugar de trabajo en el Reino Unido antes de que se empezase a debatir sobre una serie de borradores sucesivos. Tras varios meses de discusión, el comité encargado del proyecto llegó a un acuerdo sobre el borrador final y lo presentó a todo el personal. Sin embargo, este acuerdo carecía del compromiso de proporcionar formación e información, que había recomendado el Coordinador del proyecto sobre el VIH/SIDA.

Las iglesias, como instituciones que emplean a muchas personas, deben garantizar a las PVVS que son consecuentes obrando de modo que, mediante la elaboración de políticas sobre el VIH, puedan ser ejemplos para otras entidades, al tiempo que admiten las limitaciones específicas de sus estructuras, que es posible que influyan en la forma y concepción de este tipo de política.

¹⁴⁹ Información proporcionada por Nigel Pounde, Coordinador del Proyecto sobre el VIH/SIDA, Iglesia de Escocia, hivaid@world-mission.org

Recuadro 19: Posibles cláusulas de confidencialidad para una política sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo¹⁵⁰

1. Las iglesias deberán fomentar la creación de un entorno de trabajo propicio en el que los empleados, voluntarios y ordenandos puedan hablar abiertamente del VIH/SIDA, incluyendo su propia experiencia de vida con el VIH/SIDA. Cuando los empleados, voluntarios y ordenandos revelen que ellos o sus cónyuges y/o personas a cargo viven con el VIH/SIDA, se respetará la confidencialidad. Esta revelación se tratará en todas las circunstancias como algo compartido confidencialmente entre las partes, a menos que se declare expresamente lo contrario. Si hubiera alguna duda, se consultará a la persona que vive con el VIH/SIDA antes de darlo a conocer.
2. La información relacionada con el VIH acerca de posibles candidatos a la ordenación o empleados o voluntarios, o de actuales empleados o voluntarios o de los cónyuges y/o personas a cargo de cualesquiera de las personas arriba mencionadas se mantendrá estrictamente confidencial.
3. Los empleados y voluntarios que trabajen para las iglesias, así como los ordenandos, deberán firmar un acuerdo de confidencialidad, y se les informará de que cualquier revelación no autorizada de información relacionada con el VIH es una falta disciplinaria. Podrá dar lugar también a procedimientos legales contra la persona que revele la información y la iglesia.

Una de las paradojas de la discriminación relacionada con el VIH y el SIDA es que solo disminuirá si la epidemia se humaniza en vez de ser un problema médico o de desarrollo. Si bien la confidencialidad es importante, en última instancia las PVVS deben “violar” su propia confidencialidad. Lo que en un principio era una forma de protección a la larga se convierte en una prisión. El hecho de desvelar el estado serológico respecto al VIH no solo puede conducir a mayores oportunidades de atención y apoyo, sino también al crecimiento personal que conlleva aceptar un diagnóstico de VIH y compartirlo con la familia y los amigos y quizás incluso más ampliamente. Se trata de aceptar el SIDA como parte de la vida.

Involucrar a PVVS en las respuestas al SIDA ha demostrado ser muy valioso. El ejemplo del canónigo Gideon, que trabaja para contrarrestar el estigma relacionado con el VIH en Uganda, a nivel nacional, y a nivel internacional ha ayudado a abrir las iglesias a la realidad del VIH/SIDA. El recuadro 20, a continuación, muestra, a grandes rasgos, el trabajo de Gideon Byamugisha así como el apoyo que ha recibido por parte de la Iglesia Anglicana.

¹⁵⁰ Consejo Mundial de Iglesias, *Hacia una política sobre el VIH/SIDA en el trabajo*, Documento de Trabajo (2006)

Recuadro 20: El canónigo Gideon Byamugisha: la Iglesia Anglicana defiende a sus pastores

En 1992, el canónigo Gideon Byamugisha, un sacerdote anglicano de Uganda, conmocionó a sus hermanos sacerdotes y a sus feligreses al revelar su estado VIH-positivo. Se cree que el canónigo Gideon ha sido el primer dirigente religioso en África en hacer público su estado serológico positivo en una época en que las iglesias estaban empeñadas en negar el fenómeno del VIH/SIDA.

Profesor de profesión y sacerdote por vocación, el canónigo Gideon dejó su trabajo en el ‘Bishop Tucker Theological College’ de Uganda en 1993 para trabajar en el Programa sobre el VIH/SIDA de la Iglesia de la Provincia de Uganda como educador/formador, bajo la dirección del pastor Sam Ruteikara. Posteriormente, trabajó con la Diócesis de Namirembe, dirigida por el Obispo Samuel B. Ssekkadde, como director de los programas del VIH/SIDA de la diócesis, durante el período 1995-2002, antes de incorporarse a Visión Mundial Internacional, donde ahora trabaja en el Equipo de la Iniciativa Esperanza sobre el VIH/SIDA en calidad de asesor para las alianzas de las iglesias/organizaciones religiosas.

Ahora viaja por todo el mundo, sirviendo de ejemplo, y exhorta a las iglesias en África a desarrollar actitudes, competencias, servicios adecuados y un entorno de apoyo para remontar la epidemia. El canónigo Gideon, ha prestado apoyo, en calidad de asesor, a iglesias, organizaciones religiosas, PVVS, ONGs y agencias de la ONU en Botswana, Benin, Burkina Faso, Burundi, Camerún, la República Democrática del Congo, Etiopía, Finlandia, Alemania, Haití, India, Kenya, Malawi, Namibia, los Países Bajos, Nigeria, Noruega, Ruanda, Senegal, Sudáfrica, Swazilandia, Suecia, Suiza, Tanzania, Uganda, Estados Unidos, Reino Unido, Zambia y Zimbabwe para romper el silencio, el estigma y la inacción asociados con el VIH/SIDA. Es miembro fundador de ANERELA+.

La historia del canónigo Gideon es también la historia del obispo anglicano de Uganda que le escuchó y utilizó su posición institucional para acoger a un sacerdote VIH-positivo y darle un papel en la respuesta al VIH/SIDA. Este gesto del obispo para romper el estigma tuvo un gran impacto no solo en Uganda y todo el continente africano, sino también en el resto del mundo y, por supuesto, en la Iglesia Anglicana. No es la historia de un “inconformista” sino un ejemplo de colaboración y apoyo institucional a las PVVS, como mostró el nombramiento de Gideon Byamugisha como canónigo de la Catedral de San Pablo de Namirembe (Uganda) en 2001, y como canónigo de la Catedral de la Santa Cruz de Lusaka (Zambia), en 2003.

Crear un entorno propicio para que las PVVS revelen su estado serológico requiere reconocer una serie de necesidades. Muchos programas dependen del compromiso y valor de individuos VIH-positivos. Para muchas personas un diagnóstico VIH-positivo ya es, por sí solo, un acontecimiento que cambia la vida, que causa conmoción, dolor y un sentimiento de pérdida de control sobre la propia vida. Revelar el estado seropositivo puede ser traumático incluso en las mejores circunstancias posibles. Hacerlo público, como han hecho muchos activistas VIH-positivos, nunca es fácil, aun cuando se haga con el apoyo de las organizaciones en las que participan. Muchas iniciativas de las Naciones Unidas, los gobiernos y las ONGs de todas partes del mundo alientan a revelar el estado serológico con miras a prevenir una propagación

ulterior del virus, pero a menudo no logran ayudar a las PVVS a prepararse para ello, y no prestan el apoyo adecuado al trabajo en curso que llevan a cabo los activistas.

Los recuadros 21, 22 y 23 ilustran métodos e iniciativas que ponen un rostro humano a la epidemia del VIH y aprovechan las actitudes positivas que muchas PVVS tienen ante el hecho de vivir con el VIH. Cabe notar que en el marco de estas iniciativas se pide expresamente a las PVVS que revelen su estado, que violen su propia confidencialidad. Además de los proyectos descritos en los recuadros, Visión Mundial Internacional ha elaborado un folleto, “Contando historias”, en el que nueve dirigentes religiosos, cuyas vidas están profundamente y personalmente afectadas por el VIH/SIDA, narran sus historias¹⁵¹. En un tono similar, también está el libro del Reverendo Colin Jones *African Tales for Canterbury (Historias africanas para Canterbury)*, 2002¹⁵².

¹⁵¹ <http://www.chaa.info/index.htm> (en inglés)

¹⁵² ‘Estas historias fueron encargadas por el *Policy Project* de Sudáfrica. En primer lugar fueron leídas por el autor a los Primados de la Comunión Anglicana de Canterbury en el año 2002. Están basadas en las vidas de sudafricanos que viven con el VIH y el SIDA. Algunos de los nombres y los hechos son ficticios para respetar los deseos de aquellos que compartieron sus historias y tratar de situarlos en el rico contexto cultural y social de Sudáfrica.’

Las copias del libro en inglés se pueden obtener por £5 en:

CPSA HIV and AIDS Office

1 Braehead House

Kenilworth 7708

Cape Town

South Africa

Recuadro 21: Poner un rostro a la epidemia del VIH: fotos de PVVS

Una de las estrategias que mejor han funcionado en la eliminación del estigma del VIH/SIDA es una persona que diga: “Soy VIH-positivo/a”. Este gesto humaniza la epidemia. A tal efecto se han utilizado programas de entrevistas en la televisión y reportajes en revistas de todas partes del mundo. Siempre existe el peligro de que la persona que revela su estado no esté preparada a ser el foco de atención de los medios de comunicación o a la reacción de la familia, los amigos y colegas. Las personas que deciden dar este paso necesitan apoyo. Aun así, en términos de desestigmatizar la epidemia del VIH, siempre tiene que haber alguien que sea el primero.

Otro método que también tiene éxito en este proceso es la publicación de libros de PVVS que muestran los diferentes rostros que tiene el VIH en la sociedad y que a veces contienen textos escritos por personas que viven con el VIH/SIDA, como por ejemplo:

- Personas que viven con el VIH, Ucrania¹⁵³;
- De Frente a la Vida, México, 2004¹⁵⁴;
- Vivir abiertamente: Los Sudafricanos VIH-positivos cuentan sus historias.

Las iglesias pueden adoptar este concepto a nivel local, nacional, regional o mundial utilizando fotos de personas que responden al VIH y el SIDA en el contexto de la iglesia, con sus nombres, edades y un texto que les salga del corazón. Existen dos posibilidades:

1. Fotos de PVVS que forman parte de la iglesia, sea como clérigos, voluntarios o feligreses.
2. Fotos de miembros de la jerarquía eclesiástica que abrazan o permanecen junto a PVVS.

Sobre la base del mismo concepto, también se puede hacer un calendario, algo que la gente ve cada día.

Otra opción es una exposición de fotografías. En Tailandia, en 1999, una exposición fotográfica, *Mi vida positiva*, captaba los rostros de personas con VIH y SIDA, mostrando que eran capaces de llevar una vida ordinaria, con sus momentos de felicidad y de desesperanza, simplemente como todos los demás. Las fotografías se expusieron en áreas públicas muy concurridas, como en centros comerciales de Bangkok y Chiang Mai.

¹⁵³ Para obtener copias en inglés, sírvanse ponerse en contacto con: Central office of All-Ukrainian Network of PLWHA, Mezhygorskaya Str. 24b, Kiev, Ukraine, 04071

Persona de contacto: Nataliya Kovnir. Tel: (38044) 416-1274, 416-6989, office@network.org.ua, <http://www.network.org.ua>

¹⁵⁴ www.policyproject.com

Recuadro 22: Poner un rostro a la epidemia del VIH: Embajadores de la Esperanza¹⁵⁵

Un motivo para crear alianzas con las PVVS es mostrar el rostro humano de la epidemia a fin de promover la comprensión y combatir el estigma. Las organizaciones de PVVS hace ya mucho tiempo que se han dado cuenta del poder de humanizar el VIH y el SIDA, y la Red de personas africanas que viven con el VIH/SIDA (NAP+) hace algunos años estableció un programa de Embajadores de la Esperanza que específicamente pone un rostro humano a la epidemia.

La Delegación Regional de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna (FICR) en Nairobi, consciente del valor de este tipo de iniciativas, promovió la creación de una alianza entre la FICR y NAP+ y el fomento de aptitudes muy necesarias a las PVVS. Como parte de la iniciativa de formación conjunta entre la Delegación Regional de la FICR de Nairobi y NAP+, se organizó un taller, que tuvo lugar en Pretoria, en septiembre de 2002, con varios Embajadores de la Esperanza y cinco Sociedades Nacionales de la Cruz Roja (Eritrea, Etiopía, Kenya, Tanzania y Uganda).

Los participantes del taller eran de Botswana, Eritrea, Etiopía, Kenya, Lesotho, Malawi, las Islas Mauricio, Namibia, Ruanda, Senegal, Sudáfrica, Swazilandia, Tanzania, Uganda, Zambia y Zimbabwe. El ONUSIDA, la FICR y el *Policy Project* basado en Ciudad del Cabo proporcionaron recursos financieros y asistencia técnica. Empleados y voluntarios de la FICR que viven con el VIH/SIDA y miembros de NAP+ se reunieron para ser formados como Embajadores.

El objetivo del taller era formar a posibles embajadores para futuras misiones. Los participantes que ya eran embajadores compartieron sus experiencias y lecciones aprendidas en anteriores misiones, y los participantes recibieron una formación en formulación de políticas, promoción y defensa de causas, cómo hablar en público y otras aptitudes de comunicación y relaciones con los medios. El taller también tenía el propósito de fomentar una mayor participación de las PVVS en las actividades de la FICR, promover el establecimiento de contactos y el principio de una mayor participación de las personas que viven con el VIH/SIDA (MPPS), y preparar a las PVVS a ser actores principales en la campaña de la Federación contra el estigma y la discriminación.

Durante el taller, se elaboraron estrategias para misiones conjuntas de Embajadores de la Esperanza destinadas a abogar y establecer contactos para reducir el estigma. Los Embajadores visitan países para apoyar a las PVVS, ayudándolas, cuando es necesario, a formar grupos de apoyo, promover la atención y el tratamiento, y sensibilizar y ejercer presión sobre los gobiernos, las Comisiones/Consejos Nacionales sobre el SIDA y otros grupos influyentes para responder de forma eficaz a la epidemia. Después del taller, los Embajadores de la Esperanza se fueron en misión a trabajar con las Sociedades Nacionales y a crear alianzas entre estas sociedades y las asociaciones de PVVS.

¹⁵⁵ ONUSIDA, FICR y GNP+. *A vital partnership: the work of GNP+ and the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies on HIV/AIDS (Una alianza crucial: el trabajo de GNP+ y de la Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja)*, Un estudio de casos de prácticas óptimas de ONUSIDA.

De un modo similar, la Red africana de dirigentes religiosos que viven con el VIH y el SIDA o están personalmente afectados (ANERELA+) y las Iglesias Unidas contra el VIH/SIDA en el Sur y el Este de África (CUAHA, por su sigla en inglés) trabajan juntas en el programa “Embajadores de la Esperanza” de CUAHA. Este programa organizó unos seminarios sobre medios de comunicación en Dar es Salaam (Tanzania), en marzo de 2004, y en Mbabane (Swaziland), en septiembre de 1994, con el propósito de informar a los periodistas y a los clérigos sobre el papel que pueden desempeñar en la eliminación del estigma relacionado con el VIH y el SIDA, que incluían una sensibilización sobre el uso del lenguaje. CUAHA prestó apoyo y ANERELA+ conocimientos prácticos. Los objetivos de ambas organizaciones son los mismos: proporcionar ayuda y modelos a seguir a las PVVS. Además, CUAHA ofrece la oportunidad a varios miembros de ANERELA+ de exponerse al público, lo cual fomenta sus capacidades comunicativas. El lanzamiento del primer vídeo de CUAHA, “Embajadores de la Esperanza”, tuvo lugar en Dar es Salaam, el 30 de noviembre de 2003. Actualmente existe en inglés y suajili. Para mayor información sobre este vídeo, póngase en contacto con Maria Owen info@cuaha.info. Véase <http://www.cuaha.info/web/index.php?option=content&task=view&id=13>

Recuadro 23: Visión Mundial Internacional: vidas VIH-positivas

La Oficina Regional de América Latina y el Caribe de Visión Mundial Internacional ha publicado un importante libro sobre el VIH/SIDA en América Latina y el Caribe, “Acercándonos: el VIH/SIDA en América Latina y el Caribe”.

“Acercándonos” presenta las historias de 28 personas de 14 países de América Latina y el Caribe que o viven con el VIH y el SIDA o ayudan a quienes están afectados por la epidemia. Sus historias personales muestran el estigma y los prejuicios profundamente arraigados en torno al VIH y el SIDA, que se fundan en mitos que perpetúan la ignorancia, la indiferencia y el temor. No obstante, estas historias son, en su mayor parte, positivas: nos relatan los momentos de profunda crisis y dolor, pero también las fases de recuperación, esperanza y propósito renovado.

Cada uno de los 14 capítulos está enfocado en un mito particular sobre el VIH y el SIDA y su relación con las vidas de las personas que han sido entrevistadas y fotografiadas para la realización de este libro. Al final, en el epílogo, se presenta la estrategia de Visión Mundial para responder al VIH y el SIDA, y se hace un llamamiento a la acción.

Esta publicación es el resultado de una iniciativa conjunta del Departamento de Comunicación de la Oficina Regional de América Latina y el Caribe de Visión Mundial Internacional y el programa sobre el VIH/SIDA de 14 oficinas de la región, cuyos objetivos son:

- Concienciar a la opinión pública sobre los mitos, realidades y respuestas en torno al VIH y el SIDA.
- Suscitar debates sobre el estigma y la discriminación relacionados con el VIH y el SIDA.
- Dar la palabra y transmitir esperanza a aquellos que están infectados, afectados y marginados por el VIH y el SIDA.

- Recaudar fondos para la atención y la prevención.

Debido a restricciones financieras, solo existe un número limitado de copias disponibles para la distribución internacional. Así y todo, si las necesita, se le pueden proporcionar unas pocas copias en español, inglés y portugués. Para obtener copias impresas, sírvase escribir a:

Kevin Cook

Visión Mundial Internacional

Director de Comunicación

Oficina Regional de América Latina y el Caribe

Apartado Postal 133-1200

Curridabat, San José

Costa Rica

Tel.: (506) 257-5151, ext. 114

kevin_cook@wvi.org o ramon_soto@wvi.org

También puede acceder al documento en línea:

<http://www.gmfc.org/index.php/gmc6/content/download/373/1752/file/acer%20peque.pdf>

Lo que las iglesias pueden hacer:

- Educar sobre el VIH y el SIDA, pues la educación constituye un componente importante para hacer que la iglesia y sus miembros comprendan que debido al estigma imperante, la confidencialidad es importante y que, en algunos contextos, es crucial para la supervivencia de las PVVS y sus familias.
- Proteger la confidencialidad de una persona que es diagnosticada VIH-positiva, la confidencialidad compartida inclusive.
- Elaborar, si todavía no lo han hecho, políticas de confidencialidad en el marco de la política sobre el lugar de trabajo.
- Reconocer que la confidencialidad es necesaria debido al estigma y la discriminación que rodean al VIH y el SIDA. No obstante, las iglesias deben trabajar por la erradicación del estigma y el día en que la confidencialidad sobre el estado de VIH ya no sea necesaria.

La confidencialidad no es y no debe ser un fin en sí mismo. El ideal hacia el que debe encaminarse todo empeño es lograr un mundo en el que la confidencialidad no sea necesaria, porque no se discriminará a nadie por motivos de salud. Una época en la que todos sufriremos y nos alegraremos juntos, unidos en el cuerpo de Cristo.

Para las iglesias, la tierra prometida en los tiempos del VIH/SIDA es la capacidad de dismantelar el poder del estigma relacionado con el VIH identificándose ellas mismas como “iglesias VIH-positivas”, lo cual significa trabajar por su propia curación. En esta tierra prometida de “tolerancia cero” hacia el estigma relacionado con el VIH, se producirá una verdadera curación social, espiritual, emocional y física. Trabajar con las organizaciones de PVVS y ver el rostro de Cristo en cada una de las personas que viven con el VIH y el SIDA hará posible lograr este objetivo.

4.4 Participación simbólica (tokenismo)

Participación simbólica o ‘tokenismo’ se refiere a la participación que es aparente, ficticia, ilusoria, mínima, nominal, superficial.

Cuando la participación de las PVVS no es significativa, se dice que es simbólica.

La participación significativa no quiere decir tener una o más personas VIH-positivas presentes en las reuniones o los acontecimientos. Significa, en cambio, contar con la participación activa de un número de representantes de redes o grupos de PVVS que tengan las aptitudes necesarias para realizar este trabajo. Se trata de que reconozcan y tengan confianza en el valor de su propia contribución y de que su contribución también sea valorada por los demás. Además, deben contar con el apoyo de los miembros de las redes y organizaciones que los han nombrado para expresar sus puntos de vista y trabajar con ellos.

La cuestión de la participación simbólica en la respuesta al VIH ha sido un problema recurrente durante las últimas dos décadas. En los inicios de la epidemia, los hombres homosexuales lucharon por hacerse un sitio en las discusiones gubernamentales, una lucha que continúa hoy en día. Muchos defienden de boquilla la noción de la participación de las PVVS, pero la realidad, a menudo, no cumple con las expectativas. No existe una manera más fácil de acabar con una alianza que hacer que una PVVS se sienta utilizada y que solo se la solicita para firmar documentos, sentarse en un podio y guardar silencio, o aparecer junto a alguien ‘importante’ para una sesión de fotos.

Medidas para prevenir la participación simbólica:

- Comprometerse públicamente, a través de declaraciones, apariciones en los medios de comunicación u otros acontecimientos públicos, a involucrar a las PVVS en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de programas y proyectos de las iglesias y organizaciones religiosas, así como en la elaboración y aplicación de una política sobre el VIH en el trabajo.
- Representación de PVVS en las juntas directivas y ejecutivas. Este es un ejemplo de la puesta en práctica de un compromiso. Es de esperar que el hecho de formar parte del organismo responsable de la toma de decisiones garantice que se tengan en cuenta e incorporen los puntos de vista y las necesidades de las PVVS en las decisiones que adopten.
- Proporcionar una documentación completa, en un lenguaje apropiado, de forma que las PVVS puedan participar plenamente y de forma eficaz. Este tipo de asuntos prácticos requiere consideración, pues puede que algunas PVVS solo tengan un conocimiento limitado de la jerga utilizada, y no puedan participar efectivamente si los documentos no están escritos en un lenguaje apropiado.
- Considerar la posibilidad de aplicar una política de acción afirmativa en términos de otorgar un número o un porcentaje específico de asientos o puestos de trabajo a las PVVS. Esta política puede ser controvertida pero garantiza la representación de las PVVS.
- Prestar apoyo a las organizaciones de PVVS y fomentar su capacitación. Véase la sección 4.7.
- Los cuestionarios anónimos constituyen una forma de saber cómo las PVVS ven su participación y puede resultar un método útil para alentar a que aporten sus críticas.

Unas cuantas iglesias y organizaciones religiosas han hecho declaraciones en las que se han comprometido a involucrar a las PVVS. Por ejemplo:

- La Conferencia de Iglesias de Toda el África, en la Declaración de Kampala-Mukono afirmó: “Por consiguiente, recomendamos a las iglesias proteger, apoyar e involucrar a las personas marginadas y más vulnerables de la sociedad, como los jóvenes, las mujeres, las personas que viven con el VIH/SIDA y las personas con discapacidades”¹⁵⁶.
- La Conferencia de Iglesias de Toda el África, en la Declaración de Dakar, afirmó: “Teniendo en cuenta la gravedad de la pandemia del VIH/SIDA, recomendamos que las iglesias de África involucren a las PVVS en la planificación y ejecución de las actividades sobre el VIH/SIDA”¹⁵⁷.
- El Plan de Acción para ofrecer una respuesta ecuménica al VIH/SIDA en África, elaborado conjuntamente por las iglesias africanas, las iglesias del norte, las agencias ecuménicas y el CMI, afirmó: “Velaremos por que todas las personas que viven con el VIH/SIDA reciban el apoyo necesario para que puedan participar activamente en todas las actividades de las iglesias, y sean para las iglesias un recurso fundamental: especialmente en los sectores de trabajo relacionados con educación, formación, prevención, promoción, defensa de causas en favor de la justicia, reflexión teológica y elaboración de programas”¹⁵⁸. La Iniciativa Ecuménica sobre el VIH/SIDA en África (EHAIA), establecida en 2002, se ha visto fortalecida con la participación de organizaciones y redes de PVVS en la dirección y la planificación. El canónigo Gideon Byamugisha, una PVVS, forma parte de los Grupos de Referencia que guían la iniciativa a nivel internacional y subregional en África. Los cuatro Grupos Regionales de Referencia de la EHAIA también incluyen a representantes de PVVS: el grupo de África Central cuenta con Marianne Djamba de Kinshasa (República Democrática del Congo); el de África Oriental con Rose Njeri de Nairobi (Kenya); el del Sur de África con Lynde Francis de Harare (Zimbabwe); y el de África Occidental con Samuel Williams de Freetown (Sierra Leone). Todos son miembros o dirigentes de redes de PVVS.
- La Conferencia Cristiana de Asia declaró: “La iglesia tiene un papel importante que desempeñar a todos los niveles, internacional, regional, nacional y local, en promover la participación equitativa de las PVVS en la planificación de los programas y la prestación de servicios relacionados con el VIH/SIDA”¹⁵⁹.
- La Consulta sobre una agenda ecuménica para combatir el VIH/SIDA en el Sur de Asia propuso que una de las acciones para contrarrestar el estigma y la discriminación fuese involucrar a PVVS en la planificación, ejecución y gestión de los programas¹⁶⁰.
- El Simposio de las Conferencias Episcopales de África y Madagascar declaró: “... fieles a nuestras convicciones evangélicas, con vosotras nos comprometemos a promover colaboraciones más estrechas con la sociedad civil, el sector de negocios, los gobiernos, las Naciones Unidas, las agencias internacionales e

¹⁵⁶ Conferencia de Iglesias de Toda el África, *Declaración de Kampala-Mukono*. Kampala-Mukono (Uganda), 15-17 de enero de 2001.

¹⁵⁷ Conferencia de Iglesias de Toda el África, *Declaración de Dakar*. Dakar (Senegal), 23-25 de abril de 2001.

¹⁵⁸ La Respuesta Ecuménica al VIH/SIDA en África, *Plan de Acción: Consulta Mundial sobre la Respuesta Ecuménica al Desafío del VIH/SIDA en África*, Nairobi (Kenya), 25-28 de noviembre de 2001.

<http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-pdf/kenya-plan-of-action-esp.pdf>

¹⁵⁹ Conferencia Cristiana de Asia, Consulta sobre el VIH/SIDA: *Llamamiento a una respuesta religiosa: Declaración*. Chiang Mai (Tailandia), 25-30 de noviembre de 2001.

¹⁶⁰ Consejo Mundial de Iglesias (CMI) y Conferencia Cristiana de Asia (CCA). *Informe de la Consulta del CMI-CCA sobre una agenda ecuménica para combatir el VIH/SIDA en el Sur de Asia*. Colombo (Sri Lanka), 24-26 de julio de 2002.

intergubernamentales, y en particular con las organizaciones de personas que viven con el VIH y el SIDA, a fin de fomentar la capacidad para la asistencia y el apoyo, sin traicionar nuestras convicciones evangélicas” y “compartiendo la responsabilidad con vosotras, nos comprometemos a alentar a las personas que viven con el VIH/SIDA o que están afectadas por la enfermedad a participar activamente en nuestras comunidades locales, como consultoras en la lucha contra la pandemia”¹⁶¹.

- Los obispos católicos indios emitieron una carta pastoral con motivo del Día Mundial del SIDA en 2003, en la que declararon:
 - 10. Debemos reconocer que las personas que viven con el VIH/SIDA siguen contribuyendo en el seno de sus familias y de la sociedad. Necesitan sentir que su vida tiene valor, que mediante sus aportaciones positivas pueden enriquecer a la sociedad en general. Las personas que viven con el VIH/SIDA deben participar en la planificación y el proceso de toma de decisiones de las intervenciones¹⁶².
- La Federación Luterana Mundial y la Misión Evangélica Unida declararon: “Reconociendo que nuestra atención pastoral, nuestro ministerio y diaconía hasta ahora no han logrado hacer frente, de forma adecuada, a las necesidades relativas a la pandemia del VIH/SIDA, nos comprometemos a:
 - Exhortar y asistir a las congregaciones locales a planificar, ejecutar, hacer un seguimiento y evaluar programas que hagan frente a la pandemia del VIH/SIDA. Las personas que viven con el VIH/SIDA deben participar en la totalidad del proceso. Este puede incluir proyectos de generación de ingresos dirigidos por PVVS y destinados a ellas.
 - Establecer grupos de ayuda entre pares para las PVVS y sus familias destinados a prestar atención y compartir.
 - Apoyar las acciones de defensa y promoción de carácter legal en favor de las personas que viven con el VIH/SIDA.

Conscientes de que solo mediante la educación y la prevención podemos frenar la propagación y los efectos de esta pandemia, nos comprometemos a:

- Acercarnos a las personas que viven con el VIH/SIDA para aprender de sus testimonios e historias en talleres y viajes al terreno”¹⁶³.
- La Reunión Regional facilitada por el Consejo Latinoamericano de Iglesias (CLAI) y auspiciada por el CMI declaró:
 - 9. Según los signos de los tiempos que hemos compartido en este encuentro del CLAI, las personas en toda situación y circunstancia, que viven con el VIH-SIDA se constituyen en una oportunidad y desafío para el ministerio pastoral de nuestras iglesias hoy día.
 - 10. Reconocemos que esta realidad no involucra solamente a las personas que viven con VIH-SIDA, sino que implica a todos y todas quienes compartimos la existencia en este mundo. Por lo tanto, es un imperativo anunciar proféticamente la responsabilidad de la iglesia y la sociedad en el trabajo solidario para que como un solo cuerpo, asumamos la tarea que exige esta

¹⁶¹ Simposio de las Conferencias Episcopales de África y Madagascar, *La Iglesia en África frente a la pandemia del VIH/SIDA. Mensaje emitido por el Simposio de las Conferencias Episcopales de África y Madagascar (SECAM)*. Dakar (Senegal), 7 de octubre de 2003.

¹⁶² Obispos Católicos de la India, *Carta pastoral de los obispos indios para el Día Mundial del SIDA 2003: El desafío de ser su luz hoy*. 1 de diciembre de 2003.

¹⁶³ Federación Luterana Mundial y Misión Evangélica Unida, “Pacto de Vida” (*Covenant of Life*): *Declaración de Compromiso de la Consulta de Dirigentes de Iglesias Asiáticas sobre el VIH/SIDA*. Isla de Batam (Indonesia), 1-4 de diciembre de 2003.

realidad. Es nuestra obligación velar por la observancia de los derechos humanos de todas las personas que están viviendo esta situación ¹⁶⁴.

- La Alianza Mundial de ACJ, en marzo de 2004, declaró: “Por consiguiente, la Alianza Mundial de ACJ se compromete por la presente a velar por la participación de las personas que viven con el VIH y el SIDA en todos los aspectos relativos a la planificación, ejecución y evaluación de programas”¹⁶⁵.
- La Misión Evangélica Unida, en la política de su programa contra el VIH/SIDA, afirma que las personas que viven con el VIH y el SIDA ocupan un lugar central en los programas sobre el SIDA. “Por lo tanto, las iglesias deben tratar de involucrarlas activamente en todas las fases de sus programas. Cuando se necesita a las personas que viven con el SIDA y es posible, se les debe ofrecer capacitación para que puedan llevar a cabo su función (en África, por ejemplo, a través de ACCLIWA+)”¹⁶⁶.

Lo que es más importante es poner en práctica estos compromisos. En el plan estratégico global de Ayuda de la Iglesia Noruega (NCA, por su sigla en inglés), para el período 2005-2009, hay una clara directriz de política que da prioridad al principio de la MPPS en la elaboración, aplicación y evaluación de programas y políticas. Este nuevo plan estratégico es el resultado directo de las experiencias y procesos de aprendizaje que la organización ha vivido a consecuencia de su cooperación con redes y organizaciones de PVVS¹⁶⁷.

El recuadro 24, “Directrices para proyectos y criterios mínimos” describe cómo la participación de PVVS puede integrarse en el diseño de un proyecto si se convierte en un requisito o un criterio determinante para el apoyo de proyectos por parte de las organizaciones religiosas.

Recuadro 24: Directrices para proyectos y criterios mínimos¹⁶⁸

El ‘AIDS Funding Network Group’ (Grupo de redes que financian proyectos sobre el SIDA) y Caritas Internationalis intentan promover programas integrales que:

- incluyan prevención, atención, acciones de defensa y promoción, colaboración y establecimiento de contactos;
- trabajan con el fin de atender a las necesidades psicológicas, espirituales, sociales, económicas, pastorales y sanitarias de las personas afectadas e infectadas por el VIH;

¹⁶⁴ Reunión Regional facilitada por el Consejo Latinoamericano de Iglesias (CLAI) y auspiciada por el Consejo Mundial de Iglesias (CMI), *Iglesia y VIH/SIDA en América Latina y el Caribe: ¿Qué estamos haciendo?, ¿Qué podemos hacer?*. Panamá City (Panamá), 27 de enero-1 de febrero de 2004.

¹⁶⁵ Alianza Mundial de ACJ, *Foro mundial de capacitación sobre el VIH/SIDA: Marco estratégico para un plan de acción sobre el VIH/SIDA*. Durban (Sudáfrica), marzo de 2004.

¹⁶⁶ Misión Evangélica Unida, *Política Programática anti VIH/SIDA, adoptada por la Asamblea General de la Misión Evangélica Unida en Manila*, octubre de 2004.

¹⁶⁷ Información proporcionada por Anne-Marie Helland, Asesora Especial, Ayuda de la Iglesia Noruega. anne-marie.helland@nca.no. Véase también Ayuda de la Iglesia Noruega, *Una declaración de política de Ayuda de la Iglesia Noruega sobre el VIH/SIDA*. Aprobada por la junta directiva de Ayuda de la Iglesia Noruega, 29 de septiembre de 2003.

¹⁶⁸ AIDS Funding Network Group (Grupo de redes que financian proyectos sobre el SIDA) y Caritas Internationalis, *Guidelines and Minimal Criteria for HIV Project Proposals (Directrices y criterios mínimos para las propuestas de proyectos sobre el SIDA)*, diciembre de 2003. CAFOD facilita el trabajo del ‘AIDS Funding Network Group’ de agencias donantes del Norte. El mandato del grupo es tratar cuestiones de política y financiación relativas a los programas sobre el VIH. http://www.cafod.org.uk/about_cafod/what_we_do/hiv aids. Énfasis añadido.

- **tienen el objetivo de prevenir el estigma y la discriminación rompiendo el silencio en torno al VIH y el SIDA, defendiendo los derechos humanos y buscando la justicia.**

Estas directrices y criterios mínimos constituyen una guía que permita tomar decisiones sobre qué proyectos y programas financiar, a menudo en un contexto de recursos limitados. Describen, en términos generales, cinco principios clave, cuatro criterios básicos mínimos y tres ámbitos principales a tener en cuenta a la hora de proporcionar recursos financieros.

Los programas deben estar orientados hacia los siguientes principios clave:

- **La participación de las personas que viven con el VIH en la planificación, ejecución y evaluación de los programas.**
- Perspectivas sensibles al género
- Pertenecer o estar dirigidos a todos los niveles por la comunidad
- Estar en consonancia con otras actividades pastorales, humanitarias y de desarrollo
- Un trabajo cooperativo que forme parte de una respuesta multisectorial

En la evaluación de todas las propuestas de proyectos sobre el VIH, se deben aplicar cuatro criterios básicos mínimos:

- **Los proyectos sobre el VIH deben respetar los derechos humanos, proporcionar información objetiva, científicamente correcta, que no juzgue, y prestar servicios no discriminatorios.**
- **Las propuestas de proyectos sobre el VIH deben, en la medida de lo posible, ayudar a crear y fortalecer mecanismos autóctonos para hacer frente a la situación, que se caracterizarán por la autoayuda y la participación comunitaria que incluya a personas que viven con el VIH y están afectadas por el virus.**
- Los proyectos sobre el VIH deben tener objetivos y actividades claras e indicadores de cambio apropiados que permitan hacer un seguimiento de la aplicación de estos criterios a lo largo de la vida del proyecto.
- Las propuestas de proyectos sobre el VIH no deben estar concebidas aisladamente, sino estar relacionadas con actividades de desarrollo o salud existentes.

Los tres ámbitos principales susceptibles de recibir financiación son:

- Atención y apoyo.
- Acciones de defensa y promoción, derechos humanos y el establecimiento de contactos. Por ejemplo, programas de empoderamiento para personas VIH-positivas y personas con SIDA destinados a mejorar su calidad de vida, que incluyan el acceso al tratamiento de las enfermedades oportunistas y a los ARVs y las vacunas.
- Prevención. Por ejemplo, programas de educación y empoderamiento por y para personas que viven con el VIH y el SIDA que tengan por objetivo mejorar su calidad de vida, que incluyan el acceso al tratamiento de las enfermedades oportunistas y a los ARVs.

En la práctica, estas directrices significan, por ejemplo, que los programas que la Agencia Católica para el Desarrollo (CAFOD) apoya en países como Nicaragua, Camboya, Ruanda, Serbia y Albania incluyen educación y prevención, así como atención a las PVVS. Estos programas involucran a las PVVS como participantes activos y no solo como receptores de servicios y atención.

Véase http://www.cafod.org.uk/about_cafod/what_we_do/hivaids

4.5 Explotación

Pacto 5: La pobreza y el VIH/SIDA¹⁶⁹

Recordaremos, proclamaremos y actuaremos basándonos en el hecho de que Dios, nuestro Señor, creador de todos los recursos de la tierra, bendijo a las mujeres y a los hombres y les dio los recursos de la tierra para su subsistencia (Génesis 1:28-29). Por lo tanto, trabajaremos para fortalecer a los pobres y denunciaremos todas las estructuras, culturas, leyes y políticas nacionales e internacionales que condenan a millones de personas a vivir en una pobreza que las despoja de los derechos que Dios les ha dado y que, en la época del VIH/SIDA, las expone a la infección y las priva de un tratamiento y una atención de calidad.

La presencia de personas que viven abiertamente con el VIH en los lugares de trabajo pone de manifiesto que es posible seguir viviendo y trabajando normalmente, un primer paso crítico para abordar con éxito la discriminación relacionada con el trabajo.

Es raro el caso en que una persona VIH-positiva reciba una remuneración por cuidar y prestar apoyo a otras personas que viven con el virus. Las mujeres africanas que han desempeñado un papel de activistas han tenido que hacer frente a enormes dificultades. Se sienten frustradas por las presiones que se ejercen sobre ellas para que revelen su estado en el marco de campañas de prevención, cuando al mismo tiempo se ignoran sus necesidades financieras, médicas y emocionales. Los programas de las ONGs y los gobiernos también se han aprovechado del compromiso y los servicios voluntarios de las PVVS al utilizar esta fuerza de trabajo barata o gratuita en vez de proporcionar servicios sanitarios¹⁷⁰.

Medidas para prevenir la explotación:

- Reconocer el trabajo voluntario y, cuando sea posible, remunerarlo debidamente en efectivo o en especies.
- Pagar por los servicios prestados o el tiempo utilizado para asistir a reuniones.
- Prestar apoyo directo a las organizaciones, en términos financieros o de capacitación. Véase la sección 4.7.
- Proporcionar ayuda para cubrir los gastos de viaje y alojamiento, cuando sea necesario.
- Elaborar y aplicar políticas en el lugar de trabajo que abarquen el trabajo voluntario.

Remunerar el trabajo voluntario puede ser una cuestión muy sensible y delicada. En un mundo ideal, en el que todos los países e iglesias tuvieran dinero, este no sería un tema

¹⁶⁹ Conferencia de Iglesias de Toda el África, *Pacto sobre el VIH/SIDA*, Octava Asamblea General de la Conferencia de Iglesias de Toda el África, Yaoundé (Camerún), 22-27 noviembre 2003.

¹⁷⁰ Manchester J. *Hope, involvement and vision: reflections on positive women's activism around HIV (Esperanza, participación y visión: reflexiones sobre el activismo de las mujeres positivas en el ámbito del VIH)*. Transformation: Critical Perspectives on Southern Africa - 54, 2004, pp. 85-103. Michigan State University Press.

discutible. Sin embargo, en muchos países, sobre todo de África, los cuidados a domicilio, la atención a los huérfanos, etc. dependen de las mujeres voluntarias y la mayoría de los gobiernos, iglesias, proyectos y programas no pueden pagarlas.

El principio del trabajo voluntario es muy apreciado por las iglesias, pues a lo largo de los años les ha permitido asumir una gran parte de la atención y del apoyo necesarios en la sociedad, especialmente en aquellos países en los que solo operan unas pocas instituciones. La remuneración del trabajo voluntario tiene el potencial de erosionar este principio, especialmente, si la gente pide ser remunerada por cualquier servicio prestado. Un ejemplo reciente de una tendencia que está socavando el trabajo voluntario fue el rechazo por parte de un grupo de personas de asistir a una reunión sobre el VIH y a sus iglesias a menos de recibir un *per diem* equivalente al de las Naciones Unidas.

Si la remuneración del trabajo voluntario se vuelve obligatoria, muchas PVVS sufrirán y serán desatendidas. Las PVVS no solo prestan servicios voluntarios, sino que también los reciben. Cuando no es posible pagar en dinero, existe la opción de pagar en especies, con comida, por ejemplo.

Otro problema que plantea el hecho de pagar a los voluntarios es que la mayoría de donantes se niegan a proporcionar recursos para pagar a los trabajadores. Ahora bien, las iglesias pueden abogar por que los donantes cambien sus procedimientos operativos. El hecho de que los donantes se restrinjan a financiar únicamente los proyectos y no cubran los gastos de los empleados/consultores/voluntarios es una cuestión de actitud por parte de las agencias financiadoras.

Cuando una persona recibe formación como voluntaria y adquiere las aptitudes necesarias para llevar a cabo la tarea asignada, con frecuencia se convierte en una persona que puede optar a un trabajo remunerado. “No es raro que en el marco de los proyectos de la iglesia se forme a voluntarios y proveedores de atención que luego se van a trabajar a otros lugares, quizás porque obtienen un empleo formal, o porque encuentran un puesto de trabajo en el sector público donde es posible que sean remunerados por el mismo trabajo que antes hacían de forma voluntaria. La pérdida de personas cualificadas supone un coste muy alto para los programas de la Iglesia, que apenas pueden permitirse, pero aun así se puede considerar que la formación que han proporcionado pasa a ser aprovechada en otro marco y que la Iglesia tiene una repercusión más amplia”¹⁷¹.

Una de las limitaciones de trabajar con o a través de la iglesia es que la iglesia es una organización sin fines lucrativos, que a menudo no tiene dinero, aunque esto depende del país y de la iglesia. Si bien algunas iglesias no pueden pagar, algunas que sí que pueden no pagan a los voluntarios porque es una tradición muy antigua que el trabajo de la iglesia no se haga por dinero, sino por amor a Dios.

¹⁷¹ Munro, Hna. Alison OP., hermana dominica de Oakford, coordina la Oficina del SIDA de Pretoria (Sudáfrica) de la Conferencia Episcopal de África Meridional. *Belated, but powerful: The response of the Catholic Church to HIV/AIDS in the five southern African countries (Tardía, pero poderosa: La respuesta de la Iglesia Católica al VIH/SIDA en cinco países de África meridional)*. Texto presentado en la XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA, Barcelona (España), julio de 2002.

Discusión

- ¿Debería su iglesia pagar a las PVVS que trabajan de forma voluntaria?
- Si su respuesta es sí, ¿cómo debería pagarlas: en dinero o en especies?
- ¿Cómo puede su iglesia recaudar fondos para pagar a las PVVS a fin de evitar abusos?

4.6 Cuestiones prácticas

Atención sanitaria

Las iglesias y las organizaciones religiosas prestan una enorme cantidad de servicios sanitarios en todo el mundo, incluido en el ámbito del VIH y el SIDA. Sin embargo, en los países en desarrollo, a pesar de los bajos precios para los medicamentos antirretrovíricos (ARVs) y de iniciativas como “3 por 5” de la OMS (tratar con ARVs a tres millones de personas para el final de 2005)¹⁷², en junio de 2004, únicamente unas 440 000 personas de países con ingresos medios o bajos recibían una terapia antirretrovírica.

El acceso a medicamentos tanto para las infecciones oportunistas como para el tratamiento del VIH es una cuestión importante, si no vital, para las PVVS. El problema de la atención y el tratamiento de las PVVS puede convertirse en un gran obstáculo para la creación de alianzas entre las iglesias y las PVVS en muchos países, ya que muchas personas que viven con el VIH/SIDA no pueden funcionar de una forma eficaz sin los medicamentos apropiados y, por consiguiente, no pueden cumplir con sus responsabilidades en el seno de una alianza. Dicho simplemente: las PVVS que deben luchar cada día por su supervivencia no pueden trabajar como es debido en una alianza que quiere ser eficaz. E incluso cuando se fomenta la capacidad, ésta se puede perder si la persona enferma y no puede trabajar o muere.

Una primera medida para todas las iglesias y organizaciones religiosas es elaborar y aplicar una política sobre el VIH en el lugar de trabajo¹⁷³. En el caso de que las iglesias sean quienes emplean directamente a PVVS, la aplicación de una política de trabajo, que incluya subsidios médicos, es un prerrequisito para crear un entorno favorable en el que las PVVS puedan trabajar. Elaborar una política de trabajo es un proceso. Muchas iglesias y organizaciones religiosas pueden carecer, como empleadoras, del entorno y las condiciones necesarias a las PVVS, como facilidades de atención sanitaria, seguros médicos y apoyo psicológico, y estas insuficiencias, incluso en materia de cobertura médica, se harán patentes durante el proceso de revisión de las condiciones de la política de trabajo en vigor.

¹⁷² “3 por 5” es la iniciativa que tiene como meta que tres millones de personas que viven con el VIH/SIDA en países con ingresos bajos y medios tengan acceso a la terapia antirretrovírica para el final de 2005. Es un paso hacia el objetivo del acceso universal a la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA para todos los que lo necesiten, como derecho humano. <http://www.who.int/whr/2004/chapter2/es/index6.html>

¹⁷³ Véase Consejo Mundial de Iglesias, *Hacia una política sobre el VIH/SIDA en el trabajo*, Documento de Trabajo (2006).

Pacto 3: El tratamiento y los medicamentos contra el VIH/SIDA¹⁷⁴

Recordaremos, proclamaremos y actuaremos basándonos en el hecho de que la tierra y todo lo que hay en ella pertenece al Señor y que Él ha confiado su custodia a todos los seres humanos (Salmos 24:1 y Génesis 1:29). Por lo tanto, desempeñaremos, abierta y tenazmente, un papel profético de defensa a favor de todos los que están infectados y se les deniega el acceso a medicamentos abordables hasta que el tratamiento antirretrovírico sea accesible a todos los que lo necesitan.

Para las organizaciones de PVVS, una de las principales ventajas de establecer alianzas con las iglesias es que las iglesias son instituciones respetables. Mientras que las PVVS pueden ser objeto de estigmatización y discriminación en la sociedad, las iglesias, en general, forman parte del *establishment*. Las iglesias pueden dar una voz a los sin voz. Muchas iglesias ya participan en gran medida en programas de atención y asistencia y son capaces de formular las necesidades. Esto significa que las iglesias tienen el deber de utilizar sus posiciones de influencia para abogar ante los gobiernos y las agencias por: el acceso al tratamiento, que incluya el tratamiento de las infecciones oportunistas y la terapia antirretrovírica, una mayor asignación de fondos a la infraestructura sanitaria, la puesta en marcha de un sistema de cuidados domiciliarios y comunitarios, y un mayor número de profesionales médicos especializados en el tratamiento del VIH y el SIDA.

El Cardenal Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, por ejemplo, en su declaración a la Asamblea Mundial de la Salud en el año 2001, prestó especial atención a la negación del acceso al tratamiento apropiado para las personas que viven con el SIDA en los países en desarrollo, lo cual constituye una forma de discriminación relacionada con el SIDA:

Es necesario alargar la lista de los medicamentos genéricos que satisfacen a la mayoría de la población. Promover legislaciones nacionales y acuerdos internacionales para contrarrestar el monopolio de pocas empresas farmacéuticas y abatir así los precios en especial para los países en vías de desarrollo. Propiciar acuerdos para la adecuada transferencia de tecnología sanitaria a dichos países¹⁷⁵.

El Comité Ejecutivo de la YWCA Mundial en 2002 y 2004 recomendó respectivamente que:

Además de respuestas programáticas, todas las YWCA creen o participen en redes para hacer presión a favor de políticas gubernamentales eficaces, sensibles al género, que detengan la propagación del VIH/SIDA y garanticen la disponibilidad de medicinas y la atención a las víctimas¹⁷⁶.

La Alianza Mundial desarrolle un marco político sobre el tema del acceso al tratamiento para las personas que viven con el VIH y el SIDA (que incluirá un análisis

¹⁷⁴ Conferencia de Iglesias de Toda el África, *Pacto sobre el VIH/SIDA*, Octava Asamblea General de la Conferencia de Iglesias de Toda el África, Yaoundé (Camerún), 22-27 noviembre 2003.

¹⁷⁵ Cardenal Javier Lozano Barragán. *Intervención de la Santa Sede en la 54ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud*, 2001.

¹⁷⁶ YWCA Mundial. *Comité Ejecutivo*. Ginebra (Suiza), noviembre de 2002.

contextual y leyes internacionales) y acciones que puedan llevar a cabo los movimientos nacionales¹⁷⁷.

Si bien la meta es conseguir el acceso universal a la terapia antirretrovírica, entre tanto algunas organizaciones han introducido medidas interinas para garantizar la supervivencia de la organización. Un ejemplo de esfuerzo innovador es el Fondo para el Tratamiento del VIH/SIDA, subvencionado por la Asociación Rotaria Internacional y sus filiales belga y ugandesa, que dispone actualmente de seis sensibilizadores que facilitan tratamiento antirretrovírico¹⁷⁸. El Fondo está codirigido por el Foro de Personas que Viven con el VIH/SIDA, que reúne todas las redes y asociaciones ugandesas que trabajan en este campo.

Por su parte, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR), en 2003, creó el Fondo Masambo para el suministro de medicamentos necesarios para salvar las vidas de los miembros del personal y los voluntarios de las Sociedades que viven con el VIH/SIDA¹⁷⁹. El Fondo se financia:

- solicitando a las Sociedades Nacionales que recauden una contribución anual voluntaria para el Fondo equivalente al 1% de su contribución estatutaria a la Federación; y
- mediante contribuciones individuales, sobre todo a través del personal del FICR que trabaja en la sede de Ginebra.

Hasta la fecha el Fondo Masambo ha recaudado fondos para apoyar el tratamiento del VIH para 40 PVVS durante los próximos cinco años.

A pesar de que estas medidas pueden ser controvertidas porque dan prioridad a algunas personas cualificadas, en los países o áreas en las que hay una alta prevalencia de VIH la supervivencia de la organización constituye un verdadero problema, también para las iglesias y las organizaciones religiosas.

Por último, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR, por su sigla en inglés) constituye una nueva fuente potencial de financiación para la prevención, la asistencia, el apoyo y el tratamiento. Aunque el programa está claramente a favor de la abstinencia, pretende tratar con terapia antirretrovírica a por lo menos dos millones de personas y está especialmente dirigido a las organizaciones religiosas. El recuadro 25, a continuación, “Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA” recoge la información básica sobre este programa.

Recuadro 25: Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR, por su sigla en inglés)

En enero de 2003, el Presidente de los Estados Unidos, George W. Bush, anunció la creación del PEPFAR, una iniciativa de US\$ 15 billones, por un período de 5 años, para cambiar la suerte del combate contra la pandemia mundial. Los recursos están destinados a hacer frente al VIH/SIDA en países de África y del Caribe (Botswana, Costa de Marfil, Etiopía, Guyana,

¹⁷⁷ YWCA Mundial. *Recomendaciones sobre el VIH/SIDA adoptadas por el Comité Ejecutivo de la Alianza Mundial*. Hong Kong, 2 de abril de 2004.

¹⁷⁸ Comisión de Uganda sobre el SIDA/ONUSIDA (2003). *Asociación ugandesa sobre el SIDA (The Uganda HIV/AIDS Partnership)*. Nota informativa sobre la asociación, 31/07/03.

¹⁷⁹ <http://www.ifrc.org/sp/docs/news/pr03/8403.asp>

Haití, Kenya, Mozambique, Namibia, Nigeria, Ruanda, Sudáfrica, Tanzania, Uganda y Zambia) y también en Vietnam. En concreto, esta iniciativa pretende:

- Prevenir 7 millones de nuevas infecciones (que representan el 60% de las nuevas infecciones que se prevén en los países citados arriba): La iniciativa comprenderá esfuerzos de prevención a gran escala, que incluyan asesoramiento y pruebas del VIH voluntarias.
- Tratar a 2 millones de personas infectadas por el VIH: aprovechando los recientes avances en el tratamiento antirretrovírico, el PEPFAR constituirá el primer intento mundial de suministrar el nuevo tratamiento antirretrovírico a gran escala en los países más pobres y afectados.
- Atender a 10 millones de personas infectadas por el SIDA y de huérfanos a causa del SIDA: la iniciativa prestará una gama de servicios de atención, que incluirá asistencia a los huérfanos a causa del SIDA.

Un ejemplo de la cantidad de fondos asignados por el PEPFAR es la donación de US\$ 330 millones por un período de cinco años a los Servicios Católicos de Socorro, que abarca proyectos apoyados por la Junta de la Misión Médica Católica y de varias otras organizaciones. Esta donación está destinada a suministrar medicamentos antirretrovíricos para la prevención y el tratamiento de la transmisión materno-filial del VIH.

El PEPFAR hace hincapié en la prevención basada únicamente en la abstinencia, por lo que ha doblado la financiación a los programas que promueven la abstinencia como el único método de prevención. Este planteamiento puede disuadir a algunas iglesias y organizaciones religiosas de solicitar fondos. Además, existen otras limitaciones: el número de países elegibles es restringido, la actitud de Estados Unidos respecto a los medicamentos genéricos y la obligación de comprar a las compañías farmacéuticas estadounidenses plantean ciertos problemas, y solo las ONGs, iglesias o compañías de Estados Unidos pueden recibir fondos. Aun así, muchas organizaciones religiosas han recibido, y siguen recibiendo, fondos de la iniciativa PEPFAR.

Véase http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/pepfarfact.html (en inglés), <http://www.usaid.gov/espanol/extractos.html> (en español)

Seguro de viajes

La participación de las PVVS a nivel internacional puede verse obstaculizada por dificultades para obtener un seguro de viajes que cubra las enfermedades relacionadas con el VIH durante el viaje. Las iglesias deben asumir que llevar a PVVS a conferencias y a otros foros puede conllevar costosas intervenciones médicas. Las PVVS, cuanto más viajan, más posibilidades tienen de enfermar debido al desfase horario, la falta de sueño, comer a deshora, etc.

Las iglesias pueden hacer varias cosas para que las PVVS permanezcan sanas. En primer lugar, se pueden compartir los viajes entre varias personas, en vez de que siempre viaje la misma persona. También se puede minimizar la cantidad de viajes. Puesto que se reciben muchas propuestas para participar en diferentes reuniones, se debe cuestionar si la participación es realmente necesaria, si será una reunión que realmente aporte resultados concretos.

No obstante, la cuestión de fondo es que, si una PVVS no puede obtener un seguro de viaje y la iglesia la envía en misión, entonces la iglesia deberá poder cubrir los gastos que pueda ocasionar una urgencia médica.

Restricciones de viaje

Desde el principio de la epidemia del SIDA, los países han establecido restricciones de viaje como medida para prevenir la propagación del VIH a través de las fronteras. Estas medidas incluyen pruebas obligatorias del VIH para personas que desean entrar en un país determinado y la obligación de que las personas que desean entrar al país declaren que no están infectadas. En base a estas pruebas y declaraciones obligatorias, una serie de países han denegado la entrada a PVVS o a personas que se sospecha que pueden estar infectadas. Este tipo de restricciones se ha impuesto a personas que deseaban entrar en un país por un corto período de tiempo, por motivos de negocios, turismo, competiciones deportivas o visitas personales, o por períodos de más larga duración, por motivos de estudio, trabajo, refugio o inmigración.

Para entrar en un país, sobre todo las personas de países en desarrollo, se puede necesitar un visado. Una de las preguntas para la obtención del visado de entrada puede ser si la persona tiene una enfermedad infecciosa o contagiosa. Si una PVVS contesta “sí”, según que países le denegarán la entrada o tendrá que intentar entrar sin visado. También existe la opción de contestar “no”, pero si existen datos sobre el estado serológico de la persona, entonces se le denegará la entrada de por vida no por su estado VIH-positivo, sino por haber hecho una declaración falsa en un formulario de inmigración. Es una situación difícil.

Las medidas que las iglesias deberían adoptar son:

- Cuando se organicen viajes breves o largos o un nuevo destino a otros países para los empleados, voluntarios y ordenandos de las iglesias, la autoridad competente de la iglesia les notificará las restricciones legales a la entrada de PVVS¹⁸⁰.
- Cuando se exija la detección del VIH, la autoridad competente de la iglesia asegurará que se facilite al empleado un asesoramiento previo y posterior a las pruebas y se le reembolsará el costo de ese asesoramiento, si no puede obtenerse gratuitamente.
- La autoridad competente de la iglesia deberá determinar qué restricciones se aplican a las personas con VIH que entran en el país. Si existen restricciones, la autoridad competente de la iglesia deberá pedir al gobierno que se revoken.

4.7 Capacitación

Los esfuerzos de desarrollo reconocen cada vez más la necesidad de proporcionar apoyo para que las personas puedan decidir por sí mismas cuáles son sus problemas y las posibles soluciones, y para encontrar su propia voz y sus modos de expresión. Desde esta perspectiva, el desarrollo significa facilitación y prestar apoyo a las personas para que desarrollen las aptitudes y capacidades que necesitan para organizarse según sus propias agendas. Como tal, la capacitación es un proceso de cambio autóctono y debe estar iniciado y dirigido por las organizaciones y comunidades locales. La voluntad de las organizaciones y comunidades locales de asumir la responsabilidad, de hacer sus propias contribuciones, de continuar de forma independiente y mejorar las reformas logradas es vital si se quiere que los procesos de

180 Información sobre normas para la entrada y residencia de personas que viven con el VIH/SIDA en 168 países, en línea en inglés, francés y alemán www.aidsnet.ch/linkto/immigration/. Para obtener la información más actualizada convendrá consultar a la embajada del país correspondiente.

cambio sean eficaces y sostenibles. Cuanto más activamente participen las organizaciones y las comunidades locales en la definición de los objetivos y las medidas, mayor será su determinación en asumir como suyos los cambios que deben efectuarse, es decir: que cuanto más se identifiquen con las medidas introducidas y mayor sea su deseo de aplicarlas bajo su propia responsabilidad, más éxito tendrán los procesos de cambio.

El desarrollo efectivo de capacidades presupone una reflexión sistemática por parte de los participantes sobre el proceso de cambio que quiere llevarse a cabo. Un primer paso esencial a la hora de abordar la capacitación es realizar una evaluación sobre las necesidades/capacidades con el fin de conocer y analizar la situación. Preguntas, como:

- ¿Dónde están las lagunas en términos de capacidades?
- ¿Qué tipo de intervenciones pueden utilizarse para colmar las lagunas?
- ¿Cómo pueden gestionarse e integrarse estas intervenciones en los programas y proyectos existentes?

pueden ser útiles para evaluar y determinar las intervenciones necesarias. Además, este tipo de evaluación sobre las necesidades proporciona los datos preliminares para hacer un seguimiento y una evaluación de las intervenciones en materia de capacitación. Un recurso básico para analizar la situación, elaborar objetivos y actividades, y hacer un seguimiento y una evaluación es la guía, disponible en inglés, *Step by Step Guide to HIV/AIDS Planning for the Anglican Community* (Guía paso a paso para la planificación en materia de VIH/SIDA para la comunidad anglicana) de Melanie Judge y Nikki Schaay, *Policy Project*, septiembre de 2001 (<http://www.policyproject.com/abstract.cfm/646>). La metodología descrita en este manual podría adaptarse para hacer un análisis sobre las necesidades institucionales de capacitación.

Entre los enfoques generales sobre capacitación cabe mencionar:

- Formación antes de entrar en un empleo y durante el empleo así como educación continua
- Formar y recurrir a consultores nacionales o regionales
- Asistencia técnica puntual
- Hermanarse con otros para recibir u ofrecer formación
- Aprendizaje a distancia

La capacitación requiere un enfoque sistémico. Las estrategias tradicionales de capacitación hacen hincapié en el fortalecimiento de la capacidad de actuación de los individuos y las organizaciones, pero la experiencia muestra que, según la situación, este tipo de medidas también debe incluir esfuerzos para aumentar la responsabilidad, la eficacia y la transparencia de las instituciones y las políticas. Sin embargo, la mejora, por sí sola, de los marcos políticos e institucionales no puede contribuir a mejorar de forma significativa la capacidad de funcionamiento de los individuos, las organizaciones y las sociedades. Estas estrategias deben ir acompañadas de medidas de capacitación a nivel local.

La capacitación necesita un enfoque constante a largo plazo que no debe ser sacrificado por conveniencias a corto plazo o resultados rápidos a fin de poder presentar un informe sobre historias exitosas. Las capacidades solo pueden construirse gradualmente, a lo largo de un período de tiempo, y una vez desarrolladas pueden disminuir rápidamente o perderse si no se utilizan o cultivan. Al carácter a largo plazo de la capacitación se yuxtaponen los requisitos impuestos por los donantes. En general, las políticas financieras de los donantes tienden a

ajustarse a las prioridades y los intereses a corto plazo de los donantes, y están sujetas a modificaciones debido a cambios en las prioridades. La capacitación efectiva requiere encontrar maneras de convencer a uno o varios donantes de que se trata de un proceso a largo plazo, si se quiere que los resultados sean sostenibles. Además, la capacitación efectiva no significa cumplir con los requisitos de los donantes, sino fomentar la capacidad para atender a las necesidades locales. Por ejemplo, el hecho de que los requisitos de algunos donantes para los informes sobre los proyectos o programas sean complicados es responsabilidad de esos donantes y no de la organización local. Las organizaciones locales deben presentar informes financieros, pero si un donante en particular requiere un formato específico o un análisis más a fondo de los datos, entonces la organización local debe incluir en el presupuesto que presente al donante los gastos para pagar a una persona u organización externa que lleve a cabo esta tarea, en vez de capacitar a la organización para poder hacerlo.

La capacitación se centra en la cuestión de cómo un proyecto o un programa cambia a las personas, organizaciones y sociedades, y qué incentivos crea para que los participantes mantengan los efectos a largo plazo. Se deben utilizar indicadores de rendimiento y resultados a todos los niveles para cuantificar la mejora del funcionamiento o el logro de resultados o evaluar las contribuciones en términos de eficacia en cuanto a mejoras de funcionamiento o logro de resultados.

Está generalmente aceptado que, tanto en las iglesias como en las organizaciones de PVVS, se necesita desarrollar la capacidad a nivel de gestión, acciones de defensa y promoción, hablar en público, comunicación y recaudación de fondos para responder al VIH y el SIDA. Esto es especialmente necesario en el caso de las redes de PVVS que a menudo no están suficientemente desarrolladas a nivel organizativo, lo cual hace que a las PVVS les resulte difícil participar de una forma significativa y en condiciones de igualdad.

Iglesias

*En términos de formación específica se trataría de comprender la crisis y la respuesta al HIV/SIDA y en particular la noción de 'merecer la enfermedad' (Dirigente religioso)*¹⁸¹.

Según el estudio *Siyam'kela*, las iniciativas de formación sobre las que se ha recibido información tendían a sensibilizar a los dirigentes religiosos sobre cuestiones relativas al VIH y el SIDA, como por ejemplo: cómo responder, en las organizaciones religiosas, al VIH y el SIDA de forma compasiva y sin juzgar, es decir sin la noción de que el VIH y el SIDA son un pecado. Si bien la mayoría de intervenciones estaban concebidas para el bienestar de las PVVS, algunas estaban destinadas a sensibilizar a la comunidad en general¹⁸².

Es preciso ampliar la asignación de recursos para apoyar la sensibilización, la formación y el intercambio de experiencias, incluyendo material de liturgia, ética, teología y educación sexual. Ya existen muchos recursos útiles, incluidos buenos ejemplos de lo que están

¹⁸¹ *Policy Project*, Sudáfrica; Centro para el estudio del SIDA, Universidad de Pretoria; Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); Dirección Principal: VIH, SIDA & TB, Departamento de Salud. *Siyam 'kela: Informe acerca de las investigaciones sobre el terreno para la elaboración de indicadores y directrices sobre el estigma relacionado con el VIH/SIDA*, diciembre de 2003.

¹⁸² *Policy Project*, Sudáfrica; Centro para el estudio del SIDA, Universidad de Pretoria; Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); Dirección Principal: VIH, SIDA & TB, Departamento de Salud. *Siyam 'kela: Informe acerca de las investigaciones sobre el terreno para la elaboración de indicadores y directrices sobre el estigma relacionado con el VIH/SIDA*, diciembre de 2003.
<http://www.policyproject.com/siyamkela.cfm> o <http://www.csa.za.org>

haciendo las iglesias. También será preciso crear o recabar nuevos recursos. Además, habrá que traducir el material en idiomas locales. Gran parte de esta labor se puede hacer a escala ecuménica, principalmente en cooperación con el sitio web de la Alianza Ecuménica de Acción Mundial (www.e-alliance.ch)¹⁸³.

Las iglesias deben aumentar sus conocimientos técnicos y su experiencia sobre el VIH y el SIDA, y en muchos casos formular un plan estratégico claro en respuesta a la epidemia. Si bien las declaraciones dan una idea general del compromiso y la actitud de las iglesias respecto al VIH y el SIDA, incluida la necesidad de capacitación¹⁸⁴, es preciso elaborar un plan o un marco estratégico que analice lo que una iglesia puede llevar a cabo en la práctica y las finanzas y el empeño que ello requiere. Entre los ejemplos de marcos estratégicos sobre el VIH/SIDA elaborados por las iglesias a nivel internacional, cabe mencionar los siguientes:

- Iniciativa Ecuménica sobre el VIH/SIDA en África (EHAIA), *Plan de acción, "Consulta Mundial sobre la Respuesta Ecuménica al Desafío del VIH/SIDA en África"*. Nairobi (Kenia), 25-28 de noviembre de 2001.
- Federación Luterana Mundial, *Compasión, Conversión, Asistencia: Respuesta de las iglesias a la pandemia del VIH/SIDA. Plan de acción de la Federación Luterana Mundial*, 18 de enero de 2002.
- Misión Evangélica Unida, *Política Programática anti VIH/SIDA, adoptada por la Asamblea General de la Misión Evangélica Unida en Manila*, octubre de 2004.

A nivel nacional, es decir, un paso más cerca para llegar a las parroquias y a las personas a nivel comunitario, también se han elaborado planes estratégicos, como, por ejemplo:

- Iglesia Anglicana de Tanzania. *Cuatro años (2003-2007). Taller sobre estrategia sanitaria celebrado en el aula de la Conferencia Episcopal de Tanzania en Kurasini*, Dar es Salaam (Tanzania), 14-18 de julio de 2003.
- Iglesia de Nigeria (Comunión Anglicana), *Plan estratégico nacional sobre el VIH/SIDA y seminario de elaboración de políticas*. Abuja (Nigeria), 10-14 de noviembre de 2003.

La Iniciativa Ecuménica sobre el VIH/SIDA (EHAIA), aparte de la formulación de políticas, ha establecido una oficina sobre el VIH/SIDA en Ginebra y emplea a cuatro coordinadores regionales en: Kinshasa (República Democrática del Congo) para África Central, Nairobi (Kenya) para África Oriental, Harare (Zimbabwe) para África Meridional, y Accra (Ghana) para África occidental. También se ha designado a un consultor teológico. De un modo similar, ANERELA+ está desarrollando una red regional de oficinas con una oficina principal, que ya está establecida, en Johannesburg (Sudáfrica).

Las iglesias también necesitan fomentar su capacidad para poder asumir los desafíos que plantea la erradicación del estigma relacionado con el VIH, la prevención del virus y abordar el tema de la sexualidad humana. Es con este propósito que la EHAIA ha elaborado un

¹⁸³ Federación Luterana Mundial, *Compasión, Conversión, Asistencia: Respuesta de las iglesias a la pandemia del VIH/SIDA. Plan de acción de la Federación Luterana Mundial*, 18 de enero de 2002.

¹⁸⁴ Por ejemplo, la Conferencia de Iglesias de Toda el África, en la *Declaración de Dakar*, afirma: "Teniendo en cuenta la gravedad de la pandemia del VIH/SIDA, recomendamos a todas las iglesias de África que movilicen a sus trabajadores para fomentar la capacidad de hacer frente a la crisis del VIH/SIDA". Dakar (Senegal), 23-25 de abril de 2001.

programa de formación teológica¹⁸⁵, enfocado en formar educadores teológicos de modo que integren el VIH y el SIDA como un componente esencial en sus programas; y en formar a los dirigentes teológicos en teología de la compasión, cuestiones de género y la elaboración de estudios relevantes. A finales de enero de 2004, se había formado a al menos 700 educadores teológicos de todo el continente de África; 110 dirigentes de África Central y Meridional habían sido formados en teología de la compasión y cuestiones de género. También se han elaborado estudios relevantes con el fin de proporcionar marcos teológicos significativos a los profesores de teología y a los dirigentes religiosos¹⁸⁶.

El Consejo Mundial de Iglesias (CMI) y la Conferencia Cristiana de África (CCA) exhortaron a las iglesias a participar en intervenciones basadas en las necesidades y a los donantes a apoyarlas: “Reconociendo que las congregaciones cristianas tenemos un gran alcance a través de sus instituciones sanitarias y educativas, se insta a las iglesias a dar prioridad a la capacitación de modo que puedan movilizarse plena y efectivamente en la respuesta al VIH y el SIDA. Las iniciativas de capacitación podrían estar dirigidas a los clérigos, los dirigentes laicos, las mujeres, los grupos de jóvenes y el personal de las instituciones religiosas, y podrían incluir formación en gestión de programas, comunicación y aptitudes de asesoramiento, documentación, seguimiento y evaluación de programas, y educación basada en los valores. Entre las acciones sugeridas figuran:

- Acciones de defensa y promoción para dirigentes religiosos y laicos mediante un programa intensivo, delimitado en el tiempo, con el objetivo de lograr compromisos personales, a través de la creación de un departamento de defensa y promoción en los consejos nacionales de iglesias (periodo de tiempo recomendado: seis meses).
- Incorporar la formación sobre la atención y la prevención del VIH y el SIDA en los programas de estudios de las escuelas teológicas y en los programas de formación para dirigentes religiosos.
- Capacitación en aptitudes para la vida y comportamientos responsables para los jóvenes a través de las clases de catequesis, grupos de iguales, escuelas bíblicas de vacaciones, y líderes de grupos de jóvenes; para las mujeres a través de mujeres pastores, líderes de grupos asociativos, redes de mujeres en el marco de las iglesias; y para hombres, de la misma forma y con la misma intensidad.
- Formación del personal de las instituciones de educación cristiana y de salud de modo que posteriormente puedan llevar a cabo acciones en sus respectivas áreas.
- Utilización de los conocimientos de determinadas instituciones que proporcionan servicios especializados (p. ej. comunicación para el cambio de comportamiento para grupos de riesgo y la población en general, servicios de asesoramiento, análisis de

¹⁸⁵ Boletín informativo de la EHAIA. Newsletter of the Ecumenical HIV/AIDS Initiative in Africa, No. 4, enero de 2004.

<http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-news-s.html> (disponible en inglés, francés y portugués)

¹⁸⁶ Dube, M.W., Ed. *HIV/AIDS and the Curriculum: Methods of Integrating HIV/AIDS in Theological Programmes* (Métodos para integrar la problemática del SIDA en los programas teológicos). Ginebra: Publicaciones del CMI, 2003.

<http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-pdf/integrating-hiv-aids-in-theological-programmes-eng.pdf> (en inglés)

Dube, M.W., Ed. *Africa Praying: A Handbook on HIV/AIDS Sensitive Sermon Guidelines and Liturgy* (La oración en África). Ginebra: Publicaciones del CMI, 2003.

<http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-pdf/africa-praying-eng.pdf> (en inglés)

CMI, *Programa de estudios sobre el VIH/SIDA para instituciones teológicas en África*. Ginebra: CMI, 2001.

<http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-pdf/curriculum-for-theological-institutions-esp.pdf>

Todos los materiales disponibles en: <http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-documents-s.html#training>

sangre, servicios de atención para las PVVS, programas de reducción de daños, información sobre preservativos, intervenciones en materia de infecciones de transmisión sexual, etc.).

- Cooperación con los programas y políticas gubernamentales referentes al VIH/SIDA¹⁸⁷.

Ante la ampliación, en los últimos años, del acceso a la terapia antirretrovírica, las iglesias también necesitan recibir formación para poder acompañar y apoyar a las personas que toman antirretrovíricos y hacer frente a los posibles efectos secundarios¹⁸⁸. Este tipo de formación ayuda a facilitar la adherencia a tratamientos médicos que a veces son complejos. La adherencia es importante para reducir la posibilidad de desarrollar resistencia a los medicamentos¹⁸⁹.

¹⁸⁷ Consejo Mundial de Iglesias (CMI) y la Conferencia Cristiana de Asia (CCA), *Informe de la consulta del CMI y la CCA sobre “Una agenda ecuménica para combatir el VIH/SIDA en el Sur de Asia”*. Colombo (Sri Lanka), 24-26 de julio de 2002.

Véase también CAFOD. *The reality of HIV/AIDS: a Christian perspective (La realidad del VIH/SIDA: una perspectiva cristiana)*, 2004.

Esta publicación pone de relieve los retos y oportunidades con que se enfrentan la Iglesia Católica y sus miembros en su papel como agentes para el cambio, como actores que trabajan para encontrar soluciones con y para aquellos viviendo con el virus y sus familias. Los autores, tomando ejemplos de su trabajo de campo, ilustran la forma en que la Iglesia Católica y otros deben asumir múltiples roles, como educadores, proveedores de servicios de salud, proveedores de cuidado y atención, orientadores y defensores.

El precio del libro es de £4.50 y se encuentra disponible en CAFOD (resources@cafod.org.uk o +44 20 7733 7900). Las personas de países en desarrollo que desean obtener un ejemplar, pero no pueden pagarlo, pueden obtener una copia gratuita. http://www.cafod.org.uk/about_cafod/what_we_do/hiv/aids/the_reality_of_hiv/aids.

¹⁸⁸ La OMS ha elaborado un plan de desarrollo de la capacidad humana para ampliar el tratamiento del VIH/SIDA, que traza un plan estratégico para promover el desarrollo, el fortalecimiento y el apoyo necesarios a la fuerza de trabajo para aumentar de forma drástica el tratamiento antirretrovírico y mantenerlo. El enfoque estratégico propuesto se basa en el entendimiento de que conseguir este objetivo depende enteramente de los esfuerzos conjuntos entre las comunidades, los países y las organizaciones internacionales. Se fundamenta en la experiencia de esfuerzos de capacitación que han tenido éxito y aprovecha los conocimientos existentes para fortalecer la capacidad de formación a nivel nacional y regional en el contexto de una respuesta de emergencia. El plan propuesto identifica cinco elementos que son esenciales para desarrollar y mantener la capacidad humana para lograr la meta de la iniciativa “3 por 5” a nivel de suministro de servicios:

- Ofrecer programas de formación adecuados y sencillos sobre competencias clave para la terapia antirretrovírica.
- Diseñar enfoques específicos adaptados a cada país para la formación y el desarrollo de los recursos humanos.
- Proporcionar asistencia técnica puntual para poner en práctica los programas de formación.
- Elaborar mecanismos de certificación y control de calidad para la formación.
- Garantizar la disponibilidad de suficientes fondos para llevar a cabo la formación.

<http://www.who.int/3by5/publications/documents/isbn9241591137/en/> (en inglés).

¹⁸⁹ Alianza Internacional contra el VIH/SIDA, OMS, ONUSIDA. *Mobilising NGOS, CBOS and PLHA groups for improving acces to HIV/AIDS – related treatment (Movilizar a las ONGs, las OBFs y los grupos de PVVS para mejorar el acceso al tratamiento relacionado con el VIH/SIDA)*, 2002.

<http://www.aidsalliance.org/sw7423.asp> (disponible en inglés)

OMS. *Expansión del tratamiento antirretroviral en entornos con recursos limitados: directrices terapéuticas para un enfoque de salud pública*, Revisión de 2003.

http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/arvrevisionsp.pdf

Véase también <http://womenchildrenhiv.org/wchiv?page=cp-01-02>, para obtener información sobre pautas para el tratamiento antirretrovírico e informes por país y región.

OMS. *AIDS Home Care Handbook (Manual de atención a domicilio para casos de SIDA)*. Ginebra (Suiza), 1993, WHO/GPA/IDS/HCS/93.2

Las necesidades de capacitación van más allá de lo que generalmente se considera la prevención y atención del VIH. “A menudo, las aptitudes necesarias para los proyectos de la Iglesia no están directamente relacionadas con el SIDA. Con lo que la gente tiene dificultades, como ocurre con frecuencia en las ONGs y las organizaciones comunitarias, es con las aptitudes de liderazgo, dirección y gestión financiera. Cuando se tienen estas aptitudes los proyectos prosperan, como sucede con otras iniciativas, como los proyectos de cultivo de verduras, de costura, mermelada y velas artesanales, y otras muchas actividades de generación de ingresos... No se debe subestimar el papel que desempeñan la formación y la capacitación en liderazgo y aptitudes de gestión en los proyectos de la iglesia. El coordinador del programa también tiene un papel clave y la transferencia de las aptitudes es un proceso continuo pues siempre hay nuevas personas que se incorporan a los programas”¹⁹⁰.

Para terminar, los recuadros 26, 27 y 28 proporcionan información sobre redes y organizaciones religiosas especializadas en proporcionar recursos para la capacitación, que van desde materiales educativos e información de contacto hasta la elaboración de programas educativos y de formación en distintos países.

Recuadro 26: Redes: una fuente útil de recursos y contactos

La Red Cristiana Panafricana contra el SIDA (PACANet) es una respuesta cristiana coordinada cuyo propósito es hacer frente a la pandemia del VIH/SIDA en el continente africano. El objetivo de PACANet es establecer enlaces entre las iglesias, las organizaciones y las redes cristianas para optimizar sus repuestas al VIH/SIDA mediante el intercambio de recursos, ideas, aptitudes y experiencias, y la promoción de alianzas estratégicas. <http://www.pacanet.org>

La Alianza Cristiana contra el VIH/SIDA (CHAA) es una red de agencias, iglesias y personas cristianas que oran y trabajan juntas para servir y empoderar a aquellos que están afectados por el VIH/SIDA. La mayoría de las organizaciones que participan en CHAA están basadas en el Reino Unido pero trabajan en todo el mundo. El objetivo de la red es facilitar una respuesta cristiana estratégica y compasiva a la pandemia del VIH/SIDA. CHAA reconoce el papel inestimable que la comunidad cristiana debe desempeñar en traer vida frente a la muerte y esperanza frente a la desesperanza, mediante acciones de defensa y

<http://sleekfreak.ath.cx:81/3wdev/CD3WD/HEALTH/UNDP001E/INDEX.HTM> (en inglés).

Un manual sobre la atención y el apoyo a domicilio a las personas con VIH, destinado a los trabajadores sanitarios y a las comunidades, que tiene como objetivo promover la confianza de la gente en su propia capacidad para atender de forma segura, compasiva y eficaz a las personas con VIH.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). *Aprender a vivir bien con el VIH/SIDA: Manual sobre cuidados y apoyo nutricionales a los enfermos de VIH/SIDA*, 2002. http://www.fao.org/documents/show_cdr.asp?url_file=/docrep/006/y4168s/y4168s01.htm

ONUSIDA. *Colaboración con curanderos tradicionales en la prevención y atención del VIH/SIDA en el África subsahariana*, octubre de 2002, ONUSIDA/00.29E. Un resumen de cómo los curanderos tradicionales pueden participar en la asistencia médica y comunitaria destinada a las personas con VIH, con ejemplos de varios países africanos y sugerencias sobre cómo establecer una colaboración.

¹⁹⁰ Munro, Hna. Alison OP. *Belated, but powerful: The response of the Catholic Church to HIV/AIDS in the five southern African countries (Tardía, pero poderosa: La respuesta de la Iglesia Católica al VIH/SIDA en cinco países de África meridional)*. Texto presentado en la XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA, Barcelona (España), julio de 2002.

promoción e iniciativas que sean de utilidad para las personas afectadas.

<http://www.chaa.info/index.htm>

Global Connections (Conexiones Globales) es la red evangélica de misión mundial. Los miembros de la red son agencias de misión, establecimientos educativos, organizaciones de desarrollo, iglesias y otros, todos comprometidos con la evangelización mundial y en trabajar juntos cuando sea posible. *Global Connections* es principalmente una red, pero también ofrece servicios en el sector de los negocios, proporciona recursos pedagógicos, un boletín de noticias y tiene un código de prácticas óptimas. *Global Connections* también representa al movimiento de misión mundial en el Reino Unido, a nivel nacional e internacional. A través de esta red, se pueden obtener contactos, información y servicios para ser más eficaz en la evangelización. <http://www.globalconnections.co.uk/>

Recuadro 27: Alianza Internacional de Educación y Capacitación para la Atención del SIDA (ACET)

La Alianza Internacional de ACET es una red mundial, en pleno crecimiento, de organizaciones cristianas independientes y agencias relacionadas con las iglesias que responden al SIDA y que en los países donde opera está dirigida y compuesta casi exclusivamente por personas del país en cuestión. Los miembros de ACET están unidos en una carrera contrarreloj para prevenir que en África y en el resto del mundo otra generación se vea destruida por el SIDA, y para prestar ayuda a los enfermos, los moribundos y los afligidos.

Las organizaciones miembro proporcionan educación sexual y sobre las drogas, atención a domicilio y en centros sanitarios para personas afectadas por el VIH/SIDA, apoyo a la vivienda, proyectos de generación de ingresos, asistencia a huérfanos, ayuda por fallecimiento, formación profesional y asesoramiento técnico en comunidades de muchos países sobre cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA. Una parte muy importante de su función es ayudar a movilizar a las iglesias de todas las confesiones a llevar a cabo acciones cristianas, compasivas y eficaces en el ámbito del SIDA.

Las organizaciones miembro se encuentran en Uganda, Burundi, Zimbabwe, Tailandia, India, Rusia, la República Checa, Eslovaquia, Eslovenia, Ucrania, Croacia, Inglaterra, Escocia, Irlanda, Jersey, Barbados y Guayana y pronto en Nigeria. El trabajo está creciendo a un mayor ritmo en los países con bajos ingresos y una alta incidencia del VIH.

Todos los participantes de la Alianza Internacional de ACET están unidos por objetivos comunes que son diferentes expresiones de la respuesta cristiana al SIDA, trabajan en colaboración con los gobiernos y otras organizaciones nacionales e internacionales, entre las que se incluye ONUSIDA, UNICEF y la OMS.

Si bien la mayoría de los miembros son agencias exclusivamente especializadas en temas de salud sexual/SIDA, para otros las cuestiones relacionadas con el VIH constituyen una parte de su trabajo. Pero todos los miembros, siempre que es posible, trabajan en colaboración con iglesias locales de diferentes confesiones para poder servir a todas aquellas personas de la localidad que necesitan ayuda, independientemente de su etnia, afiliación religiosa o cualquier otro factor.

Los valores principales de la Alianza Internacional de ACET son:

- La atención incondicional y compasiva para todos los que están afectados por el VIH, sin hacer caso de cómo contrajeron el virus, luchando contra el estigma y la discriminación y promoviendo la aceptación de las personas con VIH en sus comunidades.
- La educación preventiva, respetando las enseñanzas tradicionales de la iglesia, promoviendo estilos de vida sanos e intentando dar confianza a los jóvenes para que resistan la presión de los pares y encuentren su propio camino.
- La formación eficaz, desde un enfoque integral, sensible al desarrollo personal y comunitario, promoviendo fuertemente el liderazgo autóctono, haciendo hincapié en la transferencia de conocimiento “del Sur al Sur” y del “Este al Este” y rechazando el prejuicio común de que lo que viene de Occidente es mejor.

Los miembros de la Alianza Internacional de ACET han:

- prestado apoyo práctico a más de 3 500 personas con SIDA
- apoyado a más de 1 000 huérfanos
- proporcionado educación a más de un millón de niños sobre salud sexual y el abuso de drogas
- distribuido 1,4 millones de materiales pedagógicos a adolescentes
- proporcionado 60 000 libros gratuitos a trabajadores de países muy afectados
- dado acceso en línea a un millón de copias gratuitas de capítulos del libro
- proporcionado apoyo técnico y asesoramiento a un gran número de agencias nacionales e internacionales basadas en más de veinte países, mayoritariamente de las partes más pobres del mundo.

Además, se han descargado más de un millón de capítulos del libro y de recursos sobre el SIDA de la página web / sección de recursos en los últimos 18 meses.

<http://www.acet-international.com/>

También se puede acceder a informaciones útiles en inglés en *Faith and Values* (Fe y Valores):

<http://www.faithandvalues.com/channels/aids-hiv.asp>

Recuadro 28: La iniciativa religiosa sobre el VIH/SIDA en África de Balm In Gilead¹⁹¹

Balm In Gilead es una organización no gubernamental, sin fines de lucro, cuya misión es frenar la propagación del VIH/SIDA en toda la diáspora africana mediante la capacitación de las comunidades religiosas para que puedan proporcionar educación sobre el SIDA, atención y apoyo a todas las personas que viven con el VIH/SIDA o están afectadas por la enfermedad. Durante más de 15 años, la iniciativa de Balm In Gilead ha ayudado a cientos de instituciones religiosas de Estados Unidos a convertirse en líderes en materia de prevención del VIH proporcionando programas educativos integrales y ofreciendo un apoyo compasivo que aliente a las PVVS a buscar y seguir un tratamiento.

¹⁹¹ <http://www.balmingilead.org>

La iniciativa religiosa sobre el VIH/SIDA en África de Balm In Gilead ha sido concebida para crear una educación sanitaria sostenible y un sistema de suministro de cuidados en las comunidades religiosas africanas. Su objetivo es fomentar la capacidad de las comunidades religiosas para que se conviertan en una fuerza efectiva en la lucha contra la pandemia del SIDA en Costa de Marfil, Kenya, Nigeria, Tanzania y Zimbabwe.

Esta iniciativa está fomentando la capacidad de las comunidades religiosas de África para:

- Pronunciarse contra el estigma del SIDA.
- Educar a la gente sobre el SIDA.
- Apoyar y proporcionar intervenciones que prevengan la transmisión materno-filial del VIH.
- Apoyar y ofrecer asesoramiento religioso y pruebas voluntarias.
- Desarrollar intervenciones que promuevan comportamientos de bajo riesgo y estados seronegativos.
- Prestar atención y apoyo a largo plazo a las personas que viven con el VIH y a los huérfanos.
- Abogar por las personas que viven con el VIH/SIDA, incluidos los derechos de las mujeres, las viudas y los huérfanos.

El trabajo de Balm In Gilead incluye trabajar con los dirigentes religiosos y con las personas responsables de las actividades diarias destinadas a construir la capacidad institucional de una organización religiosa determinada. Balm In Gilead ha identificado las siguientes áreas estratégicas:

1. Desarrollo de la infraestructura
2. Capacitación
3. Movilización comunitaria
4. Formación y asistencia técnica
5. Análisis/Evaluación
6. Comunicación/medios

Balm In Gilead trabaja para ayudar a las organizaciones religiosas asociadas específicamente en los seis ámbitos siguientes:

- Elaborar y llevar a cabo análisis de los programas y proyectos para determinar los niveles de participación anteriores y actuales en las actividades relacionadas con el VIH/SIDA y las barreras que limitan la participación de las comunidades religiosas en la prevención, la educación y la atención del VIH/SIDA.
- Desarrollar o fortalecer la infraestructura de la oficina del VIH/SIDA de la sede nacional de cada socio.
- Fomentar la capacidad de cada oficina del VIH/SIDA de la sede nacional de cada socio para diseñar y apoyar el suministro de servicios de intervención en materia de VIH/SIDA a través de las iglesias y las mezquitas locales.
- Elaborar materiales pedagógicos eficaces y culturalmente apropiados sobre el SIDA para ser distribuidos masivamente a través de la comunidad religiosa del país.
- Elaborar y aplicar estrategias que han demostrado ser efectivas para la movilización efectiva de la comunidad religiosa.

Llevar a cabo una serie de programas de formación en el país para desarrollar las aptitudes de forma que se puedan crear y apoyar redes sólidas de servicios sobre el VIH/SIDA a través de las comunidades de la iglesia o la mezquita locales.

Organizaciones de PVVS

Para que las organizaciones de PVVS puedan operar de forma eficaz, es preciso fomentar su capacidad de dirigir una organización, abogar, hablar en público, comunicar y recaudar fondos. Involucrar a las PVVS en la divulgación, sin haber recibido antes la formación necesaria y un apoyo continuo, puede tener un impacto negativo en la calidad del servicio prestado, y también puede perjudicar a los individuos mismos. Un estudio sobre 17 ONGs que proporcionan servicios relacionados con el VIH y el SIDA en cuatro países (Burkina Faso, Ecuador, India y Zambia) reveló que el hecho de no tener en cuenta las necesidades de las personas VIH-positivas reducía la efectividad de los servicios prestados¹⁹².

Crear un entorno favorable a la participación real (y no simbólica) de las PVVS en el seno de una organización requiere mucha reflexión y empeño. La diversidad de las personas que viven con el VIH/SIDA, sus experiencias y necesidades deben tenerse en cuenta. Las PVVS necesitan formación y apoyo para poder participar más activamente, y las iglesias deben hacer que su manera de trabajar sea más participativa y accesible a las personas que no estén acostumbradas a la formalidad habitual de las reuniones y demás exigencias institucionales. Esto es especialmente necesario si se empodera a más mujeres y jóvenes VIH-positivos, que tradicionalmente han estado excluidos de los procesos de toma de decisiones, para que contribuyan de una forma significativa.

La participación más formal de redes y organizaciones de PVVS (en contraposición a la participación personal informal) también ayudaría a aplicar el principio de MPPS de forma sistemática. La YWCA Mundial y la Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/SIDA (ICW) fomentan la capacidad en ambas organizaciones mediante un intercambio de personal y conocimientos. En el marco de este intercambio, la ICW formará a empleados de la YWCA Mundial sobre el comportamiento que se debe adoptar en el lugar de trabajo con el personal y los colegas que viven con el VIH. Además, una ex practicante de la YWCA de Zimbabwe forma parte ahora del personal de la ICW y las dos organizaciones piensan seguir seleccionando a mujeres jóvenes para participar en programas de intercambio de personal y de voluntariado, así como en sus programas de formación.

En muchos países se ha llevado a cabo una transición de los grupos de autoayuda a organizaciones representativas, creando necesidades adicionales de fomentar las capacidades de organización, gestión, sensibilización y liderazgo.

Un recurso útil para fundamentar la respuesta de las organizaciones a la epidemia del VIH/SIDA es el Código de prácticas recomendadas para las intervenciones de las ONG contra el VIH/SIDA¹⁹³. El CMI y otras 30 redes relacionadas con el Consejo y organizaciones

¹⁹² Programa *Horizons*. *Greater involvement of PLHA in NGO service delivery: findings from a four-country study* (Mayor participación de las PVVS en los servicios prestados por las ONGs: conclusiones de un estudio realizado en cuatro países). Population Council, (2002).

<http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/plha4cntrysum.pdf> (en inglés)

¹⁹³ Renovemos nuestra voz: Código de prácticas recomendadas para las intervenciones de las ONG contra el VIH/SIDA.

<http://www.ifrc.org/sp/what/health/hiv aids/code/>

Desde mediados de los años 90, al profundizarse los efectos de la pandemia, ha habido un aumento considerable del número y la diversidad de ONG especializadas en la lucha contra el VIH/SIDA: ONG que han emprendido actividades de lucha contra el VIH/SIDA; ONG que han integrado intervenciones específicas sobre el VIH/SIDA

miembro firmaron el Código a finales de octubre de 2004. Su firma hace que estas organizaciones religiosas tengan que cumplir con las normas establecidas en el Código.

El recuadro 29, “Desarrollo positivo”, describe una herramienta diseñada para ayudar a los grupos de PVVS a promover su formación y capacitación. El recuadro 30, “Manual para la participación de las PVVS en los Mecanismos de Coordinación de País del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria”, describe el proceso de redacción de un manual para PVVS que, de alguna manera, trabajan o están en relación con los mecanismos del Fondo Mundial, el contenido del manual y cómo obtener copias.

Recuadro 29: Desarrollo positivo

Como parte del proceso de autocapacitación de las personas que viven con el VIH/SIDA, la Red mundial de personas que viven con el VIH/SIDA (GNP+) elaboró *Desarrollo positivo: cómo establecer grupos de autoapoyo y promover el cambio. Un manual para personas viviendo con VIH*, que fue presentado en inglés en la XII Conferencia sobre el SIDA en Ginebra (Suiza), en 1998. Se trata de una herramienta de capacitación y autoempoderamiento para el desarrollo y el mantenimiento de organizaciones comunitarias que presten apoyo y autoayuda a las PVVS.

Elaborado por PVVS de todo el mundo, *Desarrollo Positivo* ayuda a las personas que viven con el VIH/SIDA a mejorar sus habilidades personales y colectivas de varias formas interrelacionadas. Escrito en un lenguaje sencillo, el manual conduce al lector a través de una serie de discusiones y actividades interactivas. El manual cubre temas como la importancia, el objetivo y los aspectos clave del trabajo en grupo, y proporciona orientación sobre el acceso a recursos y apoyo y, sobre dinámicas de grupo. También ofrece asesoramiento sobre planificación, seguimiento y evaluación de proyectos, hablar en público, comunicación y relaciones con los medios, aptitudes de negociación, establecer contactos, tener impacto y abogar.

en la programación sanitaria, como por ejemplo en los programas de salud reproductiva y sexual o de salud materna e infantil; y ONG que han integrado el VIH/SIDA en los programas humanitarios, de desarrollo y de derechos humanos. También se han producido cambios importantes en el entorno mundial de la financiación, en particular para velar por que las enseñanzas aprendidas en los últimos 20 años sirvan para orientar la asignación de recursos y la ampliación de la escala de los programas relacionados con el VIH/SIDA.

Estos cambios favorecen y a la vez complican el proceso de ampliar la escala y el impacto de los programas de las ONG, que con tanta urgencia se necesitan. La multiplicación de ONG que se ocupan del VIH/SIDA se ha producido, a veces, a expensas de la rendición de cuentas y de la programación de calidad y ha llevado a la fragmentación de la ‘voz’ de las ONG en la respuesta contra el VIH/SIDA.

Para hacer frente a estos desafíos, el Código se propone:

- expresar y afianzar un compromiso más amplio con los principios, las prácticas y el acervo de conocimientos que sustentan una labor satisfactoria de las ONG en la lucha contra el VIH/SIDA;
- ayudar a las ONG de apoyo a mejorar la calidad y cohesión de sus actividades y su rendición de cuentas a sus ONG asociadas y a las comunidades beneficiarias;
- fomentar una mayor colaboración entre la amplia variedad de ONG de apoyo que participan activamente en la respuesta contra la pandemia del VIH/SIDA; y
- dar nueva fuerza a la ‘voz’ de las ONG en la respuesta contra el VIH/SIDA mediante la adhesión a un programa común de sensibilización.

En 1999, el manual fue traducido al ruso con el apoyo financiero de ONUSIDA y la asistencia técnica de *Healthlink*. ONUSIDA también proporcionó recursos financieros para la traducción y el diseño de las versiones española, francesa y portuguesa, y para la traducción, diseño e impresión de la versión en suajili. La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (FICR) subvencionó la impresión y la distribución del manual en español, francés y portugués.

Desarrollo Positivo también ha sido traducido a las siguientes lenguas:

- Khmer y vietnamita: estas versiones se han llevado a cabo por medio de una alianza entre la Cruz Roja Australiana y organizaciones locales de personas que viven con el VIH/SIDA de Camboya y Vietnam.
- Mandarín: esta versión se ha llevado a cabo por medio de una alianza entre la FICR y PVVS de China.
- Hindi: esta versión ha corrido a cargo de ONUSIDA India y la Red india de personas que viven con el VIH/SIDA (INP+), que ahora está en el proceso de elaborar las versiones bengalí, gujarati, marathi, telugu, kannada y tamil.
- Árabe: esta versión ha corrido a cargo de la Iniciativa Egipcia para los Derechos Personales, Cairo (Egipto).
- Indonesio: esta versión ha sido apoyada por ONUSIDA Indonesia, AIDS Fonds y Yayasan Spirita.

Actualmente se pueden obtener las siguientes versiones en línea: árabe, español, francés, hindi, indonesio, inglés, khmer, mandarín, portugués, ruso y vietnamita en el sitio web:

<http://www.gnpplus.net/programs.html>

Para obtener copias impresas, sírvase ponerse en contacto con:

GNP+ Secretariado Central

P.O. Box 11726

1001 GS, Amsterdam

The Netherlands

Tel: +31 20 423 4114

Fax: +31 20 423 4224

Email: news@gnpplus.net

GNP+ se propone traducir el manual a más lenguas. El proceso de traducir el manual y organizar talleres de formación constituye un proyecto concreto que se puede emprender en el marco de construir una alianza entre las iglesias y organizaciones de PVVS.

Los beneficios de trabajar en la traducción de *Desarrollo Positivo* van más allá del contenido del manual. Brinda la oportunidad de que los participantes mejoren sus aptitudes lingüísticas y su habilidad de acceder a la información, profundicen su comprensión de la epidemia del VIH y aprendan sobre el proceso de elaborar materiales de información, educación y comunicación. También puede desempeñar un papel importante en la capacitación institucional al proporcionar ingresos adicionales y mejorar las aptitudes del personal y los miembros en gestión organizativa, planificación y recaudación de fondos.

Recuadro 30: Manual para la participación de las PVVS en los Mecanismos de Coordinación de País del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

En marzo de 2003, un grupo de más de 150 activistas en tratamientos, que contaba con la participación de muchas PVVS, se reunió en Ciudad del Cabo (Sudáfrica) durante varios días con motivo de la Cumbre Internacional de Preparación al Tratamiento (ITPS, por su sigla en inglés). En el transcurso de la reunión se puso de manifiesto que el Fondo Mundial suscitaba un gran interés entre los participantes, que esperaban que este nuevo mecanismo de financiación cambiara significativamente las vidas de las personas que viven y están afectadas por el VIH/SIDA, la TB o la malaria. Sin embargo, a pesar de la esperanza que el Fondo Mundial les infundía, les resultaba difícil participar en esta nueva alianza mundial o incluso tener acceso a información precisa sobre las iniciativas en sus países.

Durante la Cumbre, se hizo un llamamiento a documentar los motivos por los que los Mecanismos de Coordinación de País (MCP) fracasaban en el establecimiento de alianzas significativas con las comunidades de PVVS. Poco tiempo después, el Fondo Mundial comisionó a GNP+ para que evaluara la participación de las PVVS en los MCP de trece países (Bolivia, Camerún, Chile, El Salvador, Haití, Honduras, India, Malawi, Moldavia, Nepal, Nigeria, Perú y Ucrania), a través de una serie de entrevistas a personas clave, incluyendo, pero no limitándose, a los presidentes de los MCP, las PVVS miembros de los MCP, otros miembros de los MCP y PVVS que no fuesen miembros de los MCP.

El estudio demostró que existía:

- Un bajo nivel de entendimiento sobre el funcionamiento de los MCP.
- Poca comprensión sobre los papeles y responsabilidades de los miembros de los MCP, incluidas las PVVS.
- La necesidad de obtener asistencia técnica y formación, incluido apoyo organizativo para las organizaciones y redes de PVVS.
- La necesidad de proporcionar información fácilmente accesible sobre el Fondo Mundial y los MCP.

El informe, ‘Una investigación multi-país sobre la participación de las personas viviendo con el VIH/SIDA en los Mecanismos de Coordinación de País’, está disponible en www.gnpplus.net.

Estos estudios tuvieron un efecto catalítico en muchos de los países que participaron en la investigación, pues reunieron a la gente y estimularon discusiones sobre qué era el Fondo Mundial y el funcionamiento de los MCP. Este proceso ejerció presión sobre algunos MCP y la junta del Fondo Mundial para empezar a hacer cambios e iniciar reformas.

Durante la 11ª Conferencia Internacional de PVVS en Kampala (Uganda), en octubre de 2003, se organizó una reunión para dar seguimiento a la investigación. En esa reunión, muchas de las personas que condujeron los estudios nacionales se reunieron con otras PVVS para validar los resultados. Los participantes de la Conferencia de Kampala acordaron que era preciso elaborar una guía o un manual para ayudar a las comunidades de PVVS a participar de forma eficaz en los MCP.

Durante los meses que siguieron, tuvieron lugar cinco consultas nacionales, en las que las personas que habían participado en los estudios se reunieron con representantes de redes nacionales de PVVS para analizar el papel y el desempeño de las PVVS en los procesos de los MCP de su país y, en base a esto, determinar la información a incluir en el manual.

El 25 de junio de 2004, la delegación de la Junta Directiva del Fondo Mundial que representaba a las comunidades que viven con las tres enfermedades se reunió para revisar los informes de los países y decidir los pasos siguientes para elaborar el manual. El 10 de julio de 2004 tuvo lugar un segundo taller que reunió a 20 PVVS de 18 países en Bangkok (Tailandia) para examinar las conclusiones de las consultas anteriores y hacer recomendaciones más precisas para el manual.

En los meses siguientes a la consulta de Bangkok se elaboró un primer borrador del manual¹⁹⁴ a través de un proceso consultivo con organizaciones y redes de PVVS de todas las regiones. El manual sobre los MCP abarca: la historia de la participación de las PVVS en el Fondo Global, la participación significativa de las PVVS en los MCP, las funciones y responsabilidades de las PVVS, la comunicación y la coordinación, y unas directrices. Ha sido traducido al español, francés y ruso y ha sido utilizado en varios talleres de formación. Las iglesias pueden utilizarlo como una herramienta para incrementar su participación en los MCP y para formar a las organizaciones religiosas.

El manual se puede descargar desde: www.gnpplus.net

Para obtener copias impresas, sírvase ponerse en contacto con:

Françoise Welter

GNP+ Secretariado Central

P.O. Box 11726

1001 GS, Amsterdam

The Netherlands

Tel: +31 20 423 4114

Fax: +31 20 423 4224

Email: fwelter@gnpplus.net

El Ejército de Salvación ha desarrollado otro modelo de capacitación que no está basado en los grupos, como, por ejemplo, las PVVS, sino en las comunidades. El recuadro 31, a continuación, describe el marco y los fundamentos de este enfoque actualmente en vigor en India, Tanzania, Tailandia y Zambia.

¹⁹⁴ GNP+. *Movilizando, cambiando y promoviendo, Los Mecanismos de Coordinación de Países: Un manual para las PVVS* (2005).

Recuadro 31: Desarrollo de la capacidad humana: el Ejército de Salvación¹⁹⁵

El fundamento teórico de la respuesta local es el desarrollo comunitario. La ‘respuesta local’ es la experiencia integrada de las PVVS y otros (familiares, vecinos, amigos), que va más allá de la experiencia de los grupos concretos, que en muchos casos (pero no en todos) constituye una respuesta desfasada.

El desarrollo de la capacidad humana consiste en cultivar, mejorar y aplicar el potencial de las personas a las relaciones y alianzas locales para responder a situaciones difíciles. El contexto para el desarrollo es el bienestar mutuo, el reconocimiento de los desafíos y la afirmación de la fuerza, que incluye la capacidad de atender a otros permaneciendo junto a ellos, la capacidad de cambio, la capacidad de fortalecer la comunidad, la capacidad de liderazgo, y de esperanza. Estos valores humanos, cuando se afirman en las relaciones locales y en otros entornos comunitarios, motivan a las personas a responder en el interés de un futuro compartido. La naturaleza del proceso de desarrollo comunitario permite la participación de ‘forasteros’, pero fundamenta sólidamente la respuesta en el sentimiento de pertenencia a la comunidad local.

Los distintos aspectos de la capacidad humana que se pueden desarrollar en respuesta al VIH/SIDA incluyen:

- La capacidad de atención, que abarca el bienestar físico, emocional y espiritual;
- La capacidad de cambio (no solo de cambio comportamental);
- La capacidad de reconocimiento.

El VIH/SIDA, perniciosamente, surte un efecto cada vez mayor, que pasa desapercibido tanto a personas de dentro como de fuera. El hecho de no reconocer la pérdida acumulada conduce a la aniquilación de la esperanza y de la memoria comunitaria. En contraposición a la pérdida de esperanza y confianza, es posible que, en situaciones locales, las personas reconozcan la fragilidad y la amenaza, y que al mismo tiempo actúen con vistas al futuro utilizando los recursos existentes en materia de capacidad humana y asistencia técnica. En el ámbito de la atención domiciliaria a nivel comunitario, se ha observado frecuentemente que cuando se admite que la ansiedad de grupo conduce a menudo al estigma, entonces el sentimiento de culpa personal se transforma en una preocupación compartida sobre temas que afectan al grupo en general. La comunidad ejercita la capacidad de confidencialidad compartida. Entonces se crea un entorno que desestigmatiza, en el que se puede sostener más fácilmente la atención y el cambio.

Entre las actividades y las respuestas que favorecen el desarrollo de la capacidad comunitaria cabe mencionar las siguientes:

- Atención domiciliaria basada en un enfoque local, que esté estratégicamente vinculada a un proceso de reconocimiento y respuesta por parte de la comunidad (el asesoramiento comunitario es una herramienta para promover el reconocimiento).

¹⁹⁵ Información proporcionada por Ian Campbell. Para más información, sírvase ponerse en contacto con: El Ejército de Salvación. Sede Internacional. 101 Queen Victoria Street. London. EC4P 4EP. Reino Unido. Tel: + 44 (0) 20 7332 0101 ext.: 8080/01, Fax: + 44 (0) 20 7332 8079, Ian_Campbell@salvationarmy.org. En 2004 se firmó un Memorando de Entendimiento entre el Instituto de las Naciones Unidas para la Formación Profesional y la Investigación (UNITAR) y el Ejército de Salvación. El objetivo de esta colaboración es contribuir al desarrollo de la capacidad humana en respuesta al VIH/SIDA.

- Respuestas que incluyan estrategias de cambio de comportamiento, iniciativas de apoyo y generación de ingresos, así como esfuerzos de promoción y defensa del acceso al tratamiento y a otros tipos de asistencia que sean más contundentes.
- Iniciativas que tengan un impacto en el entorno comunitario, como apoyo técnico adecuado, formación en aptitudes y capacidades profesionales y una política legal favorable, también son fundamentales para fomentar una transferencia del conocimiento entre respuestas locales y organizaciones asociadas.

En el **Anexo 4** se proporcionan, en forma de tabla, algunos ejemplos e indicadores relevantes de capacitación en materia de VIH/SIDA.

Todo esto significa que es esencial proporcionar más fondos para la capacitación, la compensación económica por el trabajo realizado y para el tratamiento y el apoyo psicológico de las PVVS implicadas en este trabajo. Las redes de PVVS necesitan apoyo para desarrollar aptitudes que les permitan dirigir una organización, abogar, hablar en público, comunicar y recaudar fondos, y también acercarse a más gente. Por otra parte, la composición de los miembros de las organizaciones de PVVS debe ser mucho más representativa de la sociedad a la que pertenecen, y se deben tender puentes con personas que cuentan con conocimiento y experiencia a nivel internacional o nacional y con la comunidad. Además, es preciso apoyar el desarrollo de una nueva generación de liderazgo tanto para ampliar la participación de las PVVS como para reemplazar a las personas que cambian de trabajo, se jubilan o mueren a causa de una enfermedad relacionada con el SIDA.

El tema de la 11ª Conferencia Internacional de Personas que Viven con el VIH/SIDA que tuvo lugar en Uganda (Kampala) en septiembre de 2003, *El amanecer de un nuevo liderazgo*, reconoce estas necesidades. En la Declaración de la Conferencia se señalaba que “Nuestras comunidades y organizaciones carecen aún de los recursos que necesitan para desarrollar eficazmente su potencial y desempeñar el papel que se nos exige”. La Declaración reclamaba “el apoyo necesario en nuestros esfuerzos para desarrollar la capacidad de contribuir eficazmente a la respuesta como asociados en igualdad de condiciones”.

4.8 Expectativas diferentes

Las expectativas respecto a lo que una alianza puede aportar son decisivas. Cuando se inicia una alianza es fundamental que cada asociado exponga qué espera conseguir a través de la alianza. Las motivaciones pueden variar a lo largo del tiempo por lo que este tipo de intercambio debería efectuarse periódicamente. En una alianza, la comunicación es esencial para asegurar que ambas partes entienden su función.

Puede que, en determinados momentos, se produzca un distanciamiento entre los asociados debido a sus esperanzas y expectativas. Uno de los desafíos que plantea una alianza es que reúne a personas cuya necesidades y prioridades son diferentes. Por ejemplo, las PVVS necesitan medicinas, una nutrición adecuada y apoyo social para su supervivencia diaria, mientras que las iglesias responden a imperativos evangélicos. Si una alianza no aborda, directa o indirectamente, estas necesidades es posible que no obtenga fácilmente el apoyo adecuado de sus distintos miembros.

4.9 Sostenibilidad

A menudo, los éxitos de las alianzas se deben en gran parte al compromiso y el gran trabajo de un pequeño número de personas visionarias y carismáticas, lo cual es bastante corriente en toda empresa innovadora (probablemente es la única manera de que funcionen). No obstante, si se quiere que una alianza sea menos ‘frágil’, que se desarrolle y sea sostenible, entonces tiene que ‘institucionalizarse’ más y depender menos de unas pocas personas. También es importante elaborar y ampliar los programas conjuntos que mantengan a los asociados juntos y aumenten el número de personas involucradas.

Los asociados deben desarrollar enfoques y actividades sostenibles que cada uno pueda incorporar a su respuesta a la epidemia. Por ejemplo, en el caso de que las organizaciones estén bien establecidas, el desarrollo de planes de trabajo conjuntos con objetivos concretos para cada asociado permite que se pueda medir la efectividad y contribución de cada uno. Esta es una forma de evaluar el compromiso de cada socio con la alianza.

4.10 Seguimiento y evaluación

La participación de las PVVS en el seguimiento y la evaluación es fundamental, pues permite a las personas que están más afectadas tener una voz en la formulación y revisión de los programas. El motivo principal de hacer un seguimiento y una evaluación de los proyectos y programas es determinar si han tenido el impacto y los resultados deseados. Por otra parte, el seguimiento y la evaluación constituyen elementos cada vez más importantes en el diseño de los proyectos y programas debido a que los donantes exigen que rindan cuentas de los fondos recibidos y del impacto de las intervenciones. Así pues, los asociados deben prestar atención a estos requisitos cuando buscan apoyo y diseñan proyectos y programas.

El seguimiento es una actividad continua durante la vida de un proyecto o un programa. Es mediante el seguimiento de un proyecto o un programa que se puede determinar si se ha progresado conforme al plan de trabajo. El seguimiento ayuda a asegurarse de que el proyecto va por buen camino, y a determinar si se necesita efectuar algún cambio en la estrategia o las actividades para que pueda cumplir con sus metas y objetivos.

La evaluación determina el nivel de éxito de un proyecto o un programa en términos de objetivos alcanzados y de impacto. La evaluación del proyecto o programa empieza con un análisis preliminar que se lleva a cabo antes de empezar con las actividades. La evaluación concluye cuando al final de proyecto o programa se recopilan los datos y se comparan con los datos preliminares. Cuando los recursos financieros lo permiten, se realizan evaluaciones a medio plazo, a la mitad de la ejecución del proyecto o programa.

El método convencional de seguimiento y evaluación consiste en que personas que no forman parte de la comunidad, como representantes de los donantes o consultores externos, son los principales responsables de identificar las necesidades, desarrollar un concepto general de proyecto, proporcionar el dinero y otros recursos, y hacer el seguimiento y la evaluación de las actividades del proyecto. Si bien es cierto que la organización comunitaria o religiosa desempeña un papel determinante en la ejecución del proyecto, si se aplica el enfoque convencional, la contribución de los beneficiarios y participantes en las fases iniciales, cuando se desarrolla el proyecto, es muy limitada.

El recuadro 32, “Iniciativa de Respuesta Comunitaria a la Epidemia del VIH/ SIDA (CORE): seguimiento y evaluación participativos para la sociedad civil” describe un nuevo enfoque basado en la participación de las comunidades y las organizaciones religiosas en el proceso de seguimiento y evaluación.

Recuadro 32: Iniciativa de Respuesta Comunitaria a la Epidemia del VIH/ SIDA (CORE): seguimiento y evaluación participativos para la sociedad civil

Durante el primer año de su existencia, la Iniciativa CORE empezó a elaborar un manual sobre seguimiento y evaluación participativos destinado a los beneficiarios de subvenciones. El manual, *Participatory Monitoring and Evaluation of Community and Faith-based Programs: A step-by-step guide for people who want to make HIV and AIDS services and activities more effective in their community* (*Seguimiento y evaluación participativos para programas comunitarios y religiosos: una guía paso a paso para personas que quieren hacer que los servicios y actividades relacionados con el VIH y el SIDA de su comunidad sean más eficaces*), promueve un proceso de aprendizaje basado en la colaboración que ayude a las organizaciones comunitarias y religiosas a conseguir que los servicios y actividades relacionados con el VIH y el SIDA sean más eficaces.

La reflexión religiosa del manual lo hace particularmente apropiado tanto para organizaciones comunitarias como religiosas. La elaboración del manual y su puesta a prueba en el terreno se han llevado a cabo mediante un proceso participativo con el objetivo de obtener las opiniones, documentos y experiencias de terreno de las organizaciones que utilizarán este manual para mejorar sus programas.

El seguimiento y la evaluación participativos difieren significativamente del seguimiento y evaluación convencionales en que en ellos la comunidad, los beneficiarios y las personas involucradas en el diseño y la ejecución de los programas también participan en su seguimiento y evaluación. Tanto desde el punto de vista ético como práctico, es imperativo incluir las voces y las opiniones de las personas afectadas por una iniciativa en su diseño, ejecución, seguimiento y evaluación.

El seguimiento y la evaluación participativos constituyen un enfoque muy interactivo, que ofrece al personal y a los miembros de la comunidad un papel concreto en la evaluación de sus propios programas. En consulta con los donantes, las comunidades deciden cómo y cuándo se hará el seguimiento. Analizan juntos la información recopilada y evalúan si el proyecto va por buen camino para lograr sus objetivos o si se necesita efectuar modificaciones.

Los requisitos para la elaboración de informes a menudo van más allá de la capacidad de las organizaciones religiosas. A pesar de eso, las organizaciones religiosas pueden ser muy útiles en la recopilación de datos. Con sus amplias redes y recursos humanos, y sus numerosos voluntarios comprometidos, tienen la capacidad de evaluar y elaborar informes. En este contexto, el seguimiento y la evaluación participativos constituyen una metodología ideal para que las organizaciones religiosas hagan un seguimiento de sus proyectos y rindan cuentas a sus comunidades y donantes.

El manual de seguimiento y evaluación participativos de la Iniciativa CORE alienta a las organizaciones religiosas a establecer indicadores para los proyectos sobre el VIH y el SIDA

y les ofrece orientación para elaborarlos desde una perspectiva religiosa. Se ha elaborado una versión prototipo para que las organizaciones comunitarias y religiosas la pongan a prueba en el terreno, que incluye información sobre cómo dar su opinión y aportar nuevos materiales para el manual. La versión inglesa del manual se puede descargar desde: www.coreinitiative.org.

Algunas conclusiones

Pacto 10: La justicia y el VIH/SIDA¹⁹⁶

Recordaremos, proclamaremos y actuaremos basándonos en el hecho de que Dios, nuestro Señor, ve, escucha y conoce el sufrimiento de las personas y viene a liberarnos (Éxodo 3:1-12; Lucas 4:12-22). Por lo tanto, declararemos el jubileo y proclamaremos libertad por toda la tierra y a todos los habitantes (Levítico 25:10), pues hasta que no haya justicia para todos los pueblos del mundo, hasta que la justicia no corra a raudales y la honestidad no fluya como un río que nunca se seca, no se podrá erradicar el VIH/SIDA.

La experiencia ha puesto de manifiesto que la participación provechosa de las PVVS es un elemento central de una respuesta eficaz a la epidemia. Para reforzar y sostener esta función se requiere:

- Que las personas conozcan su estado respecto al VIH (para lo que, a su vez, se necesita un acceso mucho mayor a los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias). Algunos dirigentes religiosos han abogado en este sentido sometiéndose públicamente a pruebas voluntarias.
- Crear un espacio práctico y político para las PVVS con la finalidad de ampliar su función y contribución abordando el estigma y la discriminación relacionados con el VIH y el SIDA; fomentando entornos jurídicos y normativos apropiados; y apoyando la participación con recursos, incluido el desarrollo estructural. En el caso de las iglesias, la necesidad de erradicar el estigma relacionado con el VIH, mediante una liturgia y una teología sensibles, pone de relieve la identificación inseparable de la iglesia con las PVVS. La iglesia es el cuerpo de Cristo y las iglesias son VIH-positivas.
- Mantener con vida a las personas por medio de terapia antirretrovírica para que puedan seguir activas en sus campos de trabajo. Para las iglesias esto puede significar abogar por el acceso a medicamentos antirretrovíricos, a precios asequibles, para todas las personas que los necesiten. Porque todas las personas fueron creadas a imagen de Dios, y el mundo, y todo lo que hay en él, pertenece a Dios.

En la actualidad, las instituciones que se ocupan del SIDA ya presentan muchas formas distintas, desde los organismos que prestan apoyo y servicios hasta las organizaciones de fomento de la sensibilización y de representación. Frente a una epidemia de larga duración y en

¹⁹⁶ Conferencia de Iglesias de Toda el África, *Pacto sobre el VIH/SIDA*, Octava Asamblea General de la Conferencia de Iglesias de Toda el África, Yaoundé (Camerún), 22-27 noviembre 2003.

constante evolución, todas estas instituciones necesitan ampliar aún más sus actividades. Particularmente, a medida que crece el número de personas que conocen su estado seropositivo, esto significa ir más allá de las redes sobre el SIDA reconocidas y llegar a los entornos no específicos de atención de salud. Las iglesias tienen un papel importante que desempeñar en este sentido mediante el fortalecimiento de sus propias respuestas, la desestigmatización del VIH y el acercamiento a las PVVS no solo como beneficiarios de la atención, sino como unos socios eficaces y únicos. Las organizaciones y redes de PVVS están poniendo de manifiesto su compromiso para crear nuevas alianzas; ahora necesitan ayuda para poder mejorar su capacidad de gestión y afrontar estos nuevos desafíos.

Anexo 1

Marco para la autoevaluación de conocimientos en materia de VIH/SIDA

	1 Competencia básica	2	3	4	5 Competencia alta
Reconocimiento y aceptación	Conocemos los hechos básicos sobre el VIH/SIDA, cómo se propaga y sus efectos.	Reconocemos que el VIH/SIDA es más que un mero problema de salud.	Reconocemos que el VIH y el SIDA nos afectan como grupo/comunidad y lo hablamos entre nosotros. Algunos se hacen la prueba del VIH.	Reconocemos públicamente nuestros problemas y los desafíos planteados por el VIH y el SIDA. Buscamos acercarnos a los demás para prestarnos apoyo mutuo y aprender.	Nos sometemos intencionadamente a la prueba del VIH. Somos conscientes de nuestra propia fuerza para hacer frente a los desafíos y anticipamos un futuro mejor.
Inclusión	No involucramos a las personas afectadas por el problema en nuestro trabajo.	Cooperamos con algunas personas VIH-positivas que nos son útiles para resolver determinadas cuestiones	Hemos establecido una alianza formal con una o más organizaciones de PVVS, pero no sabemos cómo utilizarla(s) en la práctica.	Hemos establecido una colaboración formal y práctica con una o más organizaciones de PVVS sobre temas relacionados con el VIH/SIDA.	Debido a que trabajamos con PVVS, también podemos abordar juntos otras cuestiones que nos preocupan.
Atención y prevención	Retransmitimos mensajes elaborados por otros sobre atención y prevención.	Cuidamos de aquellas personas que no pueden ocuparse de sí mismas (enfermos, huérfanos, ancianos). Hablamos de la necesidad de cambiar ciertos comportamientos.	Actuamos porque necesitamos hacerlo y hemos instaurado un proceso para atender a los necesitados a largo plazo.	Como comunidad, hemos iniciado actividades de atención y prevención, y trabajamos en colaboración con servicios externos.	A través de la atención, observamos cambios de comportamiento que mejoran la calidad de vida de todas las personas.

	1 Competencia básica	2	3	4	5 Capacidad alta
Aprendizaje y transferencia	Aprendemos de nuestras acciones.	Compartimos nuestros éxitos, pero no nuestros errores. Adoptamos las buenas prácticas de otros.	Estamos dispuestos a probar y adaptar lo que funciona en otros lugares. Compartimos de buena gana nuestra experiencia con quienes nos lo piden.	Aprendemos, compartimos y ponemos en práctica lo que aprendemos de forma regular, y recurrimos a personas con la experiencia pertinente para que nos ayuden.	Aprendemos continuamente cómo podemos responder mejor al VIH y el SIDA y compartimos nuestras experiencias con aquellos a los que creemos que pueden serles útiles.
Adaptar nuestra respuesta	No vemos la necesidad de adaptar nuestro trabajo, porque estamos haciendo algo útil.	Cambiamos nuestra respuesta a consecuencia de influencias y grupos externos.	Somos conscientes del cambio que nos rodea y tomamos la decisión de adaptarnos porque necesitamos hacerlo.	Reconocemos que necesitamos adaptarnos continuamente.	Evaluamos las consecuencias para el futuro y nos adaptamos para conseguir nuestras metas.
Maneras de trabajar juntos en la “familia eclesial”	Esperamos a que otros miembros de la familia nos digan qué hacer y nos proporcionen los recursos necesarios.	Trabajamos como individuos, intentando controlar la situación, aunque a veces nos sentimos desamparados.	Trabajamos en equipo para resolver los problemas a medida que los identificamos. Si alguien de la familia necesita ayuda, compartimos cuanto podemos.	Encontramos nuestras propias soluciones y, cuando podemos, recurrimos a la ayuda de otros.	Creemos en la capacidad de los miembros de nuestra familia y de otras familias para alcanzar las metas propuestas. Compartimos formas de trabajar que puedan ser de ayuda a otros.
Movilizar recursos	Sabemos lo que queremos conseguir pero no disponemos de los recursos necesarios.	Podemos realizar algunos progresos con nuestros propios recursos.	Hemos preparado propuestas de proyectos e identificado fuentes de apoyo.	Tenemos acceso a recursos para abordar los problemas de nuestra comunidad porque otros quieren ayudarnos.	Utilizamos nuestros propios recursos, accedemos a recursos externos para conseguir más resultados y hemos planificado para el futuro.

Obsérvese que este marco ha sido tomado del programa de ONUSIDA/UNITAR de competencia en SIDA (*AIDS Competence Programme*) y ha sido específicamente adaptado para la *Consulta estratégica sobre las iglesias y el VIH/SIDA en Europa oriental y central*. San Petersburgo (Rusia), 15-18 de diciembre de 2003.

Para obtener la versión original y completa de este marco, véase: www.unitar.org.

Anexo 2

El uso de un lenguaje que sea sensible al VIH y al SIDA

Las iglesias desempeñan un papel importante en la manera de informar a sus miembros sobre el VIH. Pero, a veces, las iglesias utilizan términos que pueden crear confusión sobre el virus, o que pueden herir a las personas que viven con el VIH o el SIDA. Un lenguaje apropiado es el que respeta la dignidad y los derechos de las personas concernidas, no contribuye a la estigmatización y al rechazo de las PVVS y ayuda a crear los cambios sociales necesarios para superar la epidemia.

Algunas reglas generales son:

- El lenguaje debe ser inclusivo y no crear o reforzar una mentalidad o un enfoque que hace una distinción entre “nosotros y ellos”. Se debe ir con cuidado con la utilización de pronombres como “nosotros”, “ellos”, “suyos”, etc.
- El lenguaje debe ser neutro respecto a los valores, sensible al género y debe fortalecer en vez de debilitar. Términos e imágenes como “promiscuo”, “abuso de drogas” y todas las palabras despectivas, en vez de crear la confianza y el respeto necesarios, alienan.
- Los mensajes de prevención del VIH/SIDA deben mostrar que el VIH y el SIDA afectan a todas las personas, indistintamente de la edad, cultura, raza, género y orientación sexual.
- Las imágenes de las PVVS como personas “al borde de la muerte” o como personas incapaces de vivir vidas satisfactorias a causa de su estado serológico positivo deben evitarse.
- Debe evitarse describir el VIH y el SIDA como una plaga: el VIH es simplemente una infección que ha alcanzado proporciones epidémicas.
- Es mejor utilizar un vocabulario procedente de la terminología utilizada en el ámbito de la paz y del desarrollo humano que del vocabulario de la guerra y la condena. Por ejemplo, es mejor utilizar “respuesta al VIH/SIDA” que “luchar contra el VIH/SIDA”.
- En vez de preguntar “¿Cómo contrajiste la infección del VIH?”, es mucho más importante saber “¿Cómo vives con el VIH?”

A continuación se ofrecen algunos ejemplos de términos inexactos o estigmatizantes, junto a sugerencias de frases y términos alternativos:

1. Utilizar: infección del VIH, VIH-positivo, VIH/SIDA, VIH y SIDA, VIH o SIDA

No utilizar: “SIDA” si la intención es referirse al VIH

El SIDA es un conjunto de síntomas que aparecen debido a que el sistema inmunitario de la persona está gravemente afectado por la infección del VIH. La persona que ha contraído la infección del VIH desarrolla anticuerpos contra el virus, pero no implica forzosamente que tenga SIDA ni que la enfermedad vaya a desarrollarse.

No utilizar: virus del SIDA, virus del VIH

El SIDA es un síndrome, no un virus. Por consiguiente, el “virus del SIDA” no existe. Solo existe el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana): el virus que puede provocar el SIDA. La ‘V’ del acrónimo VIH significa “virus”. No es necesario agregar la palabra “virus” delante del acrónimo VIH, ya que éste es suficiente.

A veces es mejor no utilizar: VIH/SIDA

El VIH es un retrovirus (un agente infeccioso), el SIDA es el síndrome de un sistema inmunitario gravemente afectado. Utilizar el término VIH/SIDA puede dar la impresión errónea de que se trata de una enfermedad llamada “VIH/SIDA”. Siempre que sea posible, especifique si se trata de VIH o de SIDA.

2. Utilizar: persona que vive con el VIH o persona que vive con el SIDA o personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS)

No utilizar: víctima del SIDA o persona que sufre de SIDA

Muchas PVVS sienten que este término implica que son incapaces, que no tienen control sobre su salud o sus vidas.

No utilizar: víctimas inocentes

Por lo general se utiliza para referirse a niños seropositivos o personas que adquirieron el VIH por razones médicas. Este término implica erróneamente que las personas infectadas por otras vías merecen, en cierta manera, un castigo, y que se han infectado por su culpa. Este término fomenta la estigmatización y la discriminación de las PVVS y debe evitarse.

No utilizar: portador/a del SIDA

Este término es estigmatizante y ofensivo para muchas personas con VIH y SIDA. Por ello, es incorrecto: el verdadero agente es el VIH. No se puede contraer el SIDA. También puede dar la falsa impresión de que las personas se pueden proteger a sí mismas evitando a todo aquél que conozcan que tenga SIDA o eligiendo a una pareja sexual por su apariencia.

No utilizar: SIDA totalmente declarado

Este término implica que existe el SIDA parcialmente declarado. A una persona se le diagnostica SIDA cuando reúne toda una serie de criterios clínicos específicos, como ciertas infecciones oportunistas, o cuando su nivel de CD4 se sitúa por debajo de un cierto punto.

3. Utilizar: comunidades afectadas o comportamientos de alto riesgo (prácticas sexuales no seguras, jeringas o agujas compartidas)

No utilizar: grupo de alto riesgo

En el pasado, algunos grupos, como por ejemplo, los camioneros, los homosexuales, los migrantes, los trabajadores del sexo, los consumidores de drogas por vía intravenosa, han sido calificados de “grupos de alto riesgo”. Esta frase implica que pertenecer a un grupo determinado es el factor decisivo de la transmisión del VIH cuando, en realidad, se trata de un determinado comportamiento. Esta frase puede dar lugar a una falsa impresión de seguridad a quienes no se identifican con el grupo de alto riesgo. La propagación del VIH no obedece a grupos sino a comportamientos de alto riesgo, como las prácticas sexuales no seguras o las agujas compartidas.

4. Utilizar: sangre, semen, fluidos vaginales, leche materna.

No utilizar: fluidos corporales

La confusión acerca de los fluidos corporales que pueden transmitir el VIH suele causar temor y dar lugar a ideas erróneas acerca del VIH, lo que sigue siendo motivo de estigmatización y discriminación contra las PVVS. Se debe explicar siempre qué fluidos corporales contienen una concentración suficiente de VIH como para intervenir en la transmisión del mismo (p. ej. sangre, semen, líquido preseminal, fluidos vaginales y leche materna). El VIH no se transmite por fluidos corporales tales como la saliva, el sudor, las lágrimas o la orina.

5. Utilizar: trabajador/a del sexo

No utilizar: prostituto/a

El término prostituto/a es peyorativo y no traduce el hecho de que se trata de un trabajo y no de un estilo de vida.

6. Utilizar: persona que se inyecta drogas o consumidor/a de drogas por vía intravenosa

No utilizar: yonki, drogata o drogadicto/a

El consumo de drogas por vía intravenosa es sólo una parte de la vida de las personas en cuestión. Estos términos traducen una imagen estereotipada que es inexacta.

7. Utilizar: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, gay y homosexual

Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HRSH) no constituyen un grupo, sino más bien un fenómeno social. Muchos HRSH no se consideran homosexuales y muchos están casados o tienen relaciones sexuales con mujeres. En algunas regiones, existe un número elevado de hombres que tienen comportamientos bisexuales.

En la mayor parte del mundo, hay grupos de homosexuales que utilizan varios términos para identificarse a sí mismos. Este tipo de terminología existe en la mayoría de las culturas, si no en todas. Unos términos hacen referencia a los hombres afeminados, y otros a los hombres más masculinos. Estos hombres forman una subcultura. Sin embargo, es importante tener en cuenta que no todos los HRSH consideran que pertenecen a esta subcultura, pues, en muchos casos, piensan que el hecho de tener relaciones sexuales con otros hombres es algo que, simplemente, ocurre. Por otra parte, incluso en los lugares en que hay cierta visibilidad y apertura en cuanto a los HRSH, muchos hombres, posiblemente la mayoría, no se identifican a sí mismos con términos como “gay” o “bisexual” debido, entre otros motivos, a la estigmatización o al miedo a la discriminación o a la falta de ejemplos a seguir. No obstante, la autoidentificación no es un aspecto esencial para reconocer que las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo existen.

Anexo 3

Pacto sobre el VIH/SIDA¹⁹⁷

Preámbulo

El Señor Dios es el creador del cielo y de la tierra; el creador de todas las formas de vida de nuestra comunidad terrestre. Él creó toda la vida y todo era bueno. En la época actual del VIH/SIDA, ve la miseria de su pueblo infectado y afectado por esta enfermedad; ha escuchado su lamento a causa de esta epidemia. Conoce su sufrimiento y ha venido a liberarlos del VIH/SIDA. De modo que nos llama a acercarnos a los infectados y a los afectados para rescatar a su pueblo, su creación, de la epidemia del VIH/SIDA. Por lo tanto, esta Asamblea reconoce el llamamiento de Dios y establece, hoy, este pacto con Él:

Pacto 1: La vida y la prevención del VIH/SIDA

Recordaremos, proclamaremos y actuaremos basándonos en el hecho de que Dios nuestro Señor creó a todas las personas y toda forma de vida y que todo lo que creó era bueno (Génesis 1-2). Por lo tanto trabajaremos, con seriedad y eficacia, a favor de la prevención del VIH/SIDA para todas las personas, cristianas y no cristianas, casadas y solteras, jóvenes y ancianas, mujeres y hombres, pobres y ricos, negras, amarillas, blancas, para todas las personas de todos los lugares, pues esta enfermedad destruye la vida y lo que tiene de bueno, y por consiguiente viola la creación y la voluntad de Dios.

Pacto 2: El amor y la atención relacionada con el VIH/SIDA

Recordaremos, proclamaremos y actuaremos basándonos en el hecho de que el amor viene de Dios y que todo el que ama ha nacido de Dios y conoce a Dios. “Si alguno dice: Yo amo a Dios, y aborrece a su hermano, es mentiroso. Pues el que no ama a su hermano a quien ha visto, ¿cómo puede amar a Dios a quien no ha visto?” (1ª Juan 4:7-21). Por lo tanto, haremos todo lo que sea necesario y esté a nuestro alcance para alentar a los hombres y a las mujeres a amar, cuidar, apoyar y curar a todos aquellos que están infectados y afectados por el VIH/SIDA en nuestras comunidades, nuestros países y nuestro continente.

Pacto 3: El tratamiento y los medicamentos contra el VIH/SIDA

Recordaremos, proclamaremos y actuaremos basándonos en el hecho de que la tierra y todo lo que hay en ella pertenece al Señor y que Él ha confiado su custodia a todos los seres humanos (Salmos 24:1 y Génesis 1:29). Por lo tanto, desempeñaremos, abierta y tenazmente, un papel profético de defensa a favor de todos los que están infectados y se les deniega el acceso a medicamentos abordables hasta que el tratamiento antirretrovírico sea accesible a todos los que lo necesitan.

¹⁹⁷ Adoptado por la Octava Asamblea General de la Conferencia de Iglesias de Toda el África, Yaoundé (Camerún), 2003.

Pacto 4: La compasión y la discriminación y el estigma relacionados con el VIH/SIDA

Recordaremos, proclamaremos y actuaremos basándonos en el hecho de que Dios, nuestro Señor, es un Dios compasivo, que nos exhorta a ser compasivos, a sufrir con aquellos que sufren, a entrar en sus hogares y en sus corazones llenos de dolor y a buscar un remedio duradero contra su sufrimiento (Lucas 6:36; Mateo 25:31-46). Por lo tanto, no toleraremos ninguna forma de estigma y discriminación relacionada con el VIH/SIDA, y haremos cuanto sea necesario para eliminar el aislamiento, el rechazo, el miedo y la opresión que padecen las personas infectadas y afectadas en nuestras comunidades. Declararemos que el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA son un pecado inaceptable ante Dios y ante todos los creyentes y todas nuestras comunidades.

Pacto 5: La pobreza y el VIH/SIDA

Recordaremos, proclamaremos y actuaremos basándonos en el hecho de que Dios, nuestro Señor, creador de todos los recursos de la tierra, bendijo a las mujeres y a los hombres y les dio los recursos de la tierra para su subsistencia (Génesis 1:28-29). Por lo tanto, trabajaremos para fortalecer a los pobres y denunciaremos todas las estructuras, culturas, leyes y políticas nacionales e internacionales que condenan a millones de personas a vivir en una pobreza que las despoja de los derechos que Dios les ha dado y que, en la época del VIH/SIDA, las expone a la infección y las priva de un tratamiento y una atención de calidad.

Pacto 6: Las desigualdades de género y el VIH/SIDA

Recordaremos, proclamaremos y actuaremos basándonos en el hecho de que Dios, nuestro Señor, creó a la humanidad a su imagen. A su imagen, creó al hombre y a la mujer, los bendijo a los dos y les dio a ambos las riendas y los recursos de la tierra: los hizo uno en Cristo (Génesis 1:27-29; Gálatas 3:28-29). Por lo tanto, denunciaremos las desigualdades de género que llevan a los chicos y a los hombres a adoptar comportamientos arriesgados, a la dominación y a la violencia; las desigualdades que privan a las chicas y a las mujeres de ocupar puestos de dirección, de la toma de decisiones y del derecho a la propiedad, por lo que quedan expuestas a la violencia, a ser acusadas de brujería, a la expropiación de bienes en caso de viudedad, a mantener relaciones sexuales para sobrevivir, multiplicando así la probabilidad de infección del VIH/SIDA y la falta de atención y tratamiento de calidad.

Pacto 7: Los niños y el VIH/SIDA

Recordaremos, proclamaremos y actuaremos basándonos en el hecho de que Dios, nuestro Señor, abre las puertas a los niños. Les ha dado su reino y es el padre de todos los huérfanos (Marcos 9:33-37 y 10:13-16; Salmos 68:5 y 146:9). Por lo tanto, trabajaremos para fortalecer y proteger a todos los niños y denunciaremos todas las estructuras, culturas, políticas y leyes nacionales e internacionales que exponen a los niños al abuso y la explotación sexual, al estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA, a la expropiación y a la pobreza, por lo que quedan expuestos a la infección del VIH/SIDA y a la falta de una atención de calidad.

Pacto 8: La Iglesia, las PVVS y el VIH/SIDA

Recordaremos, proclamaremos y actuaremos basándonos en el hecho de que somos el cuerpo de Cristo y si un miembro sufre, todos sufrimos con él; que Dios, nuestro Señor, se identifica con los afligidos y los marginados y cura a los enfermos (1ª. Corintios 14:26; Mateo 25:31-46). Por lo tanto, nos convertiremos en una comunidad de compasión y curación, un lugar seguro donde todas las PVVS puedan vivir abiertamente y de forma productiva.

Pacto 9: La sexualidad humana y el VIH/SIDA

Recordaremos, proclamaremos y actuaremos basándonos en el hecho de que Dios, nuestro Señor, creó la sexualidad humana y la creó como una cosa buena (Génesis 2:18-25). Por lo tanto, nos haremos la prueba de detección del VIH, denunciaremos la violencia sexual, practicaremos la abstinencia antes del matrimonio, seremos fieles en el matrimonio y tendremos relaciones sexuales con protección para evitar la infección del SIDA y la destrucción de la vida, pues toda vida es sagrada y la prevención debería ser una prioridad para proteger la vida.

Pacto 10: La justicia y el VIH/SIDA

Recordaremos, proclamaremos y actuaremos basándonos en el hecho de que Dios, nuestro Señor, ve, escucha y conoce el sufrimiento de las personas y viene a liberarnos (Éxodo 3:1-12; Lucas 4:12-22). Por lo tanto, declararemos el jubileo y proclamaremos libertad por toda la tierra y a todos los habitantes (Levítico 25:10), pues hasta que no haya justicia para todos los pueblos del mundo, hasta que la justicia no corra a raudales y la honestidad no fluya como un río que nunca se seca, no se podrá erradicar el VIH/SIDA.

Anexo 4

Desarrollo de la capacidad humana

ELEMENTOS	COMPETENCIA EN VIH/SIDA RESULTADOS	INDICADORES	EJEMPLO Para más información: Ian_campbell@salvationarmy.org
<i>Persona</i>	Dispuesta a compartir verbalmente las noticias en público o en el ámbito familiar y en círculos de amigos	Admisión en la familia y dispuesta a declarar: ‘Tenemos VIH/SIDA’	Zambia (Comunidad local de Chikambola)
<i>Familia</i>	Desestigmatización Mejor situación económica Funciona como una parte normal de la comunidad	Actividades de generación de ingresos en las que participa la familia Admisión de los niños en la escuela Estabilidad familiar, resolución de conflictos y aumento de la solidaridad	Noroeste de India (Mizoram – programa con jóvenes consumidores de drogas)
<i>Comunidad local</i>	La comunidad sigue existiendo La atención y la prevención forman parte integrante de la vida diaria	Evaluación comunitaria del cambio Transferencia de comunidad a comunidad Atención domiciliaria vinculada a la prevención comunitaria Sensibilización dirigida a los sistemas sanitarios	Norte de Zambia (Taller sobre desarrollo de la capacidad humana, 15-18 de octubre de 2001)
<i>Alianzas locales</i>	Las comunidades desarrollan con socios locales una visión común que se fundamenta en una respuesta que pertenece y es responsabilidad de la comunidad local.	Respuestas locales y otros socios facilitan la transferencia de conocimientos entre comunidades y organizaciones	Tanzania (Mwanza) Tailandia (Phayao, Chiang Mai)
<i>Alianzas y redes nacionales</i>	Mejor colaboración Más alianzas basadas en respuestas locales y la transferencia de conocimiento Ganas de aprender de la acción y la	Formación de redes Redes que comparten la visión común de aprender de las respuestas locales y la colaboración con equipos nacionales de facilitadores.	Zambia (Equipo nacional de facilitación) Redes regionales de apoyo a respuestas nacionales (p. ej. SAT, RATN, el

	experiencia locales		Ejército de Salvación)
--	---------------------	--	------------------------

Bibliografía

Alianza Internacional contra el VIH/SIDA, OMS, ONUSIDA. *Mobilising NGOS, CBOS and PLHA groups for improving acces to HIV/AIDS – related treatment (Movilizar a las ONGs, las OBFs y los grupos de PVVS para mejorar el acceso al tratamiento relacionado con el VIH/SIDA)*, 2002.

<http://www.aidsalliance.org/sw7423.asp> (disponible en inglés).

Campbell, I.D. y Rader, A. *HIV/AIDS, stigma and religious responses: an overview of issues relating to stigma and the religious sector in Africa (VIH/SIDA, estigma y respuestas religiosas: sinopsis de las cuestiones relacionadas con el estigma y el sector religioso en África)*, 2002.

Clifford, Paula. *Theology and the HIV/AIDS epidemic*. Christian Aid, 2004.

http://www.cristianaid.org.uk/indepth/410hivaids/hiv_theologyfinal.pdf (en inglés)

Comisión de Uganda sobre el SIDA/ONUSIDA (2003). *Asociación ugandesa sobre el SIDA (The Uganda HIV/AIDS Partnership)*. Nota informativa sobre la asociación, 31/07/03.

Consejo Mundial de Iglesias, *Crear alianzas entre las iglesias y las organizaciones de personas que viven con el VIH y el SIDA: directrices*, 2005.

Consejo Mundial de Iglesias, *Hacia una política sobre el VIH/SIDA en el trabajo, Documento de trabajo*, 2005

Consejo Mundial de Iglesias. *Los efectos del VIH/SIDA y la reacción de las iglesias. Una declaración adoptada por el Comité Central del CMI sobre la base del estudio efectuado por el Grupo Consultivo del CMI sobre el SIDA*. Ginebra (Suiza), 12-20 de septiembre de 1996. Documento No. 6.2B.

CMI, *Programa de estudios sobre el VIH/SIDA para instituciones teológicas en África*. Ginebra: CMI, 2001.

<http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-pdf/curriculum-for-theological-institutions-esp.pdf>

Czerny, Michael S.J. , Respuesta a *Desafíos teológicos y pastorales planteados por el VIH y el SIDA* del Padre Robert J. Vitillo. Seminario Nacional para Sacerdotes de Ghana, Accra (Ghana), 16-17 junio 2004 (disponible en inglés).

Day, Dawn, Dr. (Director del Centro Dogwood, Estados Unidos). *A religious person's view of the moral issues related to the spread of HIV/AIDS among injection drug users (La opinión de una persona religiosa sobre los problemas morales relacionados con la propagación del VIH/SIDA entre los consumidores de drogas intravenosas)*, 1995.

<http://www.dogwoodcenter.org/publications/Day96c.html> (en inglés)

Dube, Musa. W. *Preaching to the Converted: Unsettling the Christian Church*, pp. 38-50, Ministerial Formation 93, (2001), en inglés.

Dube, M.W., Ed. *HIV/AIDS and the Curriculum: Methods of Integrating HIV/AIDS in Theological Programmes (Métodos para integrar la problemática del SIDA en los programas teológicos)*. Ginebra: Publicaciones del CMI, 2003.

<http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-pdf/integrating-hiv-aids-in-theological-programmes-eng.pdf> (en inglés)

Dube, M.W., Ed. *Africa Praying: A Handbook on HIV/AIDS Sensitive Sermon Guidelines and Liturgy (La oración en África)*. Ginebra: Publicaciones del CMI, 2003.

<http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-pdf/africa-praying-eng.pdf> (en inglés)

Fe en Acción, Indaba Nacional. *Fe en Acción: una respuesta unida al VIH/SIDA*. Durban, 5-6 de marzo de 2002.

GNP+ (Red mundial de personas que viven con el VIH/SIDA), *Desarrollo positivo: cómo establecer grupos de autoapoyo y promover el cambio. Un manual para personas viviendo con VIH*, 1999.

GNP+ y Policy Project, *Una investigación multi-país sobre la participación de las personas viviendo con el VIH/SIDA en los Mecanismos de Coordinación de País* (2005).

www.gnpplus.net.

Programa Horizons. *Greater involvement of PLHA in NGO service delivery: findings from a four-country study (Mayor participación de las PVVS en los servicios prestados por las ONGs: conclusiones de un estudio realizado en cuatro países)*. Population Council, (2002).

<http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/plha4cntrysum.pdf> (en inglés)

Iniciativa CORE, *Participatory Monitoring and Evaluation of Community and Faith-based Programs: A step-by-step guide for people who want to make HIV and AIDS services and activities more effective in their community (Seguimiento y evaluación participativos para programas comunitarios y religiosos: una guía paso a paso para personas que quieren hacer que los servicios y actividades relacionados con el VIH y el SIDA de su comunidad sean más eficaces)*, 2004.

www.coreinitiative.org (en inglés)

Instituto Real Tropical (Koninklijk Instituut voor de Tropen. *Sexual Health Exchange*, no.1 Respuestas religiosas al VIH/SIDA, 2004.

<http://www.kit.nl/> (en inglés y holandés)

Instituto Sociedad Abierta (OSI, por su sigla en inglés). *Skills Training and Capacity Building in Harm Reduction (Formación de aptitudes y capacitación para la reducción de daños)*, mayo de 2004.

http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/capbldg_20040513 (en inglés)

Jones, Rvdo. Colin, *African Tales for Canterbury* (Historias africanas para Canterbury), 2002.

Judge, Melanie y Schaay, Nikki, *Step by Step Guide to HIV/AIDS Planning for the Anglican Community (Guía paso a paso para la planificación en materia de VIH/SIDA para la comunidad anglicana)*, Policy Project, septiembre de 2001.

(<http://www.policyproject.com/abstract.cfm/646>) (en inglés)

Lane T, Pettifor A, Fiamma A y Rees H. *Anal sex as a risk factor for HIV infection among young people aged 15-24 in South Africa: data from a nationally representative household survey* (*El sexo anal como un factor de riesgo de la infección del VIH entre los jóvenes entre 15-24 años en Sudáfrica: datos de una encuesta representativa a nivel nacional*). Resumen LbOrC21. XV Conferencia Internacional sobre el SIDA, Bangkok, Tailandia, 11-16 de julio de 2004.

Messer, Don. *Breaking the Conspiracy of Silence: Christian Churches and the Global AIDS Crises* (*Romper la conspiración del silencio: las iglesias cristianas y la crisis mundial del SIDA*). Minneapolis: Fortress Press, 2004.

Munro, Hna. Alison OP *Belated, but powerful: The response of the Catholic Church to HIV/AIDS in the five southern African countries* (*Tardía, pero poderosa: La respuesta de la Iglesia Católica al VIH/SIDA en cinco países de África meridional*). Texto presentado en la XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA, Barcelona (España), julio de 2002.

OMS. *Expansión del tratamiento antirretroviral en entornos con recursos limitados: directrices terapéuticas para un enfoque de salud pública*, Revisión de 2003.

http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/arvvisionsp.pdf

OMS. *AIDS Home Care Handbook* (*Manual de atención a domicilio para casos de SIDA*). Ginebra (Suiza), 1993, WHO/GPA/IDS/HCS/93.2

<http://sleekfreak.ath.cx:81/3wdev/CD3WD/HEALTH/UNDP001E/INDEX.HTM> (en inglés).

ONUSIDA, FICR y GNP+. *A vital partnership: the work of GNP+ and the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies on HIV/AIDS* (*Una alianza crucial: el trabajo de GNP+ y de la Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja*), Un estudio de casos de prácticas óptimas de ONUSIDA (en inglés).

ONUSIDA, Campaña Mundial contra el SIDA. *Mujeres, Muchachas, VIH y SIDA: Visión estratégica e informe de base*, 2004. http://www.un.org/spanish/aids/aids_campaign_04.pdf

ONUSIDA. *Colaboración con curanderos tradicionales en la prevención y atención del VIH/SIDA en el África subsahariana*, octubre de 2002, ONUSIDA/00.29E.

ONUSIDA, *De los principios a la práctica: Mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA* (MPPS) (1999).

http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC252-GIPA-i_es.pdf

ONUSIDA. *Facing the Future Together: Report of the Secretary-General's Task Force on Women and Girls*, 2004. <http://womenandaids.unaids.org/regional/default.html#1> (en inglés).

ONUSIDA, *Informe de un seminario teológico enfocado al estigma relacionado con el VIH y el SIDA*, Windhoek (Namibia), 8-11 diciembre 2003.

http://www.unaids.org/en/other/functionalities/ViewDocument.asp?href=http://gva-doc-owl/WEBcontent/Documents/pub/Publications/IRC-pub06/JC1119-Theological_sp.pdf

ONUSIDA. *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*, 2004. <http://www.unaids.org>

ONUSIDA, *Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA*. Ginebra (Suiza), 2002.

http://www.onusida.org.ar/pdf/marco%20conceptual_pdf0008.pdf

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). *Aprender a vivir bien con el VIH/SIDA: Manual sobre cuidados y apoyo nutricionales a los enfermos de VIH/SIDA*, 2002.

http://www.fao.org/documents/show_cdr.asp?url_file=/docrep/006/y4168s/y4168s01.htm

Parker, R. Y Aggleton, P. *El estigma y la discriminación relacionados con el VIH y el SIDA: Un marco conceptual e implicaciones para la acción*. ABIA y Unidad de Investigación Thomas Coram: Río de Janeiro, 2002.

Policy Project, Sudáfrica; Centro para el estudio del SIDA, Universidad de Pretoria; Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); Dirección Principal: VIH, SIDA & TB, Departamento de Salud. *Siyam 'kela: Informe acerca de las investigaciones sobre el terreno para la elaboración de indicadores y directrices sobre el estigma relacionado con el VIH/SIDA*, diciembre de 2003.

<http://www.policyproject.com/siyamkela.cfm> o <http://www.csa.za.org>

Population Council (Consejo de Población). *HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: a Conceptual Framework and an Agenda for Action (El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA: un marco conceptual y una agenda para la acción)*. Nueva York: Horizons Program, 2002.

Primados Anglicanos, *Informe de la reunión de Primados de la Comunión Anglicana. Apéndice III: Declaración de los Primados Anglicanos sobre el VIH/SIDA*. Canterbury (Reino Unido), 17 de abril de 2002.

Sutherland, Comisionada Margaret. *Cuartel Internacional del Ejército de Salvación, África y el VIH/SIDA*. Extraído de un texto presentado por la comisionada Margaret Sutherland, Secretaria Internacional para África. Septiembre de 2003 (en inglés)

Unidad sobre el VIH/SIDA del Colectivo de Abogados. *Mandatory Pre-Marital Testing, Positive Dialogue (Pruebas prematrimoniales obligatorias, Diálogo Positivo)*, Boletín # 15.

Vitillo, Padre Robert J., *Desafíos teológicos y pastorales planteados por el VIH y el SIDA*. Seminario Nacional para Sacerdotes de Ghana, Centro para el Desarrollo Humano, Accra (Ghana), 16-17 junio 2004.

Vitillo, Padre Robert J. *The role of the Catholic church in meeting the challenge of HIV/AIDS in Africa (El papel de la Iglesia Católica en asumir los desafíos que plantea el VIH/SIDA en África)*. Texto escrito para el Centro de Estudios Estratégicos e Internacionales, Washington DC, 2002.