



CONSEJO EPISCOPAL LATINOAMERICANO  
-CELAM-

# SIDA

Colección Documentos CELAM N° 110  
Sección de Pastoral Familiar - SEPAF  
Bogotá 1989

© Consejo Episcopal Latinoamericano - Celam  
Apartado Aéreo 51086  
ISBN - 958 - 625 - 156 - X  
Primera Edición - 3.000 ejemplares  
Bogotá, Septiembre 1989  
Impreso en Colombia - Printed in Colombia

S I D A

S I D A

S I D A

S I D A

S I D A

*¿Crisis transitoria?*  
*¿Oportunidad de cambio?*  
*¿El péndulo se devuelve?*  
*¿Azote de Dios?*  
*¿Involucra a todos?*  
*¿Sexo sin amor?*  
*¿Signo de los tiempos?*

"El grado de civilización de cada sociedad se medirá por el modo como sepa responder a las exigencias de la vida y a los sufrimientos de la persona humana, pues la fragilidad de la condición mortal exige la más amplia solidaridad en la defensa del carácter sagrado de la vida, desde su comienzo hasta su fin natural, en cada instante y en cada fase de su evolución". (Juan Pablo II).

## P R E S E N T A C I O N

Justificar esta publicación es ratificar y ejecutar el deseo de la Asamblea del CELAM reunida en Ypacaraí en 1987. Desearon los Obispos impulsar a través de la Sección de Pastoral Familiar del CELAM, CEPAF, alguna respuesta a una nueva exigencia de la vida de esta época como es la pandemia del SIDA.

La SEPAF asumió la responsabilidad de apoyar a las Conferencias Episcopales de América Latina en la tarea de aproximarse a este otro, entre los grandes desafíos de la época.

La respuesta al mandato se dió en dos momentos: el primero, en la realización de un seminario sobre sexualidad del cual ya se publicó el libro "Cultura Sexual Latinoamericana, desafíos pastorales", editado en el Centro de Publicaciones del CELAM. Para mayor profundización del tema sobre la pandemia del SIDA, era necesario al menos, una reflexión sobre una de las claves del problema como es el comportamiento sexual. En esa publicación se ofrece a las Conferencias un conjunto de líneas aprovechables para la organización de servicios pastorales sobre sexualidad dentro de la Pastoral Familiar.

El segundo momento de respuesta a la justa inquietud de Ypacaraí consistió en abordar el tema del SIDA desde la Pastoral Familiar y las Pastorales Sociales de la salud y carcelaria de las personas implicadas.

Se realizó entonces un Seminario en Sao Paulo Brasil, en Noviembre de 1988. Fruto de ese seminario es la presente publicación.

Los pocos antecedentes pastorales y la complejidad del tema permitieron presentar solamente algunos aspectos pastorales pero el Seminario sobre la Pastoral del SIDA dejó muy en claro que caso tan serio, reclama ulteriores reflexiones y compromisos de la Iglesia para atender en solidaridad esta incidencia de la fragilidad humana.

Se señala como punto saliente de este servicio el hecho de haberse encontrado varios sectores pastorales unidos para compartir, reflexionar, planear y sugerir sobre la pandemia del SIDA, punto de común interés para ser tratado desde un mismo Evangelio.

Esta pastoral acogiendo las palabras del Santo Padre se denomina en esta publicación, la *Pastoral del Buen Samaritano*. Las enseñanzas de esta parábola constituyen el hilo conductor de esta publicación y articula sus cinco capítulos.

Sea el Señor ejemplo nato del amor misericordioso, quien derrame también su bondad sobre estas ideas y los servicios que desde ellas se trata de animar para este nuevo estilo de pobreza en nuestro continente.

VICTOR CORRAL MANTILLA  
Obispo de Riobamba - Ecuador  
Responsable de SEPAF - CELAM

GABRIEL ARIAS POSASA, Pbro  
Secretario Ejecutivo SEPAF-CELAM

#### ***Agradecimientos desde SEPAF-CELAM***

##### ***- A la Arquidiócesis de São Paulo por su hospitalidad y participación:***

Dom Pedro Evaristo Arns, o.f.m.  
Cardenal Arzobispo de São Paulo.

Dom Angelico Sandalo Bernardino  
Obispo Auxiliar de São Paulo

Pbro. Dr. Aníbal Gil López  
Delegado para el evento.

##### ***- A Caritas Internationalis por su coordinación con SEPAF y apoyos académicos y financieros:***

Rev. Robert Vitillo  
Caritas Internationalis

Mons. José Vicente Eguiguren  
Caritas América Latina, SELAC

Sr. Anton Coller  
Caritas Suiza

Sr. Julián Filochowski  
Caritas Inglaterra

P. Marino Bohn  
Caritas de Brasil

Sr. Antenor Carlos Rovida  
Caritas de São Paulo

##### ***- A los participantes por sus aportes:***

Ponentes, asesores de SEPAF - CELAM, delegados de Caritas Estadunense, de la Caritas Nacionales y de los Departamentos Nacionales de Pastoral Familiar de América Latina.

- *Por su servicio:*
- Al Equipo Coordinador del Seminario y demás colaboradores por sus aportes a la revisión y organización de la presente publicación:
- Al equipo laical de apoyo de SEPAF, a la Dra. María Claudia Duque, al P. Misael Roa y a Sor María Antonieta Villegas, F. M. I.\*

## REFLEXIONES DESDE EL CELAM SOBRE LA PANDEMIA DEL SIDA \*

**Mons. OSCAR A. RODRIGUEZ MARADIAGA, SDB**  
Secretario General del CELAM

### Reacciones ante la pandemia del SIDA.

El problema del SIDA ha tenido en el mundo occidental una respuesta técnica y la sociedad ha reaccionado en forma tecnicista.

Es preciso reconocer los esfuerzos de lucha contra este grave mal desde el punto de vista bio-médico. Las grandes instituciones y muchos particulares interesados en la salud humana investigan y buscan soluciones no solamente desde el punto de vista biomédico, sino también desde el ángulo social. Objeto de estas investigaciones han sido los medios sexuales y sanguíneos de transmisión del SIDA, las repercusiones sociales, económicas, jurídicas y aún políticas de éste mal y las formas de combatirlo y prevenirlo, enfatizando en la información y en la educación para el cambio de comportamiento en especial de la vida sexual.

En los medios comunitarios se detectan principalmente dos reacciones: pánico de algunos y cierta displicencia en otros al creer que el problema solamente afecta a proscritos de la sociedad como los homosexuales, drogadictos y prostitutas. Esto podría significar que para la sociedad los proscritos y marginados no cuentan mucho.

Son numerosas las Conferencias Episcopales y Obispos en particular, también latinoamericanos, que en su calidad de pastores celosos de la grey más pobre, han pronunciado sus orientaciones desde el Evangelio.

---

\* Conferencia pronunciada en el Seminario Taller sobre el tema. São Paulo, Brasil, noviembre de 1988

Todos los Obispos estamos de acuerdo en que la aparición del SIDA, como todo azote fuerte, cuestiona seriamente a la humanidad y la hace pensar y preguntarse sobre sus mismas posiciones éticas, metafísicas y estructurales.

No estamos reunidos aquí arrastrados por el miedo ante esta enfermedad. Esto equivaldría a presentar una Iglesia latinoamericana oportunista. Solamente nos congrega el amor hacia la parte dolorida del Cuerpo Místico. Por lo tanto nuestra reacción ante la pandemia habrá de ir más allá de las reacciones bio-médicas. Siendo éstas fundamentales, no son suficientes para hacer frente al mal. Nos corresponde a nosotros pensar, repensar lo ya conocido y ofrecer ayudas desde la óptica cultural, social y religiosa de nuestro continente.

Deseo que en sus deliberaciones no falte el conocimiento y la asimilación de las enseñanzas del Santo Padre al respecto, fundamentadas en la moral y la pastoral del Buen Samaritano.

### **Enfoques para el seminario taller**

Permítanme recordar a todos, los enfoques del presente Seminario-Taller, ya previstos en la información que les fue enviada con anticipación.

#### *Perspectiva de la familia.*

En varias oportunidades el Santo Padre ha insistido en la pastoral de conjunto como expresión de la Iglesia misma y en la pastoral familiar como base de todo el organismo pastoral. Es evidente que ésta, toca la intimidad de las personas y a la célula básica de la sociedad.

Damos por aceptado que no todos los que participamos en esta reunión latinoamericana, poseemos la formación académica sobre asuntos familiares. Pero lo que sí puedo afirmar es que todos somos expertos en familia porque poseemos la experiencia de servicio a la comunidad familiar y principalmente porque descendemos de una familia y muchos entre ustedes son esposos y padres. No duden adentrarse en el santuario doméstico y

manejar los valores de la transmisión de la vida, de la felicidad y unidad del matrimonio y los valores de la formación afectiva y sexual. El desmoronamiento personal, familiar y social hoy en muchos sectores traducido en SIDA, no se puede quedar en una sacudida al mundo, sino que merece una reconsideración total de los valores perennes enseñados por el Evangelio con respecto a la familia.

Me complace mucho el esfuerzo por realizar actividades conjuntas entre la Sección de Pastoral Familiar del CELAM, y el sector de la Pastoral Social y de Cáritas de muchos episcopados latinoamericanos.

#### *Perspectiva del Enfermo del Sida*

Otro de los aspectos que nos ocupará esta semana es la persona del enfermo del SIDA.

Uno cree conocer el sufrimiento y dominarlo, pero es el dolor el que nos domina. Los biólogos conocen exactamente muchas de las leyes del SIDA. Sin embargo la enfermedad se burla de los esfuerzos terapéuticos y el enfermo aparece generalmente como un ser solitario objeto de compasión.

La única forma de ayudar a un enfermo del SIDA a pasar por la experiencia del absurdo es que quienes le rodean tengan fe en él como persona que es capaz de sostener la lucha. Aún más, demostrarle que Dios mismo tiene fe en el hombre, que El nos ama. La esperanza se hará vida en el enfermo cuando nosotros hayamos encontrado y vivido la esperanza de un agonizante que estaba al lado del agonizante Jesús, el buen Ladrón. El dialogó con Jesús, porque tenía esperanza de ser llevado al Reino Eterno. Al enfermo hay que darle respuestas de amor: "allí, así como estás, sin belleza, sin amigos, yo te respeto, te amo, porque eres tú, porque eres hijo de Dios como yo". (Juan Pablo II).

#### *Perspectiva social*

La atención a los enfermos de SIDA y a sus implicados no está dentro de los cánones de la rentabilidad vigentes en nuestra sociedad. Pero sí es necesario redescubrir que ante el SIDA, la

sociedad no puede encerrarse sobre sí misma como formando un ghetto de personas saludables, moralmente incontaminadas, es decir alimentadoras de su propio fariseísmo. Puede ser que alguien afirme que encerrarse es prevenir. Pero a los cristianos, nos queda la utopía del Evangelio de echar fuera el miedo y lanzarnos al amor como Jesús que tocó al enfermo y trató con prostitutas y pecadores. La verdadera pureza no es dejar de hacer las cosas, sino acercarse con respeto y amor al más necesitado y menos rentable. Esta labor es imprescindible para la sociedad que se encierra dentro de sí misma.

Finalmente, dentro del ámbito de lo social no puedo silenciar otro aspecto de perspectiva y es la labor de los medios de comunicación.

Toda la gente comenta el hecho de la aparición del SIDA. El miedo y la alerta es general, pero sin embargo la toma de conciencia de este mal, no es tan general ni tan profunda.

Hay mucha información sobre el "sexo seguro" con base en medios artificiales. Eso es un mal. Es necesario urgir a los informadores que con sus poderosos medios, trasciendan, vayan más allá del "sexo seguro", para que el beneficio a la comunidad sea realmente válido. Ir más allá del simplismo de "sexo seguro", es enseñar que el sexo es una dimensión esencial a la persona y que la ruptura existente entre relación sexual, matrimonio, erotismo y transmisión de la vida perturba la relación personal entre hombre y mujer, resquebraja la familia y el equilibrio social. Muchos comunicadores de buena voluntad, podrían contar con nuestro apoyo y quizás ayudar a disminuir el número creciente de adulterios, separaciones, fracasos afectivos, el nacimiento y desarrollo de hijos sin padres, y a la vez atacar así uno de los factores de transmisión del SIDA.

#### *Perspectiva pastoral*

A no dudarlo, una reflexión seria y profunda sobre el SIDA induce seguramente a mirar nuestros servicios y más que a aplicarlos hacia los enfermos e implicados, podría esa mirada urgirnos y motivarnos a un replanteamiento de nuestros objetivos pastorales. De eso se trata aquí. Ya estamos iluminados por el Santo Padre Juan Pablo II

sobre el problema y sus consecuencias pastorales en la tarea de la "Pastoral del Buen Samaritano".

No quiero importunarlos más. El reto es que como discípulos de Cristo, comencemos a llenar el espacio que la naturaleza nos señala. En vísperas del V Centenario y de la IV Conferencia General del Episcopado, el espacio es bien delimitado: la familia y el ejercicio del amor desde la Iglesia, cuya misión es repetir los gestos del Señor.

**CAPITULO I**

**ASPECTOS DE LA REALIDAD**  
**NATURALEZA DEL SIDA**  
**GEOGRAFIA DEL SIDA**

## ENTENDIENDO EL SIDA

La Iglesia Católica mediante sus instituciones no dejará de preocuparse solícitamente por esta enfermedad y por quienes la padecen (Juan Pablo II)

### ¿Por qué debemos saber sobre el sida?

El SIDA no es una enfermedad exclusiva de homosexuales, como se ha pretendido hacer saber.

Cualquier hombre, mujer, niño o anciano sin importar la edad, puede contraer esta enfermedad, depende de su comportamiento y de la información que pueda tener sobre el SIDA.

Al aprender sobre el SIDA usted puede encontrar respuesta a muchos interrogantes y a deshacerse del miedo y pánico innecesarios.

No existe ninguna razón para que nos dejemos llevar por el temor, originado en informaciones mal orientadas.

*"El SIDA, nuevo desafío, nueva exigencia de proporciones inmensas". (Juan Pablo II)*

¿Qué clase de comportamiento abre el camino al SIDA? Usted corre el riesgo de resultar infectado con el virus del SIDA si usted tiene relaciones sexuales con alguien que está infectado, el riesgo de estar en contacto con el virus aumenta con el número de compañeros sexuales que usted tenga.

Cualquier intercambio de sangre, semen o fluidos vaginales infectados puede transmitir el virus y ponerlo a usted frente a un gran riesgo. Los siguientes comportamientos constituyen un riesgo cuando se practican con una persona infectada. Usted no puede saber a simple vista si una persona está infectada.

#### *Comportamiento arriesgado.*

Compartir agujas y jeringas para inyectarse drogas. Contacto sexual con o sin condón. Contacto vaginal u oral con una persona infectada, o con alguien que se inyecte drogas o practique el sexo anal. Contacto con alguien que usted no conoce bien, (un encuentro casual o una persona que practique la prostitución) o con alguien que usted sabe que tiene varios compañeros sexuales.

#### *Comportamiento seguro*

No tener relaciones sexuales. Tener relaciones sexuales con una sola persona que no esté infectada y ser mutuamente fieles. Lo cual sólo es moralmente sano dentro del Sacramento del matrimonio.

No inyectarse drogas.

"Conocer y vivir el valor del amor único, fiel y permanente del Sacramento del matrimonio" (Humanae Vitae).

#### **¿Quiénes están en alto riesgo de adquirir el SIDA?**

Todos estamos expuestos a contraer el SIDA si no estamos debidamente informados y si no acatamos cuidadosamente las normas de control conocidas y moralmente sanas.

- Sin embargo, quienes acostumbran tener relaciones sexuales con varias personas de igual o diferente sexo, (promiscuos) están en alto riesgo de adquirir el SIDA.
- Igualmente, las personas que requieren con frecuencia transfusiones sanguíneas.
- También los drogadictos que consumen droga por vía intravenosa.
- Quiénes se hieren o son heridos con instrumentos ensangrentados por un enfermo de SIDA, no desinfectados debidamente.

"Prevenir la difusión del SIDA y acoger y curar a todos los afectados por la epidemia" (Juan Pablo II).

## ¿Qué es el SIDA?

SIDA quiere decir *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*. Es una enfermedad causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, HIV, el virus del SIDA.

El virus del SIDA puede vivir dentro del cuerpo humano por años, antes de que los síntomas aparezcan. Este principalmente afecta a la persona haciéndola incapaz de defenderse de otras enfermedades, que podrían causarle la muerte.

Mucha gente cree que sólo personas de ciertos "grupos de alto riesgo" son infectadas por el virus del SIDA. Esto es incorrecto. *La posibilidad de estar en peligro de infectarse con el virus del SIDA no tiene que ver con quien es usted. Lo que importa es lo que usted hace.*

A la gente le preocupa el adquirir el SIDA. Algunas personas sí deberían de preocuparse y necesitan tomar precauciones serias, sin embargo, muchos no están en peligro de contraer el SIDA.

En otras palabras, SIDA es una falla en el organismo humano mediante la cual las personas pierden la defensa natural de su cuerpo que los protege contra las infecciones y otras enfermedades. Las personas que tienen el SIDA, o sea la falla en la defensa natural, fácilmente contraen enfermedades que son muy graves para ellos pero que no serían graves para una persona con buenas defensas en su organismo. A estas enfermedades se las llama infecciones "oportunistas" porque son enfermedades que se aprovechan de la debilidad del sistema de defensas que tienen las personas con el virus del SIDA.

"El SIDA, no solo alcanza al cuerpo, sino a toda la persona humana incluídas sus relaciones, interpersonales y su vida social" (Juan Pablo II)

## ¿Cómo funciona un sistema inmune sano?

La sangre contiene varios tipos de células blancas (Glóbulos blancos) que juegan diferentes roles para proteger contra la enfermedad. Entre ellos están los Linfocitos, que pueden ser células B y células T.

*Células "activadas o ayudadoras"*. Algunas células T ayudan a las B a producir anticuerpos que luchan contra los gérmenes causantes de las enfermedades. Son ayudadoras.

*Células "supresoras"* Otras células T conocidas como supresoras, actúan deteniendo o suprimiendo esta lucha contra los gérmenes invasores, una vez superada la infección.

*En una persona saludable* Las células ayudadoras superan a las supresoras en una relación de 2 a 1.

*En una persona con SIDA* Las células supresoras superan a las ayudadoras dejando al sistema inmune deprimido en su lucha contra la enfermedad.

"Deseo lanzar una llamada a que participéis activamente en la creación y defensa de una auténtica cultura de la verdad...que pueda contribuir al diálogo entre ciencia y fe" (Juan Pablo II)

## ¿Cuál es la causa del SIDA?

No se sabe exactamente. Las investigaciones actuales favorecen la teoría de que el SIDA es causado por un agente infeccioso específico, posiblemente un miembro del grupo retrovirus, un tipo de virus que cambia la estructura genética de las células atacadas.

### Otras teorías

- Reacción al semen: Debido a que el SIDA fue diagnosticado primeramente entre homosexuales, se pensó que podría ser atribuida al debilitamiento del sistema inmune, por exposición al semen del compañero.
- Sobrecarga del sistema inmunológico: Por un tiempo se pensó que una historia de enfermedades de transmisión sexual constituía la base del establecimiento del SIDA, porque dejaba el sistema inmune destruido.
- Uso de inhalantes: Se creyó que los inhalantes de los nitritos usados por algunos homosexuales afectaba el sistema inmune.

No obstante los esfuerzos, los investigadores no han podido confirmar ninguna teoría. Ni siquiera la de que el virus fue producido en laboratorio. Algunos sostienen que es éste el origen del SIDA, pero sin mayores razones científicas afirmándolo solo en forma hipotética a veces con fuertes acentos políticos.

Cualquiera que sea la causa del SIDA, el resultado es el mismo: un debilitamiento del sistema inmunológico, que amenaza gravemente a la humanidad.

"La gravedad del SIDA, suscita una preocupación comprensible en todos los niveles". (Juan Pablo II).

## Síntomas del SIDA

*Durante el Período de incubación*, que oscila desde pocos meses hasta dos años y más, puede no haber signos que sugieran que una persona esté sufriendo de SIDA.

*Cuando la Enfermedad Progresa*, los síntomas se hacen aparentes. Los enfermos pueden quejarse de severos y persistentes síntomas:

- Fiebre recurrente, incluyendo sudores nocturnos.
- Rápida pérdida de peso, sin razón aparente.
- Inflamación de los ganglios linfáticos del cuello, axilas e ingles.
- Fatiga constante.
- Diarrea y disminución del apetito.
- Manchas blancas o lesiones inusuales en la boca.

*En Etapas Tardías*. El estado inmune del paciente con SIDA se deprime profundamente. Enfermedades normalmente moderadas, inofensivas y raras, se tornan en condiciones potencialmente fatales. Los dos tipos más frecuentes son:

*Sarcoma de Kaposi*: Una forma de cáncer que ocasiona manchas en la piel, de color rosado, marrón o morado.

*Neumonía por Pneumocistis Carinii*: Una infección parasitada de los pulmones, infrecuente en individuos saludables, pero ocasionalmente encontrada en pacientes con cáncer, y en pacientes con trasplantes, en quienes han tomado ciertas drogas.

Se está trabajando en investigaciones médicas para desarrollar una prueba que diagnostique el SIDA, en una etapa temprana.

"La Iglesia alienta cualquier progreso serio en el campo de conocimiento, pero insiste en el don sagrado de la vida humana en cualquier fase y condición". (Juan Pablo II)

## ¿Cómo se transmite?

El SIDA no es altamente contagioso.

Investigaciones realizadas en todo el mundo han establecido con total seguridad que el virus del SIDA se transmite de una persona a otra a través de la sangre, el semen o moco vaginal contaminados, de las siguientes formas:

. Por contacto sexual (vaginal o anal) con una persona infectada. (El sexo oral también puede ser riesgoso, particularmente si el semen llega a la boca). Corren especial peligro aquellas personas que tienen relaciones sexuales con muchas personas.

. Por inyección de sangre infectada en el organismo o por contacto de heridas con material usado que no ha sido óptimamente esterilizado: cuchillas de afeitar, equipos para perforar orejas o para hacer tatuajes; agujas de acupuntura, equipo odontológico, también por el uso indiscriminado de cepillos de dientes de personas con encías sangrantes, etc.

Corren especial peligro aquellas personas que abusan de las drogas intravenosas, más cuando se comparten agujas hipodérmicas contaminadas.

El sida también se transmite de una madre infectada al feto.

"El Samaritano fue el prójimo de aquel que cayó en poder de los ladrones" (LC. 10,36).

## ¿Cómo no se transmite el SIDA?

No hay que hacer caso de datos y comunicaciones propagandísticas que no tienen ningún fundamento.

Hasta ahora son miles y miles los casos estudiados y no se han observado personas contagiadas por ninguna de las siguientes formas.

- Ni por los alimentos, ni por el agua, ni por el aire.
- Ni por uso compartido de vajillas o utensilios de cocina.
- Ni por toser, estornudar o escupir.
- Ni por contactos ocasionales que se tienen al convivir o trabajar con otras personas: al darles la mano, al comer con ellas, al besarlas.
- Ni por picadura de mosquitos u otros insectos.
- Ni entre parejas fieles desde hace varios años.
- Ni por el uso compartido de sanitario, lavamanos, tina para el baño o piscina.

"El matrimonio y la familia cristiana cumplen maravillosamente el designio de Dios, cuando se aprestan por sí mismos a sembrar y cultivar los valores del evangelio". (Juan Pablo II)

## ¿ Existe tratamiento para curar el SIDA?

Hasta el momento no se conoce un tratamiento curativo, aunque los investigadores continúan con la esperanza de encontrarlo.

El tratamiento del SIDA, está dirigido a las manifestaciones secundarias que se instalaron por la depresión del sistema inmune.

*El interferon:* Sustancia antiviral, se ha utilizado con éxito en algunos pacientes con sarcoma Kaposi.

*La Interleukina 2:* Otra sustancia química que lucha contra la enfermedad y que se produce naturalmente en el cuerpo, se ha mostrado promisorio en los ensayos realizados.

*Cirugía, radiaciones y tratamientos:* Con otros medicamentos han ayudado a superar otras condiciones.

El tratamiento, incluyendo drogas experimentales, hasta ahora no ha producido restauración del sistema inmune.

Hoy existen en el área de la salud nuevas experiencias que no es del caso consignarlas en este documento. Se insinúa estar más al día. Algunos medios de comunicación social ofrecen información actualizada aunque no siempre con el enfoque moral requerido.

*Hay esperanza para el futuro:* Existen razones para pensar que los esfuerzos intensos de los investigadores, apoyados económicamente por los gobiernos respectivos, permitirán desarrollar el tratamiento del SIDA y las medicinas preventivas.

*Los servicios de salud pública* de muchos países del mundo, lo consideran un problema de salud pública prioritario, invirtiendo muchos dólares cada año. Pero es lamentable la forma superficial y a veces inmoral como algunos Organismos Estatales y aún privados llevan adelante la campaña. Los cristianos estamos en la obligación de ofrecer servicios más serios y de acuerdo con nuestra moral evangélica.

"Que Dios inspire y ayude a todos los que colaboran en América Latina para hacer de esta sociedad un lugar donde exista un respeto pleno y absoluto de la dignidad de toda persona humana, desde el momento de la concepción hasta el momento de la muerte natural" (Juan Pablo II).

## ¿ COMO SE PREVIENE EL SIDA ?

"La salud pública respetará a toda persona y toda la persona desde el momento de la concepción hasta el momento de la muerte natural. (Juan Pablo II).

"Además de la contribución profesional y de la sensibilidad humana hacia los enfermos del Sida es necesario manifestar el amor y la compasión de Cristo y de su Iglesia" (Juan Pablo II).

La importancia del tema preventivo ha merecido una parte especial en este documento por ser la materia de mayor manejo de los agentes de pastoral.

El SIDA es una peligrosa enfermedad que se puede prevenir. A continuación describimos una aproximación al aspecto preventivo indicando desde la óptica médico-cristiana los cuidados más importantes.

### *Para evitar el contagio por contacto con la sangre:*

- Exigir que cualquier inyección se aplique con jeringa y aguja desechables. En todos los casos hay que garantizar que no se vuelvan a utilizar. En casos extremos al carecer de elementos desechables, se debe buscar la forma de una óptima esterilización.

- Evitar compartir agujas y jeringas. Tampoco rasuradoras u otros elementos corto-punzantes que puedan tener contacto con la sangre. Igualmente se proscriben los tatuajes. Ser cuidadosos con las pequeñas heridas en barberías y salones de belleza.

- Si se sospecha contagio a través de una herida lavar de inmediato con agua y jabón.

*Para evitar el contagio de la madre al feto:*

No hay más que evitar que una mujer infectada o con alto riesgo de infección quede embarazada.

En ningún caso es permitido por la moral cristiana la interrupción de un embarazo por razones de contaminación del feto. Los católicos velamos por el valor absoluto de la vida cuyo único dueño y Señor es Dios.

*Para evitar la transmisión por vía sexual:*

Quedarse sólo con las indicaciones anteriores (de los numerales 1 y 2) ó pensar que esas indicaciones bastan, es insuficiente para eliminar los riesgos.

De hecho la literatura tanto científica como de divulgación parece insistir solamente en los aspectos anteriormente descritos y solamente llegan a la afirmación o de vivir un "sexo seguro" entendiéndolo por esto el empleo de prácticas opuestas a la moral cristiana o recomiendan la limitación de compañero o compañera sexuales aconsejando tener uno o una sola. En estas literaturas no se motiva, impulsa ni justifica satisfactoriamente la monogamia ni la fidelidad.

Tales enseñanzas, a veces débiles, dejan la posibilidad de inculcar entre las parejas y los jóvenes formas de conducta gravemente deficientes desde el punto de vista de la moral gratificante e impulsadora de una sociedad integralmente sana.

En realidad de esta manera, se deja de lado la necesidad de corregir de fondo y radicalmente la promiscuidad sexual y la permisividad respecto a la droga que además de afectar la dignidad humana y violar los planes del Creador, resultan verdaderos instrumentos de destrucción.

Cómo desconocer algunos aspectos de moral fundamental que están presentes en la pandemia del SIDA? Según la doctrina de la Iglesia Católica, la sexualidad humana solamente se ejerce de acuerdo con la dignidad personal y a la Ley de Dios dentro del matrimonio. Esta es la verdad que los hijos de la Iglesia compartimos, difundimos y tratamos de vivir.

Ante el desfase moral de individuos, familias y sociedades en cuyas vidas ya no existe Dios con presencia dinámica y orientadora, cabría preguntarse si no es la ausencia de Dios lo que en el fondo ha abierto los cauces del SIDA y de otros males. Es significativo que sean las fuentes de la vida-sangre y semen, relación hombre-mujer-genitalidad y sexualidad, los elementos más seriamente implicados en el SIDA. Desde una ética y moral cristiana se justifica una lectura de esta realidad.

Al leer la realidad se constata en muchos sectores latinoamericanos de "sustrato católico", un descenso, a veces confusión, del valor moral. Este discurso moral débil ha sido quizás un factor de descomposición de la familia y de toda la sociedad con sus consecuencias claras y devastadoras, de las cuales una podría llamarse SIDA.

En orden a la pastoral familiar, también se encuentran algunos vacíos un poco generalizados que es preciso llenar: la poca o tal vez inadecuada evangelización en los cursos de preparación al matrimonio, la escasa vivencia del sacramento del matrimonio y la persistente carencia de apoyos pastorales para la educación sexual desde la familia y desde la educación formal, entre otros, podrían elevarse al nivel de omisiones que colaboran a la descomposición social y por ende a los males contemporáneos.

Para que a un agente de pastoral al cual está orientada esta publicación se le facilite una aproximación a la moral que entraña la pandemia del SIDA, presentamos a continuación algunos principios de moral católica. Por perjudiciales a la fe, se evitan los recetarios o fórmulas mágicas morales. Queda al agente consultar y reflexionar más sobre la evangelización, sus contenidos y "métodos nuevos" dentro de la Nueva Evangelización a la cual nos ha llamado reiteradamente el Santo Padre.

### **Algunos problemas morales**

Los problemas éticos que surgen de la literatura y de una sencilla reflexión sobre el SIDA, son muchos y no todos son de fácil solución.

He aquí algunos:

¿Se necesita "discriminar" los sujetos de alto riesgo para proteger la población? o más bien, respetar la libertad individual en tal forma que estos individuos, una vez informados, caracterizados y responsabilizados de su mal ejerzan toda su libertad individual?.

¿Cuál debe ser de hecho el comportamiento del médico con respecto al secreto profesional para el enfermo del SIDA, cuando hay desconocimiento en el ámbito conyugal y familiar y hay peligro de contagio?

¿Las restricciones puestas a los toxicómanos son suficientes en vista del creciente riesgo que se va manifestando?

¿Cómo evitar la alarma, (terrorismo) y en algunos casos la persecución hacia los portadores del contagio más o menos culpables?

El permisivismo moral se manifiesta en la esfera de las relaciones sexuales principalmente en:

- presentar como alternativa el aborto en el caso de la madre resultar enferma de SIDA para evitar el contagio al hijo.
- la difusión de anticonceptivos como "medios de prevención".
- Se ofrece para relaciones heterosexuales, homosexuales y extraconyugales: "Sexo seguro".
- El "no-sexo" propuesto como remedio radical en el sentido de que "toda" relación sexual es una participación de los males de Sodoma y Gomorra.

Hasta qué punto se permite la experimentación de medicinas anti-SIDA?. Este es un punto muy delicado y que por la moral que conlleva debe ser vigilado por la autoridad competente.

El sentido de la fe: Para iluminar en parte estos graves problemas morales que se plantean, no solo para los directamente implicados en la pandemia del SIDA sino para toda la comunidad, es necesario tener en cuenta estos criterios:

En la cultura contemporánea existe una corrupción del concepto y de la experiencia de la libertad. Muchas veces esta se entiende como una fuerza autónoma de autoafirmación en orden al bienestar egoísta y a "despertar la capacidad de realizar la verdad del proyecto de Dios sobre la sexualidad personal, la salud, el matrimonio, la relación hombre-mujer y la familia".

Este despertar no es otro que educar a la gente para un discernimiento evangélico cada vez más maduro o sea promover con los Pastores el sentido genuino de la fe.

El discernimiento evangélico impele de inmediato a la conversión de la mente y del corazón o sea a seguir a Cristo Crucificado, muerto y Resucitado, único garante de dignidad humana y de fuerza renovadora personal y social.

Esta conversión es permanente, dentro de un proceso dinámico, que avanza gradualmente. Se excluye todo inmediatez en la integración de los dones de Dios en la persona.

¿Cuál será el camino pedagógico de conversión para las personas y las familias que les permita llegar hasta Cristo? Esto exige búsqueda de caminos pastorales para poder brindar atención pastoral adecuada a los enfermos y a sus familias dentro de un marco moral acorde con la nueva evangelización.

### **Algunos criterios éticos que iluminan situaciones reales**

*El bien de la persona:* Es el criterio de fondo, de orden objetivo. Este criterio rige para la persona sana o enferma, por nacer o nacido, hombre o mujer, culpable o no culpable de la enfermedad contraída. La persona es el valor prioritario y fundamental aún en orden al bien común. La persona ha de entenderse en su objetividad, unidad, integridad.

*Responsabilidad social:* Es cierto que la persona es responsable de su propia salud y de su vida, pero también es cierto que cada uno, dentro del orden moral que garantiza el respeto a la dignidad humana, es responsable de la salud y de la vida del otro.

*Orden jerárquico del bien moral de la persona:* La salud es uno de los bienes de la persona, que presupone la vida y a ella se orienta para el bien de la persona y su liberación integral.

Por el bien general se puede correr el riesgo de la vida y de la salud como cuando el mártir se expone al riesgo de ser muerto por otro, por fidelidad a Dios. Como el médico ante la enfermedad contagiosa o como la madre en un difícil alumbramiento. Pero en el orden del bien total de la persona y por las mismas razones la vida y la salud personales hay que conservarlas lo mismo que la de los demás y sin exponerla a los estropeos del consumismo y del hedonismo.

Existe por lo tanto una moral en orden a la conservación de la salud y de la vida. Nadie puede negar por lo tanto que muchas enfermedades se padecen por la irresponsabilidad y por la "culpa moral".

El SIDA, cualquiera que sea su origen, de algún modo, podría decirse para muchos casos, que pone en juego la responsabilidad. Esta enfermedad se transmite principalmente por circunstancias de tóxicodependencia, promiscuidad sexual y por carencia de precauciones sanitarias. Una cosa es la responsabilidad moral personal en esta enfermedad y su transmisión y otra la acogida fraterna que se debe dar a todos los implicados en la pandemia sean o no culpables moralmente.

*Aspecto subjetivo y objetivo de la moral:* Es difícil establecer un juicio moral sobre la responsabilidad subjetiva en ciertos comportamientos, de otro lado, comportamientos objetivamente ilícitos de personas en determinadas circunstancias. (El uso de la droga, el tipo de relaciones sexuales). Quizás algunos actúen de esta forma por tendencias adquiridas sin malicia o por predisposición debida a condiciones sociales o psicológicas. Pero la comprensión hacia la persona enferma no quita, y justamente por el bien de la persona, que se mantenga la orientación moralmente objetiva.

Es moral el respeto total de la persona aunque en la búsqueda del bien haya que comprender la fragilidad.

Esta distinción entre lo subjetivo y lo objetivo es válida para todo el campo de la moral y para todas las virtudes: justicia, caridad y también la castidad y la continencia, campo en el cual puede ser extrema la fragilidad y los condicionamientos sociales muy fuertes.

*La meta de la santidad:* O al menos de la integridad humana, tiene exigencias fuertes en el campo de la pandemia del SIDA:

- Luchar por salir de los malos hábitos.
- Mantener la fidelidad al propio estado de vida. Fidelidad al cónyuge.

"Aún habrá momentos de grandes sacrificios tanto del enfermo como de sus acompañantes por razones mayores. Tal exigencia no es una represión sino una renuncia muchas veces a un bien como sería la relación sexual dentro del matrimonio, pero se hace por el bien mayor". (Cicone L. Non Uccidere: questioni di morale della vita fisica. Milano 1984, 346-348).

El agente de pastoral precisa tener muy claros éstos y otros principios morales sin los cuales no le sería posible captar el sentido cristiano total de la fraterna ayuda a los enfermos y a los implicados en la pandemia.

*En el orden práctico:* Es necesaria la claridad moral principalmente en los aspectos relacionados con los enfermos del SIDA:

- Los toxicómanos
- SIDA y comportamiento sexual
- El uso de preservativos.

*Aspectos preventivos:* Un agente de pastoral deberá tener en cuenta:

Adecuada educación sanitaria

Evitar la discriminación por razones de temores infundidos

El secreto profesional. En esto rige la misma exigencia moral que para otras enfermedades infecciosas. La información podrá darse a las personas que tienen el derecho y el deber de afrontar al enfermo: el cónyuge y los padres o las personas que hacen sus veces. El enfermo deberá conocer la necesidad de dar esa información.

Se justifica también la información a la autoridad competente de los casos constatados y según las normas y la modalidad en uso para las demás enfermedades infecto-contagiosas. Esto se hace con la finalidad de que el Estado conozca la realidad sanitaria del país y programe servicios de ayuda.

*Otras condiciones ético-morales:* Los agentes servidores en este campo de la pandemia del SIDA deberán tener en cuenta que existe una mentalidad de tipo hedonístico y consumista que produce efectos morales: el consumo de la droga y la transmisión de enfermedades por vía sexual, son algunos de los signos de esta mentalidad y de este tipo de cultura.

El hecho del SIDA y sus circunstancias, la difusión del aborto, la quiebra de la unidad familiar, la pornografía y la liberación sexual son de este tema y fruto también del permisivismo moral que alimenta a diario estos males.

Si es cierto, que quienes tenemos en la Iglesia una responsabilidad pastoral por pequeña y humilde que ésta sea, debemos hacer un alto para examinar nuestra conciencia a la luz de la moral de Cristo y de la Iglesia, también es cierto que la pandemia del SIDA nos ofrece campos inmensos para el servicio con el espíritu evangélico.

Desde la óptica evangélica ninguno puede ser juez, tampoco predicador de calamidades en esta cultura hedonista y consumista. Tampoco vale el formular un "recetario moral" para los males que nos aquejan. En una o en otra forma, más o menos somos responsables sea que hayamos obrado mal o que hubiésemos dejado de hacer el bien.

El Señor nos ha llamado a su servicio en el campo de la pastoral y este llamado es también una invitación a vivir nuestros

comportamientos morales nacidos del mensaje del Señor Jesús y a asumir responsabilidades en todos los niveles y según la competencia y la posibilidad de cada uno en el puesto que ocupa en la Iglesia, en la familia y en la sociedad civil.

Nosotros agentes de pastoral, los enfermos de SIDA, los implicados en la pandemia y todos los seres humanos, antes que nada somos dignos por ser hijos de Dios y somos llamados a construir al Reino de Dios.

### **Significados de la sexualidad**

La sexualidad favorece la cercanía entre la persona del hombre y la persona de la mujer para fortalecer la unión de la pareja en el amor. La persona es cuerpo pero no sólo cuerpo. La sexualidad sin el amor, degrada. El efecto verdadero, la delicadeza, el respeto, son indispensables para que la sexualidad pueda contribuir al perfeccionamiento de las personas y a la solidez de la pareja. De lo contrario no une, separa y aleja. La sola atracción sexual no garantiza la existencia del amor.

La sexualidad está estrechamente vinculada al don de la vida. Por la sexualidad varón y mujer están llamados a ser "ministros del amor y de la vida". Procrear significa participar en el poder creador de Dios.

El placer es un elemento natural ligado a la vida sexual y no sólo a la genitalidad, constituye un aliciente para que los esposos realicen su vida sexual y como su recompensa. La alegría que brinda la sexualidad es mucho más que una satisfacción corporal. Es la celebración de la mutua entrega y la mutua compañía, que no se reduce al lecho nupcial, sino que debe cubrir la vida diaria. La búsqueda individualista del placer daña la relación de pareja y perjudica el desarrollo de la sexualidad.

### **Principios básicos de moral sexual**

Estos principios se refieren a cómo se debe comportar la persona y la pareja que quiera guiarse por una moral verdaderamente cristiana. No coincide necesariamente con el modo como la gente

de hecho se comporta. Los principios morales cristianos no dependen de las costumbres ni de las leyes civiles. La moral no esta de moda.

#### *Principios:*

La sexualidad es un don de Dios y, como tal, es un bien. Debe ser tratado con responsabilidad y con respeto.

La relación sexual es responsabilidad de los dos esposos, no de uno sólo. La fidelidad también los obliga a los dos por igual.

Ambos esposos tienen igual derecho a la iniciativa en lo sexual. Aunque cada uno puede ser muy diferente del otro en lo que se refiere a disponibilidad, deseos, manera de insinuarse, etc.

El amor verdadero lleva a que cada uno se interese por su cónyuge y los dos hagan un esfuerzo conjunto de adaptación mutua. Esto juega no sólo para su realización sexual sino también para todos los sectores de su relación de pareja.

En la relación sexual no es lícito separar el significado unitivo (unión corporal) del significado procreador (posibilidad de engendrar hijos). No es lícito esterilizar voluntariamente el acto o las personas (mediante el uso de coito interrumpido, o el empleo de métodos anticonceptivos).

Debe respetarse toda vida naciente. El aborto es un crimen que nunca puede justificarse (el embrión no es un agresor injusto).

Hay que respetar la naturaleza de la sexualidad. La homosexualidad no puede aceptarse como lícita moralmente. Ni tampoco la sodomía, ni el lesbianismo.

Las relaciones sexuales no se deben anticipar al matrimonio. El sexo no es la entrada correcta al matrimonio. La mejor manera de preparar la entrega completa de los dos en el matrimonio es la continencia, que prepara para la futura fidelidad. No es fácil observar la continencia antes del matrimonio, pero con la gracia de Dios es posible y tiene innegables recompensas para la pareja.

No todo es lícito en el matrimonio. Los esposos también están obligados a observar la decencia. La verdadera decencia no riñe con la intimidad propia de los esposos. La búsqueda legítima del placer conyugal no autoriza prácticas que pueden ser nocivas para la salud. La pornografía no es buena escuela para los esposos que quieren desarrollar una sana sexualidad.

#### **La familia del enfermo de SIDA.**

A veces para la familia del enfermo es más profundo el dolor de tener un hijo, padre, cónyuge o hermano enfermo de SIDA que para el enfermo mismo.

Algunas familias chocan violentamente con el medio social y sus convencionalismos hasta no aceptar la enfermedad ni al enfermo mismo.

Otros aceptan este mal y por ignorancia aíslan al enfermo y no encuentran cómo ayudarlo quizás por falta de completa información. Aún hacia el cadáver de alguien que murió de SIDA, lo privan de honras fúnebres. La presencia de esta enfermedad merma poco a poco las fuerzas físicas, afectivas y económicas de la familia. Una pastoral que tenga el objetivo de ayudar a enfermos de SIDA tendrán en cuenta a todos los implicados en especial a la familia o al grupo con quien viva el enfermo.

Para un servicio a la familia del enfermo el agente de pastoral requiere tener claros y transmitir misericordiosamente los siguientes aspectos:

#### **Familias con enfermos de Sida**

-Sentido cristiano de la vida

-Saber testimoniar y explicar desde el Evangelio el sentido nuevo que Jesús dió al dolor y a la muerte, para generar en el enfermo y en sus acompañantes el estilo de vida necesario a la luz de la fe.

-Conocer las orientaciones de los Escapados relacionados con esta circunstancia, en especial lo referente a los aspectos morales.

-Conocer y manejar los aspectos sanitarios elementales exigidos por la autoridad competente en estos asuntos.

-Ser constante y fiel para acompañar al prójimo en el dolor.

-Saber coordinar con otros servicios pastorales su propio servicio según las necesidades. En especial búsquese la relación con la parroquia de la familia.

-Procurar mantener la unidad familiar. Es la enfermedad y el dolor una oportunidad para cultivar valores familiares.

### Familias sin enfermos de SIDA

Con estas familias se requiere una labor preventiva especialmente con aquellas que tienen hijos en período de educación. El agente de pastoral en conexión con agentes de pastoral familiar, procurarán ofrecer a las familias formación e información sobre el Sacramento del matrimonio, la unidad, la transmisión de la vida, la positiva educación para el amor, la castidad y la fidelidad y el compromiso apostólico de los hijos desde la familia. Téngase en cuenta que es mejor "prevenir que curar". Los recursos invertidos en la formación cristiana de la familia ahorrará ingentes recursos que habrá que aplicar cuando ya no exista remedio.

Más adelante, en esta misma edición, se ofrecen otros puntos de reflexión tocantes a la familia desde el punto de vista preventivo del SIDA, en la ponencia titulada "Familia cristiana y educación sexual preventiva del SIDA.

#### El buen Samaritano

- *Dejó de hacer lo que estaba haciendo*
  - *Tuvo compasión del hombre aporreado*
  - *Se acercó a él*
  - *Vendó sus heridas*
  - *Lo montó sobre su propia cabalgadura*
  - *Le llevó a una posada y cuidó de él*
- (Lucas 10.29)

El amor auténtico no es formalista ni discriminatorio, es sin fronteras

## ALGUNOS INTERROGANTES Y SUS RESPUESTAS

*"En el cambiante mundo de la asistencia sanitaria hay que asegurar la bondad y el amor de Dios Nuestro Salvador con todas sus implicaciones" (Juan Pablo II).*

¿Se deben evitar los sitios donde la gente con alto riesgo acude?

El SIDA no se transmite a través del contacto social cotidiano. Desde el punto de vista de la sola transmisión, no hay razón que indique evitar lugares públicos o privados como medida preventiva.

¿Se puede estar interno o visitar casas de salud donde hay enfermos de SIDA?

No hay razón para temer el trato y la relación normal con enfermos del SIDA así estén hospitalizados.

*Por el contrario un cristiano procurará hacer desaparecer todo aquello que pueda conducir a una discriminación de los enfermos. La pedagogía de Cristo con el enfermo fue de acogida fraterna y ayuda.*

¿Hay peligro de que un niño contraiga el SIDA de un amigo o de un compañero de escuela?

No. Es difícil contagiarse aún entre las personas que pertenecen a los grupos de mayor riesgo de enfermarse.

Un agente de pastoral se preocupará de influir para que en los Centros de educación haya suficiente y cristiana información y formación para el amor.

No podemos permitir se repitan los escándalos que en algunos lugares se han presentado en colegios católicos, de aislar o

expulsar a algunos portadores del virus del SIDA o ya enfermos. Por el contrario, es otra ocasión para crear signos de amor que eduquen cristianamente a la niñez, a la juventud y a las familias.

*¿Existe alguna prueba de laboratorio para diagnosticar el SIDA?*

Al igual que con muchas otras enfermedades, no hay prueba que por sí sola pueda indicar si se tiene SIDA o no.

Hoy en día hay una prueba de sangre que indica que la persona ha sido infectada con el virus del SIDA pero la prueba no demuestra si la persona sigue infectada, ni se puede saber si va a tener la enfermedad más tarde.

Las personas que creen estar infectadas pueden hacerse esta prueba de sangre, pero mientras no haya razones valederas, mejor aún, con la orientación de un médico experto en la materia, no debe intranquilizarse la persona.

Podría ocurrir que por falta de adecuada información y sin la suficiente solvencia moral cristiana, instituciones o empresas exijan certificado de carencia de SIDA a sus colaboradores.

Esto es altamente discriminatorio y genera irrespeto a la persona y hasta injusticias, por las incertidumbres que existen sobre el SIDA. Más valdría campañas preventivas de información y educación, donde el valor religioso esté presente con todas sus exigencias. Este problema al igual que otros se previenen en forma radical y el posible enfermo recibe la acogida del pobre del Evangelio.

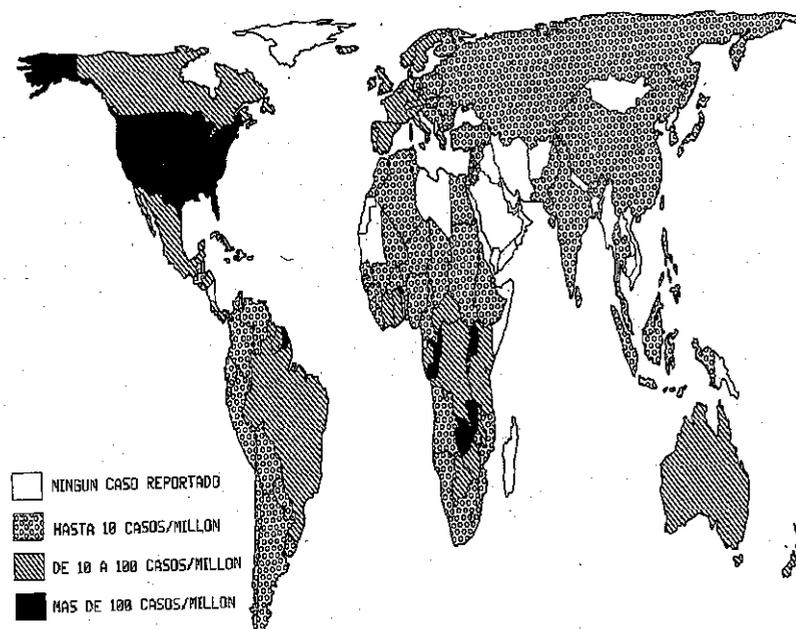
*¿Es permitido el uso del condón o preservativo como medida preventiva?*

Este medio de prevención y otros similares, no respetan ni la naturaleza de las relaciones sexuales y a veces ni la vida misma.

"Lo que es técnicamente posible, no siempre es por esa sola razón moralmente admisible". (P. Gabriel Arias P.)

## REALIDAD DE LA PANDEMIA DEL SIDA EN EL MUNDO

### GEOGRAFIA DEL SIDA



"La Iglesia católica, que ha recibido de su Fundador, Jesucristo, la herencia de unas relaciones siempre atentas y privilegiadas con los que sufren, no permanece hoy indiferente ante la situación de este nuevo tipo de enfermedad que ha aparecido en el mundo" (Juan Pablo II).



## Situación en los Países de America Latina Continental

### **Argentina**

Primer caso informado: 1983

Casos informados hasta Marzo de 1988: 163 (5 por millón)

Desglose: para Abril de 1986: 92% homosexuales, 6% hemofílicos, 100% hombres.

Seropositividad: entre Enero y Diciembre de 1987: 11/28,176 (0.04%) de los donantes de sangre, en su mayoría de Buenos Aires y de las Provincias del Rosario y Tucumán (O Fay y otros, SICA I, p. 347). Hasta Junio de 1988: 646/2.528 (26%) de personas de alto riesgo. (G. Muchinik y otros, SICA I, p. 330), alcanzando el 60% de 101 i.v.d.u\* (P. Cahn y otros, SICA I p. 331): 64/376 (17%) de los prisioneros de ambos sexos (todos i.v.d.u. heterosexuales seropositivos con excepción de dos). (L. Benetucci y otros, SICA I, p. 312).

Acción: Se terminó el MTP\*\*

Las transfusiones de sangre no se examinaban para detección de SIDA a fines de 1987.

### **Belice**

Primer caso informado: 1986.

Casos informados hasta Diciembre de 1987: 7 (35 por millón)

Acción: Se completó el STP\*\*\* en Marzo de 1988

\* Usuario de drogas intravenosas.

\*\* Ver capítulo V

\*\*\* Id.

Restricciones de entrada: solicitantes de residencia, permisos de trabajo y nacionalizaciones.

### **Bolivia**

Primer caso informado: Octubre de 1985.

Casos informados hasta Enero de 1988: 6 (0.9 por millón).

Desglose: Todos hombres homosexuales, un canadiense, 5 bolivianos.

Seropositividad: hasta Noviembre de 1987, en la Región de Santa Cruz: 0/333 prostitutas, 0/12 hombres homosexuales (F. Paradisi y otros, SICA I, p. 334).

Acción: Visita de evaluación.

Los primeros tres casos de SIDA se consideran como relacionados con contactos de SIDA en el exterior (En Brasil, Canadá y los Estados Unidos). Los siguientes tres casos fueron en prisioneros que supuestamente contrajeron el virus en la Paz. En 1987 no se examinaban las transfusiones de sangre para detectar el virus del SIDA.

### **Brasil**

Primer caso informado: 1982

Casos reportados para Abril de 1988: 2.956 (21 por millón)

Desglose: A Diciembre de 1987: 71.0% contacto homosexual, 9.0% receptores de productos sanguíneos, 6.4% ivdu, 5.6% contacto heterosexual; 56.9% en el Estado de Sao Paulo, 19.1% en el Estado de Río de Janeiro, 94.5% hombres, 5.5% mujeres.

Seropositividad: Para Junio de 1988: 52/284 (18.3%) en mujeres prisioneras en São Paulo, drogadictos ivdu, con el más alto factor de riesgo (Q.W. Rodríguez y otros, SICA I p. 313); 5/70, 7.1% donantes de sangre "profesionales" (M. I. Carvalho y otros, SICA,

p. 347); 31/132 (24% hombres homosexuales (HIV - 1 +). (E. Cortes, SICA I. p. 331). Se detectó HIV-2 en 1/177 (0.6%) de las prostitutas, 4/132 (3%) de los homosexuales, 3/140 (2.1%) de los pacientes con SIDA (Como se indica en la referencia anterior).

Acción: Se completó el MTP.

Aunque es obligatorio informar los casos de SIDA son muchos los que no se informan, sobre todo entre la población de la clase media, que tiene acceso a médicos y hospitales particulares ("O Impacto Social Da AIDS No Brasil", - El impacto Social del SIDA en Brasil, ABIA, Río de Janeiro, Enero de 1988). Se cree que la cifra real del total de casos de SIDA debe ser hasta un 50% mayor. Las cifras de Río de Janeiro sugieren que el 17.9% de los casos que se han presentado allí son debidos a sangre contaminada y 1.3% se debe al uso de drogas o agujas contaminadas. En Brasil se transfunden aproximadamente 5.500.000 unidades de sangre al año y el gobierno ha anunciado su intención de garantizar que para Junio de 1988, toda la sangre sea analizada para detección de SIDA.

Varios factores hacen que Brasil sea especialmente vulnerable al SIDA. Tiene una población excepcionalmente joven y sexualmente activa (el 50% menor de 21 años y el 70% menor de 30). El 33% de todos los embarazos y el 26% de todos los abortos son en adolescentes (HMC)<sup>o</sup>. No se ha generalizado el uso de los condones, aunque el año pasado hubo un aumento en su demanda. Muchos hombres son bisexuales y en las ciudades grandes hay muchos bares, teatros de cine y saunas públicos donde se practica indiscriminadamente la actividad homosexual.

El gobierno ha reconocido el papel desempeñado por los organismos de carácter voluntario y ha invitado por lo menos a un miembro fundador de uno de estos grupos, el Grupo Gay de Bahía, a formar parte del Comité Nacional sobre el SIDA.

### **Chile**

Primer caso informado: 1984

<sup>o</sup> Ver capítulo V.

Casos informados hasta Marzo de 1988: 69 (6 por millón).

Desglose: a Septiembre de 1987: 75% contactos homosexuales, 12% contactos heterosexuales, 5% usuarios de drogas intravenosas.

Seropositividad: Según los informes esta es de 0.008% de los donantes de sangre (GDSR, Enero de 1988).

Acción: Se terminó el STP.

Se examina la sangre que va a ser transfundida.

### **Colombia**

Primer caso informado: 1984

Casos informados hasta Diciembre de 1987: 174 (6 por millón) 97% en hombres homo/bisexuales; 84% en individuos entre los 20 y los 39 años.

Seropositividad: de 3.000 homosexuales en quienes se practicaron pruebas en una fecha desconocida, el 16% fue seropositivo (CP). Para Junio de 1988: 14 hombres homosexuales en Bogotá, 4% hombres homosexuales en Villavicencio (se desconoce el tamaño de las muestras) HIV +; 0.009% de 38.077 donantes de sangre en siete ciudades; 1/762 Amerindios (0.1%) (J. Boshell y otros, SICA I, p. 334).

Acción: Visita de evaluación.

### **Costa Rica**

Primer caso informado: 1983

Casos informados hasta Enero de 1988: 43 (15 por millón)

Desglose: 30% hemofílicos.

Seropositividad: En 1987: 21/18.770 (0.1%) donantes de sangre, 41/58 (70%) y 58/105 (55%) hemofílicos, 10-20% hombres homosexuales (OPS)\*

Acción: Visita de evaluación

Restricciones al ingreso: Estudiantes extranjeros y solicitantes de residencia. Una restricción anterior a los marineros extranjeros ha sido derogada.

Se predicen 250 nuevos casos para 1989, lo que daría un total de 690 casos. (L. Mata y otros, SICA II, p. 239).

Desde 1985 se examinan las transfusiones de sangre de los bancos de sangre de la Cruz Roja y del Seguro Social y de algunos bancos de sangre privados.

### **Ecuador**

Primer caso informado: 1985.

Casos informados hasta Marzo de 1988: 39 (4 por millón)

Desglose: A Enero de 1988: 43.3% hombres homosexuales, 40.0% hombres bisexuales, 6.7% heterosexuales (sin precisar la proporción por sexo), 10.0% transfusiones de sangre.

Acción: Se completó el MTP.

A fines de 1987 se examinaba ya toda la sangre de donantes en los bancos de sangre de la Cruz Roja de Quito y de Guayaquil.

### **El Salvador**

Primer caso informado: 1985

Casos informados hasta Enero de 1988: 25 (5 por millón)

\* Ver capítulo V.

Acción: Se terminó el STP.

A fines de 1987 se examinaba la sangre únicamente en el Banco de Sangre de la Cruz Roja en San Salvador.

### **Islas Malvinas**

No se había reportado ningún caso de SIDA ni se había publicado ningún estudio de seroprevalencia para Junio de 1988. Un anuncio acerca de la práctica de pruebas sanguíneas de detección que se practicarían en 1988 para toda la población (2.000 habitantes) incluiría la prueba de anticuerpos HIV (Times, Londres, Abril 23 de 1988) no ha sido confirmado (Guardina, Londres, Junio 21 de 1988).

### **Guyana Francesa (Departamento de Francia)**

Primer caso informado: 1983

Casos informados hasta Marzo de 1988: 113 (1.378 por millón)

Desglose: para Marzo de 1987: 51% hombres heterosexuales, 35% mujeres heterosexuales, 12% niños de padres en riesgo, 1% homosexuales/usuarios de drogas intravenosas, 1% receptores de productos sanguíneos.

Seropositividad: en 1986: 8/2,846 (0.3%) donantes de sangre (OPS).

Los primeros 32 casos de SIDA fueron detectados aparentemente en inmigrantes, en su mayoría provenientes de Haití. Se inició una campaña educativa en Julio de 1987, en coordinación con los departamentos franceses caribeños de Guadalupe y Martinica.

### **Guatemala**

Primer caso informado: 1985

Casos informados hasta Diciembre de 1987: 34 (4 por millón)

Desglose: 29 hombres, 3 mujeres, 2 casos en los que no se

informó el sexo, 25 contactos homosexuales, 2 usuarios de drogas intravenosas, un receptor de productos sanguíneos, los demás no especificados; el 70% había vivido en Estados Unidos, el 10% no era guatemalteco.

Seropositividad: Para Diciembre de 1987: un total de 26 personas identificadas como HIV+.

Acción: Programación de visitas de evaluación.

A finales de 1987 no se practicaban pruebas de la sangre para transfusión.

### **Guyana Francesa**

Primer caso informado: 1987

Casos informados hasta Diciembre de 1987: 14 (18 por millón).

Acción: MTP para el otoño/invierno de 1988

Un informe no confirmado de Noviembre de 1987, sugirió que los primeros 12 casos de SIDA habían sido en hombres homosexuales que viajaban frecuentemente.

### **Honduras**

Primer caso informado: 1985

Casos informados hasta Junio de 1988: 149 (32 por millón)

Desglose: 63.8% contactos heterosexuales, 19.7% contacto homosexual, 10.7% bisexual, 2.0% niños de madres infectadas, 1.3% receptores de productos sanguíneos, 0.7% usuarios de drogas intravenosas, 2.0% desconocidos, 38% mujeres.

Seropositividad: para Junio de 1988: un total de 74 seropositivos, además de 65 con muestras de sangre por confirmar y 7 con complejo relacionado con el SIDA.

Acción: Visita de evaluación.

De los 95 casos resultantes de transmisión heterosexual, la mayoría fueron en prostitutas. En la mayoría de los hospitales se examina la sangre que será utilizada para transfusiones desde Agosto de 1987; los demás hospitales están siendo dotados del equipo necesario.

### **México**

Primer caso informado: 1981

Casos informados hasta Abril de 1988: 1.302 (16 por millón)

Desglose: a Octubre de 1987: 87.2% contacto homosexual, 7.8% productos sanguíneos, 4.2% contacto heterosexual, 0.5% perinatal, 0.3% usuarios de drogas intravenosas; 95.5% hombres, 4.5% mujeres; 42.7% de los casos en la capital (Distrito Federal).

Seropositividad: hasta Abril de 1987: 0.4% de donantes de sangre no pagados, 5.5% donantes de sangre pagados por los bancos de sangre (Boletín Mensual SIDA, Año I, No. 2, Abril 15 de 1987). De Diciembre de 1986 a Diciembre de 1987: 3/670 (0.4%) de las prostitutas en Guadalajara (B. M. Torres- Mendoza, SICA I, p. 332). Entre Agosto de 1985 y Diciembre de 1987: 119/389 (30.6%) de homosexuales en Guadalajara (E. Vásquez-Valls y otros, SICA I, p. 332).

Acción: Planes para MTP.

Para 1991 se predice que la transmisión heterosexual representará la causa del 12.6% de los casos y que los receptores de productos sanguíneos constituirán del 14 al 18% de los casos (J. Sepúlveda y otros, SICA I, p. 345); (M. A. Lezana y otros, SICA II, p. 233). Desde Septiembre de 1987 se ha examinado la sangre para transfusiones.

### **Nicaragua**

Casos informados: No se informaron casos de SIDA a la OMS.

Acción: planes para visitas de evaluación.

Los informes iniciales de 19 casos de SIDA fueron retirados en Mayo de 1988. Se informó a fines de 1987 que el gobierno estaba programando una campaña educativa sobre el SIDA con un costo de US\$1.000.000. A fines de 1987 no se practicaban exámenes para detección del SIDA en la sangre para transfusiones. La campaña nacional contra el SIDA ha sido diseñada en colaboración con el Proyecto Educativo sobre el SIDA en Nicaragua, un grupo de trabajadores de la salud con su base de trabajo en San Francisco. (D. Wohlfeiler, SICA II, p. 270).

### **Panamá**

Primer caso informado: 1984.

Casos informados hasta Diciembre de 1987: 30 (13 por millón) 30% hemofílicos.

Seropositividad: En 1986: 4/6279 (0.1%) (OPS). En Agosto de 1987: 0.47% de 17.001 miembros de las fuerzas armadas (M. Pereira y otros, SICA I, p. 336).

Acción: Visita de evaluación.

Un informe de fines de 1987 sugería que había habido 30 muertes por SIDA y que se habían identificado 112 individuos como seropositivos (GDSR \* Diciembre de 1987). La sangre para transfusiones se examina en 10 regiones que equivalen al 97% del territorio nacional.

### **Paraguay**

Primer caso informado: 1986

Casos informados hasta Diciembre de 1987: 8 (2 por millón)

Acción: Visita de evaluación.

\* Ver capítulo V

### **Perú**

Primer caso informado: 1983

Casos informados hasta Diciembre de 1987: 69 (3 por millón)

Seropositividad: 1987: 9/124 (7.3%) hemofílicos (OPS); 1% de 16.000 personas en riesgo (El Comercio, Lima, Septiembre 15 de 1987). Diciembre de 1987: 192/33.623 (0.6%) de las muestras (G. Agüero & M. Lujan, SICA I, p. 333). Hasta Junio de 1988: 175/35.526 (0.5%) de las muestras, con la tasa más alta en 83/1.236 (6.7%) de hombres homosexuales (G. Agüero y otros, SICA I, p. 334).

Acción: Programa Multisectorial Nacional para la Prevención del SIDA, establecido en Abril de 1987; visitas de evaluación.

Otras fuentes: (G. Agüero & M. Lujan, arriba y E. Gotuzzo, SICA I, p. 334), indican 100 + y 88 casos de SIDA respectivamente. Las transfusiones de sangre no se examinaban en Diciembre de 1987.

### **Surinam**

Primer caso informado: 1984

Casos informados a Diciembre de 1987: 9 (23 por millón).

Seropositividad: entre Abril y Junio de 1987: 1/236 (0.4%) de los donantes de sangre.

Acción: Se terminó el STP en Marzo de 1988.

### **Uruguay**

Primer caso informado: 1983

Casos informados hasta Marzo de 1988: 20 (6 por millón).

Desglose: a Diciembre de 1987: 100% hombres homosexuales y bisexuales.

Seropositividad: Hasta Septiembre de 1987: 102/214 (47.7%) hombres homosexuales, 3/36 (8.3%) hemofílicos, 3/342 (0.9%) prostitutas, 0/591 donantes de sangre (CP).

Acción: Visitas de evaluación realizadas.

Se inició una campaña educativa en Agosto de 1987.

### Venezuela

Primer caso informado: 1983

Casos informados hasta Diciembre de 1987: 140 (8 por millón)

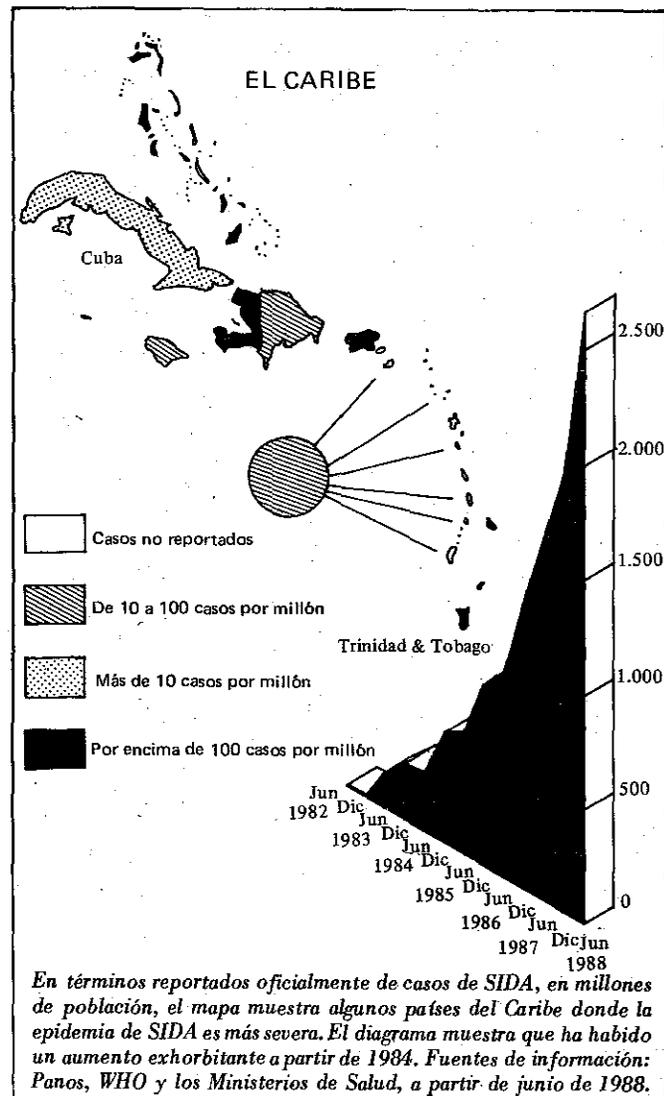
Desglose: De los primeros 95 casos: 76.8% hombres homo/bisexuales, 8.4% receptores de productos sanguíneos, 7.4% hombres heterosexuales, 4.2% mujeres heterosexuales, 1.1% usuarios de drogas intravenosas, 2.1% desconocidos, 93.6% hombres, 6.4% mujeres.

Seropositividad: hasta Noviembre de 1987: 1/1.508 (0.1% donantes de sangre, 84/407 (20.6%) hombres homo/bisexuales (OPS).

Acción: Comisión Nacional para el Estudio del SIDA, organizada a mediados de 1984, ahora integrada en la Comisión Nacional contra el SIDA.

Los primeros casos de SIDA se presentaron en hombres homo/bisexuales de la clase media alta que contrajeron el HIV en el exterior. Ahora se detectan casos en las clases menos favorecidas y como resultado de la infección en Venezuela. La mayoría de los casos heterosexuales iniciales fueron en hombres y mujeres haitianos. Desde 1986 se examina la sangre para transfusiones.

## LA AMERICA LATINA ANTILLANA MAPA DEL SIDA



## AMERICA LATINA ANTILLANA

### Casos de SIDA Reportados hasta junio de 1988

	Datos oficiales sobre casos de SIDA	Población (millones)	Casos de SIDA por millón en la población
Bermuda	75	0.056	1,339
Bahamas	188	0.235	800
Guadalupe	74	0.300	247
Haití	374	6.200	222
Barbados	55	0.300	183
Trinidad	277	1.300	175
Martinica	38	0.300	127
Santa Lucía	10	0.100	100
Antillas Holandesas	18	0.200	90
República Dominicana	504	6.500	78
Jamaica	56	2.500	22
Cuba	27	10.300	3

Puerto Rico: Referencia en Estados Unidos. Ver páginas siguientes.

## Situación en los Países de América Latina Antillana

### **Anguila**

No se han informado casos de SIDA ni se han publicado estudios de seroprevalencia para Junio de 1988. Se inició una campaña educativa en el verano de 1987.

### **Antigua**

Primer caso informado: 1985  
Casos informados para Junio de 1987: 3 (30 por millón).  
Acción: Visita de evaluación

### **Bahamas**

Primer caso informado: 1985 (Casos diagnosticados posteriormente : en 1981/82).

Casos informados para Marzo de 1988: 188 (800 por millón)

Acción: Visita de evaluación.

El cincuenta por ciento de los casos de SIDA se ha presentado en Haitianos; el patrón de transmisión es heterosexual. No se ha informado ningún caso en IVDU. La tasa global de enfermedad venérea es muy alta. Existe un pabellón exclusivo para casos de SIDA en el Hospital Princess Margaret (The Voice, Londres, Enero 12 de 1988).

### **Barbados**

Primer caso informado: 1984

Casos informados para Diciembre de 1987: 55 (183 por millón)

Desglose: 83.6% hombres, 16.4% mujeres, 40.0% contacto homosexual, 7.2% pediátricos, 3.6% receptores de productos sanguíneos.

Seropositividad: a Junio de 1987: 1/1.439 (0.07%) donantes de sangre (OPS, Noviembre 9 de 1988).

Acción: Visita de evaluación.

El uso de drogas intravenosas no ha sido un factor en ninguno de los casos de SIDA. Se inició una campaña educativa en 1985.

### **Bermuda**

Primer caso informado: 1984

Casos informados a Septiembre de 1987: 75 (1.339 por millón)

Desglose: 62% IVDU.

Seropositividad: a Junio de 1987: 0/508 donantes de sangre (OPS., Noviembre 9 de 1987).

Acción: Visita de evaluación

### **Islas Vírgenes**

Ningún caso informado para Junio de 1988

Seropositividad: 0/50 donantes de sangre

Acción: Visita de evaluación. Se inició un programa educativo sobre SIDA en 1985.

### **Islas Cayman**

Primer caso informado: 1986

Casos informados a Diciembre de 1987: 3 (150 por millón)

Acción: Visita de evaluación.

## **Cuba**

Primer caso informado: 1986

Casos informados a Enero de 1988: 27 ( 3 por millón)

Seropositividad a Enero de 1988: 174/1.534.993 (0.01%), las pruebas incluyen todas las donaciones de sangre, las mujeres embarazadas, las admisiones a los hospitales, los presos al ingreso y a la liberación, los pacientes con enfermedades de transmisión sexual, los hemofílicos y el personal cubano que trabaja en el Continente (HMC).

Acción: aceptación de MTP

Restricciones de ingreso: extranjeros que van a permanecer por más de tres meses.

Disposiciones internas: cuarentena para todas las personas con HIV ó SIDA.

Los exiliados cubanos en los Estados Unidos sostienen que la seroprevalencia en Cuba es mucho mayor de lo que admiten oficialmente las estadísticas gubernamentales (New York Times, Febrero 11 de 1988). El gobierno está realizando un programa de detección en todos los ciudadanos para determinar la presencia de HIV. Las personas en quienes se encuentre seropositividad son internadas en un centro asistencial en los suburbios de La Habana, en donde "trabajan, reciben visitas y reciben el pago del 100% de sus salarios, hacen gimnasia, practican deportes, visitan lugares turísticos y sus familiares reciben todo lo que necesitan para su subsistencia de las trabajadoras sociales quienes les ayudan a solucionar cualquier dificultad" (HMC). También se permiten ocasionales visitas al hogar (Washington Post, Septiembre 16 de 1987, Miami, Herald, Septiembre 17 de 1987). Se ha presupuestado una partida de US\$55 millones para el tratamiento preventivo del SIDA y la investigación. Desde 1986, todas las transfusiones de sangre se están sometiendo a pruebas de detección.

### **Dominica**

Primer caso informado: Diciembre de 1986

Casos informados a Junio de 1987: 6 (60 por millón).

Desglose: 1 niño, una mujer, cuatro hombres homosexuales.

Seropositividad: en 1987: 9/92 (10%) de las personas de alto riesgo (HMC).

Acción: STP para el otoño de 1988.

Los casos comprobados incluyen siete hombres homosexuales, algunos de los cuales han tenido relaciones con mujeres. Un hombre seropositivo le pasó el virus a su esposa. El único caso en una mujer de que se tenga noticia en la isla, quien le pasó la enfermedad al hijo. Tanto la mujer como el niño murieron (HMC). Se inició en Enero de 1987 una campaña educativa abarcando las escuelas, el personal médico, los trabajadores agrícolas y otros grupos poblacionales.

### **República Dominicana**

Primer caso informado: 1982

Casos informados a Diciembre de 1987: 504 (78 por millón)

Desglose: En 1983 no se había diagnosticado ninguna mujer con SIDA; para 1987, 32% de todos los casos eran mujeres: 43% de los casos nuevos en 1987 fueron el resultado de transmisión heterosexual (E. Guerrero y otros, SICA II p. 239).

Seropositividad: En 1986: 14/959 (1.5%) de los donantes de sangre. 10/521 (1.9%) 12/986 (1.2%) de las prostitutas (OPS, Noviembre 9 de 1987); en hombres homosexuales, 4.9% en 1983, 18.8% en 1984, 12.9% en 1985.

Acción: Terminación del STP.

Según el director del estudio de STD del país, la difusión del SIDA

a los heterosexuales se ha acelerado debido a los altos niveles de prostitución, enfermedades venéreas y el retorno de nacionales infectados de los Estados Unidos. (Miami Herald, 15 de Septiembre de 1987). El uso de condones ha aumentado en forma dramática, según los informes de República Dominicana, alcanzando el 71% de los hombres y el 48% de las mujeres entre la clase obrera para Octubre de 1987. (A.A., de Moya & E. Guerrero, SICA II, p. 275).

### **Grenada**

Primer caso informado: 1984 (diagnóstico postmortem).

Casos informados hasta Enero de 1988: 8 (80 por millón de habitantes).

Acción: Fuerza de Trabajo para la Prevención del SIDA establecida en 1986: MTP a partir de Mayo de 1988.

Cinco personas halladas seropositivas y registradas como tales. Según el Ministerio de Salud, varios factores hacen que Grenada sea especialmente vulnerable al SIDA; el turismo, el tráfico de drogas, los trabajadores agrícolas temporales que van a trabajar a los Estados Unidos y el retorno periódico de miles de grenadinos que viven en el exterior (HMC).

### **Guadalupe (Departamento de Francia en Ultramar)**

Primer caso informado: 1982

Casos informados a Diciembre de 1987: 74 (247 por millón de habitantes).

Seropositividad: En 1986: 16/9.356 (0.2%) de los donantes de sangre (OPS, Noviembre 9 de 1987).

El contacto homosexual es el principal medio de transmisión en sólo 7% de los casos de SIDA en los Departamentos Franceses del Caribe (Guadalupe, Martinica y la Guayana Francesa). La drogadicción es responsable del 1% de los casos. Los niños

representan el 10% del total de casos mientras que a mediados de 1986, el 42% de los pacientes de SIDA eran mujeres (Le Monde, París, Octubre 14 de 1987).

### **Haiti**

Primer caso informado: 1983

Casos informados hasta Septiembre de 1987: 1.374 (222 por millón).

Desglose: para el tercer trimestre de 1987: 51% urbanos, 45% rurales, 4% de origen desconocido; 69.7% hombres, 30.3% mujeres; 56.4% categoría de riesgo indeterminada, 25.7% contacto heterosexual, 10.0% receptores de productos sanguíneos, 2.1% contacto homosexuales, 5.8% niños.

Acción: se completó el STP.

El sarcoma de Kaposi como infección oportunista se ha reducido de 19% a 5%. El porcentaje de casos fuera de Puerto Príncipe, la capital, aumentó de 11% a 30% entre 1983 y 1987. Las infecciones por HIV están asociadas con una alta mortalidad en los niños, inclusive antes de la aparición del SIDA (J.M. Pape y otros., GIA, p. 40).

Hasta 1985, el Centro de los Estados Unidos para el Control de las Enfermedades clasificaron a los haitianos como una categoría de riesgo equivalente a los homosexuales, los hemofílicos y los adictos a la heroína. Los efectos de esta clasificación en los haitianos que se encontraban en los Estados Unidos y en los de Haití mismo se analizan en el libro de Panos titulado Blaming Others: Prejudice, race and worldwide AIDS, (Culpando a otros: Prejuicio, raza y SIDA a nivel mundial, sólo en Puerto Príncipe se examinan las sangres destinadas a transfusión para determinar que estén libres del virus del SIDA.

### **Jamaica**

Primer caso informado: 1983

Casos informados hasta Enero de 1988: 56 (22 por millón)

Desglose: hasta Septiembre de 1987: 63.3% hombres, 26.7% mujeres, 10.0% niños.

Seropositividad: en 1987: 13/5.724 (0.2%) de los donantes de sangre (OPS). 127/27.000 (0.5%) de las muestras de sangre (Daily Gleaner, Septiembre 15 de 1987).

Acción: MTP para el otoño de 1988.

Restricciones de entrada: se informa que este aspecto está siendo analizado.

Los informes de casos de SIDA se cuadruplicaron entre Diciembre de 1986 y Diciembre de 1987. La mayoría de los casos informados para Septiembre de 1987 fueron el resultado de contacto heterosexual, el 23% de contacto homosexual (J. P. Figueroa y otros, GIA, p. 40). En 1986 se inició una campaña educativa. Las donaciones de sangre se redujeron considerablemente cuando se empezó a examinar la sangre de los donantes, pero ahora ya han regresado a los niveles anteriores. A principios de 1988, una encuesta de la actitud de la población hacia el conocimiento del SIDA fue la etapa preparatoria para una segunda fase de campaña a través de los medios de comunicación.

### **Martinica (Departamento de Francia en Ultramar)**

Primer caso informado: 1983

Casos informados para Diciembre de 1987: 38 (127 por millón)

Desglose: véase Guadalupe

Seropositividad: en 1986: 20/10.109 (0.2%) de los donantes de sangre (Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire, 11/1987).

### **Montserrat**

Para Junio de 1988 no se había informado ningún caso de SIDA. Seropositividad: de 88 donantes de sangre en quienes se

efectuaron pruebas en 1987, todos con excepción de un caso "positivo de línea límite", fueron seronegativos (CP).

### **Antillas Holandesas**

Primer caso informado: 1987

Casos informados para Junio de 1987: 18 (90 por millón).

Seropositividad: en 1987: 2/1.221 (0.2%) de los donantes de sangre (OPS, Noviembre 9 de 1987).

### **Puerto Rico (Mancomunidad estadounidense)**

Casos informados para Mayo de 1988: 1.006 (291 por millón)

(las cifras de Puerto Rico se incluyen en las estadísticas de los Estados Unidos).

### **Saint Christopher y Nevis**

Primer caso informado: 1985

Casos informados para Septiembre de 1987: 1 (22 por millón)

Acción: Visita de evaluación

### **Santa Lucía**

Primer caso informado: 1984

Casos informados hasta Enero de 1988: 10 (100 por millón)

Desglose: para Octubre de 1987: 1 hombre homosexual, 4 hombres heterosexuales, 4 mujeres.

Seropositividad: en 1985: 5/560 (0.9%) de los agricultores. En 1986: 1/340 (0.3%) de la población general.

Acción: Visita de evaluación.

Se inició una campaña educativa en 1985. Están en un nivel de riesgo especial 500 agricultores que pasan anualmente siete y ocho meses en Belle Glade en Florida, en donde hay altos niveles de seropositividad y casos de SIDA que han sido informados.

### **Saint Vincent y Grenadines**

Primer caso informado: 1985

Casos informados hasta Diciembre de 1987: 8 (80 por millón)

Acción: Visita de evaluación

### **Trinidad y Tobago**

Primer caso informado: 1983

Casos informados hasta Diciembre de 1987: 227 (175 por millón).

Desglose: Para Enero de 1987: 75% de contactos homosexuales, 12% mujeres, 10% casos pediátricos. Para Diciembre de 1987: 63% de contactos homosexuales, 22% de contactos heterosexuales.

Seropositividad: en 1987: 59/6.407 (0.9%) de los donantes de sangre (OPS, Noviembre 9 de 1987); 3.3% de 506 pacientes STD. (C. Bartholomew y otros, SICA II, p. 240).

Acción: Se completó el MTP

Los casos iniciales de SIDA resultantes de contacto heterosexual fueron en mujeres de compañeros bisexuales, pero 16 de los 22 casos de heterosexuales informados en 1987 fueron en hombres cuya única actividad de riesgo era el contacto sexual frecuente con mujeres (F. R. Cleghorn y otros, GIA, p. 55).

### **Islas Turcas y Caicos**

Primer caso informado: 1986

Casos informados hasta Diciembre de 1987: 5 (625 por millón).

Acción: MTP pr el otoño de 1988

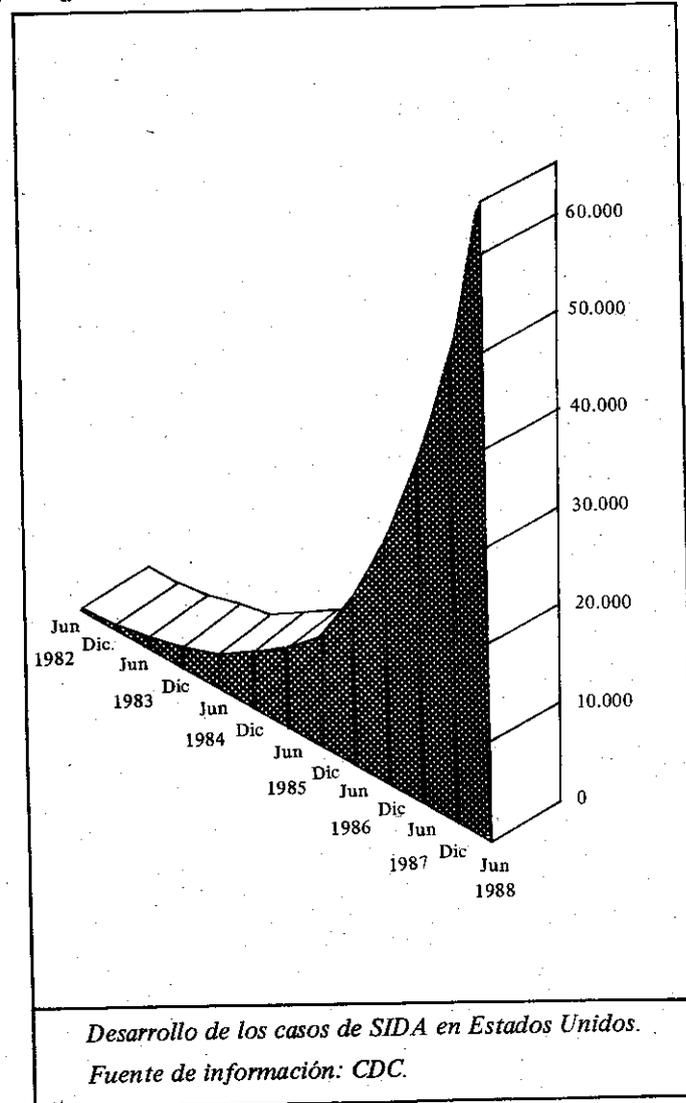
**Islas Vírgenes Estadounidenses** (Territorio de los Estados Unidos)

Casos informados hasta Mayo de 1988: 16 (152 por millón). (Las cifras de las Islas Vírgenes Estadounidenses están incluidas en las estadísticas de los Estados Unidos.)

Tres países de América Central y América del Sur, Belice, Guayana y Surian son miembros de CAREC, (véase la sección del Caribe) pero se enumeran en esta sección.

## ESTADOS UNIDOS - PUERTO RICO

Ver páginas anteriores, SITUACION DE LOS PAISES. AMERICA ANTILLANA



## **Estados Unidos y Puerto Rico**

Primer caso reportado: 1981 (1969 en retrospectión)

Casos reportados: Junio 1988: 65.780 (270 por millón)

Desarrollo: 62,4% contacto homosexual, 18,1% IVDU, 7,3% homosexual/IVDU, 4,1% contacto heterosexual, 3,7% receptores de sangre. 1,2% hijos de padres en riesgo, 3,2% indeterminado, 91,5% hombres, 8,5% mujeres.

Seropositividad: un total estimado de 945.000 -1.4 millones (0.4-0.6% de la población) HIV+ en febrero (US center for Disease Control). 5.890/3.9 millones (0.15%) entre hombres que prestan el servicio militar y mujeres y militares voluntarios (Washington Post, febrero 11 de 1988). 148/9047 (1.6%) de mujeres embarazadas en Nueva York en diciembre de 1987 (New York Times, 13 de febrero de 1988 reportando un estudio no conocido sobre seroprevalencia realizado por NYC AIDS Surveillance Unit). 5% de "STD" pacientes externos en Baltimore en la primavera de 1987 (Washington Post, febrero 2 de 1988) (Para información detallada sobre el desarrollo de las tasas de sero-positividad en diferentes grupos vea Morbidity and Mortality weekly report, diciembre 1987, suplemento, CDC). Infección HIV detectada en New Jersey en diciembre de 1987 (Morbidity and Mortality Weekly Report, febrero 29 de 1988, páginas 33-35). Un total de 450.000 casos de SIDA (0.2% de la población) son proyectados para 1993 por el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos.

Restricciones de entrada: candidatos para inmigración.

Regulaciones internas: varios estados han propuesto o aprobado leyes relativas al SIDA.

Aunque el SIDA fue reportado primero en Estados Unidos -y globalmente- en junio de 1981, diagnósticos retrospectivos han revelado varios casos en los últimos años de la década del 70. La fecha más temprana en la cual los exámenes de sangre y los síntomas confirmaron la existencia del SIDA fue en 1969, en un adolescente que murió ese mismo año. Los Estados Unidos tienen actualmente el 65% de los casos reportados, este

porcentaje ha caído estadísticamente desde que el SIDA apareció. El tiempo actual en que se doblan los caso de SIDA en U.S.A. está debajo de los quince meses (Abril 1987- junio 1988).

El desarrollo anterior por comportamientos riesgosos se refiere a todos los casos de SIDA desde 1981. Los análisis de nuevos casos muestran una disminución en la tasa de casos reportados entre hombres homosexuales sin historia en el uso de drogas. En el último trimestre de 1985 eran el 68% de los casos nuevos en adultos, mientras en el segundo trimestre de 1988 eran el 56%. En el mismo período el porcentaje se ha elevado del 22% al 32%. La proporción de casos nuevos de mujeres con SIDA se ha elevado del 6.4% al 11%.

Una revisión de las características oficiales en New York en 1987 sugieren que el IVDU es el causante del 53% de las muertes relacionadas con el SIDA en la ciudad y no el 31% como se había calculado. Se estima que 2520 de las muertes relacionadas con el SIDA no han sido incluidas en las estadísticas (New York Times, octubre de 1987).

El porcentaje de gente negra y latina con SIDA es respectivamente del 26% y 14%, siendo el doble de la población de negros y latinos (12% y 7%). La tasa ha empezado a elevarse en estas dos poblaciones minoritarias, quienes están por encima del 46% de los casos nuevos reportados en el segundo trimestre de 1988. Los marcados factores de pobreza, uso de drogas y discriminación racial a los cuales se debe la gran representación de estos grupos minoritarios en los casos de SIDA son estudiados en el libro "Panos" Blaming others: Perjuice, race and worldwide AIDS.

La respuesta del Gobierno Federal ha sido criticada por varias comisiones, incluyendo la comisión presidencial para el SIDA, por ser lenta e inefectiva. El reporte del presidente de la Comisión Presidencial publicado en junio de 1988, hace propuestas contrarias a la actual vigilancia del gobierno, incluyendo un llamado para la protección legal federal contra la discriminación del SIDA y la infección HIV y programas más amplios para prevenir el esparcimiento del virus entre los que usan drogas. Aunque el presupuesto del gobierno federal dedicado la investigación sobre el SIDA y cuidado de la salud ha aumentado desde US\$5.6

millones en 1983 a US\$1.3 billones para 1988-1989. La Academia Americana de Ciencia reclama por más de US\$3 billones para 1990.

El peso de la educación y cuidado de la salud caen inicialmente en organizaciones voluntarias y después en los gobiernos de la ciudad y el estado. Una amplia serie de programas han nacido, desde el sistema "Buddy" iniciado por Gay Men's Health Crisis en New York (Cuidados en el hogar provistos por personas voluntarias con SIDA), hasta la repartición de condones a prostitutas y drogadictos en las calles de San Francisco. Como el HIV se ha esparcido muchos de estos programas basados en la comunidad han llegado a ser modelos para la prevención y actividades de educación en otros países.

## CAPITULO II

### ASPECTOS CIENTIFICOS Y TEOLOGICOS CONEXOS CON LA PANDEMIA DEL SIDA EN AMERICA LATINA

## ASPECTOS GLOBALES DE LA PANDEMIA DE SIDA

P. ANIBAL GIL LOPES, M.D., Ph. D.\*

### Introducción

En 1981 comenzaron a aparecer casos de un tipo de neumonía rara y grave, como una especie de cáncer poco común, típica de ancianos de ascendencia judía o mediterránea. Esos pacientes, de dos grandes ciudades americanas, New York y San Francisco, eran hombres jóvenes y, en la mayoría, homosexuales y algunos adictos a drogas inyectables.

A partir de esos datos epidemiológicos, los científicos desarrollaron estudios que permitieron definir el origen de una nueva enfermedad. Se trataba de un virus transmisible por vía sexual y endovenosa, que provoca una deficiencia inmunitaria y otras agresiones a diferentes sistemas del organismo. Los daños causados por el HIV producen una gran variedad de síntomas y propician la aparición de diferentes enfermedades, razón por la cual es llamada SINDROME.

En el plazo de tres años fue posible describir con detalles, tanto el virus responsable del síndrome y las vías de contagio, como también fueron desarrollados métodos de diagnóstico. En poco tiempo surgieron las primeras drogas para uso de los seres humanos que, si todavía no llevan a la curación, a lo menos son etapas válidas para el desarrollo de medicamentos efectivos.

Si por una parte, el SIDA trae consigo el espectro de la muerte, por ser una enfermedad todavía incurable, también está marcada por la esperanza de tener éxito en el futuro ya que la ciencia, en tan poco

---

\* Profesor Asociado de Fisiología Instituto de Ciencias Biomédicas en la Universidad de São Paulo, Brasil. Miembro del Prebisterio de la arquidiócesis de São Paulo.

tiempo, ha desarrollado un notable conocimiento sobre aspectos clínicos, de laboratorio, moleculares y farmacológicos de la nueva enfermedad.

El virus fue aislado por primera vez en Mayo de 1983, en el Instituto Pasteur de París, por Luc Montagnier, quien le dió el nombre de Virus Asociados a la Linfadenopatía (LAV). En Marzo de 1984, en Estados Unidos, Roberto Gallo aisló el virus, denominado por él: Virus Linfotrópico de la Célula T Humana (HTLV-III).

Posteriormente se comprobó que tanto el LAV como el HTLV III, eran un mismo microorganismo, siendo adoptada internacionalmente la denominación de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV).

Hasta el momento fueron identificados como agentes etiológicos del SIDA, dos virus, muy semejantes, que se denomina HIV-1 y HIV-2.

El "período de latencia" entre la infección con HIV y el desarrollo del SIDA es largo y variable. Estudios recientes indican que del 17 al 31% de las personas infectadas por el HIV-1, desarrollan la enfermedad dentro de 6 años después de la infección, siendo el período medio de latencia de 8 a 23 meses. Una vez desarrollada la enfermedad, su curso siempre es fatal, ya que, hasta el momento, no hay curación para el SIDA. Por otra parte, no existe ninguna vacuna que induzca protección contra el HIV.

En términos rigurosos, SIDA significa únicamente la etapa caracterizada por la aparición de enfermedades asociadas al síndrome. Popularmente, el término se utiliza para designar tanto la situación de contagio como cualquier otra etapa del padecimiento o del síndrome.

Hasta el presente este síndrome está registrado en 138 de los 176 países que proporcionan información a la Organización Mundial de la Salud. Una epidemia de estas proporciones, se llama **PANDEMIA**.

Aunque el virus haya sido aislado en diferentes fuentes, como el semen, secreciones cervicales, linfocitos, fluido cerebrospinal,

lágrimas, saliva, orina y leche materna, esto no representa todavía que todos esos fluidos pueden ser agentes transitorios, ya que la concentración de los virus es fundamental para que se dé la transmisión. La sangre, el esperma y, posiblemente las secreciones cervico-cervicales, son los fluidos capaces de transmitir la infección.

Desde el punto de vista práctico, las transmisiones del SIDA se da por tres medios:

- Relaciones sexuales (vaginales, orales o anales).
- Recepción de sangre contaminada (por medio de transfusión de sangre, uso de derivados de la sangre y agujas contaminadas y no desinfectadas.).
- Transmisión materno-infantil durante la gestación, el parto y la lactancia.

#### Características del HIV

El HIV pertenece a la familia de los retrovirus. Otras especies de ese grupo se conocen por causar desórdenes inmunológicos y cáncer en varios animales y en los seres humanos. El nombre de esa familia está asociado al mecanismo de replicación del virus. La presencia de una enzima, llamada transcriptasa reversa, obra como un mensaje genético codificado en forma de RNA, que se transcribe bajo la forma de DNA, la cual es entonces *Incorporada al Propio* código genético de la célula infectada. Nuevas células originadas por división celular, van a contener entre sus genes, los responsables de la producción de esos virus. La infección, por lo tanto, es permanente, del mismo modo que la capacidad de transmitir el virus.

El tratamiento ideal, que sería la remoción del material genético del virus que fue incorporado al patrimonio genético de la célula infectada, no parece posible de ser desarrollado dentro de los actuales conocimientos.

Incorporado el código genético de la célula infectada, la expresión

---

\* Aclaración de SEPAF-CELAM.

final de replicación viral, esto es, de su multiplicación, puede dejar de manifestarse por muchos años, el cual se denomina "período de latencia".

Durante ese "período latente", la persona infectada, portadora del HIV, permanece sana. Por otra parte, el portador sano representa una reserva del HIV y transmite el virus por medio de su sangre y de las relaciones sexuales.

Desde el punto de vista práctico, ese largo "período de latencia" asociado a la capacidad de transmitir el virus, facilita la difusión de la pandemia, ya que hay señales que advierten respecto al riesgo de contagio.

Todavía no están completamente determinados los factores que condicionan la explosión de la replicación viral; hay evidencia de que la estimulación antigénica de linfocitos T4, puede desencadenar el proceso. El uso de drogas, inyecciones repetidas, recepción de material biológico extraño al individuo, como sangre y espermia, pueden, por lo tanto, precipitar el desencadenamiento del síndrome en un portador sano.

En ese contexto se recomienda a los portadores, que eviten situaciones de desgaste físico, respetando una alimentación adecuada y sueño regular, junto con la abstención de drogas y prácticas sexuales que posibiliten el contacto directo con espermia.

Los retrovirus son clasificados tanto por el aspecto morfológico encontrado en microscopía electrónica, como por las características genómicas, antigénicas y fisiopatológicas. La estructura del HIV, que es común a todos los integrantes de la familia de los retrovirus, posee:

- Una envoltura externa que contiene dos glico-proteínas, gp41 y gp120, siendo ésta última la responsable del atracamiento del virus a las células al ser infectadas.

- Una membrana interna formada por la proteína p18.

- Un monofilamento de RNA, de alto peso molecular que constituye su *genoma* (material genético).

- Proteínas estructurales que revisten el genoma

- Una DNA - polimerasa dependiente de RNA (enzima transcriptasa reversa).

Los retrovirus comportan dos sub-familias que infectan la especie humana: los *oncovirus*, representados por el HTLV-I y II, y los *lentivirus*, representados por el HIV-1 y 2.

El ciclo biológico del HIV comprende tres fases:

1. Atracamiento y penetración: El HIV a través de la gp120, atraca al receptor CD4 y penetra en la célula, siendo entonces liberada la parte central del virus que contiene el material genético y la enzima transcriptasa reversa.

2. Replicación: A través de la transcriptasa reversa el mensaje genético contenido en el RNA viral es transcrito bajo la forma de DNA, la cual puede ser incorporada al patrimonio genético de la célula infectada o permanecer libre.

3. Formación y liberación: Después que la célula ha sintetizado las diferentes partes del virus, las glicoproteínas de la envoltura externa se incorporan a la membrana celular, sirviendo de punto de condensación a la parte central del virus. Como brotes, los nuevos virus son liberados hacia fuera de las células infectadas.

Una característica del HIV es el alto ritmo de mutaciones del gen responsable de la síntesis de las glicoproteínas de la envoltura externa, un millón de veces más rápida que en otros tipos de virus. Esto puede modificar varias propiedades biológicas del HIV, como la virulencia, la afinidad a diferentes tipos celulares, el ritmo de replicación, así como la capacidad de *driblar* el sistema inmunológico y la acción de las drogas. Este es el gran obstáculo para el desarrollo de una vacuna eficaz contra el SIDA.

El HIV infecta células que poseen receptores superficiales específicos, llamados CD4 donde la glico-proteína gp120, presente en la envoltura viral, pueda ligarse.

Las células que presentan una alta densidad de receptores CD4

son los linfocitos T4 y los monocitos. Diferentes estudios han indicado que las lesiones cerebrales, tan frecuentes en los pacientes de SIDA son causadas por la introducción de los virus a través de los monocitos, y factores todavía no bien determinados, llevarían a un infiltrado inflamatorio y a la lesión de las neuronas. Hay evidencias de que la gp120 de la envoltura viral, pueda tener efecto inhibitorio sobre el crecimiento neuronal.

La característica deterioración progresiva de la inmunidad proviene de la destrucción de los linfocitos T4, lo que lleva a las infecciones oportunistas y a otras alteraciones inmunológicas.

### **Evolución clínica de la infección por el HIV**

Las manifestaciones clínicas de la infección por el HIV son extremadamente variables. La clasificación propuesta por el CDC (Centers for Disease Control - USA) describe cuatro fases, de esta manera:

**Grupo 1.** Caracterizado por la infección aguda, que ocurre entre una a doce semanas después de la infección. Esta fase puede ser asintomática o presentar síntomas tales como fiebre, cefalalgia\*, dolores musculares, malestar, linfadenopatía y, eventualmente, meningitis aséptica. Estos síntomas generalmente desaparecen espontáneamente, de manera que el diagnóstico depende de la verificación de seroconversión, esto es, aparición de anticuerpos anti-HIV detectados por las pruebas de laboratorio.

**Grupo 2.-** Está constituido por los seropositivos asintomáticos, sin la ocurrencia de señales o síntomas de infección.

**Grupo 3.-** Se caracteriza por la presencia de nódulos linfáticos mayores de un centímetro de diámetro, persistentes por más de tres meses y generalizados, comprendiendo 2 o más sitios extra-inguinales. La gran mayoría de los pacientes de este grupo es asintomática, aunque pueden presentar sudores nocturnos y fatiga.

\* Dolores de cabeza. Observación de Sepaf-Celam.

Los pacientes de los grupos 2 y 3 pueden presentar alteraciones de laboratorio, tales como linfopenia, trombocitopenia, hipergamaglobulinemia y anemia.

**Grupo 4.-** Dividido en 5 sub-grupos, congrega las diversas patologías asociadas con la pérdida de la inmunidad o lesión cerebral causadas por HIV. Esos sub-grupos se caracterizan así:

**Sub-grupo A:** Enfermedad constitucional caracterizada por diarrea o fiebre sin clara explicación por un período superior a un mes o pérdida de más del 10% del peso del cuerpo.

**Sub-grupo B:** Enfermedad neurológica caracterizada por demencia, neuropatía y mielopatía sin causa determinada.

**Sub-grupo C:** Está caracterizado por la presencia de una entre las doce infecciones oportunistas definidas, por el CDC, tales como neumonía, por *pneumocystis carini*, *criptosporidiosis crónica*, *toxoplasmosis*, *estrongiloidosis extra-intestinal*, *candidiasis*, *isosporiasis*, *histoplasmosis* y otras.

**Sub-grupo D:** Se caracteriza por la presencia de alguna de las tres enfermedades malignas definidas por el CDC que son: sarcoma de Kaposi, linfoma que no sea el de Hodgkin y linfoma primario o del sistema nervioso.

**Sub-grupo E:** Caracterizado por la presencia de otras infecciones. Aunque el SIDA fue identificado como un nuevo síndrome en 1981, las implicaciones neurológicas no fueron percibidas de inmediato. Los síntomas neurológicos ocurren por lo menos en 40% de los pacientes de SIDA, pudiendo preceder las otras manifestaciones en cerca de 10 a 30% de los casos. Algunos estudios registran la presencia de lesiones del sistema nervioso central hasta en 90% de los casos. La discrepancia entre los diferentes estudios se atribuye a la falta de diagnóstico de lesiones sub-clínicas o alteraciones enmascaradas por la gravedad del comportamiento global del paciente.

El cuadro conocido como *Complejo Demencial Asociado al SIDA*, se caracteriza por la demencia progresiva la cual es una de las más comunes y devastadoras manifestaciones de la infección causada

por el HIV. Al contrario de las otras manifestaciones del SIDA, secundarias a la inmunodeficiencia, el complejo demencial es causado por la acción directa del virus en el cerebro, pudiendo ser la única manifestación clínica del síndrome.

Las manifestaciones del complejo demencial comprenden alteraciones cognoscitivas (presentes en 66% de los casos), motoras (45%) y de comportamiento (39%) teniendo un comienzo usualmente insidioso.

En el área cognoscitiva las quejas iniciales comprenden el olvido, disminución de la capacidad de concentración y confusión mental. La pérdida de la capacidad de acompañar el curso del pensamiento propio con el exterior, dificultad para establecer diálogos elaborados, como la comprensión e interés por la lectura, el cine o la televisión. La dificultad de realizar las actividades rutinarias exige progresivamente el gasto de un tiempo mayor. Con la evolución del cuadro aparece pérdida de la memoria y demencia.

Las alteraciones motoras llevan a la pérdida del equilibrio y coordinación que, asociadas a la debilidad de las extremidades, ocasionan caídas, dificultad para realizar trabajos manuales y escritos:

En términos de comportamiento se observa frecuentemente pérdida de la espontaneidad, apatía y aislamiento. En algunos casos se manifiesta agitación y agresividad.

Otras manifestaciones, tales como cefalalgia, convulsión, temblores y psicosis orgánicas, también se comprueban en cerca de 20% de los casos.

Cerca de la tercera parte de los pacientes presentan señales de apatía y aislamiento, lo que puede confundirse con depresión, la cual no responde a la terapéutica antidepressiva.

### **Diagnostico de la infección por el HIV**

La historia clínica es esencial para que se afirme la suposición de que un paciente es portador del HIV, sin la presencia de cualquier

sintomatología. El comportamiento sexual promiscuo, homo o heterosexual, el uso endovenoso de productos derivados de la sangre humana o drogas recreacionales, así como compañero sexual de alguien contaminado con el virus o comportamiento de alto riesgo, son advertencias muy claras de que pueda haber infección.

Las pruebas de laboratorio, actualmente en uso clínico, son basadas en la detección de anti-cuerpos producidos por el organismo contra proteínas integrantes del HIV. Las pruebas comerciales basadas en la técnica conocida como ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay). Esta clase de test presenta sensibilidad de 100% y especificidad de 99.9% siendo de fácil ejecución y bajo costo. Falsos resultados positivos pueden ser ocasionados tanto por la presencia de antígenos pertenecientes al linaje celular utilizada en la cultura del virus empleado en la prueba como por estimulación antigénica anterior del paciente, como ocurre en mujeres multíparas, politransfundidos, enfermedades autoinmunes y desórdenes linfocitarios.

Resultados falsos negativos se observan en el período inicial de la infección, cuando todavía no ha habido producción suficiente de anticuerpos por parte del organismo, así como en estados avanzados del padecimiento, cuando la respuesta inmunológica está deprimida.

Después de la verificación del resultado obtenido a través de la repetición de la prueba, la confirmación debe hacerse por medio de pruebas específicas. Lo más usual es la utilización de la técnica de Western Blot, que verifica la reactividad del suero del paciente en relación a las diferentes proteínas encontradas en el virus. El alto costo y la dificultad de ejecución son los grandes obstáculos para su uso.

Estos tests indican que el paciente ha entrado en contacto con el virus y ha respondido con la producción de anticuerpos, estando por lo tanto, infectado. La certeza de la presencia del HIV, solo puede demostrarse todavía por medio de técnicas de recuperación del virus a través de su cultivo partiendo de muestra de tejidos, fluidos biológicos o sangre tomados del paciente.

Las técnicas de cultivo del HIV no se utilizan rutinariamente por las

dificultades que presentan. Diferentes estudios han demostrado que la recuperación del HIV se da solamente en cerca del 20% de los casos de pacientes del grupo 2 y 80% de los pacientes del sub-grupo 4C.

La confirmación de laboratorio de la infección por el HIV, lleva a dos puntos muy importantes: el diagnóstico y la interrupción del ciclo de transmisión del virus.

Debido a la gravedad del SIDA y al consecuente impacto emocional que acarrea su diagnóstico, la prueba debe ser siempre precedida y seguida por el consejo que lleve al paciente no sólo a soportar la situación sino a optar por el comportamiento que implica la transmisión del HIV. El uso sistemático de la prueba en bancos de sangre, evita que la infección sea transmitida en transfusiones de derivados sanguíneos.

Por otra parte, el uso de la prueba trae diversos problemas legales y éticos. El hecho de que cierta persona sea portadora del HIV le puede costar la pérdida del empleo, la no aceptación por parte de las aseguradoras de salud, así como muchas otras discriminaciones.

Debe siempre recordarse que el diagnóstico es propiedad exclusiva del paciente o de su responsable, cuando se trata de un menor o de una persona mentalmente incapacitada, siendo el profesional del área de la salud un mero depositario, lo que lo obliga al sigilo. Siendo así, debe haber siempre consentimiento explícito del paciente para que la prueba se realice.

### **Perspectivas terapéuticas**

El mecanismo básico de acción de las drogas antivirales es la inhibición o bloqueo de algunas de las fases del ciclo vital del virus. Las principales drogas actualmente en uso obran básicamente sobre las siguientes fases del ciclo replicativo del HIV.

1. La inducción de modificaciones en la membrana celular o en la envoltura viral, lo que podría impedir el atracamiento del virus.
2. La inhibición de transcriptasa reversa, bloqueando la producción

del DNA viral y su incorporación al patrimonio genético de la célula infectada, lo que impediría el proceso de formación de nuevos virus.

Por otra parte, aunque cierta droga bloquee el ciclo biológico del HIV en pruebas realizadas "in vitro", para que su uso sea efectivo es necesario que su toxicidad sea despreciable y se distribuya en los diferentes territorios del organismo, como el cerebro.

Los mecanismos de acción de algunas drogas de uso corriente, se describirán con la finalidad de auxiliar la comprensión del problema.

La ACIDOTIMDINA, también conocida como AZT o zidovudine, comercializada con el nombre de Retrovir, obra como inhibidor de la transcriptora reversa. Estudios diferentes muestran que su uso lleva a una mayor sobrevivencia, con mejoría de la función neuropsíquica, conservación del peso y menor intercurencia de síntomas relacionados con la infección por el HIV. Su uso en la dosis de 1200 mg por día, presenta efectos colaterales no deseables, tales como pruritos, náuseas, anemia y cefalalgia. Estudios recientes indican que la mitad de esa dosis produce efectos semejantes, lo que podría aumentar su tolerancia.

AL 721, o sea, una mezcla de tres tipos de *lipidos* en la proporción de 7:2:1, contiene 70% de lípidos neutros, 20% de fosfatidilcolina y 10% de fosfatidiletanolamina. Un posible mecanismo de acción de esa mezcla sería remoción del colesterol de la membrana de la envoltura viral o de la célula, dificultando la infección. Los resultados de los estudios clínicos ya realizados están todavía inconclusos respecto a una posible acción antiviral del AL721.

CD4, o sea la proteína presente en la superficie celular donde el HIV se liga en el proceso de atracamiento, puede ser producida por medio de la ingeniería genética. Su uso podría simular el atracamiento del HIV, lo que impediría al virus ligarse a los receptores CD4 presentes en la membrana de los linfocitos T4 y macrófagos, inhibiendo la infección. En el momento, este medicamento está en la fase de uso experimental en animales y seres humanos, no disponiéndose todavía de datos conclusivos sobre su eficacia y riesgo.

## La cuestión del origen del HIV

Diversas hipótesis se lanzaron respecto al origen del HIV, pero prácticamente es poco probable que se le determine.

Una de las posibilidades sugeridas y rodeada de controversias, considera que el HIV pueda haber sido producido experimentalmente en laboratorios. Esto implicaría numerosos aspectos de orden ético y moral. El estudio realizado con muestras de sangre obtenidas en Africa Central, en el período comprendido entre 1955-1965, reveló la existencia de una muestra inequívocamente positiva en cuanto a la presencia de anticuerpos contra los principales antígenos del HIV-1. El hecho de que, experimentos de esa clase, eran técnicamente impracticables en esa época, son utilizados para refutar esas hipótesis.

La transformación reciente de un virus anteriormente presente en animales, o la diseminación en la población global de un virus que esta restringido a grupos humanos anteriormente aislados, son otros posibles orígenes.

Lo que importa no es conocer el origen del HIV sino sobre todo, descubrir el modo eficiente de combatirlo.

### Observación final

Este breve resumen sobre algunos aspectos de esta nueva enfermedad, tiene por finalidad favorecer la comprensión de esta pandemia, posibilitando una respuesta pastoral más adecuada.

Para una profundización posterior sugerimos la bibliografía indicada más adelante, utilizada en gran parte en esta presentación.

### Referencias bibliográficas

Libros de texto:

1. AIDS, A Guide For The Primary Physician, Edited by Holmes, K. K& MOTULSKY, A. G. University of Washington Press, Seattle, 1988.

2. AIDS, Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention, 2nd. Ed. Edited by De Vita Jr., V. T.; Hellman, S. & Rosemberg, S. A. Lippincott, Philadelphia, 1988.

3. ABC of AIDS. Edited by Adler, M. W. British Medical Journal, London, 1987.

4. PANOS Dossier: AIDS and the Third World. The PANOS Institute, London, 1988.

5. The AIDS Care Giver's Handbook. Edited by Eidson, T. St. Martin's Press, New York, 1988.

6. AIDS, a Guide to Clinical Counseling. Miller, R & Bor, R. Science Press, London, 1988.

7. On Death and Dying. KEBLER-ROSS, Macmillan Publishing Company, New York, 1970.

Artículos en periódicos:

1. Gottlieb, M. S.; Sch, R.; Shancher, H. M. et al: Pneumocystis Carini Pneumonia and Mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: Evidence of a New Acquired Cellular Immunodeficiency. N. Eng. J. Med. 305: 1425, 1981.

2. Pneumocystis Pneumonia. Los Angeles, Morbid. Mortal. Week. Rept, 30: 250, 1981.

3. Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men - New York City and California. Morbid. Mortal. Week. Rept., 30: 305, 1981.

4. Barre-Sinoussi, F.; Chermann, J. C.; Rey, F. & Montagnier, L. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for required immunodeficiency syndrome (AIDS). Science, 220: 868, 1983.

5. Popovic, M.; Sarngadharan, M. G., Read, E. & Gallo, R. C.

Detection, isolation, and continuous production of cytopathic

retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS pre-AIDS, 224: 497, 1984.

6. Ratner, L.; Gallo, R. C.; Wong-Staal, F. HTLV-III, LAV, ARV are variants of same AIDS virus, *Nature*, 313: 636, 1985.

7. Curran, J. W.; Jaffe, W. H.; Hardy, A. M. et al. Epidemiology of HIV Infection and AIDS in the United States, *Science*, 239: 610, 1988.

8. Nahmias, A. J.; Weiss, J.; Yao, X. et al. Evidence for human infection with an HTLV-III/LAV-like virus in Central Africa, 1959. *Lancet*, I: 1278, 1986.

9. Gallo, R. C. The AIDS retrovirus. *Sci. Amer* 256: 47, 1987.

10. Broder, S. & Gallo, R. C. Epathogenic Retrovirus (HTLV-III) linked to AIDS. *New England J. Med.*, 311: 1292, 1984.

11. Gallo, R. C. & Wong-Staal, F. A. Human T-lymphotropic Retrovirus (HTLV-III) as the Cause of the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Annals of Internal Medicine*, 103:697, 1985.

12. Gonda, M. A. The Natural History of AIDS. *Natural History*, 95: 78, 1986.

13. Montagnier, L. Lymphadenopathy-Associated Virus: from molecular biology to pathogenicity. *Annals of Internal Medicine*, 103: 689, 1985.

14. Wong-Staal, F. & Gallo, R. C. Human T-lymphotropic Retroviruses. *Nature*, 317:395, 1985.

15. Navia, B. A.; Jordan B. D. & Price, R. W. The AIDS Dementia Complex: I Clinical features, *Ann. Neurol.*, 19: 517, 1986.

16. Navia, B. A. & Price, R. W. Acquired Immunodeficiency Syndrome Dementia Complex as the Presenting or Sole Manifestation of Human Immunodeficiency Virus Infection. *Arch. Neural.*, 44: 65, 1987.

17. Tross, S.; Price, R. W.; Navia, B.; Thaler, H. T.; Gold J.; Hirsch, D. A. & Sidtis, J. Neuropsychological Characterization of the AIDS dementia complex: a preliminary report, *AIDS*, 2: 81, 1988.

18. Allain, J. P.; Paul, D. A.; Senn, D. & Laurian, Y. Serological Markers in Early Stages of Human Immunodeficiency Virus Infection in Haemophiliacs. *Lancet* 8518: 1122, 1986.

## EL SIDA EN LAS AMERICAS

Doctora Lydia Bond, M.D.\*

Siete años han pasado desde que el Centro para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos notificó la presencia de una enfermedad poco conocida en cinco hombres homosexuales en San Francisco. Esta fue la primera toma de conciencia de una epidemia. Ahora sabemos que esta epidemia empezó antes de 1981 con la propagación silenciosa del virus de inmunodeficiencia humana (HIV) en la medida en que lo permitieron ciertos comportamientos y prácticas entre mediados y fines de la década del 70. Aún ahora sólo podemos estimar la magnitud de la propagación del HIV. La OMS estima que de 5 a 10 millones de personas están infectadas actualmente en todo el mundo con este virus y, empleando los mejores datos disponibles, la OPS estima que de 2 a 2.5 millones de estas personas infectadas residen en la Región de las Américas. Al 31 de Agosto de 1988, 140 países han notificado 111.854 casos al Programa Global de la OMS sobre el SIDA, si bien la notificación y el diagnóstico insuficientes probablemente lleven a que se subestime el número total de los casos del SIDA, entre dos y cuatro veces menos.

En Junio asistí a la IV Reunión Científica Mundial sobre el SIDA en Estocolmo, Suecia. Más de 7.500 personas de todo el mundo asistieron a esta Conferencia y se presentaron más de 3.000 resúmenes analíticos. Es imposible digerir toda la información presentada en un período tan corto y resumirla para ustedes. No obstante se pueden sacar varias conclusiones serias.

Se han realizado muchos adelantos significativos a nivel bio-molecular. Mucho se sabe ahora acerca de la composición genética de este virus y la manera en que interactúa con un gran número de

\* Ejecutiva de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD y delegada por la OMS para América Latina.

células humanas. Han surgido conocimientos sorprendentes y preocupantes, lo que hará que las intervenciones de salud pública sean más complejas y difíciles. Por ejemplo, el virus tiene una capacidad notable de cambiar su cobertura exterior que es esencial para su adhesión a las células y que es muy activo inmunológicamente. Un solo cambio aminoácido en esta glycoproteína de cobertura puede tener como resultado una pérdida total de reacción con los anticuerpos producidos por el huésped. Estos cambios tienen lugar con una frecuencia sorprendente según el virus comete equivocaciones a su favor durante la réplica. Se describieron diversos mecanismos nuevos según los cuales el virus puede incorporarse a sí mismo a una serie de células con excepción de los linfocitos, sus metas primarias. Aún más, los estudios de laboratorio sugieren que en ciertas condiciones la respuesta inmune humana misma puede contribuir al perfeccionamiento de la réplica vírica en los monocitos humanos. Finalmente, muchas áreas de la estructura vírica que contribuye a su infectividad no son de fácil acceso al sistema inmunológico. Como un orador destacó, "el HIV estaba diseñado para evadir a la respuesta inmune del huésped". Hubo considerable optimismo respecto de la posibilidad de desarrollar enfoques de quimioterapia para contener, retardar o detener el deterioro progresivo, que actualmente es inevitable, del sistema inmunológico humano. Sin embargo, se expresó mucho más pesimismo respecto del posible desarrollo de una vacuna. Aunque tuviéramos una vacuna que estimulara adecuadamente la producción de los anticuerpos al virus, quizás no proteja contra la infección causada por este virus. También como nota sombría, ahora está claro que la persona infectada asintomática no está libre de la enfermedad; hay un deterioro lento, constante y progresivo del sistema inmunológico y la progresión inevitable de un estado de infección asintomática al SIDA puede llevar mucho más de lo que se suponía originalmente.

Aproximadamente el 3% de las personas infectadas desarrollan el SIDA cada año, por lo tanto sólo de 18% a 20% de las personas infectadas desarrollan la enfermedad a los 5 años y 48% a los 10 años. Se estima que el tiempo medio entre la infección y la enfermedad puede ser hasta de 14 años. La consecuencia es que las personas infectadas asintomáticas que pueden no tener ninguna razón para someterse a un examen para detectar el SIDA pueden permanecer no detectadas e infecciosas por un período

muy largo. También significa que trataremos de persuadirles a las personas infectadas que cambien sus comportamientos sexuales y estilos de vida y mantengan estos cambios por períodos muy largos.

También resultan perturbadoras las pruebas presentadas de que un pequeño número de personas infectadas puede perder su producción de anticuerpos cuando el virus pase a una fase verdaderamente latente. Esto se ha demostrado en adultos y en niños. El virus entra lentamente, luego puede experimentar una proliferación rápida con una respuesta de anticuerpos fácilmente detectable, seguida de una desaceleración gradual en la réplica y finalmente un período verdaderamente latente de duración desconocida y un paro concomitante de la respuesta de los anticuerpos. Por lo tanto una persona infectada ya no puede ser detectable por medio de las pruebas de que disponemos actualmente. Tal persona sin embargo, permanece infecciosa.

En resumen, parece que a medida que aprendemos más, más podemos apreciar cuán difícil y compleja será la lucha contra el SIDA.

¿Cuál es la situación actual en las Américas?

La *Diapositiva 1*\* presenta un resumen de la vigilancia del SIDA en las Américas. La Organización Panamericana de la Salud inició la vigilancia del SIDA en toda la región en 1983. Sólo se han tabulado los casos notificados oficialmente del SIDA totalmente desarrollado. Hasta ahora no se ha llevado a cabo una vigilancia de la infección del HIV de manera sistemática. Como en todas las otras regiones del mundo, el número de los casos del SIDA subestima en gran medida la magnitud del problema. Un total de 84.234 casos y 46.020 defunciones se han notificado al 13 de Septiembre. La tasa de letalidad general es 55%.

La *Diapositiva 2* revela que los países del Grupo Andino han

\* El término "Diapositiva" se mantiene por respeto a la autora de este trabajo. El material gráfico permanece en el archivo de SEPAF-CELAM..

notificado un total de 602 casos al 13 de Septiembre de 1988. Los países del Cono Sur han alcanzado un total de 314, mientras que el Brasil ha notificado un total de 3.687 casos.

La *Diapositiva 3* revela que los países Centroamericanos y Panamá han notificado un total de 374 casos, mientras que México ha alcanzado 1,502.

La *Diapositiva 4* revela que los países del Caribe Latino, que comprenden Cuba, la República Dominicana y Haití, han notificado un total de 2.055 casos.

Las dos diapositivas siguientes (*Diapositivas 5 y 6*) revelan que los países del Caribe no Latino han notificado un total de 1.012 casos.

La siguiente diapositiva (*Diapositiva 7*). América del Norte notificó un total de 74.688 casos, la gran mayoría proveniente de los Estados Unidos.

La *Diapositiva 8* revela que cinco países, los Estados Unidos, el Brasil, el Canadá, Haití y México, han contribuido aproximadamente al 96% de todos los casos en la Región.

La *Diapositiva 9* compara los datos de 1986 y 1987 y revela el aumento del porcentaje del número de casos notificados. Si bien los casos notificados de América del Norte han aumentado en un 13%, varias otras subregiones notificaron aumentos notables, por ejemplo, 213% en los países del Cono Sur, 155% en el Caribe Latino y 117% en el Istmo Centroamericano.

Hoy el mundo ha seguido la pista a esta epidemia por medio del monitoreo del número total de casos acumulados desde 1981 cuando empezó la epidemia. El número total de casos por país no es útil en particular para hacer comparaciones entre países porque el total no considera el tamaño de la población que da lugar a los casos del SIDA. El cálculo de la razón de los casos notificados para un año dado a las estimaciones de la población mediana para ese año proporciona un método mejor para la comparación. Los datos de la OPS revelan que la Región del Caribe, con 53,9 casos por millón de habitantes, ocupa el segundo lugar después de la subregión de América del Norte, con 67,2 casos del SIDA por millón de habitantes.

*Diapositiva 10* No obstante, aún este promedio oscurece las diferencias significativas entre los países. Por ejemplo, en 1987 en el Brasil hubo 11,1 casos del SIDA notificados por millón de habitantes, mientras las razones en las Bahamas, Guayana Francesa y Bermuda eran del orden de 240 a 400 casos por millón de habitantes.

Con excepción de Anguila, Monstserrat y las Islas Virgenes Británicas, las pruebas de propagación del virus del SIDA se hallan ahora en todos los países y los territorios de las Américas.

### **Transmisión sexual**

Inicialmente, los casos del SIDA en América Latina y el Caribe se notificaron entre los varones homosexuales y bisexuales con una historia de viajes fuera de América Latina y El Caribe. Los primeros casos, muchos de los cuales ya se habían diagnosticado en Europa y América del Norte se hallaron en México, Colombia, Argentina, Brasil y otros países latinoamericanos y del Caribe de 1982 a 1985. Este patrón de transmisión sexual predominantemente masculina continúa en América del Norte y en la mayoría de los países en la parte meridional de América del Sur (Chile, Argentina, Uruguay y Paraguay), así como en los países andinos (Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia). Una característica importante en algunos países es la proporción de casos entre varones bisexuales, que representan de 15% a 25% de todos los casos del SIDA.

Muchos de ellos están casados o tienen parejas estables. (*Diapositiva 11*). Además, los estudios de seroprevalencia para detectar la presencia de los anticuerpos del HIV en algunos grupos de varones homosexuales y bisexuales, la mayoría de ellos voluntarios, han revelado que los índices de la infección varían de 8,3% en la República Dominicana en 1986, 20% en Costa Rica entre 1985 y 1986, a 37,5% en Brasil en 1987 y 30,9% en México en 1987. Aunque esto contrasta con los índices muy altos (superiores a 70%) de la infección del HIV entre algunos grupos homosexuales en algunas zonas de los Estados Unidos, los datos sólo pueden señalar una introducción y difusión posterior de la infección del HIV entre los varones homosexuales en los países latinoamericanos y del Caribe. Por lo tanto, los índices de

prevalencia del HIV en algunos estudios prospectivos han ido desde menos de 5% hasta 10% a 20%, que son los índices actuales según los estudios realizados en países como Argentina y Uruguay.

La proporción de casos en los que está involucrada la transmisión heterosexual del HIV es todavía inferior al 10% de todos los casos en la mayoría de los países de América Latina. Sin embargo, en el Caribe y partes de Centroamérica, se están detectando números significativos de casos del SIDA e infecciones del HIV en las mujeres. Como ejemplo, durante 1987, 24 casos del SIDA se diagnosticaron en Jamaica, de los cuales 10 ocurrieron en mujeres.

*Diapositiva 12* Los estudios en las prostitutas han demostrado índices de infección del HIV que varían entre 0% en algunos estudios en México y Argentina y 49% en un estudio limitado entre prostitutas en Haití.

### **Transmisión asociada con la sangre y los productos de sangre**

*Diapositiva 13.* En algunos países, entre 5% y 10% de todos los casos del SIDA se presume que sobrevienen a transfusiones de sangre, en particular en Costa Rica, México, Brasil y Jamaica. La prevalencia del anticuerpo del HIV entre los donantes de sangre es altamente variable, desde un 0,00% entre 4.000 donantes en Argentina y 0,1% en más de 1.400 muestras sanguíneas en Barbados, hasta 1,5% en la República Dominicana y 7,3% entre algunos donantes de sangre pagados en zonas de alto riesgo de la Ciudad de México. La contribución de las agujas y las jeringas contaminadas a la transmisión del virus del SIDA entre los farmacodependientes por vía intravenosa parece ser menos significativa en América Latina que en los Estados Unidos. Se cree que menos del uno por ciento de los casos del SIDA están asociados con la farmacodependencia por vía intravenosa en América Latina, en contraposición con 17% en los Estados Unidos de América.

### **Transmisión en los niños**

Los casos asociados con la transmisión perinatal en América Latina

y el Caribe son todavía pocos. Por ejemplo, menos de un quinto de los casos en los lactantes y los niños se han asociado con la transmisión perinatal en el Brasil. En México, 16% de los casos ocurren en los lactantes de las madres infectadas. Sin embargo, estudios limitados en Haití han hallado las prevalencias de la infección del HIV de un 3% a un 8% en las mujeres embarazadas. La mayoría de los casos en los niños hasta ahora se han asociado con la transfusión de sangre y los productos de sangre y, en raros casos, con el abuso sexual y la prostitución de niños. En contraposición, más del 75% de los casos pediátricos en los Estados Unidos pueden vincularse a uno de los padres con la infección del HIV o dedicado a uno de los comportamientos de alto riesgo, principalmente la farmacodependencia por vía intravenosa.

*¿Qué se puede esperar en los próximos años?* En primer lugar, la situación empeorará más. Actualmente está aumentando el número de personas infectadas con el virus del HIV. Sabemos que la vasta mayoría de estas personas infectadas contraerá la enfermedad. Por lo tanto, dado el largo período entre la infección y la enfermedad, se puede esperar que el número de los casos del SIDA continúe aumentando por algún tiempo a pesar de nuestros esfuerzos de prevención. No debemos subestimar la repercusión en los servicios de atención de la salud y la carga que debe ser soportada por la sociedad en general para el cuidado de las personas que padecen esta enfermedad. Solo en términos económicos, el costo será muy alto aunque mañana se halle una medida preventiva efectiva. La organización comunitaria, la preparación ahora para el futuro y el compromiso total por parte del sector salud y otros sectores, como el de educación y el de finanzas, serán esenciales para reducir al mínimo la repercusión de esta enfermedad en nuestras sociedades. Esta enfermedad tocará a la sociedad en lo más hondo y en sus principios legales, éticos, morales y religiosos; no se la puede combatir con la mentalidad tradicional de control vertical.

*¿Cuál ha sido la respuesta nacional y regional a la situación?* Aún antes de la organización formal del Programa Global sobre el SIDA por parte de la OMS a principios de 1987, los países de las Américas comenzaron a desarrollar una amplia variedad de actividades para la prevención y el control del HIV y el SIDA. Durante los últimos 18 meses, la OPS ha colaborado con casi

todos los países en esta Región para consolidar dichas actividades en Programas Nacionales de Prevención y Control del SIDA, que siguen las normas generales elaboradas por la OMS. Los recursos financieros iniciales para permitir la rápida implantación de las actividades nacionales se obtuvieron del Programa Global sobre el SIDA y un total de 6,99 millones de dólares se han distribuido a 29 países y al Centro de Epidemiología del Caribe de la OPS durante este período. Otros 1,3 millones de dólares se obtuvieron para las actividades regionales en apoyo de los programas nacionales.

Diapositiva 14. Por lo tanto, el 84% de un total de 8,3 millones fue para el apoyo de programas nacionales. La Diapositiva 15 indica la distribución de estos fondos. La zona del Caribe recibió la cantidad más grande (27%), seguida de Centroamérica (18%) y el Caribe latino (16%).

Hoy podemos decir que cada país de esta Región tiene programa nacional en operación y que la OPS está proporcionando colaboración técnica para la preparación de programas a mediano plazo de tres a cinco años de duración.

Una amplia variedad de actividades regionales se han llevado a cabo para apoyar el desarrollo de programas nacionales. La OPS ha proporcionado asistencia técnica y evaluación a los países miembros a través de los equipos de consultores para desarrollar y refinar los programas nacionales del SIDA. Cinco talleres internacionales de laboratorio se han celebrado desde principios de 1987 para difundir la tecnología de laboratorio del SIDA a los países miembros.

Se han realizado importantes esfuerzos para difundir educación e información sobre el SIDA a los países. Se han establecido dos Centros de Educación/Intercambio sobre el SIDA, uno en CAREC y el otro en México. El objetivo de los centros es recoger, evaluar y difundir información y materiales educativos sobre el SIDA y de tantos países como sea posible a otros países miembros para ayudarles a formular los emprendimientos nacionales de educación.

Otro emprendimiento innovador que utilizó la tecnología más nueva para promover la educación sobre el SIDA fue la Primera

Teleconferencia Panamericana sobre el SIDA en Septiembre de 1987, que fue transmitida desde Quito, Ecuador. Esta teleconferencia llegó a más de 650 lugares en la mayoría de los países y territorios en el hemisferio occidental. Por primera vez en la historia de la OPS y la OMS, aproximadamente 45.000 trabajadores de salud participaron en una reunión científico-técnica de la OPS/OMS. La OPS actualmente está organizando la Segunda Teleconferencia Panamericana sobre el SIDA que tendrá lugar en Río de Janeiro en Diciembre.

La OPS ha difundido información técnica sobre el SIDA y ha participado en numerosos congresos, reuniones y talleres nacionales e internacionales. Hemos remitido los documentos, las políticas y las declaraciones elaboradas con consenso mundial por la OMS.

La OPS también ha establecido contacto con organizaciones voluntarias privadas, organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales en los Estados Unidos, Canadá y otros lugares para coordinar la colaboración técnica y financiera para los Programas Nacionales de Prevención y Control del SIDA.

La OPS ha realizado activamente investigaciones sobre el SIDA a través de un contrato con los Institutos Nacionales de Salud y el Instituto Nacional de la Alergia y Enfermedades Infecciosas de los Estados Unidos. Este contrato se centra en las investigaciones sobre la epidemiología del HIV y otros retrovirus. La OPS planea ampliar su capacidad de investigaciones para incluir estudios sobre los aspectos de comportamiento social del SIDA.

Durante el próximo año, la OPS continuará proporcionando colaboración técnica para la evaluación y revisión de los Programas Nacionales de Prevención y Control del SIDA para asegurar que logremos el objetivo principal de detener la transmisión del HIV. Ya hemos alcanzado nuestra primera meta en términos del desarrollo de los programas del SIDA en toda esta Región. Ahora debemos concentrarnos en los programas a largo plazo, incluida la identificación de las necesidades financieras y los mecanismos posibles para la financiación de los emprendimientos nacionales de prevención y de control. Hemos elaborado un plan regional para la Prevención y el Control del SIDA en colaboración con el Programa

Global. Este fondo dará énfasis y consolidará nuestros esfuerzos de educación. El plan fija las metas para garantizar la inocuidad de toda la sangre y los productos de sangre utilizados en todos los sectores y en todos los países en la Región; recomendamos que toda la sangre y los productos de sangre en todos los países se examinen para detectar el HIV para fines de 1989 o antes.

Dada la magnitud de la repercusión del SIDA en los servicios de atención de la salud, los costos actuales y futuros asociados con la epidemia y las dificultades económicas actuales que experimentan muchos países, es obvio que el compromiso político y financiero por parte de cada país será esencial para tratar el SIDA y atraer los fondos externos para la prevención y el control del mismo. Los países tendrán que identificar las fuentes internas adicionales de ingresos mientras mantienen los adelantos logrados actualmente por muchos otros programas de salud pública. Sugerimos que las prioridades nacionales se redefinan para asignar mayor prioridad a las inversiones en el sector salud.

En resumen, la epidemia del SIDA continúa creciendo en las Américas a diferentes velocidades en diferentes países debido a las diferentes épocas de la introducción del virus y la serie de factores sociales y de comportamiento que quedan por dilucidarse. En algunas subregiones el patrón de transmisión está cambiando rápidamente de homosexual/bisexual a un patrón de transmisión heterosexual. Algunos países ya están empezando a sentir los efectos del SIDA en sus sistemas de prestación de atención de la salud. Los países que todavía no han sentido la repercusión del SIDA deben prepararse para las consecuencias inevitables de una epidemia relativamente grande de la infección del HIV. Se conocen estas consecuencias; podemos y debemos prepararnos para hacerles frente. Como en el pasado, la OPS responderá y se unirá a sus países miembros para detener el SIDA.

## CONSIDERACIONES RESPECTO AL CONTEXTO: PACIENTE PORTADOR DE SIDA Y EQUIPO HOSPITALARIO

REMO ROTELLA JUNIOR \*

### Introducción

Este trabajo tiene como finalidad suscitar algunas cuestiones inherentes a la vida cotidiana de un equipo de salud que atiende pacientes portadores de SIDA. Ellas han sido objeto de discusión en las sesiones de supervisión del equipo en el Hospital Emilio Ribas II, de la Secretaría de la Salud del Estado de Sao Paulo.

Como el tema abarca muchos aspectos, me he limitado, para mejor sistematización, a abordarlo bajo las tres vertientes que parecen fundamentales:

- El SIDA como fenómeno social
- El paciente portador de SIDA
- El equipo hospitalario

### El SIDA como fenómeno social

Abordando el SIDA desde el punto de vista social, somos llevados a pensar en algunos puntos, tales como: la actitud prevenida, la estigmatización de los pacientes, su transmisibilidad sexual y el hecho de ser una enfermedad fatal. Con relación a la actitud prevenida y a la estigmatización de los pacientes, observamos que desde su aparición el SIDA ha sido llamado "peste gay" y varios discursos moralistas tienden desde entonces, a encuadrarla como

\* Médico psiquiatra de E.R.S.A. - 1, de la Secretaría de la Salud del Estado de Sao Paulo. Supervisor del Equipo del Hospital Emilio Ribas II.

"castigo divino", enviado para acabar con la promiscuidad y permisividad sexuales, que se propagan en la humanidad en nuestros días. Esto sirve para dar ejemplo de cómo podemos distanciarnos de la posibilidad de comprensión real del fenómeno si nos guiamos por visiones mágico-moralistas, tendiendo, en esa forma, al incremento de una evaluación lejana de la realidad.

En el contexto social, se destaca un hecho de gran importancia que es la transmisión sexual, aunque esta no sea la única vía de contagio. La actitud social en relación a ese hecho, viene denunciando lo que existe de interdicción en lo tocante a la cuestión de la sexualidad. Hemos vivido la dificultad con que la sociedad encara una enfermedad sexualmente transmisible y los malabarismos que se hacen para encubrir tal dificultad, procurando tratarla como fruto de algo "anormal", consecuencia de la "falta de decoro". Esta actitud prevenida ha sido confirmada en la diferencia con que son tratados socialmente un paciente hemofílico y uno homosexual, ambos portadores de SIDA. De ello podemos inferir que todavía estamos lejos de aceptar la sexualidad como función humana, como la respiración o la alimentación.

Todavía, en este contexto, es importante recordar, junto con los aspectos citados hasta ahora, el hecho de ser el SIDA una enfermedad fatal.

La idea de la muerte representa el mayor y más profundo temor que traemos dentro de nosotros, fuente de aflicciones, cuando sentimos abatido el instinto de vida, calcado en tres puntos básicos: el deseo de estar vivos, el anhelo de placer y el miedo a la destrucción.

### El paciente del SIDA

No es difícil imaginarse la situación de un individuo que llega a un hospital en condiciones precarias de salud física y mental; física, en virtud de los daños que el síndrome ocasiona; y mental, por factores tales como el miedo a la muerte, la depresión emocional, el aislamiento físico y afectivo.

Partiendo de la comprobación por el diagnóstico, el individuo comienza a sufrir sucesivas e importantes pérdidas, desde su salud

hasta su identidad social, pasando a ser visto no como un ciudadano sino como un tubo de ensayo contaminado y contaminante, pronto a recibir drogas y órdenes, sin consideración a su objetividad.

Fácilmente podemos pensar que un ser humano en esas condiciones, no estará en disponibilidad para ser simpático y cordial colaborador. Al contrario, está asustado, afectivamente carente y dependiendo de su estructura mental, podrá presentar las más variadas reacciones emocionales.

Su historia de vida sufrirá, entonces, una redimensión tratándose de un paciente de hospital y ese individuo tendrá que incorporar a su realidad las personas que lo atienden y que, en determinados momentos, constituirán su eje de unión afectiva y con la vida, a quien transferirá sus efectos tendiendo a colocarlos en los papeles más variados.

#### **El equipo hospitalario y el paciente portador de SIDA**

Hasta ahora se expusieron algunos aspectos de la enfermedad y del paciente que encontrará un equipo de salud, pasando a constituirse en situación de tratamiento con algunas peculiaridades.

Sin duda es una tarea difícil para un equipo de salud, cuyo objetivo principal consiste en la mejoría de sus pacientes, ver de frente la realidad frustrante impuesta por la evolución de un paciente de SIDA. Unido a este hecho objetivo, entran en juego aspectos subjetivos e interpersonales que colocan los elementos del equipo en dificultades, a veces muy serias, que requieren una comprensión cuidadosa.

En la diaria convivencia, en función de la intimidad que técnicos y pacientes van desarrollando, se crean lazos afectivos que, dependiendo de como sean conducidos, podrán ser muy positivos para el bienestar del paciente.

En ese vínculo que se desarrolla hay lugar para que las emociones afloren pudiendo existir momentos en que el paciente atribuya a los profesionales que lo atienden, el papel de depositarios de sus

angustias, exigiendo el desempeño de otras funciones que no son las que se han propuesto. Ejemplo de ello es la constante solicitud por parte de algunos pacientes, de la presencia física del técnico, sin necesidad real, resistiéndose a aceptar el hecho de no ser los únicos en recibir atención médica.

Esta situación, según observaciones obtenidas, ha llevado a miembros del equipo a una sensación de agotamiento físico y emocional, unida a la frustración inherente a ese trabajo.

Ante lo expuesto se hace necesaria la adopción de ciertos cuidados para con el equipo, con el fin de aliviar tensiones, promover aclaraciones, mejorando así el clima de trabajo y evitando una actitud fría y desinteresada, actitud que podría funcionar como defensa contra las situaciones de alta ansiedad.

Para eso es fundamental que los profesionales fortalezcan el sentido de equipo, creando un espacio de discusión y reflexión respecto a los problemas de su práctica cotidiana, pudiendo, así, elaborar los conflictos oriundos de esa práctica, pensando nuevas ideas y haciendo más creativa y gratificante la tarea que se proponen. De esta manera es posible creer que al trabajar con el paciente de SIDA no se trata de trabajar con la muerte sino en luchar por una calidad de vida más digna, auxiliando a seres humanos que como tales merecen respeto.

## EL PACIENTE DE SIDA LO CLINICO Y LA ENFERMEDAD: UN ABORDAJE PSICOSOMATICO

REMO ROTELLA JUNIOR

### Introducción

El abordaje del paciente se SIDA requiere algunas consideraciones respecto a factores relacionados con la enfermedad, una vez que se refieren a la relación médico-paciente y si se tienen en cuenta por parte del médico, puede acoger a su paciente familiarizándose con su sufrimiento, ayudándolo a adquirir una actitud positiva para enfrentar la enfermedad y estimulándolo a colaborar y participar en el tratamiento. En este trabajo me propongo discurrir sobre los factores que ya he mencionado, relatando su actuación en la dinámica de la relación médico-paciente.

### El paciente de SIDA

Por razones de orden práctico, denominaré paciente de SIDA, de forma genérica, tanto a individuos que sean portadores sintomáticos con serología positiva para el test anti HIV. (Human Immunodeficiency Virus), como a los que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA ya se ha manifestado. Aunque pertenecientes a categorías nosológicas distintas, se observa que los factores en cuestión, en la relación médico-paciente, son similares, por motivos que serán descritos en seguida.

Un individuo que haya entrado en contacto con el HIV o que presente síntomas de enfermedades oportunistas provenientes del SIDA, se encuentra en una situación emocional que requiere, por parte del médico, un alto nivel de comprensión al quedar evidenciadas explícita o implícitamente ciertas particularidades en su vida y que, en muchos casos, están relacionadas a la manera como llegó a esa situación de salud.

Un paciente cuya contaminación haya sucedido por vía sexual, en la mayoría de los casos vive una situación que lo oprime, pues tendrá que hablar sobre su conducta sexual, teniendo en cuenta que esto forma parte de su historia clínica, a alguien que encuentra por primera vez. En caso de que presente un comportamiento sexual orientado hacia el homo o bisexualismo, la opresión será mayor teniendo en cuenta que alguna vez en su vida pasó por situaciones de rechazo en función de su orientación sexual. Este hecho se demuestra claramente por la dificultad que los pacientes tienen para hablar de sus hábitos sexuales. En los individuos de orientación heterosexual, también está presente la dificultad ya que tendrán que participar su intimidad con alguien desconocido hasta ese momento, aunque en una situación más favorable desde el punto de vista emocional y social.

El que usa drogas endovenosas se presenta, en general, asustado, temiendo por parte del médico una actitud de juicio y condenación, en función de la serie de conflictos que lleva consigo, entre otros la cuestión legal.

Desde el punto de vista de la historia del contagio, el paciente que se haya contagiado por vía de transfusión, es el que se presenta menos incómodo, aunque algunas veces demuestra recelo de ser "mal interpretado", o sea, teme que el médico que lo atiende no crea su historia y lo juzgue de "promiscuo" o "libertino", como decía en su primera consulta un paciente que se infectó por una transfusión de sangre. Esta clase de actitudes proviene no solo de cuestiones personales sino también en función de circunstancias sociales muy serias, sobre las cuales pienso que es conveniente hacer algunas reflexiones.

Desde la aparición del SIDA se lo ha tratado socialmente de manera fuertemente moralista y con prejuicios, lo que acarrea serios problemas a quienes lo contraen, en cualquiera de sus formas y que contribuyen en gran parte a una actitud de temor y desconfianza respecto a quienes los van a atender, hecho demostrado a través de la repulsión que algunos individuos han presentado al buscar auxilio médico y emocional. Esto puede comprenderse no sólo desde el punto de vista individual, por tratarse de una enfermedad estigmatizante y fatal, sino también por las relaciones sociales debido a la discriminación y rechazo.

## El médico y la relación médico-paciente

En 1986 me dijo un colega clínico que atiende pacientes de SIDA: "no me siento preparado para enfrentar esa situación. Aparecen personas con conducta social diferente, con una enfermedad nueva y fatal; todo es muy angustiante y frustrante". Ese colega, que mantiene con los pacientes buenas relaciones, dándoles un tratamiento adecuado, logró sintetizar en pocas palabras los sentimientos que, de parte del médico, están presentes en la relación médico-pacientes y que, dependiendo de la manera como fuesen manejados, podrán influir mucho en el destino de esa relación.

Efectivamente, la circunstancia de la atención al paciente de SIDA, hace que surjan una serie de cuestiones a las cuales no estamos acostumbrados, ni siempre dispuestos a enfrentar, inclusive a nivel de la angustia que suscitan. Entre ellas se destaca la cuestión de modo de vida diferente.

Debido a la manera como se conduce la formación médica, estamos inclinados a mirar nuestros pacientes desde el punto de vista de un cuerpo que sufre, dejando en otro plano las cuestiones emocionales envueltas en el proceso de la enfermedad. Al atender un paciente de SIDA, se presenta la necesidad de dirigir esa inclinación, una vez que esta circunstancia exige un espacio en el cual la biografía del individuo se hace necesaria para la comprensión del proceso de la enfermedad. Este momento, en el cual la historia del individuo es abordada, requiere por parte del médico una actitud tranquila y tranquilizadora, una vez que tiene ante sí un individuo asustado por razones objetivas y subjetivas. La actitud tranquila será, a mi modo de ver, el reflejo de la capacidad del médico, como persona, de aceptar la convivencia con la diferencia, soportando, por ejemplo, la curiosidad, el miedo, la tendencia al rechazo que los nuevos hechos provocan naturalmente en los seres humanos. En ese sentido, los modos de vida diferentes, conductas sexuales distintas, aunque puedan excitar nuestra curiosidad que, como médicos la poseemos exacerbada, como investigadores de fenómenos de salud y enfermedad deben ser tratados con seriedad y respeto, teniendo en cuenta establecer una relación de confianza con el individuo que nos busca para un tratamiento.

Otro punto cuya reflexión creo de gran importancia, se refiere al hecho de ser SIDA hasta el momento, una enfermedad fatal. Ello provoca en nosotros, los médicos, un fuerte sentimiento de impotencia, debido por una parte al hecho de entrar en una situación que sabemos anticipadamente cuál será el fin; y por otra, al de haber sido entrenados para curar o sea, para ser gratificados en nuestros objetivos.

Sin adentrarnos en el cuestionamiento de lo que viene a ser la curación, pienso que es de gran importancia no olvidar las nociones de calidad de vida, tranquilidad y bienestar, esenciales para luchar con situaciones de enfermedad fatal.

En relación con la calidad de vida, corresponde a los que se proponen atender pacientes portadores de enfermedades fatales, ayudarles a aceptar la situación en que se encuentran y de la que son responsables, colaborando para que esa aceptación sea tranquila y confortante, dentro de los límites que esa realidad impone. Con otras palabras, nosotros los médicos, podemos colaborar para que nuestros pacientes no se desesperen y asuman, en cuanto sea posible, una actitud positiva, partiendo de cuanto seamos capaces de transmitirles sentimientos de confianza a fin de que se sientan acompañados y protegidos en ese difícil momento de su vida, pues trabajar con pacientes de SIDA no significa solamente luchar con la cuestión de la muerte, sino principalmente, con condiciones adversas que la vida presenta.

## RESPONSABILIDAD CRISTIANA ANTE EL SIDA

Dom Angelico Sándalo Bernardino\*

### Introducción

Abordaje religioso de la problemática. "Nuestra responsabilidad cristiana, de discípulos de Cristo ante el SIDA. Necesidad de ver en cada enfermo a Cristo".

Dos textos del Evangelio nos iluminan de manera especial en esta reflexión: Mt 25 31-46; Lc 10 25-37; I Cor 13 Si no hay amor no hay nada.

"Ante Jesucristo que se contagió de SIDA"... El mismo nos interpela: "estuve con SIDA y me acogisteis... y vosotros no me acogisteis..."

Arrojado a la vera del camino, herido por los asaltos de la vida, El desafía nuestros prejuicios, inclusive religiosos, y se nos presenta como "*Hombre herido por el SIDA*"... nos dice, como estimulándonos a dar el testimonio del Samaritano: "Pues ve y Haz tu lo mismo". (Lc 10,37).

En una palabra, ante el SIDA también la actitud fundamental del discípulo de Cristo debe ser "*Amar*". Cualquier otra actitud no informada por el amor, será vacía (I Cor 13,1-10), será obra de iniquidad (Mt 7,21-23).

### Con la palabra, Medellín:

En ese enfoque es oportuna la evocación de Medellín

\* Obispo auxiliar de la Arquidiócesis de São Paulo.

(introducción a las conclusiones, No. 3): "No basta reflexionar, es necesario mayor claridad y hablar: Es necesario obrar. Esta no ha dejado de ser la hora de la palabra, pero se ha tornado, con urgencia dramática, la hora de la acción. Es el momento de inventar, con imaginación creadora, la acción que debe realizarse y, sobre todo, llevarla a feliz término con la audacia del espíritu y el equilibrio de Dios".

### Palabra y acción:

Fieles al Evangelio del Señor, creo que una actitud cristiana ante el SIDA está clara y oportunamente expuesta en estos cinco puntos de la Declaración de los Obispos católicos de Estados Unidos, titulada "Las muchas caras del SIDA: Una respuesta según el Evangelio".

Como sucede con otras enfermedades, el SIDA es una dolencia humana que se debe tratar según las mejores informaciones médicas y científicas. Como miembros de la Iglesia y de la sociedad debemos responsabilizarnos y solidarizarnos con lo que están expuestos a la enfermedad o ya la han contraído, tratándolos con consideración y comprensión. Debemos ofrecer atención espiritual y pastoral, además de atención médica y servicios sociales a los enfermos y apoyo a sus familiares y amigos.

Como miembros de la Iglesia debemos presentar claramente cuál es la doctrina moral católica respecto a la intimidad y sexualidad humana. Cualquier discriminación o violencia, contra los portadores de SIDA es injusta e inmoral.

Como sociedad, debemos desarrollar programas educativos o de otra clase, para prevenir la difusión de la enfermedad. Esos programas deberían incluir una auténtica comprensión de la intimidad y sexualidad humana, así como la comprensión del pluralismo de valores y actitudes en nuestra sociedad.

Se espera que las personas expuestas a ese virus vivan de tal manera que no causen daño o perjuicio a otros.

Cfr. "National Catholic Reporter", ed 15/XII/1987.

## A ejemplo de Jesús

A ejemplo de Cristo, concretamente estamos *invitados* a:

Hacer opción evangélica y preferencial por los enfermos, pobres y marginados. Hacerlo con un corazón lleno de misericordia. Las personas acometidas por SIDA deben encontrar bondad, comprensión, misericordia de nuestra parte.

A no tener prejuicios, a no juzgar. A dirigir nuestros pasos a los que están segregados, como lo hizo el Señor con los leprosos, prostitutas y pecadores de su tiempo. Cualquier segregación o discriminación, no lleva el sello de Cristo (discriminación en el trabajo, en la comunidad, en los seguros sociales, etc).

De nada valen las actitudes negativas o moralistas con grupos amenazados, como los homosexuales y drogadictos. Es fácil decir que algo está mal, pero es difícil llegar a las causas. Más difícil todavía es darnos a la mejor colaboración para combatir adecuadamente tales causas.

Vamos a establecer en la Pastoral de la Salud un programa especial para formar personas que se dediquen a la asistencia de los enfermos de SIDA y sus familiares, por los graves problemas psicológicos, sociales y espirituales que pueden surgir durante la enfermedad.

Se hace urgente, en nuestras Diócesis, la creación de un grupo especial de presencia pastoral cerca a los enfermos de SIDA, sus familiares y en relación con todo cuanto se hace para la prevención y la lucha contra el SIDA y su adecuada articulación.

Motivar la comunidad en general y la eclesial en particular, para que se proporcionen alojamientos decentes a los enfermos marginados, inclusive por su familias o que tengan cuidados adecuados en sus casas, debido a la extrema pobreza u otras dificultades.

Es necesario unir esfuerzos entre las personas de buena voluntad para obtener del poder público medidas especiales para los enfermos de SIDA en lo que se refiere a prevención, tratamiento, trabajo, seguridad social.

Tales esfuerzos deben dirigirse también a obtener partidas destinadas a la investigación científica para el descubrimiento de medios eficaces para combatir dicha enfermedad.

Que los hospitales, especialmente los dirigidos por personas católicas o religiosas, proporcionen las condiciones necesarias para atender a los enfermos de SIDA.

Que unamos nuestros esfuerzos con las personas de buena voluntad en el trabajo urgente de "educación e información", sobre la prevención y el tratamiento del SIDA.

Apoyar una amplia campaña de esclarecimiento sobre la sexualidad humana y el amor, que ayude de manera especial a los padres en su misión educadora.

Que tal campaña esté presente en los medios de comunicación social, Iglesias, escuelas, etc.

Que ofrezcamos nuestra posición convencidos de que la más urgente prevención del SIDA está en la "Vivencia del auténtico sentido del amor y la sexualidad, en una sociedad solidaria, justa, fraterna y *Nueva* en todo sentido.

Que recordemos a las personas que se encuentran "amenazadas", o portadoras del virus de SIDA, enfermos propiamente dichos, su grave responsabilidad moral de no exponer a otras personas a ese riesgo.

Como Iglesia, ofrezcamos nuestro decidido apoyo a los portadores de SIDA, sus familias y a todos los que buscan combatir esa enfermedad: profesionales de la salud, gobierno, instituciones comunitarias, grupos ecuménicos, etc.

Finalmente, también con las personas que sufren de SIDA, sus familias agobiadas bajo el peso del dolor, debemos ser presencia de vida, de esperanza y de resurrección. Como discípulos del Resucitado, no nos detenemos en la cruz sino que anunciamos la resurrección. En medio de sufrimientos mayores, la Luz se capta solamente por medio del Amor y la solidaridad.

En un mundo oscuro, marcado por el miedo y la injusticia el *Amor* continúa siendo el *Signo* de que la *Vida* nos ha llegado en total liberación.

## FAMILIA CRISTIANA Y EDUCACION SEXUAL PREVENTIVA DEL SIDA

Doctores Mario e Irene Acosta \*

### Introducción:

El fundamento de estas reflexiones sobre el papel de la familia en la prevención de la pandemia SIDA no puede ser solo lo que otras disciplinas distintas a la Teología propongan, porque el criterio último y decisivo de verdad ha de buscarse en la adecuación de nuestras consideraciones a lo que es diseño de Dios para todas las cosas.

Verdades sobre el hombre, su historia y su destino solo se tienen en pie cuando se contrastan ante el fin último del ser humano, que no es un bien solo material, ni solo natural. Es cierto que la vida humana temporal, individual y social está intrínsecamente ordenada a Dios, pero sabemos también por la Fe que el ser humano ha sido elevado gratuitamente a un orden superior, y en cuanto miembro de este nuevo orden, el hombre tiene un fin último sobrenatural, abarcante de todos sus fines, hasta el punto de dar razón de medio a todo lo demás.

Parecen solemnes estas consideraciones ante el hecho de una pandemia que, dejada a la brutalidad de su fuerza difusiva, acabará por diezmar la humanidad. Sin embargo, es preciso iniciarse en este estudio, sobre lo que podemos hacer desde la familia cristiana para evitar que nosotros y nuestros próximos seamos arrebatados a los dolores de esta cruel enfermedad, teniendo presente la Esperanza Cristiana: "para los que aman a Dios todas las cosas son para bien". (Rom. 8-28).

---

\* Esposos. Él, Médico Siquiatra, especialista en Salud Pública ella psicóloga, profesora Universitaria y Orientadora. Bogotá.

Pienso que más útil para la construcción del Reino de Dios es la sangre de sus hijos latiendo sana en sus entrañas, haciendo más humana y más divina la vida de los hombres, y por eso me siento solidariamente unido a todos los esfuerzos, vengan de donde vinieren, para prevenir tanto dolor y acogerlo cuando llegue a nuestras familias. Pero insisto también en que la pandemia es oportunidad para demostrar con nuestras vidas de cristianos comprometidos que Cristo no es una figura lejana, sino que vive y está presente entre nosotros, para enjugar nuestras lágrimas y acompañarnos hasta un final feliz.

En los actuales momentos, cuando se teme que millones de personas mueran de SIDA; cuando la fatiga psicológica empieza a sobrecoger algunas parroquias que ya no resisten 4 o 5 funerales diarios de muertes por SIDA, cuando son 400.000 los casos en una ciudad como San Pablo, y cuando nos aproximamos - roguemos a Dios que esto pueda detenerse - a ver morir hombres y mujeres en las calles, sin asistencia, convertidos en miseria humana por la enfermedad, digo que los cristianos tenemos la clave para mitigar tanto dolor.

Podemos orar - la oración es omnipotente, y lo digo con toda la fuerza para hacer retumbar este mundo de escepticismo - ; podemos recordar a voz en grito el recto uso de la sexualidad, que constituye la mejor prevención si indujera cambios en el sexo libertario de hoy, y llevara a los seres humanos a respetar el querer de Dios sobre este talento tan íntimo, pero que tiene normas divinas para ser vivido; podemos dar ejemplo de acogida y acompañamiento a los marginados por el SIDA, abriendo nuestras entrañas de hermanos para amarlos y luchar por sus derechos; podemos levantarnos en un ejército de profesionales de la salud, trabajadores sociales y servidores del bien común; que no permita tratar a los enfermos con SIDA como se trataba antaño a los leprosos; podemos ser signo de *Iglesia de Jesucristo* que ofrece gratuitamente la salvación a todos los que quieran morir en su seno, porque esta vida temporal no es la definitiva; podemos finalmente, mirar a la familia cristiana, donde somos radicalmente aceptados sin condiciones, donde no hemos de pedir cita para ser atendidos, donde se nace y se muere sin exhibir credenciales, donde nos gustaría que con cariño cerraran nuestros ojos ya sin vida. Mirar a la familia cristiana y pedirle prevención mediante la

educación, y alivio para tener un sitio donde morir en paz, atendidos con el amor de Jesucristo.

Mirar a la familia cristiana de fundación matrimonial, porque es la que poco a poco hará la nueva evangelización, cuando los seres humanos encuentren en este modelo el mejor camino de potenciar la calidad de vida.

La pastoral social es de urgencia, porque cada vez son más intensos los problemas y menores los recursos para afrontarlos. Nos gastamos en la pastoral social, porque atendemos los efectos de una civilización mal construida. Cuando todos descubramos que habrá menos males si la fuente de la civilización está sana, entonces volveremos los ojos a la familia de fundación matrimonial y comprenderemos que aunar esfuerzos para que ella marche bien - de acuerdo con la ley de Cristo - es la mejor prevención.

Todavía sectorizamos las pastorales y arrinconamos en un sector la familia, sin darle la debida importancia. La familia cristiana es la base y denominador común de todas las pastorales. Si la célula está enferma todo el organismo se resentirá. Si la célula está llena de energía toda la Gran Familia de Dios la irradiará para bien.

### **Proyecto de acción educativa desde la familia**

Cuando pensamos en la pandemia SIDA con una visión de familia, la primera reacción podría ser que a nosotros no nos tocará enfrentar este problema, porque en una familia cristiana estamos protegidos con la fidelidad conyugal; lo que pasado a términos epidemiológicos de prevención es lo mismo que afirmar que el SIDA no ataca en una pareja sexual mutuamente exclusiva. Además podríamos pensar que basta con encerrar a los hijos en la protección del hogar para que no se contagien. Sin embargo, al darnos cuenta de que los hijos no se educan solo para vivir el proyecto de vida de los padres, sino para vivir su propio proyecto de vida con autonomía y responsabilidad, y que probablemente en la adolescencia escogerán por primera vez su pareja, los padres, como primeros educadores, nos sentimos retados a revisar nuestros objetivos educativos y sopesar la eficacia de nuestra acción en la formación integral de los hijos. Por más eficientes que hayamos querido ser no estamos inmunes, pues, a tener el SIDA en casa.

Dentro de la acción educativa preventiva frente al SIDA se detectan tres grupos que requieren programas específicos:

La población infantil que hoy tiene 5 años y que dentro de 10 años empezará a elegir pareja, quizás en el momento en que la pandemia haya llegado a su pico.

La población de adolescentes que hoy ejerce su sexualidad con manifestaciones genitales prematrimoniales, a partir de los 14 años.

Las parejas que viven uniones de hecho o uniones con vínculos legal civil y aún sacramental, pero que, por características afectivas o por patrones de conducta, tienen tendencia a ser infieles y a buscar múltiples parejas sexuales sin compromiso.

Pensar en estos nuevos grupos de trabajo preventivo, que no son los llamados inicialmente grupos de riesgo (homosexuales, prostitutas, hemofílicos, drogadictos) hace que la población de riesgo en este momento, incluya toda pareja que haga un uso infiel de su sexualidad. Y la escalada de personas peligrosamente expuestas no acaba aquí, porque sabemos también que por ignorancia o falta de información se puede contaminar por vía sanguínea no sexual, cualquier persona. Todos, pues, somos sujetos potenciales de padecer SIDA si no tomamos las debidas precauciones.

Empecemos a desarrollar el proyecto educativo preventivo frente al SIDA analizando algunos de los tipos contemporáneos de relación de pareja, ya que estas parejas son los agentes educativos en la familia y además con su actuación promueven un estilo de ejercicio de la sexualidad que la sociedad va acogiendo o rechazando, como patrón de conducta sexual.

Intentemos un primer interrogante.

*¿Cómo se prepararon para el encuentro con el otro estas parejas?  
Existen grupos significativos que podríamos clasificar así:*

- Parejas que se conocen, se tratan y se comprometen dentro de un amor romántico, en el cual prima el ideal, la ilusión, la

expectativa, la actitud receptiva y de correspondencia frente al detalle sensible. Este tipo de amor flaquea frente al proceso de ajuste de los rasgos de carácter y frente a los defectos del otro, que se interpretan como decepción, y producen depresión y sentimiento de fracaso y soledad; por tanto, corren el riesgo de buscar relaciones de pareja que en su fase de conquista tienen un alto contenido meramente romántico, cifrado en ideales vagos de amor sensible.

- Parejas que se conocen, se tratan y se unen por un *amor pasional*, erótico, centrado en la sensualidad, el placer, la belleza, la satisfacción en la relación genital, el bienestar material consumista. Como el placer sexual dentro de la pareja estable pierde a veces intensidad, los miembros de la pareja pueden acudir a falsos estímulos de la pasión, a la pornografía, a artículos eróticos o a parejas pasajeras que dejen sensación de placer.

- Parejas que se conocen, se tratan y se comprometen por un *amor social*, centrado en los compromisos, la apariencia, el prestigio, el "qué dirán". Estas parejas cifran su relación en la consecución de bienestar material y prestigio social y corren el riesgo de encontrar en el mundo laboral o social la persona que llene el vacío de su afectividad, y por superficialidad no ven incompatible un amor "socialmente" comprometido con un amor pasajero de amantes.

- Parejas que se conocen, se tratan y se unen por *amor dependiente*, o sea, con falsos ajustes de rasgos de carácter o de patrones de afectividad, anulando a veces el desarrollo de la personalidad, la capacidad de tomar decisiones y resolver problemas y poniéndose en situación de fácil manipulación o satelización.

- Parejas que se unen, sin conocerse, ni tratarse suficientemente en un *amor evasivo*, huyendo de conflictos personales, familiares, o sociales, con alto riesgo de inestabilidad y ruptura ante el proceso de ajuste conyugal.

- Parejas que se conocen, se tratan y se unen por un *amor comprometido*, en el que se ha vivido el proceso de ajuste de rasgos de carácter, definición de metas, intereses, expectativas, principios; y en el que ha madurado la capacidad de dar y recibir, la

autonomía y la unidad, la fidelidad, la honestidad, la sinceridad y la decisión de fundar una familia, con base en una vocación que incluye la entrega en exclusividad para siempre, perfeccionando cada uno su proyecto de vida al servicio del proyecto de vida común. Se trata de matrimonios y de la familia como institución natural, y en el caso del cristiano, del matrimonio y la familia como caminos de santificación, o de vocación sobrenatural. Este último grupo de parejas es el que puede actuar como agentes de pastoral familiar en un apostolado de testimonio de vida, que enseña y contagia, porque da de lo que tiene. La experiencia en pastoral familiar nos ha mostrado la eficacia de la acción de los esposos con verdadera vocación, ya que su testimonio recoge las características de la psicología femenina y masculina, la vivencia de una realidad y el modelo de vida que llega a convertirse en modelo de identificación y grupo de apoyo y animación del proceso de otras familias. Por tanto preparemos a los esposos y a las familias de fundación matrimonial para salir de sí mismas y convertirse en agentes educadores de otras familias.

Pasemos ahora a analizar el segundo interrogante dentro de nuestra reflexión: *¿Qué tipo de compromiso aceptan y respetan muchas parejas actualmente?*

Se observa una tendencia en las parejas a sentir como compromiso y vínculo el impulso de la afectividad, o el "sentir que te quiero", dejando al margen la dimensión voluntaria del amor, o sea, el "querer quererte". Otro vínculo que compromete hoy en día son los hijos. Por ellos "se aguanta" o se cede, perdiendo a veces riqueza y vitalidad el vínculo conyugal.

Se observa también otra tendencia a minusvalorar el compromiso legal, civil o canónico, creyendo que el único y verdadero compromiso es la entrega sincera y espontánea de la afectividad, la cual cuando se debilita o se vuelve conflictiva se reemplaza por otra, ejerciendo el derecho que "se tiene" a rehacer la vida y a evitar la infelicidad. Inclusive llega a plantarse como menos auténtico el amor que necesita un marco legal para expresarse. Se desconfía de la capacidad de compromiso y entrega en unidad y para siempre. En una palabra, y tomando un denominador común, la formación del valor de la fidelidad ha sido deficiente. La fidelidad no se da silvestre. La fidelidad hay que promocionarla, defendiéndola de enemigos interiores y exteriores.

No se ha logrado integrar la comunicación sexual y afectiva en muchas parejas, por causas de diversa índole:

En la población que estamos analizando; o sea, la que tiene mayor necesidad de la acción preventiva frente al SIDA, se observa una tendencia a disociar sexualidad, afectividad y compromiso, queriendo anular o sobrevalorar alguno de estos factores.

Por qué ? Estamos viviendo en un ambiente familiar y social que cada vez posterga más el ingreso de los hijos al mundo de la productividad, la autonomía y la responsabilidad. Los padres subsidiamos casi 25 años el proyecto de vida de los hijos, y la sociedad les exige 25 o 30 años de formación para darles una oportunidad de participar dignamente en el mundo del trabajo. Así, el momento en que aparece la necesidad de elegir pareja se ve enmarcado dentro de unas circunstancias que no facilitan la capacidad de entrega y compromiso, sino que más bien lleva a disociar el deseo de amar, de la capacidad de entregarse para hacer un proyecto de vida común. Este fenómeno puede explicar el hecho del número creciente de parejas que acuden a las relaciones prematrimoniales buscando entregar su intimidad y recibiendo a cambio una falsa sensación de compromiso y unidad. Además la sociedad actual con el culto que hace al placer y al bienestar, impulsa al joven y a las parejas a buscar sensaciones, más que compromisos.

A nivel conyugal la sociedad de consumo nos está llevando a producir, dedicando el 80% de la vida al trabajo, para lograr niveles de bienestar material, lo que trae consigo un abandono de la vida de hogar y del diálogo como medio de comunicar el amor. En este ambiente, la vida sexual de las parejas se reduce a veces a momentos de desahogo de tensiones, buscando un placer efímero en una relación genital que no corona un proceso de comunicación, sino que deja sensación de vacío, soledad y manipulación, y la despersonalización de la sexualidad. Aparece entonces la vivencia del "objeto sexual". Estas parejas requieren una orientación pastoral que les permita rediseñar el proyecto de vida personal y familiar.

Además ha aparecido otro fenómeno que facilita la disociación de las variables: sexualidad-afectividad-compromiso; este fenómeno

es la anticoncepción artificial. Cuando la pareja desconfía de su capacidad de comunicación, comprensión, aceptación y control voluntario de sus impulsos, llega a tomar la decisión de escoger medios artificiales para manejar la sexualidad conyugal, sin darse cuenta que atenta no solo contra su salud física, sino contra su capacidad de amar integralmente al otro y contra su dignidad de persona capaz de decidir con su inteligencia y voluntad libres. Además los métodos anticonceptivos artificiales facilitan la rutina y la manipulación del otro como objeto de placer, reduciendo la genitalidad a un sentido hedónico, con la mera consecuencia de un goce egoísta que a veces desconoce el proceso afectivo de la pareja. Por eso, en contraposición, cabe afirmar que los métodos de planificación familiar natural, no son un medio más para espaciar o evitar el embarazo, sino un estilo de vida, en el que se estimula la capacidad de diálogo de los esposos, su creatividad en las muestras de efecto, su control voluntario de los impulsos, el respeto a la vida, el respeto a la naturaleza de la sexualidad y la integración sana de sexualidad, afectividad, compromiso. Por tanto, otro desafío, en la educación sexual preventiva es la formación de las parejas en un *estilo de vida* respetuoso de la naturaleza de la sexualidad, que según el caso, incluya instrucción en planificación familiar natural. De nuevo el testimonio de las parejas de esposos, se hace necesario para mostrar que no se trata de prácticas poco aplicables, que demanden usuarios especiales, sino de un método que estimula el amor conyugal, lo fortalece, y además prepara la voluntad para afrontar con responsabilidad el proyecto de vida familiar. Conviene destacar aquí que dentro de las enormes posibilidades de la PFN\*, la metodología de instrucción "Pareja a Pareja" ha mostrado eficacia, en términos pastorales, pues anima, orienta y acompaña el proceso de cambio en el estilo de vida conyugal, al facilitar el intercambio de experiencias entre las parejas instructoras y las parejas instruidas.

Me extenderé todavía señalando dos fenómenos más, a lo que ha de enfrentar la educación sexual preventiva del SIDA, que seguramente brindarán otras pistas para la pastoral familiar, base de todas las pastorales.

---

\* Planificación natural familiar

En primer lugar destaco el riesgo que corre la pareja de padres al descuidar su condición de esposos, cuando se dedican a ser padres. Si no se coloca al hijo en la dimensión adecuada, éste puede resultar acaparando casi todos los afectos y convertirse en la proyección de todas nuestras ilusiones y expectativas de padres, con merma del ofrecimiento de ternura y admiración que debemos al cónyuge. Puede surgir entonces una situación de marginación y soledad conyugal con tensiones, crisis y hasta ruptura. Por tanto, las parejas que empiezan a ser padres necesitan un apoyo especial para integrar los roles de esposos y padres.

Ya estamos hablando de familias con hijos por tanto, es el momento de analizar, la responsabilidad y presencia de la familia en el proceso educativo de los hijos, en esta ocasión pensando en una educación sexual preventiva frente al SIDA.

Hablar de una educación sexual preventiva frente al SIDA, sabiendo que la verdadera prevención es la pareja sexual mutuamente exclusiva, desbanca lo que hoy se nos presenta como un "sexo seguro" que no es más que intento de disminuir el riesgo de unas costumbres sexuales libertinas; es decir, si el condón o preservativo redujera, como dicen, la probabilidad de contaminación en un 70 y 80%, lo único que se está obteniendo es retrasar un poco el advenimiento del pico de la epidemia. Mientras tanto sigue el debilitamiento moral de una sociedad, en cuestiones de sexualidad; siendo el SIDA riesgo grave para nuestros hijos, más grave será la pérdida de criterios y valores respecto al ejercicio de su sexualidad y su relación de pareja. Los bienes espirituales están por encima de los materiales. El SIDA pues, nos mueve a buscar eficacia en nuestra labor educativa en la familia, y nos interpela sobre los valores que queremos formar en nuestros hijos.

Como familia cristiana podemos revisar la formación de los siguientes valores:

### Los valores del yo:

El primer valor del Yo es la autoestima o capacidad de valorarse a sí mismo, evaluando objetivamente cada uno de los logros. Con una autoestima sana, es fácilmente evitable la inseguridad, la

depresión, las evasiones, las dependencias, la agresividad destructiva. Además, una autoestima sana prepara para tomar decisiones y resolver problemas con autonomía y responsabilidad.

Esta autoestima sana se forma como producto de un patrón de relación familia-hijo; familia-hijo-sociedad.

En ese patrón de relación podríamos citar como aspectos determinantes, los siguientes:

- De lo que les decimos y lo que les criticamos, surge la vivencia de quien soy.
- De lo que les damos y como los castigamos, surge la vivencia de cuanto me quieren.
- De lo que esperamos de ellos, surgen los ideales del yo y la capacidad de competir.
- De lo que rechazamos de ellos, surge la tolerancia a la frustración y la capacidad de lucha.
- De con quien los comparamos y como los comparamos, surge la seguridad.
- De los estados de ánimo que predominan en nuestro hogar, surgen los modelos de identidad, los patrones de reacción y el afianzamiento o debilitamiento de algunos rasgos de carácter.
- De la forma en que asignemos consecuencias a sus actos y les demos ejemplo con nuestras acciones, surge la autonomía y la responsabilidad.
- De la forma en que valoramos sus logros y esfuerzos, surge la motivación, creatividad y la jerarquía de incentivos.
- De las responsabilidades que les damos y les enseñamos; surge el ideal de prestigio y la sensación personal de logro y valoración.

En síntesis, en la familia podemos formar la vivencia de "Soy Capaz de", convirtiendo en objetivo educativo las variables anteriores, en la convivencia diaria.

Cuando se está desarrollando una autoestima sana, se puede empezar a trabajar en la educación del valor de la dignidad, que incluye, además de la vivencia de autovaloración, el deseo de perfeccionamiento y enriquecimiento personal progresivo, formando virtudes por decisión personal libre y voluntaria.

La familia da las bases en la formación del valor de la dignidad, facilitando la adquisición de virtudes humanas, mediante objetivos educativos eficaces, en los tiempos más propicios:

El orden, entre el 1º y el 4º años de vida.

La sinceridad, entre los 3 y los 9 años.

La laboriosidad, entre los 4 y los 7 años.

El hábito de estudio e investigaciones, entre los 7 y los 12 años.

La generosidad, entre los 7 y los 11 años.

La responsabilidad, entre los 7 y los 11 años.

La piedad, entre los 2 y los 6 años.

El conocimiento de los principios cristianos y la aplicación a la propia vida, entre los 7 y los 12 años.

Consolidación de la Fe, entre los 14 y los 18 años.

Si su hábito no se educa en el momento oportuno, también se puede educar a lo largo de la vida. Esta es la gran esperanza de la educación; siempre podemos ayudar a mejorar a otro, nunca es tarde, aunque sea un poco más difícil.

Sobre los valores de la autoestima, la dignidad, y los hábitos que acabo de exponer, se educa un nuevo valor que es la capacidad de comunicar a los demás. Incluye capacidad de acoger, dar y recibir, base de la capacidad de amar. En la formación de estos

valores juega un papel importante el modelo de relación de los padres y de los padres con los hijos. Además los medios de comunicación presentan imágenes y experiencias que refuerzan o distorsionan el patrón aprendido en el hogar. Por tanto, la familia asume un nuevo reto de formación del criterio y el saber juzgar; para esto debe acompañar al hijo y orientarlo hasta comprobar que discierne y que en sus criterios la guía es la verdad, bondad, belleza, unidad y realidad, teniendo como marco de referencia los principios cristianos; con estos recursos los hijos podrán elegir qué imitan, qué rechazan, qué corrigen y qué desafían dentro de la sociedad, y así estructurar su propio proyecto de vida con autonomía, responsabilidad y participación crítica.

Hablemos ahora del principal colaborador de la familia en el proceso de formación integral de los hijos:

#### *El Centro Escolar*

Los cambios ocurridos en el sistema educativo muestran cada vez con mayor intensidad la necesidad de que la familia del alumno participe en forma activa y eficaz en su proceso de formación integral.

El concepto de formación integral se incluía como proyecto en casi todas las filosofías educativas de los centros escolares; pero tal vez hoy, más que nunca, se hace énfasis en la implementación de esta filosofía educativa mediante la definición y desarrollo de un nuevo concepto de madurez escolar, que se traduce en *logros educativos*, los cuales incluyen: logros escolares, logros familiares y logros personales.

Hablamos de logros educativos y no de rendimiento escolar, porque el objetivo de la educación debe dejar de ser solo el aprendizaje de conceptos. Que el alumno evocara conceptos permitía la obtención de un criterio de evaluación que lo ubicaba en la categoría de aprobado o no aprobado. En cambio, la sociedad actual pide a los educadores que cumplan con la formación integral del ser humano, atendiendo a los procesos cognoscitivos, socioafectivos y morales; y esto incluye el desarrollo de los aspectos motores, las actividades, los valores, intereses, juicios, ideas y razonamientos; aptitudes o habilidades, relaciones

interpersonales, autoestima y carácter, capacidad de tomar decisiones y resolver problemas, etc. Aunque parezca prolija la enumeración, estos serían apenas algunos de los procesos atendidos en un proyecto educativo de formación integral, que se aparta en mucho del proyecto educativo que solo hacía énfasis en el conocimiento.

Si analizamos el resultado de nuestra educación, que sociológicamente sería el estilo de vida de un pueblo, podríamos constatar la falla en la formación integral de muchas personas que no han sido capaces de diseñar un proyecto de vida, facilitador y enriquecedor de la convivencia con otros. La permanente revisión de los resultados del proceso educativo nos ha llevado a replantear estrategias metodológicas, programas curriculares, modelos de evaluación y destacadamente el estilo de participación de la familia. La familia debe dejar de ser el ámbito al cual llegan los resultados del proceso enseñanza-aprendizaje, y donde se valoran los rendimientos y se adjudica premio o castigo al educando, al seguir una interpretación subjetiva sobre el esfuerzo realizado, buscando la mayoría de las veces al culpable del fracaso, si lo hay, para delegar la responsabilidad. Ese modelo de participación en la educación de los hijos es poco eficaz y a veces contraproducente, pues genera en el hijo vivencias de temor, angustia, culpa, deseo de mentir u ocultar, para evitar sanciones. En suma, perdemos los padres la oportunidad de ser *los primeros educadores de nuestros hijos*. Es tan importante este concepto, que desde el solo punto de vista de la comunicación ya hay innovaciones, puesto que recordar que los padres son primeros educadores de los hijos, obliga a replantear los conceptos de alumno y discípulo, ya que nuestro hijo es más que eso. Por tanto, utilizaré muchas veces el concepto de *educando*, para destacar la unidad en la acción educadora de los padres de familia y el respectivo centro educativo.

*Ser una familia eficaz* en el sistema educativo actual - fundamentado en la formación y evaluación integral que promueve el perfil de habilidades diferenciales de cada educando, en términos de logros - implica lo siguiente:

*Primero:* Entender el concepto de logros educativos, que podríamos analizarlo como una adquisición personal en la que el

educando es el protagonista; los agentes educadores - padres y maestros - le ayudamos a diseñar y a proponer la meta que debe alcanzar según su edad, su nivel de desarrollo, su carácter, sus habilidades y destrezas. Una vez definida la meta u objetivo, se diseñan los pasos para llegar a ella, pero siendo a la vez animadores de la participación activa del educando, mediante la evaluación de actitudes y rendimientos. En otras palabras, tenemos en cuenta cómo se siente, para qué sirve y qué asimilación, organización y procesamiento de la información muestra el educando y su grupo. Además, dentro del concepto de logros educativos es muy importante observar la capacidad del educando para aplicar lo aprendido al análisis de situaciones de la vida diaria, la toma de decisiones y la resolución de problemas en forma autónoma, creativa y eficaz. Por si fuera poco, el educando es también protagonista, y no solo receptor, en la formación de valores morales.

*Segundo:* Aprender a diseñar objetivos educativos en el área de funciones básicas del proceso enseñanza-aprendizaje, y en el área de ajuste emocional y adaptación social de cada educando. Esto implica trabajar con dos variables de referencia: procesos del sujeto, o sea la totalidad de cambios y transformaciones secuenciales en su comportamiento, y estadios del sujeto, o sea sus momentos o etapas, que debemos saber evaluar para preparar el paso siguiente en el proceso de perfeccionamiento. Además, para alcanzar los objetivos educativos y volver los logros debemos tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Enseñanza del hábito en el período oportuno del desarrollo: La psicología educativa nos ha mostrado la existencia de períodos críticos o momentos del desarrollo en los que hay una especial disposición para realizar un determinado aprendizaje; por ejemplo, el control de esfínteres a los dos años. Si se deja pasar el momento adecuado para la enseñanza de una habilidad, se hace cada vez más difícil su adquisición y además se crean conflictos o aprendizajes inadecuados que luego requieren una reeducación; por eso es tan importante conocer con exactitud el momento y la estrategia para realizar un determinado aprendizaje.

- Dar oportunidad de ejercicio de la habilidad aprendida, entregando responsabilidades, propiciando circunstancias y

animando a alcanzar la meta. El verdadero aprendizaje solo se observa cuando la persona aplica lo aprendido con autonomía y eficacia.

- Evaluar los rendimientos: Un proceso educativo eficaz evalúa en forma personalizada los logros y define los aspectos que debe afianzar, reforzar, complementar, nivelar, etc.

- Diseñar estrategias de reeducación del hábito, conducta, rasgo de carácter o proceso de pensamiento. Solo cuando hemos evaluado y sabemos el por qué de un hecho podemos diseñar modelos eficaces que no incluyan el azar, el ensayo-error, o la simple buena voluntad.

- Dentro de este proceso educativo la familia debe controlar ciertas variables que podrían interferir su operatividad; entre ellas, cito:

- Los antecedentes educativos de papá y mamá: No podemos educar proyectando el modelo con que fuimos educados, sino pensando en las necesidades específicas de cada hijo, sabiendo que mi autoridad está al servicio de la formación integral del educando.

- El ajuste conyugal: la relación de pareja tiene un proceso que no puede proyectar sus crisis en la educación de los hijos a pesar de los conflictos conyugales, la educación de los hijos requiere el protagonismo de los dos padres. De lo contrario quedan vacíos afectivos que se traducen en conflictos emocionales ante los cuales habrá de enfrentarse, tarde o temprano, el educando.

- Estado de ánimo diario: En la formación de los hijos no cuentan los propósitos, sino los hechos. Por tanto, si dejamos de controlar el estilo educativo familiar, la familia se convertirá en el ámbito donde cada persona desahoga sus frustraciones, pensando que ya habrá otro día para reparar; así podemos inducir formas de reacción, patrones de personalidad, modelos de relaciones interpersonales, modos de resolución de problemas, pautas de comunicación afectiva, maneras de relacionarse con la autoridad, etc., más o menos adecuadas.

- Proyección de situaciones personales en la educación de los hijos: La objetividad y eficacia en el proceso educativo puede

interferirse por vivencias que me identifican, unen o alían, con un hijo, o por la proyección de deseos no realizados; por tanto, la familia requiere unirse con la escuela en el diseño de criterios educativos, valores y principios, para aumentar su eficacia, descubriendo el momento oportuno para cada aprendizaje y diseñando estrategias de nivelación y reeducación.

Este es el objetivo de una *Escuela de Padres Eficaces*, como la que manejo en el Colegio Santo Angel de Bogotá. Dentro de la metodología tenemos una guía de trabajo mensual en la que la familia recibe unas orientaciones prácticas sobre el objetivo educativo que va a trabajar y además recibe instrumentos de observación, registro y seguimiento del comportamiento de su hijo. El resultado del análisis de la familia y del proceso de trabajo en el hogar es conocido por la profesora directora de grupo y por el Comité de evaluación, y consecuentemente se diseña la intervención específica que va a hacer el equipo educativo Familia-Colegio. Además, la familia participa mensualmente en un encuentro de familias, reunidas por niveles, para intercambiar resultados e inquietudes en torno a los logros educativos trabajados. Como resultado se obtiene un perfil de logros alcanzados, logros no alcanzados y logros por reforzar. Si los logros no alcanzados corresponden al proceso de aprendizaje y sus funciones básicas, el educando pasa a participar de un programa de nivelación en el centro escolar, y la familia recibe guías de trabajo para nivelar esa función en casa. Si los logros por alcanzar corresponden al área de ajuste emocional y adaptación social, la directora de grupo diseñará un programa de trabajo con base en la capacitación interna que recibe del Departamento de Psicología y Orientación Familiar, que tiene entre sus objetivos hacer del aula escolar un aula terapéutica, para los casos que tienen algún problema de conducta.

Cuando los logros por alcanzar corresponden al área ética o Moral, el proyecto educativo del colegio, que acoge los principios cristianos, se convierte en modelo de vida y testimonio diario en la labor educativa.

Corresponde también al Centro Educativo en el caso específico de la pandemia SIDA, incluir en los programas curriculares a partir del nivel pre-escolar información adecuada sobre las características de

la enfermedad, los riesgos de contagio y el comportamiento sexual adecuado para prevenirla. Además el Centro Escolar puede diseñar campañas de orientación utilizando metodologías audiovisuales, talleres, foros, folletos, carteles, testimonios, etc.

Otro aporte que puede hacer el centro escolar cristiano es la acogida generosa y respetuosa al niño con SIDA, estimulando sus logros y su perfeccionamiento integral, hasta que la salud física le permita asistir al aula. Cuando el alumno con esta enfermedad ya no pueda asistir al aula, también el colegio puede seguir orientando y apoyando al paciente y a la familia, mediante visitas, cartas y programas de consejería.

Es preciso aclarar que el niño enfermo no es fuente de contagio en una comunidad escolar, si se guardan ciertas precauciones:

El virus solo se transmite a través del semen, secreciones vaginales y la sangre. No se transmite por las lágrimas y el sudor. Tampoco a través de utensilios de cocina como cucharas, tenedores, vasos. No se transmite a través de los retretes. Por la saliva podría transmitirse si la persona sana tiene lesiones en la boca y recibe un beso del portador del virus. O si el odontólogo sano se lesiona en su piel y toma contacto con la saliva o sangre del paciente enfermo. Puede también transmitirse por maquinillas de afeitar que erosionen la piel, o por cepillos de dientes, usados promiscuamente y desde luego por agujas contaminadas, transfusiones con sangre contaminada o derivados de la sangre, a los que no se ha sometido a detección del virus. En un 99% de los casos el SIDA es una enfermedad de transmisión sexual. Algunos niños se contaminan por vía placentaria o en el canal del parto, por contacto con la sangre de la madre contaminada.

En su primera fase la enfermedad se caracteriza por un silencio de síntomas y signos. La segunda fase se llama *linfadenopatía generalizada*, porque en ella el cuello, las axilas y otros sitios aparecen con ganglios de un centímetro de diámetro. Para que se diga de estas personas que son enfermos de SIDA han de ser también positivas al menos a la prueba ELISA HIV, y a otras pruebas serológicas. Más aún: antes de ser consideradas como personas afectadas por el SIDA debe haberse descartado en ellas un sinnúmero de enfermedades - mononucleosis, toxoplasmosis,

sífilis, linfomas, etc. - El apoyo moral y el diligente acompañamiento que se hace a un ser humano sobre quien recae la sospecha de estar contagiado con SIDA ya exige ejercicio de virtudes humanas y sobrenaturales, que deben ser vividas en hogares cristianos bien formados, o en otras comunidades verdaderamente sensibles a la dignidad del hombre.

La tercera etapa, llamada *complejo sintomático relacionado con el SIDA* tiene los primeros signos ostensibles de la enfermedad, que son: pérdida de peso, hongos en la boca, fiebre persistente de 2 o 3 meses sin que sea atribuible a otra causa, diarrea sin causa clara, en ocasiones con más de 10 deposiciones diarias y a veces con 20 o 30.

Cuando llega la cuarta y última fase del SIDA, la más dura para el paciente y sus familias acompañantes, aparecen el síndrome florido del SIDA, con las frecuentes y permanentes complicaciones derivadas de las minadas defensas y del deterioro del sistema nervioso en el enfermo. Es esta la etapa de las infecciones y de los tumores, la fase que antecede a la muerte. En ella, la familia cristiana tiene la oportunidad del mayor ejercicio de virtudes, que hacen de esta fase una escuela para comprender el sentido del dolor entre los creyentes, sin que esto sea derrotismo, pues la muerte con SIDA o sin SIDA, es una realidad diaria, que ha de ser enfrentada con profundidad.

En la historia de la humanidad no se había esperado antes con tanta preparación las consecuencias de una enfermedad. Y esto no solo en el mundo científico donde multitud de hombres de ciencia quieren anticiparse al SIDA con la prevención y dominarlo, poniendo los medios aptos para la curación, sino también en el mundo cristiano, donde entrañablemente se empiezan a tomar toda clase de medidas para paliar el dolor de los enfermos y de sus familias.

Hay además en el mundo, en crecimiento acelerado, un tremendo sector de seres humanos que están en postración moral: grupos de enfermos marginados, temidos, perseguidos, estigmatizados. Son los consumidores habituales de alcohol y drogas no éticas. Entre ellos abundan las personas que tienen relaciones sexuales promiscuas, desconectadas de casi todo afán humano de dar al

sexo su finalidad procreativa, unitiva y progresiva, que por naturaleza tiene. Para estos seres humanos también hemos de encontrar la manera de llamarlos a mejorar su calidad de vida con la misma unción y decisión con que Jesús se dirigió a los leprosos que le pedían la curación. Para estos enfermos quizá no exista actualmente familia de vínculos de sangre. Sólo la Gran Familia de Dios podrá hacerse cargo de ellos. Los centros educativos cristianos deben difundir esta verdad y sus consiguientes actitudes.

Hace más daño al paciente de SIDA la vivencia de marginación, improductividad y soledad que los síntomas y signos progresivamente graves de la enfermedad. Por tanto, el centro educativo cristiano ha de unirse a las campañas que ciudadanos ecuanímenes, asociaciones o instituciones emprendan por el reconocimiento de los derechos de los enfermos de SIDA y su no discriminación. El fundamento ético común ha de ser la base para la colaboración en esta empresa de reconocimiento de los derechos humanos.

#### *La sexualidad de los adolescentes como reto educativo:*

Ya hemos puesto de relieve aspectos del proceso educativo preventivo frente al SIDA, en parejas de esposos, y en hijos menores, tanto en el hogar como en el colegio. Hablamos ahora de un grupo muy susceptible al SIDA, dadas las características de su psicología evolutiva: *Los Adolescentes*.

Como el esquema de desarrollo de esta reflexión es acumulativo, asumimos los aspectos analizados anteriormente, y además añadimos los específicos de la educación sexual preventiva en el adolescente.

Cuando se llega a la adolescencia se suponen ya adquiridos ciertos criterios de educación sexual, formados durante la infancia y la niñez, en el hogar y la escuela. Tales son:

Conocimiento del cuerpo, sus partes y sus funciones, incluyendo el aparato genital.

Conocimiento de las diferencias hombre-mujer en el niño y en los adultos.

Conocimiento del uso que debe dar a su aparato genital.

Conocimiento del proceso de reproducción de las plantas, animales, y seres humanos.

Comprensión del concepto de relación de pareja, matrimonio, familia, fidelidad, amor, atracción sexual entre hombre y mujer.

Comprensión del concepto de fertilidad y madurez sexual. Cómo se engendra un hijo y cómo nace un niño.

Concepto de la virginidad y castidad.

O sea, antes de la adolescencia, los hijos deben recibir información, formación sexual y educación de la afectividad, en la familia. Respecto al tema de la sexualidad, la información y educación deben recibirla los hijos en su casa, por unos padres que hablan con hechos y palabras; y que observan y guían con comprensión y exigencia, buscando el bien físico y espiritual de sus hijos. Además si son padres cristianos sabrán guiar a sus hijos en la educación sexual comprendiendo que el sexo no es una realidad vergonzosa, sino una dádiva divina que se ordena limpiamente a la vida, al amor, a la fecundidad.

Ese es el transfondo en que se sitúa la doctrina cristiana sobre la sexualidad. Por tanto los padres cristianos no cumpliríamos nuestra misión de educadores de la sexualidad, si solo diéramos una instrucción. Nos corresponde más que eso: dar forma a la afectividad, suscitar hábitos en la voluntad, educar para el amor, incluyendo la maduración de los sentimientos y el encauzamiento de los impulsos y pasiones de cada hijo. Igualmente, dar doctrina que alimente su inteligencia.

Además, para ser eficaces, debemos tener en cuenta unos criterios educativos:

Decir siempre la verdad, con precisión y delicadeza, y hacerlo con la capacidad de asimilación del hijo, su sexo y el ambiente en que vive el niño. También debe orientarse la curiosidad aclarando y encauzando cada pregunta o inquietud.

Hay que buscar la mejor oportunidad, ej: el embarazo de mamá, la llegada de la pubertad, etc., Para ser oportuno hay que estar atento, preparado y disponible. Sobre todo no llegar tarde con la información y la formación.

Debemos personalizar, o sea, no podemos caer en el biologismo, pues la sexualidad es parte integral de la persona, no solo parte del cuerpo. Por tanto, debemos mostrar a los hijos la bondad del compromiso que pueden asumir en cada etapa del desarrollo de su sexualidad. Por ejemplo: si aparece la atracción sexual, el reto educativo es enseñar el pudor - centinela de la intimidad-, la sana coquetería, la conquista, el respeto, pero no el desahogo de un impulso, acudiendo a la pornografía, la masturbación o la relación genital.

Debemos tener disposición de diálogo frente a los hijos: esa disposición de diálogo debe caracterizarse por el constante deseo de conocer, responder y ayudar a cada hijo, captando sus estados de ánimo y las necesidades de consejo y orientación. Para que los padres podamos dialogar sobre sexualidad debemos estar viviendo honesta y limpiamente nuestra sexualidad; solo así podrán surgir las actitudes que le dan valor al diálogo entre padres e hijos: la naturalidad y la sencillez. Además para ser eficaces en el diálogo, ojalá lo hagamos en pareja y estemos de acuerdo en lo fundamental, aunque cada uno se exprese con su estilo de varón o mujer para formar al hijo o hija.

Un error que debemos evitar es la formación diferencial en principios para el hijo y la hija. El varón, en latinoamérica, no puede seguir siendo deformado en libertinaje, pensando que él corre menos riesgos. Hijo e hija deben ser educados como personas capaces de actuar libre y voluntariamente, no impulsivamente.

Los padres debemos actuar como tamiz que cuela y clasifica las influencias del medio ambiente, orientando y animando al hijo a desafiarlas; insisto en que el protagonista debe ser el hijo, pues esto nos dará una muestra de su autonomía y su criterio.

Al tomar decisiones los adolescentes ponen a prueba la formación sexual integral que han recibido. Los objetivos educativos en la

orientación sexual del adolescente, pueden ser los siguientes:

*La primera elección afectiva*

Si es él mismo, no superó el egoísmo infantil; o teme a la relación con otros.

Si busca una relación para usar al otro, podríamos revisar la formación de la generosidad, sinceridad, autoestima y dignidad.

Si elige opciones afectivas mal llamadas "valores personales", como la homosexualidad, la prostitución, el papel de amante, etc., podríamos revisar los modelos de identidad que recibió y la formación de la autoestima.

La meta es que escoja pareja, en una relación fiel, honesta, sincera y respetuosa, fuente de enriquecimiento mutuo y de recíproco perfeccionamiento.

*La búsqueda de compromiso que implica:*

Libertad en el amor, no amor libre.

Conocimiento, ajuste y entrega, y no desilusión o deseo de huida ante el menor conflicto.

Comunicación sexual, y no posesión o entrega genital.

Integración de manifestaciones sexuales, y no aprendizaje de técnicas sexuales.

Continencia sexual, fidelidad y castidad, y no satisfacción del instinto sexual.

Pasada la adolescencia, llega el momento de la partida de los hijos, cuando estos eligen pareja y creen estar maduros para fundar una familia, siendo los protagonistas de la entrega y el compromiso. En este momento la familia sigue siendo respaldo, educadora y modelo de sexualidad conyugal. Los aspectos en lo que podemos seguir educando, con el ejemplo y las orientaciones ante las crisis

del nuevo hogar, son los siguientes:

**El crecimiento en la sexualidad:** La asimilación de la originalidad y totalidad del Tú.

- Aceptación del ritmo del proceso de asimilación, intercambio y ajuste de pareja.

- Aceptación y valoración de los momentos de la relación: momentos de comunicación y plenitud, momentos de decantación, momentos de receptividad, momentos de elaboración.

*Los acuerdos del Yo y del Tú:* Descubrimiento de los valores personales de la pareja.

- el silencio

- la soledad

- el pudor

- la privacidad:

- el diálogo: afectivo, espiritual, sobrenatural, físico

- aceptación del tú en su plenitud

- aceptación del tú en su originalidad positiva y negativa.

- aceptación del tú en su historia y desarrollo posterior.

- aceptación del tú como amor integrador de los otros amores: el tú como camino de amor a Dios, crecimiento del amor mutuo a través de los hijos.

- patrimonio emocional común.

*El problema del prescindir:* prescindir de qué y para qué? Vocación a un amor fiel.

- características del amor fiel

- Vence el egoísmo que instrumentaliza al Tú.

- Vence los amores que separan del Tú o los ordena en

jerarquía, después del amor exclusivo.

- Vence la debilidad, es combativo.
- No pierde la fuerza, no se desvía en tolerancia ni en compasión.
- No se cansa de recibir, de interesarse, de dar, de comprender.
- Se perfecciona para el Tú.
- No cae en la rutina, gesta un ambiente con nuevas experiencias de diálogo.

- Las pruebas de la fidelidad:

*Rutina:* Si no se renueva la intencionalidad del amor, éste puede cansar y rebelar.

La pérdida de la novedad del Tú, le quita atractivo al amor. Es necesario renovarse personalmente, mantener el misterio de la personalidad.

*Imcomprensión:* El egoísmo y el orgullo; desengaños y barreras.

Diferencias de puntos de vista y criterios.

Pequeñas y grandes insatisfacciones en la mutua donación van creando rebeldía y llegan a la antipatía.

Examen de la propia definición de sexualidad y personalidad.

*Ambiente:* El trabajo que impide darse mutuamente; tiempo necesario para el intercambio.

La sociedad de consumo nos pone a producir y a competir a costa de nuestra tranquilidad y privacidad.

Anti-criterios que se convierten en "valores sociales" y dan

"prestigio" cuando sucumbimos ante ellos y nos identificamos con ellos.

*La superación del egoísmo: La vocación a un amor fecundo.*

- El amor fecundo es perfeccionador: complementa al tú, llevándolo a la plenitud, cuida de que el tú sea original, no lo fuerza a adquirir rasgos que no le sean propios.

- Aprende a usar la corrección mutua dentro de un plano positivo y de interés de perfeccionamiento; no se desahoga de las molestias personales.

- Busca estimular al tú para que avance, aprendiendo a descubrir los estímulos propios eficaces.

- Crea una comunidad rica en bienes afectivos y espirituales, definiendo un estilo de vida, una cosmovisión, una espiritualidad y un ambiente de convivencia dinámico y creador.

- Es difusivo, irradia los bienes que va logrando; estimula y orienta la vida de otros, enriquece las relaciones personales y sociales.

- Busca adquirir progresivamente compromisos y responsabilidades: meta de la educación sexual familiar, marco educativo preventivo del SIDA.

**Cuando el SIDA ya esta en casa, qué actitudes podemos definir como familia cristiana, ¿hacia dónde dirigir la lucha?**

Aspectos que se pueden tener en cuenta en el diseño de estrategias de pastoral de acompañamiento y acogida: Pastoral del Buen Pastor y Pastoral para el dolor en la familia.

Actitudes que se convierten en objetivo de nuestra acogida, acompañamiento y comprensión eficaz:

### *Actitudes que define el enfermo de SIDA*

Dudar. Negarlo, Rechazarlo. ¿Por qué a mí?. Ocultarlo y aislarse. Deseo de conocer un grupo de referencia y apoyo. Deseo de que le pase a los demás. Deseo de disfrutar lo que me queda de vida con compromisos definidos o con anarquía en el proyecto de vida. Ira contra sí mismo, los demás, la importancia de la ciencia. Nostalgia por oportunidades de vida perdidas. Depresión: tendencia a presentar cambios bruscos en el estado de ánimo. Fantasías de recuperación o de muerte dramática. Pérdida de autoestima y de vínculos afectivos con los demás por temor a ser rechazado, marginado, culpabilizado, compadecido.

### *Actitudes de la familia del enfermo de SIDA:*

Sospecha, duda, descubrimiento. Ocultarlo, encierro, aislamiento, angustia, vergüenza. ¿En qué fallamos?. ¿Qué vamos a hacer?. ¿En quién podemos apoyarnos?.

### *Aceptación cristiana del dolor y de la entrega de una vida en la familia.*

- Binomios de actitudes ambivalentes en los períodos de crisis por el dolor familiar ante el SIDA:

Abandono - Sobreprotección. Castigo - Culpabilidad. Discriminación- Acogida. Deseo de que muera cuanto antes- Deseo de conservarlo. Temor al costo económico de la enfermedad. Generosidad responsable y discreta.. Eutanasia - Respeto a la vida, amando el dolor.

### *¿ Por qué amar el dolor en la familia?*

El testimonio de los enfermos de SIDA o personas contaminadas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, nos mostró con una claridad dramática la necesidad de que la familia sea siempre el ámbito donde nacemos, crecemos y morimos como personas. La familia debe ser el ámbito donde se acoge a cada miembro como es y se le ayuda a ser mejor; por eso, como el enfermo de SIDA no pierde en ningún momento su dignidad de persona, ni su condición de miembro de una familia, debemos amarlo, valorarlo,

respetarlo y acompañarlo con generosidad ante el dolor. Ante el dolor, el deterioro, y la enfermedad solo la familia es capaz de amar incondicionalmente, y solo la familia puede dar lo que el enfermo de SIDA necesita: amor y esperanza. Además le corresponde a la familia cristiana la labor de apostolado ante el dolor del enfermo, buscando que aumente la Fé, la Esperanza y su grado de amor a Dios. Que mire en El, el por qué de su vida, ante lo cual el SIDA no constituye ningún obstáculo.

En la fase terminal, además de cuidados de enfermería que puede aprender a aplicar la familia, lo que básicamente se requiere es una atención solícita y amorosa, más bien que un ambiente hospitalario, especializado en la última tecnología y por ende costoso.

## CONCLUSIONES

La mitad de las personas que en la década de los años 90, podrían morir de SIDA, no están contaminadas aún. Esta gran verdad está delante de nosotros como un "despertador" para animarnos a trabajar en lo único actualmente válido para prevenir la enfermedad: la educación sexual desde la familia. No existen aún medicamentos para curar el SIDA, tampoco vacunas para prevenirlo. Pero sí podemos ayudar a que las personas no mueran por ignorancia o falta de autodominio, en el manejo de su sexo, en tanto la enfermedad crezca en forma vertiginosa, en progresión geométrica, multiplicándose por dos, cada 10 meses.

Si la capacidad de inferir daño, del virus agente, radica en invadir intracelularmente el corazón del sistema de defensas del hombre (los Linfocitos T4), y si preferencialmente ataca células cerebrales provocando daños irreversibles, lo nuestro, como educadores cristianos, será preservar la célula fundamental de toda sociedad organizada: *La Familia*. Desde ella sí serán detenidos los daños de una epidemia que simultáneamente es moral, es decir, de costumbres que no conservan la recta ordenación al bien integral del hombre; y física, es decir, cegadora de vidas humanas.

El sexo, realidad querida por Dios y constitutivo de la naturaleza del hombre, no es malo. Es su desarrollo desordenado el que desencadena males. Esos males - lo sabemos - no se limitan al campo de la pérdida de la salud orgánica. Podría no existir el SIDA sobre el planeta, y seguir siendo desordenado el sexo. Aunque sean aterradoras las proyecciones del desarrollo del SIDA - como consecuencia del sexo desordenado - el sexo ordenado tiene un "status" independiente del SIDA. Reconocer lo anterior es el punto de partida, y la Iglesia no podría prestarse a una campaña oportunista que dijera: mientras no se descubra la vacuna contra el SIDA el sexo desordenado es malo.

Todo lo que no tenga la perfección debida adolece de mal, esté donde esté. Pero es diferente el mal físico del mal moral. En el segundo, hay más responsabilidad del hombre.

Por eso este seminario - taller - y ésta es primera conclusión - debe distinguir entre prevenir el SIDA como mal físico y prevenir el mal uso del sexo, que lleva siempre a un mal moral. No conviene en los documentos que traten el tema pasar por encima de esta distinción. Ejemplos: Una sola relación sexual - ordenada o desordenada, en el sentido de que conserve o no integralmente el diseño querido por Dios podría bastar para que una persona infectada transmita la enfermedad a otra persona. Y toda persona infectada transmite la enfermedad a otra persona. Y toda persona infectada con el HIV tiene ya un riesgo superior al 70% de tener el virus circulando en su sangre, y por tanto presente en sus secreciones corporales: secreciones vaginales y bronquiales, semen, saliva, lágrimas, sudor, orina, materias fecales. He ahí el mal físico, porque, si bien el SIDA considerado en sí no produce la muerte, quien lo padece necesariamente muere en las actuales circunstancias, por las enfermedades que se desencadenan, al ser destruidas las defensas y el sistema nervioso de la persona infectada.

Montar, en cambio, una defensa de la adecuada moral de la sexualidad humana sobre el temor de contraer una enfermedad necesariamente mortal, diciendo que al no respetarse lo querido por Dios, la naturaleza se venga, es, a mi entender, un sofisma que antes o después hará crisis. Es verdad que la naturaleza amonesta, pero lo hace siempre, cualquiera que sea nuestro obrar. Ella de

continuo dice "¡ cuidado! yo tengo unos límites; si se sobrepasan hay consecuencias". Pero por otra parte, una a una las epidemias de transmisión sexual han ido desapareciendo cuando el hombre con su inteligencia descubre los mecanismos de transmisión, la historia natural de la enfermedad, su prevención por medio de vacunas o su erradicación por tratamientos efectivos. De tarde en tarde, sin embargo, la naturaleza nos sorprende con un nuevo flagelo sexual, que como los anteriores, igualmente es detenido o dominado, cuando los conocimientos, sobre su índole lo hacen exterrminable. Ocurrió con la sífilis, al comienzo de la evangelización de este continente. Vuelve a ocurrir ahora, cinco siglos después con el SIDA.

Ciertamente el orden de las costumbres al perfeccionamiento final del hombre no está supeditado a que aparezca o no incoercibles enfermedades transmitidas de modo sexual. Como tampoco está supeditado a decretos de comunicación obligatoria de casos detectados, a las autoridades sanitarias.

Llegar a la madurez idealmente querida de que el sexo esté al servicio del hombre, conscientemente, libremente, supone señorío, no temor.

El sexo tiene su maravilloso ámbito en la familia rectamente fundada y allí mismo pueden sus miembros jóvenes y adultos conocer los límites naturales del talento sexual, límites que comprenden no solo lo biológico, ni solo lo social, ni solo lo cultural. Hay por encima de todo unas normas éticas.

Es posible aprender a vivir conforme a la naturaleza, entendiendo que su lectura está al alcance de toda inteligencia, a su modo, claro está, tanto de la cultivada como de la rústica. Y es posible reconocer que lo que aparentemente es impositivo en esa naturaleza, está diseñado para nuestro bien, sin visos de represiones que causen rebeldías. Simplemente la naturaleza nos da la señalización de aquella distancia que media entre lo conseguido y lo que aún debe obtenerse.

Misteriosamente hay, pues, verdad en la afirmación de que si somos respetuosos con los límites de lo natural tendremos una mejor calidad de vida. Es como si el mal físico fuera premonitorio

del mal moral. La raíz de esta premonición - lo sabemos por Fé los creyentes - está en lo que ocurrió en los primordios de la humanidad. Que el hombre ordenara el mundo con la ciencia del bien y solo del bien era el plan inicial de Dios. El hombre se opuso por su soberbia y prefirió ordenar el mundo con la ciencia del bien y del mal. De allí viene toda deficiencia. La eficiencia del hombre se tornó deficiente: casi todo lo que el ser humano hace, no solo tiene limitaciones, sino además, carencia de bien debido. Desde esos primordios de la humanidad convivimos con el mal físico y moral, cuya causa es la actuación deficiente del hombre.

Cuando la epidemiología nos dice con respecto al SIDA, que la mejor manera de prevenirlo es practicar la sexualidad en el marco sexual de una pareja mutuamente exclusiva, hemos de encontrar allí un destello de lo que siempre fue enseñado con autoridad divina, sobre la institución matrimonial: tiene como propiedades esenciales la unidad (uno con una) y la fidelidad. Y solo en ella son lícitas las relaciones sexuales.

De la distinción entre mal físico y mal moral, y de su enigmática conexión, hasta ahora solo vislumbrada a vuela-pluma, podemos entresacar una segunda conclusión:

Para obrar bien, el hombre tiene que entender las leyes que rigen su conducta sexual más allá de todo capricho o situación personal relativa. No vale sustituir el fin de su existencia por lo que tiene razón de medio, obrar males para que vengan supuestos bienes, no querer entender para no tener que obrar bien.

Por opuesta que le puedan ser a la Iglesia las opiniones y costumbres del mundo, esta insistirá en la necesidad del conocimiento de la ley divina y de la naturaleza humana, que no van cada una por su lado, puesto que el autor de una lo es también de la otra.

Algunos responsables de la comunidad civil, viéndose quizá sin esperanzas, al no ofrecer casi nada la ciencia, han acudido al criterio simplista, según el cual utilizar un medio preventivo, por deficiente que sea, es mejor que no utilizar ninguno. Cuando está en juego la vida no parece honesto proceder ofreciendo una solución preventiva tan deficiente como los preservativos, que a mi

entender son un engaño a la comunidad, la misma que con su esfuerzo formó los científicos y eligió los políticos, que tienen la obligación de informar siempre con verdad: se supone que los preservativos, de evitar la transmisión sexual de la enfermedad, solo lo hacen en un 80% de los casos.

Una tercera conclusión nos lleva a la importancia de que en los proyectos educativos de la familia y del centro escolar no se disocie la sexualidad-afectividad-compromiso. Quienes estamos dedicados a la psicoterapia de parejas cada vez vemos con mayor claridad que esta disociación lleva a trastornos de la identidad y de la capacidad de relación, con las consiguientes desaveniencias. Y que por troquelamiento mutuo - cuando se vive en pareja - el desajuste de la pareja se hace más grave cuando los vínculos psíquicos están fundados en estructuras inferiores de personalidad (tales como la instintividad, el apasionamiento irracional, la fantasía, el pseudoromance, la idealización) caracterizados por poner en el cónyuge o compañero algo propio, y "amarlo" allí, en situaciones carentes de responsabilidad de compromiso y de identidad. Por el contrario, cuando estos vínculos psíquicos están fundamentados en estructuras superiores de personalidad (tales como los hábitos intelectivos y volitivos, sin mencionar aún el enorme panorama de los entitativos), el espíritu se potencia y de la desaveniencia surge precisamente el ajuste mutuo de la pareja, en una intención de perfeccionamiento recíproco, que lleva a cada miembro de la sociedad conyugal a ser el mejor psicoterapeuta del otro, a sanar las raíces del propio amor, a afirmar al otro en cuanto otro, renunciando a anularlo o instrumentalizarlo, desterrando el interesarse solo por si mismo, sacrificando las tendencias egoicas para adentrarse en una voluntad de unión y de alteridad.

La recíproca donación personal a través del sexo es manantial de felicidad sensible y espiritual, que no se agota entre los esposos, sino que se difunde en nuevas vidas, con respeto a los procesos biológicos, dominio de los impulsos por parte de la razón y la voluntad, reconocimiento mutuo de la pareja del "status" personal, respeto del orden ético objetivo según la recta conciencia y conformación con las intenciones divinas sobre la familia y el matrimonio.

## RETOS Y ALTERNATIVAS POR PARTE DE LA IGLESIA

Julián Filochowski \*

La pandemia mundial del SIDA no tiene precedente en la historia humana pero su virulencia nos recuerda la peste del siglo catorce que arrasó con la mitad de la población de Europa. El origen de aquella peste fue un misterio. Se la rodeó de vergüenza y pavor y la sociedad tuvo que crear víctimas propiciatorias: se persiguió a los judíos y a las mujeres por brujas.

El SIDA tiene características semejantes hoy en día. Podríamos decir que, por la forma en que son tratados los pacientes de SIDA ha llegado a ser el equivalente actual de los leprosos de la antigüedad. Jesús no sólo curó físicamente a los 10 leprosos, al paralítico y a la mujer con el flujo de sangre, sino que también devolvió su dignidad de personas y su propio lugar en la comunidad.

San Francisco de Asís y Santa Catalina de Siena besaron las llagas de los leprosos - no por ser llagas - sino por ser las heridas vivas del Cristo sufriente. Seguían siendo llagas, sin embargo, los santos se vieron a sí mismo en los leprosos al reconocerlos como hermanos y hermanas. Es de suma importancia para los que nos dedicamos al servicio dentro de la comunidad cristiana, el no dejarnos paralizar por el temor frente a esta enfermedad, ni polarizarnos en discusiones estériles. En cambio, debemos percibir la pandemia como un momento decisivo en la historia de la humanidad, en el que la Iglesia puede responder otra vez el desafío y a la ocasión con amor desinteresado y sin prejuicio, según la tradición de nuestro Hermano y Salvador Jesucristo.

De este modo el Santo Padre, Juan Pablo II, animó a los representantes de la Asociación Católica de la Salud durante su

\* Presidente de la Comisión Internacional de Caritas Mundial sobre el SIDA.

visita a los Estados Unidos en 1987: "Ustedes. se enfrentan hoy a nuevos desafíos, nuevas necesidades. Uno de estos es la actual crisis de inmensas proporciones que ha creado el SIDA y los aspectos relacionados con él. Además de su aporte profesional y de su sensibilidad humana hacia todos los afectados por esta enfermedad. Ustedes están llamados a demostrar el amor y la comprensión de Cristo y su Iglesia".

El responder con amor y comprensión, con compromiso y resolución, con honradez y humildad a las personas afectadas por el SIDA debe ser un elemento intrínseco de nuestra opción preferencial por los pobres de hoy. Vivir auténticamente la opción por los pobres nunca es fácil. Compartir las preocupaciones de los marginados siempre exige valor y mucho discernimiento.

Primero debemos rechazar el temor y el prejuicio popular para entender que el SIDA no es una enfermedad de Africa, ni la enfermedad del homosexual, ni la enfermedad de hemofílico, ni la enfermedad del drogadicto, sino una tragedia humana que afecta a todos - sea cual sea el género, raza, clase, edad, orientación sexual, estado civil o estado de vida. Niños , estudiantes, matrimonios, sacerdotes y religiosos, hay ancianos también que han muerto y siguen muriendo por el SIDA y por las enfermedades relacionadas con él. Sea como sea que hayan contraído la enfermedad a través de transfusiones de sangre, a través de relaciones sexuales, el hijo en el vientre de su madre, por medio de jeringas compartidas, a través de equipo médico no esterilizado, a todos hay que amarlos y acogerlos sin condición ni prejuicio como a hijos e hijas de Dios nuestro Padre - cada uno precioso, amado y protegido por El.

Aquellos que todavía sostienen que el SIDA es el castigo de Dios para una parte pecadora de la sociedad, creen en un Dios vengativo, torpe, y por cierto no en nuestro Dios Cristiano , de perdón, de vida y de amor.

### La iglesia y el servicio

La condición de los enfermos de SIDA es sin remedio. A pesar de la enorme inversión a nivel mundial en la investigación, no se espera encontrar ningún remedio dentro del plazo de diez años, ni

ninguna vacuna dentro de los próximos quince. Pero incluso cuando se disponga de tales drogas, no será probable que los países del Tercer Mundo puedan pagar los precios colosales que significará importarlos en una escala que los haga accesibles a todos los hombres y mujeres que los necesiten - que tengan SIDA o que sean sero-positivos.

Así es que los servicios que necesitan hoy y que necesitarán durante muchos años los enfermos de SIDA, se pueden categorizar en tres grupos:

- Primero: Servicios médico terapéuticos.
- Segundo: Servicios de apoyo social
- Tercero: Servicios pastorales espirituales.

Y la Iglesia está llamada para ofrecer todo esto a la gente afectada por el SIDA, sobretodo si estos servicios no son proporcionados por los gobiernos ni por otras instituciones privadas.

Los servicios médico-terapéuticos abarcan:

- Lugares de atención compasiva y clínicas especializadas para el correcto diagnóstico del SIDA y de las condiciones relacionadas con él.
- Tratamiento de las infecciones oportunistas - los medicamentos, el tratamiento hospitalario cuando sea necesario el seguimiento y control cuidadoso del avance de la condición que busca habilitar a la persona para *vivir* con el SIDA. Facilitar, mejorar y extender la vida de los enfermos con SIDA.
- Y para cuando la enfermedad, finalmente produzca su efecto, los cuidados finales para los que agonizan, el cuidado de hospicio. Los más acomodados pueden comprar estos cuidados médicos, los pobres prescindirán de ellos. En toda Africa los servicios de salud católicos, los hospitales y clínicas en las misiones, ya empiezan a proporcionar servicios especiales para los pacientes de SIDA. Los médicos, enfermeros, asistentes sociales, agentes de salud ya están recibiendo la capacitación y la formación necesarias

para poder hacer frente al SIDA. Muchas congregaciones religiosas han podido identificarse de forma renovada con el carisma de sus Fundadores a medida que se han puesto al lado de las personas con SIDA, tal como lo hicieron sus antecesores con los leprosos. Temprano o tarde, yo creo que tenemos que reunir en cada uno de nuestros países los encargados de la pastoral de salud y de nuestras instituciones médicas para definir juntos nuestra respuesta Católica a la pandemia.

Los servicios de salud necesarios se entrelazan de modo íntimo con un sinfín de servicios de apoyo social. Para lograr vivir con el SIDA los enfermos necesitan una terapia de apoyo moral, necesitan asesoría, por ejemplo, sobre el régimen alimenticio y ejercicios, visitas domiciliarias para ayudarles a soportar la vida cotidiana, a veces el transporte a clínicas, otras veces, cuidados especiales para sus hijos. Agentes pastorales, religiosas militantes de movimientos laicos se esfuerzan para proporcionar tales servicios en muchas partes del mundo, y voluntarios de parroquias católicas y comunidades eclesiales de base se han movilizado en número cada vez mayor en los Estados Unidos, en Europa, en Africa y en Brasil, para ofrecer amistad, para amparar y para asumir en parte este ministerio curativo y solícito.

Es de suma importancia que el esfuerzo que se haga para proporcionar servicios a los enfermos de SIDA sea en respuesta a las necesidades que ellos mismo plantean, y no de acuerdo con lo que nosotros estimamos que ellos deberían necesitar. Entre los enfermos de SIDA han aparecido grupos de autoayuda, programas de cuidados mutuos, asociaciones de seropositivos; su resolución y sus logros son una testimonio magnífico para todos nosotros, que nos hacen sentirnos muy humildes. Estos grupos necesitan apoyo, y tanto los locales como la infraestructura de la Iglesia podrían ponerse a su disposición.

La terapia necesaria va más allá de los enfermos y abarca los "sanos preocupados" - los seropositivos que no han evidenciado síntomas del SIDA, los familiares, amigos y seres queridos de los con SIDA. Además, la formación de grupos de apoyo y auto-ayuda para los que cuidan a los enfermos, toma una importancia fundamental cuando hay tantas personas que se han agotado en su fidelidad a las demandas de cuidar a los que han llegado a una

etapa terminal de la enfermedad. No sería posible que las Caritas y la Pastoral Familiar en América Latina asumieran un papel importante aquí?.

Los cuidados pastorales están íntimamente relacionados con los servicios de apoyo social: los servicios de apoyo sacramental y espiritual a los enfermos del SIDA, a sus familiares y a sus amigos. Ninguna otra entidad puede ofrecer estos servicios - son parte intrínseca de la misión de la Iglesia.

Toda esta gama de servicios para los enfermos de SIDA es esencial y difícilmente separable.

### **La iglesia como educadora sobre el SIDA**

El tema de la educación es siempre muy discutido cuando se habla del SIDA. La tentación es pensar únicamente en el debate sobre la prevención del SIDA a través del uso de preservativos, del condón. La educación, sin embargo, involucra varios temas mucho más amplios. Consideremos algunos de ellos.

Podemos educar a la gente con una información básica sobre el SIDA. Aun en los países que tienen un alto nivel de desarrollo en los medios de comunicación masiva, mucha gente sigue ignorante sobre el SIDA. No saben ni lo que es la enfermedad, ni cómo se contrae; por eso reaccionan con temores irracionales y discriminan a los que han sido infectados por el virus H.I.V. a los que han contraído la enfermedad misma, o que pertenecen a esos grupos cuyo comportamiento se considera de un alto riesgo para contraer la enfermedad.

Las campañas gubernamentales de información que consisten mayormente en avisos pagados en revistas y en la televisión, desgraciadamente, no llegan a las grandes masas de los sectores urbanos pobres. Los pobladores marginados analfabetos, no compran revistas ni ven televisión. Pero los canales que tiene la Iglesia para informar y educar, a través de las parroquias, las comunidades eclesiales de base, las escuelas radiofónicas, y las organizaciones populares son medios ideales para transmitir información indispensable sobre el SIDA a los pobres. Qué otra

institución puede llegar a los niños que duermen en las calles de las ciudades de América Latina?. En Uganda la Iglesia es un canal principal de la educación popular y al lado de la campaña gubernamental ¡Ama con cuidado! (y complementaria con ella) ha desarrollado su propia campaña con título ¡Ama con fidelidad!.

La educación para impedir la proliferación del SIDA es imprescindible si vamos a detener, el crecimiento espantoso de la epidemia. Dado la experimentación sexual desde los doce años antes que nada, hay que educar en los colegios y escuelas. Los niños entre 5 y 15 años: Aquí la información sobre el SIDA y su proliferación se puede poner en el contexto adecuado de educación sobre las relaciones humanas sanas y saludables. Pero que sea en los colegios, a grupos juveniles, a comunidades cristianas. El mensaje de la Iglesia sostendrá el valor de relaciones de fidelidad entre las parejas, de por vida, y no sugerirá simplemente que la promiscuidad debe hacerse un poco más segura.

Mientras consideramos este tema de la educación, no debemos olvidarnos de la necesidad de educarnos a nosotros mismos y a todos los que trabajamos en servicios a tiempo completo en las organizaciones de Caritas y del CELAM.

Este fue, evidentemente, el propósito de la Consulta sobre el SIDA que patrocinaron Caritas Internationalis y CAFOD en Londres, en Diciembre de 1987, y que es también el propósito de esta consulta co-patrocinada entre SELAC y CELAM en Sao Paulo. Ojalá que en los próximos meses vayamos a ver una serie de consultas semejantes en A. L. al nivel nacional organizados por las Caritas y Comisiones de Pastoral Social y Familiar.

Es tarea urgente educar al clero, a los religiosos y a los agentes de pastoral sobre el SIDA. Sabemos que en muchas partes del mundo, las personas que contraen la enfermedad muy a menudo recurren a sus líderes espirituales para que los aconsejen, para que les den apoyo y para que les ayuden en su curación espiritual para poder sostener mejor su pesada carga. Lamentablemente, en otros lugares, la Iglesia es el último lugar donde recurrirían los enfermos de SIDA en busca de ayuda y orientación. Esto nos interroga. De todos modos, no podemos suponer que tales líderes

religiosos estén automáticamente capacitados para hacer frente a las emociones, a cuestiones complicadas y sobre todo a los profundos misterios que se presentan como resultado de esta nueva pandemia. Debemos subrayar el papel especial en la educación que pueden desempeñar esas personas que ya son seropositivas o que han contraído la enfermedad misma. Quién hay que nos pueda educar mejor sobre el SIDA, que ellos que luchan a diario con el dolor físico, psicológico y espiritual de esta enfermedad?

Después de formar adecuadamente a nuestro clero y congregaciones religiosas en esta área, deberemos depender de ellos para ayudar en la educación y formación de la comunidad cristiana más amplia. La información básica sobre el SIDA y cómo se contrae debe exponerse otra vez, pero también hay que exponer la misión que tiene todo cristiano para prestar servicio a todos aquellos que estén marginados del resto de la sociedad.

En este último punto, parece que la Iglesia puede asumir un papel fundamental. Muchos de los otros esfuerzos educacionales que se enfocan sobre la prevención del SIDA, niegan como punto de partida, el que esta enfermedad puede tocar a los sanos, a los fuertes y a los "buenos" de nuestra población. Al desafiar a la comunidad cristiana entera para que preste servicio a los seres humanos con SIDA, les recordamos que las personas con SIDA son de verdad parte de la comunidad y nunca deben ser ni excluidas ni esquivadas por los demás.

Declaraciones públicas oficiales de la Iglesia pueden tener un impacto educacional importante. Cartas pastorales de Obispos y Conferencias Episcopales que hablan claramente de la verdad sobre el SIDA y que proclaman la preocupación y el compromiso de la Iglesia para con los enfermos de SIDA han reducido el temor y consternación en la población general y han animado a los católicos "prudentes" para que jueguen un pequeño rol, en su parroquia, en su barrio o en su lugar de trabajo, para apoyar a los enfermos de SIDA. El testimonio activo dado por nuestros obispos y líderes religiosos habla más fuertemente que las declaraciones. Cuando nuestros pastores y obispos, ellos mismos, visitan y dialogan con los enfermos traen apoyo moral y "confort" pero también son ejemplos a toda la comunidad cristiana.

## La iglesia como abogada de los enfermos de SIDA

Como consecuencia del miedo y del prejuicio, los derechos fundamentales de los enfermos de SIDA, y de los que son seropositivos son mermados y violados en todo el mundo. Muchos han sido expulsados de sus trabajos, otros echados de sus casas, a otros se les ha negado tratamiento en casas de salud. Muchas veces las funerarias les han negado un entierro digno y justo. Demasiadas veces se les ha negado el acceso a otros servicios públicos necesarios, constantemente tienen que enfrentarse con la discriminación por ser portadores del virus.

En muchas partes se están estableciendo reglamentos para hacer exámenes de sangre obligatorios con el fin de coartar la libertad de viajar a los sero-positivos, o para cerrarles posibilidades de estudio u otras actividades; hasta los Seminarios como medio discriminatorio de acceso al empleo, al seguro de vida, a los servicios sociales. Los exámenes de sangre que no respetan la confidencialidad de los resultados son una violación de los derechos fundamentales de la persona - desgraciadamente, este fenómeno es muy general. Los exámenes de sangre que se hagan sin dar ninguna asesoría ni consejería al paciente son poco profesionales y muy dañinos - y lamentablemente, demasiado frecuentes. Las tendencias totalitarias de muchos gobiernos en este sentido producen mucho sufrimiento. En este hemisferio, la política de Cuba de poner a los enfermos de SIDA en cuarentena nos parece profundamente inquietante.

En cuanto a las mujeres que han sido diagnosticadas como seropositivas, en algunos lugares, se les presiona para que se dejen esterilizar - esta realmente viene a ser una esterilización forzada; igualmente, se ejerce presiones parecidas y deshonestas sobre aquellas que están embarazadas para que aborten. Todas estas cuestiones cuando quiera y dondequiera que se presenten, deben ponerse en la agenda de nuestras agencias de la Iglesia y de las comisiones que luchan por la justicia, la paz y los derechos humanos. Nosotros tenemos que empujarlos.

Es importante planificar con cuidado y enfocar nuestra capacidad de abogar para que tenga efecto real y positivo. Debemos presionar a los dirigentes gubernamentales para que proporcionen

servicios médicos y de apoyo social adecuados a los enfermos de SIDA. Debemos impulsar y presionar a nuestras propias comunidades de feligreses para que incluyan a los enfermos dentro de la comunidad y la vida parroquial. Finalmente, debemos alzar nuestra voz en contra de la explotación de los pacientes de SIDA por parte de los científicos, médicos y empresas farmacéuticas que no tienen escrúpulo moral ni honradez profesional, sino que "utilizan" esta pandemia con el fin de incrementar su propia fama o su propio lucro.

*Las posibilidades de coordinar el trabajo con gobierno, organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones religiosas.*

Es sorprendente que tantas personas quieran escuchar las opiniones de la Iglesia y ser testigos de su acción en respuesta a la pandemia del SIDA. Por medio de nuestra participación en diferentes redes que se esfuerzan por diseñar estrategias y coordinar acciones apropiadas en cuanto al SIDA, podemos aprovechar la oportunidad para enfatizar nuestro sistema de valores fundamentales así como el mandato evangélico del amor incondicional que nos fue encomendado por Jesús. Algunos líderes de la Iglesia han expresado su cautela en cuanto a participar en redes de contacto con gobiernos y otras organizaciones que abogan por técnicas de prevención del SIDA que pudieran ser contrarias a la doctrina moral de la Iglesia. Si no entramos en esas redes, perdemos la oportunidad de traer nuestros propios valores y nuestra influencia al diálogo y al debate que se da dentro del campo de los servicios relacionados con el SIDA. Debemos considerar una participación activa en algunas redes que detallo a continuación:

*El programa global sobre el SIDA de la Organización Mundial de la Salud.* Esta organización está encargada de estimular y coordinar la respuesta mundial a la pandemia. La O.M.S. ha invitado a Caritas Internationalis a participar en reuniones y seminarios especializados sobre el SIDA. Han buscado activamente nuestras perspectivas y opiniones sobre materias tales como servicios basados en la comunidad, esfuerzos educacionales, y el papel de los esfuerzos no-gubernamentales. Esta relación ya ha resultado de gran valor. En este momento está tomando lugar en Ginebra la

reunión del Comité Ejecutivo del Programa Global de la O.M.S. en la cual Caritas Internationalis está representada como observador oficial.

*Comités nacionales sobre el SIDA.* La mayor parte de las naciones del mundo ya han establecido comités nacionales sobre el SIDA y están elaborando planes nacionales tanto para el corto como para el mediano plazo. En muchos países, en África líderes de la Iglesia participan como miembros de estos comités y han podido ejercer una influencia positiva en la formulación de programas de acciones apropiadas. Es importante que nos pongamos en contacto todos con las oficinas de la Organización Panamericana de Salud, observemos y estudiemos los planes nacionales gubernamentales y consideremos seriamente la posibilidad de participar en los Comités Nacionales.

*Redes a nivel de comunidades locales.* En algunos países, grupos no gubernamentales a nivel local han asumido un papel muy activo en el establecimiento de servicios y esfuerzos de apoyo para los enfermos del SIDA. A veces, estos grupos necesitan trabajar juntos para evitar conflictos y duplicación de esfuerzos de servicio. Las organizaciones ligadas a la Iglesia muchas veces pueden desempeñar un papel activo en tales redes y a veces hasta pueden servir como coordinadoras principales de la red - como por ejemplo, las obras de Caritas Católicas de Nueva Orleans, en Luisiana, en los Estados Unidos.

*Redes de organizaciones católicas en relación con los servicios sobre el SIDA.* A veces nos encontramos en competencia y falta de comunicación y de coordinación dentro de nuestra propia red de organizaciones ligadas a la Iglesia Católica. Toda pérdida de energía debe evitarse frente a esta pandemia. Debemos utilizar todas nuestras fuerzas para luchar contra la enfermedad y traer consuelo a aquellos que ya están afectados por ella. Por esta razón es muy importante planificar nuestros esfuerzos en forma conjunta. Recordemos además que una respuesta adecuada debe involucrar tanto los esfuerzos de asistencia y de desarrollo como las actividades relacionadas con la justicia social. De este modo, toda la gama de organizaciones socio-pastorales deberían juntarse en redes de servicio sobre el SIDA, tanto a nivel internacional como regional y local. Caritas Internationalis va a publicar un Boletín

Regular para informar, animar y compartir experiencias dentro de la Confederación.

En estas redes no podemos olvidarnos de la necesidad de apoyar a aquellos que prestan servicio a los enfermos cotidianamente. Tal trabajo es extremadamente difícil y puede caer en el agotamiento físico, psicológico y espiritual. En el mes de Junio pasado (1988), se celebró, en los Estados Unidos, la Primera Conferencia del Ministerio Católico Nacional sobre el SIDA en la Univesidad de Notre Dame. Más de 200 agentes pastorales asistieron para aprender más sobre la enfermedad, pero también, y principalmente, para apoyo y consuelo mutuo en su trabajo. Este podría ser un buen modelo para utilizar en otros países. El grupo internacional de trabajo sobre el SIDA dentro de Caritas refleja el compromiso prioritario de la Confederación para la asistencia y apoyo mutuo en nuestra respuesta a la crisis.

*Las redes ecuménicas*. Aunque tenemos diferencias en materias de instrucción teológica y en prácticas pastorales, no debemos olvidar de que compartimos muchos valores comunes y la tradición de servicio Cristiano con nuestros hermanos y hermanas que pertenecen a otras Iglesias cristianas. Muchas de estas Iglesias también están activas en su respuesta a la pandemia del SIDA. El establecer redes con estas Iglesias puede reforzar nuestros propios esfuerzos católicos en este campo. De este modo puede que encontremos una "voz amiga" como dice la resolución de 1986 del Comité Ejecutivo del Consejo Mundial de Iglesias.

"El pueblo de Dios puede ser la familia que acoja y sostenga a aquellos que están enfermos con males relacionados con el SIDA, cuidando al hermano, a la hermana, o al niño, sin barreras, sin exclusiones, sin hostilidad y sin rechazo".

"Ya que el SIDA es una epidemia mundial, la acción eficaz por parte de las Iglesias y cristianos individuales debe extenderse no solamente al vecino con SIDA que está al alcance de la mano, sino a través de la colaboración eficaz a nivel mundial, al extraño, en los puntos más lejanos de la tierra".

*Liturgia*. Tenemos que tener constantemente presente en la oración de la Iglesia a estos enfermos - sus familias y sus

cuidadores - en las oraciones de los fieles y en la plegaria Eucarística. Misas y Liturgias especiales para ellos que necesitan nuestra creatividad. El día primero de Diciembre - Día Mundial del SIDA hay misas especiales en muchas partes. Este es un *¡Gran Signo!*

## CONCLUSION

**El punto de partida de todo nuestro trabajo en este encuentro es la Eucaristía.**

Ojalá que cuando compartamos el cuerpo y la sangre de Cristo como nuestro alimento y nuestra bebida, podamos afirmar todos que es el cuerpo verdadero de Cristo que sufre hoy por el HIV y el SIDA; que es el espíritu verdadero de Cristo que esta atormentado por el miedo y la confusión, y que es la verdadera imagen de Dios que es blasfemada por los prejuicios y la opresión.

Que el pan y el vino sean símbolos de nuestro compromiso de encontrar en el sufrimiento, no el castigo ni la muerte, sino el lugar donde se revelan las maravillas de Dios y donde, juntos como hermanos y hermanas, podamos guiarnos uno al otro a la vida en toda su plenitud.

## ELLOS NOS INTERPELAN: PISTAS TEOLOGICO PASTORALES PARTIENDO DEL SIDA

Fr. Antonio Moser OFM \*

### Por qué el SIDA asusta tanto?

#### Desenmascarar los estereotipos sociales

- El ocultamiento de la verdad y de la muerte
- Los marginados exigen su lugar.
- La ideología de la rentabilidad en jaque

#### El cuestionamiento de presupuestos teológico-morales

- "Muéstrame al Padre"
- "No juzguéis"
- ¿Cuál educación sexual?

#### Las nuevas pesadillas de la Pastoral de los enfermos y de los grupos de riesgo.

- Los amenazados y condenados a la muerte hablan
- Los agentes de Pastoral: de profesores y alumnos.
- Profesores y alumnos sin respuestas.

\* Doctor en teología moral y Catedrático en el Seminario de su Orden en Petrópolis Brasil.

## Ellos nos interpelan: pistas teológico-pastorales partiendo del SIDA

Seguramente no es nueva la amenaza de epidemias que aterrorizan y eliminan a millares de personas en poco tiempo. Como tampoco es nuevo el desafío de las epidemias a los seguidores de Cristo. Es muy significativo el mandamiento de "enterrar a los muertos", que se transforma en una de las penitencias más pesadas reservadas a los grandes pecadores. También es muy significativa una de las preces incluidas en las rogativas que precedían ciertas solemnidades: "de la peste líbranos Señor". Detrás de todo esto se oculta el temor que ciertos enfermos y muertos inspiran a los que se juzgan, con el derecho de vivir en paz. La segregación compulsiva de los "leprosos" y el beso decisivo que marca la conversión de Francisco de Asís, demuestran claramente la lucha interna que hasta los cristianos enfrentan ante ciertas enfermedades.

Sin embargo, el innegable triunfo de la medicina orquestado por un mito del progreso y el bienestar, hacía poco probable que surgiera un nuevo fantasma en el horizonte del siglo XX. No obstante, precisamente en este cuadro que se dibuja en torno al SIDA, síndrome de insuficiencia inmunológica, que se transforma en *síndrome del miedo al otro*. Este no solo margina y condena a muerte millares de personas, sino que condena a millones al miedo del contagio. Lo más trágico es que, precisamente, los gestos que deberían caracterizar mejor el amor humano se transformen en los más amenazadores.

El terror y la repulsa incontenidos que infunde el SIDA invitan a un análisis profundo de los que realmente representa. Será un castigo de Dios? o, por el contrario, una especie de trágico signo de los tiempos? Es muy posible que el motor de esos sentimientos no se reduzca solo a la muerte, por más dolorosa que pueda ser. Es posible que el SIDA lleve consigo profundos cuestionamientos respecto a la sociedad, a ciertas coordenadas teológicas y a la pastoral. Estos cuestionamientos, partiendo de una nueva realidad, son los que nos ocuparán en un primer momento.

Aunque nadie piense descubrir en el Evangelio coordenadas explícitas a nuestras preocupaciones de hoy, ciertamente "la luz

que ilumina a todo ser humano que viene a este mundo" deberá ser accesible para procurar ver mejor en un cuadro con tantas sombras. El Cristo de los Evangelios rompe todos los esquemas socio-religiosos de la época por algunas posturas sorprendentes y decisivas al anuncio de la Buena Nueva: El, consigue conciliar dialécticamente lo aparentemente inconciliable. Por una parte, desvela un ideal exigente, que apunta a la perfección del Padre; por otra, revela al Dios rico en misericordia para los que no llegan allá. Por otra parte, es portador de salud para todos; por otra, privilegia a los enfermos, sorprende y rompe todos los esquemas, sobre todo cuando transforma la máxima señal de maldición y de absurdo en señal máxima del sentido de la vida.

A la luz de una realidad leída en clave cristiana y de la práctica instaurada por Aquel que manifiesta en plenitud los designios divinos los seguidores de Cristo podrán encontrar pautas para su actuación ante un reto tan profundo y sorprendente como lo es el SIDA. Los interrogantes de orden pastoral son ciertamente numerosos y apunta hacia un abanico de direcciones.

Estas apuntan, tanto a la sociedad como a las Iglesias; a los portadores de SIDA, grupos de riesgo y su círculo familiar, como a las personas sanas y distintas: exigen una nueva praxis a ser asumida a corto, mediano y largo plazo. Por eso, precisamente, las pistas pastorales deben estar precedidas de una cuidadoso aunque breve análisis de la realidad y de un no menos cuidadoso análisis de las referencias evangélicas

### **POR QUE EL SIDA CAUSA TANTO TEMOR?**

Las estadísticas que reflejan las variadas formas de mortalidad son frías e implacables: millares de personas mueren todos los días; millones todos los años. Y por más lisonjeras que sean las proyecciones sobre la creciente longevidad y los progresos de la medicina, nadie puede eludir la certeza de su propia muerte. Por lo mismo, teóricamente, el SIDA debería enumerarse, simplemente, como una de las causas de la muerte. Además debería atemorizar solo a los que sufren dicha enfermedad y a los grupos expuestos a un serio peligro. No obstante, ella ha irrumpido en estos últimos años como un terrible huracán que siembra el pavor en todos los ámbitos de la tierra.

La desproporción entre los hechos constatados o previsibles y el terror que ha suscitado, obligan a enfrentarnos a los porqués. Es verdad que el SIDA mata y hace sufrir a eventuales "culpables" y a inocentes. Pero debe haber otras razones ocultas detrás de tantos interrogantes. Asusta a la sociedad porque la obliga a mirar de frente lo que acostumbra a encubrir cuidadosamente. Asusta a la teología porque la fuerza a reanalizar ciertas coordenadas sobre todo morales. Asusta a los que se dedican a los enfermos y a los grupos de riesgo porque los obliga a revisar prácticas seculares y a enfrentarse a situaciones completamente nuevas.

### ***Desenmascarar los estereotipos sociales***

Toda sociedad vive de realidad y de ilusión, de verdad y de mentira.

Hay períodos en que predominan las ilusiones y las mentiras; y otros en que hechos inesperados fuerzan a la sociedad a buscar la verdad y a romper sus ilusiones. El SIDA se presenta como un verdadero desenmascarar ciertos estereotipos de nuestra sociedad (1) \*

Entre las muchas mentiras e ilusiones de la sociedad actual, sobre todo de las constituídas por el mundo occidental capitalista, podríamos destacar a lo menos tres. Una primera, se estructura en torno a la muerte. La segunda, sobre la abundancia y la integración social. La tercera, sobre el criterio de la rentabilidad utilitarista.

### ***El ocultamiento de la verdad y de la muerte***

La lucha contra la muerte, cuando se lleva adelante con coherencia y realismo, se constituye en una de las más nobles empresas humanas. Aún en un mundo distanciado de parámetros religiosos, siempre es una manifestación de que los seres humanos buscan todavía el soplo divino de la vida.

\* Notas al final del capítulo.

Con todo, es precisamente en este nivel donde aparecen algunas de las mayores incoherencias de las llamadas sociedades modernas, secundadas por algunas ciencias, cuyas sociedades buscan apartar la muerte de sus horizontes, o a lo menos del horizonte de los que se encuentran en los límites de la vida. Al mismo tiempo que se especializan en prolongar la vida, se especializan en diseminar la muerte. Al tiempo que buscan desesperadamente salvar las personas consideradas importantes, practican la eutanasia y eliminan millones de vidas en embrión. Los laboratorios destinados a generar y mantener la vida lo máximo posible, están cotejados por los destinados a generar la muerte. Las mayores inteligencias se orientan en esta doble dirección: por la vida o por la muerte, cuando no a las dos simultáneamente.

Más sintomático todavía es el verdadero "ritmo macabro" en torno a la fase terminal. (2). Mientras en las sociedades llamadas primitivas, la proximidad de la muerte de uno de sus miembros se establece como un momento de aprendizaje para los que continúan viviendo, en las sociedades modernas ni la muerte ni los muertos encuentran su lugar. En ellas se cultiva ociosamente el proceso del ocultamiento de la muerte. (3). Este proceso se inicia con la "hora de la verdad". Falsos pudores ocultan la verdadera situación a los pacientes, manteniéndolos a ellos y a sus familias en una precaria ilusión. El caso continúa con el empeño de que los niños no lleguen cerca a los moribundos, pues los podría traumatizar. Y el ritual termina con el maquillaje y el rápido rejuvenecimiento de los que mueren.

Es cierto que tanto el ocultamiento de la verdad, como de la muerte, encuentran apoyo en las grandes coordenadas de la vida moderna, dominada por la falta de tiempo y la complejidad de las estructuras urbanas. No obstante, sería ingenuidad no percibir los trazos ideológicos de estas posturas (4). Precisamente en este nivel el SIDA representa un desenmascarar primero: el pavor que los enfermos de SIDA vivos o muertos inspiran, no permite la sobrevivencia de ninguna hipocresía. Las sociedades modernas quieren vivir como si la muerte no existiera.

*Los marginados exigen su lugar.*

La marginación es una segunda herida que las sociedades

modernas quieren ocultar. La ostentación de la abundancia y hasta del desperdicio tiene una función ideológica importante: habría solo un número relativamente pequeño de países y personas inadaptadas y que viven en la miseria. Tanto el capitalismo como el comunismo, alimentan el mito de que van a garantizar a todos la satisfacción de sus necesidades, lo que sería cuestión de tiempo. Los pocos que no llegan hasta allá es porque no saben por dónde hacerlo, pero la sociedad no discrimina a nadie. Al contrario, busca la integración de todos y en todos los niveles.

El SIDA derriba ese mito bajo un doble aspecto. En un primer momento hace evidente la discriminación y la agresividad existentes no sólo contra los "contaminados", sino también contra los que son vistos como población en "alto riesgo" (5). Fuera de las prostitutas, de los homosexuales y de los toxicómanos, las estadísticas más o menos sospechosas y que no descienden al fondo del problema, se encargan de colocar en el mismo rol a los habitantes de ciertas naciones africanas, a la población negra y a los chicanos. (6) En un segundo momento el SIDA favorece la percepción de otra fase del proceso marginalizador: se sabe que son las clases sumergidas en la desesperación por condiciones infra-humanas las que más fácilmente buscan en las drogas y en relaciones íntimas realizadas promiscuamente, un alivio a sus tensiones vitales. (7).

La contradicción que se evidencia en los dos momentos arriba señalados, hacen patente, una vez más, una de las contradicciones internas de nuestras sociedades: el mismo sistema de producción que crea y alimenta la marginación de las masas es el que después las responsabiliza de los problemas sanitarios y sociales. Y no sólo eso: llega a transformarlos en "chivos expiatorios" (8) de los males existentes.

*La ideología de la rentabilidad en jaque*

Ninguna sociedad puede vivir mucho tiempo sin una escala de valores. En alguna forma son las "virtudes" (vis-fuerza) de un pueblo el parámetro para medir su vitalidad. No causa extrañeza que también las sociedades modernas se empeñen por hacer su lista de virtudes. Además, hay una lista teórica y práctica. En la teórica, constan todas las virtudes, comenzando por el amor, la

igualdad, la fraternidad. Pero es en la lista práctica donde se evidencia la rentabilidad utilitarista que lleva la primacía. Sólo el que tenga condiciones adecuadas de producción y rinde intereses, encuentra lugar en la galería de los héroes. Las sociedades fundadas sobre el capitalismo se especializan en crear héroes que siempre se llevan lo mejor y vencen en la vida. No hay lugar para los débiles y derrotados.

La cubierta de la lista teórica de virtudes se vió bruscamente rota con la aparición del SIDA. Los hospitales, las compañías de seguros y hasta las funerarias, rechazan sus préstamos a los que sufren de SIDA (9). Ese rechazo, demasiado chocante, tiene sus méritos. Revela otros rechazos de participación en los bienes de la sociedad a quien ya no es capaz de producir o se encuentra al margen del progreso. La problemática Trilateral (10) demuestra que no sólo personas y grupos sociales, considerados inútiles, son entregados a su propia suerte, sino también naciones enteras, dadas como irrecuperables por el criterio citado anteriormente.

Nuevamente la tragedia del SIDA tiene el mérito de *desenmascarar la tragedia cotidiana a que están sometidos millones de personas y decenas de naciones*. Hijos de un sistema son al mismo tiempo sus víctimas.

### **El cuestionamiento de presupuestos teológico-morales.**

El hecho de desenmascarar ciertos tipos sociales puede parecer demasiado duro, pues, evidentemente, también nuestras sociedades modernas presentan sus valores. Desafortunadamente, no todo queda dicho cuando apenas nos detenemos en el cuadro social, como si fuese el responsable de todos los males. Si el SIDA, interpela éticamente la sociedad, ella tampoco deja de interpelar la propia teología, sobre todo en lo que respecta a la moral. Ciertamente que en estos últimos decenios se viene haciendo un gran esfuerzo de auto-crítica por parte de la teología moral (11). Sin embargo, ciertas reacciones fulminantes que ven en el SIDA el flagelo de Dios, nos aseguran que todavía rige un moralismo peligroso, como poco evangélico. El síndrome de SIDA lanza a lo menos tres cuestiones básicas a las teologías: la primera, se refiere a Dios; la segunda a la arrogancia de ciertos juicios

morales categóricos, la tercera, se dirige a una concepción no siempre cristiana de la sexualidad humana.

### *"Muéstranos al Padre"*

Dos fenómenos contemporáneos suscitan agudamente el problema de la imagen de Dios. El primero manifiesta al vivo el escándalo de prácticas incoherentes por parte de personas, instituciones y naciones que se dicen cristianas (12); es el ateísmo contemporáneo "el mayor fenómeno de nuestro tiempo" (13). El segundo viene tematizado por la llamada "Teología de la muerte de Dios" (14).

El ateísmo contemporáneo, particularmente en su vertiente marxista, no deja de presentarse como una interpelación a todas las religiones y, como observa la GS (15), especialmente al cristiano. Cuestiona a fondo situaciones religiosas que, olvidando la dialéctica fundamental del presente y del futuro, de lo terrestre y lo celestial, de lo humano y lo divino, parece haber colocado en la sombra lo presente, lo terrestre y lo humano.

El segundo fenómeno, tematizado por los teólogos de la "muerte de Dios", acentúa las limitaciones de la comprensión humana y, por consiguiente, del lenguaje teológico, cargado siempre de ambigüedad. Dios es como una esfinge de muchas caras que vive de su secreto. El día en que su Hijo Unigénito juzgara con el derecho de decidir cuál es la verdadera faz de Dios o el verdadero lenguaje de la teología, estaría matando el misterio del mismo Dios, llevándola al descrédito. Por lo mismo, el descubrimiento de la verdadera faz de Dios en Cristo es decisiva.

Tanto el ateísmo como la teología de la "muerte de Dios" mantienen las religiones en la transitoriedad de una búsqueda jamás terminada. Tanto el ateísmo como la teología de la "muerte de Dios" quieren matar al Dios que les es impuesto por prácticas que se dicen religiosas, pero que se aproximan más al dios de los enemigos del Reino que a Jesucristo. Dios implacable que acecha la menor falta para castigar a los culpables choca con el Padre de misericordia revelado en Cristo. "He aprendido lo que significa misericordia quiero y no sacrificio" que es un hilo conductor del anuncio de la Buena Nueva. El Dios de Jesucristo sabe de qué

barro formó sus criaturas.

Al menos en un primer momento las víctimas de SIDA, además de expulsadas de su tierra parecían también expulsadas del cielo. Fue, ciertamente al sentirse el drama de la injusticia de este raciocinio teológico que el Papa Juan Pablo II se vió impulsado a elevar su voz profética para decir: Dios os ama "sin límites", pues El ama a todos los que sufren de alguna enfermedad, a los que sufren SIDA. (16).

### *No juzguéis*

El aspecto más trágico de una imagen distorsionada de Dios es el que arrastra consigo una concepción desfigurada de ejes centrales del mensaje evangélico, tales como la gracia, la salvación, el pecado, el sufrimiento, la responsabilidad personal y aún la función básica de la teología. Basta destacar aquí dos de los más directamente vinculados al problema que nos ocupa: la función de la teología moral y la relación sufrimiento-pecado.

Mientras más distanciada esté una persona de la imagen de Dios, de Cristo, más se arroga el derecho de emitir juicios morales erróneos y categóricos. Y, lo que es peor, se arroga el derecho de oponerse directamente al Evangelio: mientras que Cristo dice formalmente "no juzguéis", hay quienes se atribuyen el derecho de delimitar hasta en los más mínimos detalles la responsabilidad personal. De esa manera presenta el fundamento ideológico como propio para toda clase de discriminaciones. Querer separar prematuramente el trigo de la cizaña es una tarea que el mismo Cristo dice que esta reservada al Padre.

Queda claro que la tarea de la teología moral y de los que la elaboran, no consiste en establecer juicios previos de valor. Su tarea es, por el contrario, ayudar a descubrir las maravillas que Dios obra aún en medio de la flaqueza y debilidad humana. Moral evangélica solo puede ser la de la Buena Nueva.

Como esta claro en el discurso programático de Jesús en la Sinagoga de Nazaret (Lc 4,18). Corresponde a la teología moral ayudar a todos a que se dejen fascinar por seguir el camino de Cristo, que es un camino estrecho pero lleno de amor.

Más que de juicios, la teología moral debe proporcionar criterios de discernimiento para que los sanos puedan ayudar a los enfermos y desanimados a seguir caminando, según sus posibilidades y limitaciones. El que discierne no lo hace para condenar sino para encontrar los mejores caminos para la realización de los débiles.

Unido a la pretensión de transformarse en juez de los demás, se encuentra otro presupuesto rechazado explícitamente por Cristo: el de que toda enfermedad y sufrimiento está vinculado a pecados personales. En el episodio del ciego de nacimiento, desautorizando una tradición rabínica, Cristo asegura que "ni él ni sus padres pecaron" (Jn 9,3). Y agrega que su ceguera es un signo para manifestar la gloria de Dios.

La vinculación automática del sufrimiento y el pecado personal, además de ingenua y teológicamente insostenible, es extremadamente peligrosa, por reforzar presupuestos ideológicos de personas de bien y por ofrecer un sustrato para prácticas sociales y eclesiales que excluye justamente lo que Cristo privilegia.

La aparición del SIDA en niños recién nacidos, en hemofílicos y en personas sexualmente integradas ha lanzado una luz que no sólo confirma la que brota del Evangelio en lo que se refiere a la unión sufrimiento-pecado, sino que determina la práctica pastoral que ante las víctimas de SIDA no se debe preguntar sobre su origen sino, sencillamente, proceder como el Buen Samaritano.

### *¿Cuál educación sexual?*

La sexualidad es uno de los factores determinantes del ser humano. No sólo todo ser humano es sexuado desde el comienzo hasta el fin de su vida, sino que la vivencia de la sexualidad es un factor decisivo en el equilibrio o desequilibrio existencial. De ahí la preocupación que la Teología ha tenido siempre respecto a la sexualidad.

El síndrome del SIDA ha suscitado de nuevo una antigua cuestión, revestida ahora de vida y de muerte: cuál educación sexual? Para toda y cualquier teología, siempre ha sido claro que la simple transmisión de conocimientos, particularmente cuando se

confunde con preservativos destinados a evitar enfermedades y una eventual gravidez indeseada, es insuficiente y aún deshumanizante. Pero en este contexto, en que las relaciones sexuales se presentan como el principal, aunque no el único factor de contagio, la moral se siente profundamente cuestionada: el moralismo rigorista basado en el miedo, no sería igualmente uno de los responsables del descontrol en este campo? Qué significa transmitir la Buena Nueva también en lo que se refiere a la sexualidad? Con seguridad corresponde a la disgregación sexual y familiar, pero, dónde están las raíces de esa disgregación y de lo que se presenta como contrapropuesta? Lo mejor es el anuncio de la Buena Nueva que contiene en sí la denuncia.

Además, presentándose como coordinadas que sobrepasan el nivel estrictamente personal, para protegerse a nivel social, el SIDA no permite que la sexualidad se confunda con la intimidad por más que sea verdadera. El SIDA revela que deben desentrañarse otras dimensiones más relacionadas a las sexualidad y, por lo tanto, también en la educación sexual.

De boca de personas que sufren SIDA y condenados a muerte, brota un grito al mismo tiempo de desesperación y denuncia: por qué permitieron que bebamos del agua corrompida de las cisternas y no nos indicaron el agua de la fuente de vida?. Por qué no nos descubrieron horizontes más amplios en términos de vida sexual?. Por qué nos permitieron copiosas informaciones que llevan a la muerte y no a la vida? Con estas y otras muchas preguntas acusadoras, son llevados a nuestras casas de salud y entregados a nuestros cuidados.

### **Las nuevas pesadillas de la Pastoral de los enfermos y de los grupos de riesgo.**

Sería ingenuo e injusto pensar que la Pastoral de los enfermos haya dormido hasta ahora un sueño tranquilo. Por el contrario, los que por motivos religiosos unen sus fuerzas a las de los profesionales de la salud, vuelven siempre su vista a los dramas de la marginación, del dolor, del sufrimiento y de la muerte.

Sin embargo, hoy llegan a sus manos personas diferentes: son portadores de una amenaza o sentencia de muerte y son

execrados por la sociedad. La primera diferencia palpable que se presenta al internar en un hospital a un enfermo de SIDA, es que lo difícil no es apartar a los parientes y amigos sino encontrarlos. Vienen luego otras diferencias que se van escurriendo puertas adentro: son las cuestiones de fondo que ese inusitado tipo de enfermo lleva consigo. Unas se refieren a ellos mismos, otras, al papel de los profesionales de la salud y particularmente a los agentes de pastoral. Otras, reeditan antiguas cuestiones más accesibles en el presente, sobre la razón y el sentido del dolor, del sufrimiento y de la muerte.

### *Hablan los amenazados y condenados a muerte*

Una de las características que marcan a los enfermos de SIDA es el estado de choque en que entran al ser fulminados por un diagnóstico fatal (17). Es toda una vida que se desmorona en segundos. Pero junto a la inevitable tendencia de encerrarse en su propia desgracia, surge la ansiedad inherente a la enfermedad, reforzada por las imágenes sociales y a veces religiosas (18). Por eso mismo, a pesar de ser silenciosos, estos enfermos "hablan" e interpelan.

Su primera palabra se resume en una pregunta: ¿por qué yo? (19). Pero surgen luego muchas otras que irrumpen en medio de un silencio interpelante: Estoy condenado a muerte? Y si han tenido formación cristiana: Es castigo de Dios? Soy culpable moralmente por lo que he hecho? Existe salvación para mí? (20).

Aunque en la misma situación, los grupos de alto riesgo sienten la amenaza del SIDA como una especie de espada de Demócles. Por lo mismo, sus preocupaciones no serán muy diferentes de las que poseen la enfermedad. Los agentes de pastoral, se encuentran ante esas y otras cuestiones si no inusitadas, si cargadas de una turbación de sentimientos contradictorios. Por eso, es natural que pasen casi automáticamente de las preguntas de los pacientes a las que se hacen a sí mismos.

### *Los agentes de Pastoral: de profesores a alumnos.*

Si es verdad que la acción de los agentes de la salud y los de pastoral nunca fue tranquila, también es que se encontraba como

escuadra dentro de presupuestos relativamente seguros. Su tarea básica era la de acoger a los pacientes y transmitirles conformidad, mientras estaban bajo su cuidado. Las respuestas de cuño religioso y moral, a pesar de no ser siempre muy convincentes, a lo menos estaban prontas. Ahora, perciben que las respuestas convencionales, por más verdaderas que puedan presentarse en lo abstracto y cotidiano, parecen perder su significado o, a lo menos, ir más allá de ellas mismas.

Por otra parte, si en la normalidad de su misión "dar a conocer pedagógica y progresivamente" la verdad de la situación al paciente no era algo tan sencillo, ahora se presenta con una agudeza no imaginada: dar a conocer la verdad al paciente de SIDA significaría, tal vez, romper las últimas resistencias vitales. No sería mejor ilusionarlo? O quizás sería mejor que el paciente muriera lo más rápidamente posible para no tener sufrimientos prolongados?.

Con todo, las preguntas más incómodas se dirigen al sentido de su actividad profesional y pastoral. ¿Cuál es el sentido de colaborar con instituciones que restringen su actividad dentro de cuatro paredes, transformándose muchas veces en antecámaras de la muerte o, al menos, en "oficinas de reparación"? (21). Cuidar a los enfermos o ser agentes de la salud? Permanecer en los límites de una medicina curativa o partir decididamente a una preventiva? Ayudar a mantener una medicina individual o partir a la que encamina sus mayores recursos en dirección comunitaria y social? Finalmente, qué significa ser agente de la salud en este contexto?.

Interrogantes semejantes, no desvinculados de los precedentes se dirigen a la acción pastoral. Claro que siempre habrá enfermos y que siempre alguien tendrá que ocuparse evangélicamente de ellos. Pero, cómo dirigir la pastoral de los enfermos de manera que hayan encontrado el significado de la enfermedad estando todavía sanos? Cómo escapar a la tentación de "aprovecharse" de la debilidad para inculcar convicciones morales y religiosas? Cómo evangelizar no a los pacientes sino a una sociedad hostil, discriminadora y, en último análisis, causante de la mayoría de los males?.

No muy diferentes serán las cuestiones surgidas entre las que vienen encuadradas en los grupos de alto riesgo y los relativamente pocos que ejercen su acción pastoral entre ellos.

### *Profesores y alumnos sin respuestas*

Juntamente con la pregunta sobre el origen y el sentido del mal en sus diversas manifestaciones, la humanidad siempre se ha interrogado sobre el origen de ciertos males que llevan consigo el dolor, el sufrimiento y la muerte.

Biológicamente, la trilogía: dolor, sufrimiento, muerte, aparece como un desorden inevitable provocado por el desequilibrio de las células de un organismo diferenciado. Ese desequilibrio va a proporcionar una reducción del horizonte humano, un aislamiento psico-social que lo lleva a la pérdida progresiva de su autonomía hasta el desenlace final.

Sin embargo, esa explicación está lejos de ser satisfactoria. Las ciencias se muestran incapaces de revelar la verdadera dimensión de esas manifestaciones del mal. Son verdaderos misterios que jamás dejan de interrogar al ser humano. Esa interrogación, sin respuesta satisfactoria, puede conducir tanto a la rebeldía como a la constatación de lo absurdo de la vida humana, como puede llevar al ser humano a descubrir en su debilidad el sentido profundo de su existencia. De ahí la importancia de encontrar un enfoque si no satisfactorio, a lo menos más adecuado.

La teología siempre ha buscado una respuesta. Basada en la lectura bíblica y en una larga tradición, siempre ha vinculado esos males a un mal radical que es el pecado. Como también, siempre ha buscado el sentido al pie de la Cruz. Sucede que el SIDA coloca de una manera candente lo que estaba sólo implícito en otras situaciones: por qué los niños y los inocentes sufren? Cómo encontrar sentido a un sufrimiento inútil? Cómo encontrar sentido cristiano al sufrimiento de quien tal vez nunca haya conocido al Cristo de la Cruz?

A esta altura se percibe que es preciso buscar una comprensión frontal al conjunto de las interrogaciones que han ido brotando en esta breve e incompleta búsqueda de la realidad. Y a esta altura, la teología se ve desafiada a re-examinar sus presupuestos que, ciertamente, presentan intuiciones verdaderas pero que no convencen o no son comprensibles ante los nuevos desafíos.

## REFERENCIAS TEOLOGICAS

### **Cristo abraza el ideal y la realidad**

- *Cristo no es liberal*
- *Cristo no es rigorista*
- *Cristo encarna la sabiduría de Dios*

### **Los anunciadores de un mundo nuevo**

- *No son los sanos los que necesitan del médico*
- *Detrás de las palabras y los gestos*
- *Los anunciadores de un mundo nuevo*

### **La paradoja de la Cruz**

- *La experiencia de lo absurdo*
- *Experiencia reveladora*
- *Experiencia liberadora*

Unas de las tentaciones que enfrenta el cristiano cuando surgen nuevos problemas, o se presentan los antiguos con nuevas dimensiones, es la de buscar en el Evangelio y en la teología respuestas acabadas. Ninguno de los dos puede contradecir la marca característica de la pedagogía divina. Si es verdad que Dios se revela, también es verdad que El se vela. La grandeza del ser humano, particularmente si está marcado por la fe, es la de buscar a Dios y comprender sus planes insondables.

La teología, sobre todo en cuanto expresa la gran tradición y se nutre del Evangelio, siempre ha tenido presente al "Dios absconditus" y por eso se ha situado con humildad ante los desafíos de la vida. No pretende una caja de respuestas hechas, sino un balbucir sobre los misterios de Dios y del ser humano. Además, en rigor, no crea nada. A la luz de la Palabra de Dios, vivida en la comunidad de fe y procurando recoger lo que hay de

luminosidad aún fuera de sus límites, busca mostrar las marcas divinas que se esconden en lo humano. Procura desvelar algo de los planes de Dios que deben concentrarse en la Historia.

Para cumplir esta tarea al mismo tiempo que se deja interpelar por las señales de Dios en el tiempo, se vuelve continuamente a Dios que asumió la condición humana y cargó sobre sus hombros todos los males del mundo. Como un retrovisor examina las prácticas y las palabras de Cristo, así como las prácticas y palabras de la Iglesia naciente. Con la lámpara de la fe examina el presente y busca proyectar la luz del Evangelio hacia el futuro. Y dentro de esas coordenadas que siempre desembocan en la Pastoral, está dispuesta a colaborar en la construcción de un nuevo futuro.

Por medio del retrovisor la teología ve que se yergue un Cristo sorprendente: es al mismo tiempo divino y profundamente humano; deslumbra con señales hacia el cielo y hace que sus oyentes comprendan que es necesario abrazar la tierra. Apunta hacia la perfección del Padre y levanta a los que se sienten anonadados por el pecado: un Cristo que predica un ideal y se hace percibir, precisamente, en el seno de la misericordia.

Una nueva sorpresa emerge cuando se examinan las personas y grupos sociales que lo rodean y se colocan como centro de atención: son los que viven al margen y los que son acometidos por toda clase de males y, por lo mismo, se sienten execrados. Espontáneamente surgen las preguntas: por qué tanta atención justamente para ellos? Los va a curar a todos o solo a algunos para servir de símbolos de su misión?.

Pero las sorpresas no terminan ahí. Tienen un auge cuando Aquel que salvó a otros no hace nada por sí mismo. La Cruz parece ser la negación de todo lo que hizo y anunció. Mirando esta triple dirección, la teología podrá levantar algo el velo que cubre el misterio humano del mal y del pecado. Debajo de él intuirá cuál debe ser la actuación de los seguidores de Cristo.

### **Cristo abraza el ideal y la realidad**

Como ya se ha sugerido en la primera parte, de los interrogantes provocados por la realidad del SIDA por más paradójico que suene

la afirmación, los enfermos de este mal constituyen verdaderos signos de Dios en el tiempo. Son ciertamente, señales de contradicción, como el mismo Cristo, pero señales de Dios. Ellos no sólo se arrastran cubiertos de oprobios y desilusiones, sino de significado, también para la teología: presionada por hechos nuevos, deberá retornar a sus fuentes para tomar nuevas posiciones en puntos neurálgicos. El primero de los cuales se refiere a cómo conjugar ideal y realidad, exigencia y comprensión, incentivo para caminar y no condenación.

#### *Cristo no es liberal.*

La Moral Renovada, surgida en el contexto del Vaticano II, representa, sin duda, un paso adelante. Rescata las intuiciones profundas de los manuales, pero al mismo tiempo supera sus debilidades resumidas en el legalismo casuista (22). Entre tanto, a pesar de las ganancias centradas en la teología del Amor (23), en diversos lugares, sobre todo en lo que se refiere a la sexualidad, a veces presenta trazos liberales. Es decir, viene revestida de una comprensión no siempre evangélica (24). Es porque le falta una clave de lectura que articule la crítica social con el Evangelio.

De cualquier modo, el problema no se localiza tanto a nivel estrictamente teológico, donde siempre aparecen matices. Se localiza más en la mentalidad absorbida por muchos cristianos, particularmente de clase media, más alineados por la "modernidad" que iluminados por el Evangelio. De ahí una especie de rechazo a todo lo que parece limitar su libertad, y la consiguiente aceptación de la mentalidad liberal. Esto incide sobre todo en término de relaciones sexuales, contraceptivos y aborto. En ese horizonte se ve a Cristo como quien vino a abolir la Ley, no como quien vino a revelar el sentido profundo de la Ley de Dios.

En ese contexto es necesario resaltar que Cristo no está de acuerdo con el liberalismo. No oculta que su camino es estrecho, pide renuncia, fidelidad, vigilancia. Llega hasta a ser "radical", en el sentido de que va a las raíces de lo humano donde se encuentra con lo divino.

#### *Cristo no es rigorista*

El rigorismo es una de las eternas tentaciones que asaltan a los

más celosos seguidores de Cristo. Basta tener presente la historia de la Teología Moral (25) y recordar algunas corrientes que surgieron en el cristianismo, o a lo menos encontraron lugar en él: el maniqueísmo, el catarismo, el jansenismo. Lo que aquí sobresale es una especie de celo fanático, de horizontes estrechos, de quien absorbe una imagen unilateral y descentralizada del Dios de Jesucristo. Es el Dios terrible que amenaza, que castiga, que condena.

Como consecuencia de esta visión de Dios se instaura una visión estrecha de lo humano. Mientras que el Dios de Jesucristo es el Dios de la vida y que revela su grandeza en las diferencias, el Dios de los rigoristas es un estático patrón. Por eso no es extraño que los rigoristas sean contrarios a las diferencias raciales, culturales, sociales, psicológicas, etc. Como también son opuestos a considerar las condiciones y los condicionamientos. Sus juicios de valor se dan en lo abstracto y no en lo concreto de la historia.

Las consecuencias del rigorismo son manifiestas. Cristo mismo las detectó en su tiempo: ponen sobre los hombros de los demás cargas que ellos mismos son incapaces de llevar, se constituyen jueces y condenan irremisiblemente.

Cristo, por el contrario, conoce el verdadero rostro del Padre y también la faz verdadera de los hijos e hijas. Los comprende a la luz de la parábola de los talentos: a quien le fue dado mucho, mucho se le exigirá; a quien se le dió poco, poco se le exigirá. El ser humano que conoce Cristo es el que sale de las manos del Padre: con un patrimonio y una vocación que permiten al origen mismo, los seres humanos vienen todos marcados por diferencias que deberían fecundarse mutuamente y no anularse.

#### *Jesucristo encarna la sabiduría de Dios*

No sin motivo la Sabiduría se señala como una de las virtudes de cuño cristiano. Ella articula dialécticamente los polos aparentemente opuestos: lo divino y lo humano; lo celestial y lo terreno; lo sagrado y lo profano; el ideal y la realidad; la justicia y la misericordia.

Por encarnar la Sabiduría de Dios, Cristo no se adhiere a ninguna

de las corrientes de su tiempo. Por encarnar la Sabiduría de Dios, rompe los prejuicios: de raza, de sexo, de estratos sociales, de categorías morales y religiosas.

Esa misma sabiduría hace que mire las personas de manera diferente, con la mirada propia de Dios. Por eso las ve en su totalidad, con sus luces y sombras; descubre rosas donde la mirada humana sólo ve espinas; descubre la bondad donde la mirada humana sólo ve maldad; descubre la pureza donde la mirada humana sólo ve impurezas.

De esa manera no es extraño que Cristo acoja a todos como son, pero no como *punto de llegada sino como punto de partida*. Para El "justos" y "pecadores" deben abarcar algo nuevo y dar un paso adelante. Ese es el núcleo de la conversión, uno de los ejes de su mensaje. Son muy significativas las expresiones "levántate y anda"; "toma tu camilla y anda"; "vé y no peques más". Al mismo tiempo que hay acogida fundamental de una situación, hay también el rasgar de un nuevo horizonte. Al mismo tiempo que se efectúa una acción divina, hay una acción humana (26).

Con estos presupuestos se comprenden el "no juzguéis": el juicio traduce algo estático y Cristo es el que invita a *caminar*. Por lo mismo, El tampoco enjuicia a nadie. Toma a todos en el punto en que se encuentran y los invita a caminar con El. Ni liberal, ni rigorista, El encarna verdaderamente la Sabiduría del Padre y por eso traduce la sabiduría humana.

### Los anunciadores de un mundo nuevo

El discurso en la Sinagoga de Nazaret es exegéticamente tranquilo (Lc 4,18s) y programático. Ahí, Jesús define cómo entender su misión. El vino para traer la Buena Nueva que puede ser para todos los que lo acogen y especialmente para los pobres y marginados. Con Jesús ellos, al fin tendrán oportunidades. Y entre los pobres y marginados Jesús distingue, no solo a los marginados por la pobreza sino también por la enfermedad. El vínculo pecado-pobreza-enfermedad, establecido por la teología rabínica, los coloca en el último lugar (27). Y Jesús invierte totalmente esa situación, transformándolos en heraldos de la Buena Nueva y en señales manifiestas de un mundo nuevo que se debe instaurar.

### No son los sanos los que necesitan al médico

Tres frases caracterizan la actuación de Cristo: "El Espíritu del Señor me envió para anunciar la Buena Nueva a los pobres". "No son los sanos los que necesitan al médico" (Mt 9,12). "No he venido a salvar a los justos sino a los pecadores" (Mt 9,12-13). Estas frases expresan lo que Cristo realiza.

Desde el episodio en la Sinagoga de Nazaret, Cristo deja muy claro que el anuncio y la implantación del Reino están íntimamente ligados a la acción liberadora que va desde devolver la salud a los enfermos hasta la salvación de los arrepentidos de corazón. De ahí en adelante, El se ve siempre rodeado de numerosas personas marginadas y mal vistas por la sociedad, por las más diversas razones: ladrones, prostitutas, "pecadores" públicos, y representantes de profesiones consideradas bajas y despreciables: pastores, agricultores, pescadores... En medio de ellas emergen representantes de las más diversas enfermedades. Ellos cruzan constantemente los caminos de Jesús, en un coro de voces disonantes, pero que dan testimonio de la miseria humana. Ellos lo miran llenos de esperanza desde el lecho donde yacen; surgen inesperadamente a la vera de los caminos; hacen oír desde lejos su voz suplicante, o son sorprendidos por su intervención protectora, cuando las piedras mortales los amenazan.

El mismo Espíritu que condujo a Jesús al desierto para combatir así al enemigo en lo que consideraba su propio reducto, lo impulsa hacia la multitud de los indefensos, animados ahora por una nueva esperanza: "porque la fama de Jesús se esparcía por doquiera". Y "una multitud de personas venidas de Judea y Jerusalén, de Tiro y de Sidón para escucharlo y ser curados de sus enfermedades lo seguían. Todos procuraban tocarlo, porque de El salía una fuerza que los curaba a todos (Lc 6,17-19).

### Detras de las palabras y los gestos

Si quedáramos en la materialidad de las curaciones milagrosas efectuadas por Jesús o en la materialidad de sus palabras, no iríamos muy lejos. Los beneficiados inmediatamente por las palabras y gestos de Jesús son relativamente pocos. Además, se sabe que muchos relatos se repiten. Como tampoco llevaría muy

lejos ver en las palabras y gestos de Jesús meras expresiones a nivel de los sentimientos. Es preciso percibir lo que se oculta detrás de ellos. Los gestos y palabras de Cristo se revisten de un sentido simbólico (28). Sin duda comportan una dimensión que trasciende al tiempo: manifiestan la salvación que va más allá de las dimensiones humanas. Significativamente, muchos de los beneficiados son ciegos, sordos, mudos, paralíticos. Cristo es la luz que irrumpe en el mundo y hace ver, oír, hablar, andar, de un modo diferente. Por lo mismo, en muchos episodios aparece una referencia explícita a la fe (Mt 9,28; Mc 5,36; 9,23). Pero los gestos simbólicos también manifiestan la salvación total; no sólo física sino también espiritual. Cristo es la *salud* de salvación y la salud al mismo tiempo. La dicotomía corporal y espiritual no cabe en su misión salvífica. Por eso, para El, la salud abarca todas las dimensiones de lo humano, inclusive la que hoy llamaríamos social (29).

Entre tanto, la actuación de Jesús para con los enfermos nos sumerge en un nivel percibido siempre por la teología: su actuación manifiesta una ruptura de fondo, que revoluciona no solo presupuestos teológicos, sino también prácticas sociales inveteradas. Ella rompe los esquemas socio-religiosos que asocian enfermedad y maldición. La *misericordia* del Padre no lleva solamente a la compasión sino a la ternura para los que sufren; por lo mismo, Cristo libera a los que sufren del destino maldito que los persigue. Y *tocando* a los considerados como impuros, Jesús los libera también de la impureza ritual que los apartaba del mismo Dios (30)

#### *Los anunciadores de un mundo nuevo*

El Reino se constituye sabiamente en el núcleo central del mensaje y la actuación de Jesús. Predica e implanta el Reino. La mayor sorpresa que El reserva no se refiere al término "Reino", que era familiar a sus oyentes. La sorpresa se presenta en el contenido del Reino del cual nos designa como heraldos.

En lo tocante al contenido, ampliamente estudiado en los últimos decenios (31), aparece claro que el Reino presenta dimensiones escatológicas innegables. Pero también parece claro que presenta dimensiones históricas innegables también (32). Quedarse solamente con el nivel escatológico, por más importante que sea, o

con el de los "corazones", sería ciertamente, desvirtuar su sentido de plenitud.

El Reino sobrepasa los niveles de lo humano. Equivale a la implantación de una nueva situación en términos de relacionamiento humano. La reconciliación universal que comporta, pasa por un nuevo tipo de relacionamiento de los seres humanos con Dios, entre sí, con las criaturas. Cuando reinan los hombres con sus proyectos, reinan la discordia, la dominación opresora, la marginación. Cuando Dios reina, a través de los seres humanos, las relaciones serán de hijo-hija al Padre, de hermanos y hermanas en relación con los semejantes y al universo creado.

En este nivel es donde mejor se percibe la inconformidad que el Reino comporta al "status quo". Lo hace estremecer en sus bases, pues invierte completamente las posiciones. Partiendo de la Justicia de Dios y no de los hombres, los marginados de toda clase deberán reintegrarse; los hambrientos serán saciados; los pobres, exaltados.

Y aún más: como el "sí" al Reino requiere un "no" al anti-reino. La Buena Nueva, para unos no deja de ser mala noticia. Pues en el presupuesto del Reino, si existe pobreza, es porque hay riqueza indebida; si existe ignorancia, es porque unos llevan consigo la llave de la ciencia; si existe opresión, es porque los que tienen el poder no lo hace como servidores sino como malos administradores (Mt 23). En suma, la Justicia del Reino presupone un cambio radical no sólo de los corazones sino de las estructuras religiosas, socio-económicas y políticas. Es un mundo completamente diferente el que deberá surgir.

La otra sorpresa va por cuenta de los heraldos de una "revolución" nunca vista. Los heraldos de otros reinos aparecen siempre revestidos de pompa y de honores. Desde lo alto de sus cabalgaduras o carros relucientes, traducen lo que hay de más importante en términos humanos. Nadie puede imaginar un embajador mutilado y, mucho menos, marginado. Tomando de nuevo al profeta Isaías, Jesús hace de ellos sus embajadores: "Id, contad a Juan lo que habéis visto: los ciegos ven, los cojos andan, los leprosos son limpios, los sordos oyen, los muertos resucitan y se predica el Evangelio a los pobres" (Mt 11,5s). Son ellos,

restablecidos en su dignidad, los que dan testimonio al mundo nuevo. Por lo mismo, desde los Hechos de los Apóstoles (H 3,1ss; 8,7; 9,32; 14,8 etc), ellos deberían constituirse en la "riqueza de la Iglesia", por más chocante que pueda parecer y por mayor inconformidad que comporte.

### La paradoja de la cruz

Cuando se piensa en el SIDA y en lo que representa para los que lo contraen o se encuentran inscritos en los grupos de riesgo, no se puede dejar de traer a la mente una frase atribuida a Nietzsche: "los seres humanos prefieren reconocer, no importa en qué sentido, que ciertas cosas no tienen sentido". Pero hay que reconocer que ciertas situaciones llevan a la experiencia de lo absurdo. Por definición el no sentido no tiene explicación verdaderamente convincente a nivel de la razón. El libro de Job nos muestra esto muy bien: las pseudo-respuestas no hacen más que aumentar la experiencia de lo absurdo (33). Es necesario tener valor para ir hasta el fondo de la experiencia de lo absurdo, para que los intentos de respuesta asuman alguna credibilidad. Entre tanto, una vez hecha la experiencia, puede ser reveladora de un nuevo sentido aún liberadora, desde que sea confrontada con la experiencia de Cristo.

#### *La experiencia de lo absurdo.*

No se necesitan largos tratados para demostrar lo que representó la cruz para Cristo y para los que lo seguían. El grito incontinente "Padre mío, por qué me has abandonado" es el más profundo que puede brotar de un ser humano. Su profundidad aumenta cuando se tiene presente que esa expresión salió de la Boca del Hijo Unigénito de Dios. En cuanto hombre, es un derrotado por las fuerzas del mal. Sólo cuando resucitó, las tinieblas se transformaron en luz y el no-sentido adquiere sentido. Bien dice Alioche en "Los Hermanos Karamazov": "No puedo explicar el sufrimiento y la muerte, no los comprendo, pero existió un hombre llamado Jesús..."

Los aquejados de SIDA y los que se encuentran entre los grupos de alto riesgo y no saben cómo salir de él, manifiestan claramente que nunca, la experiencia de la ruptura da sentido a ciertas

situaciones humanas. Qué sentido podrá tener una vida inútil ya sentenciada a muerte o la inminencia de recibir la sentencia fatal? Que el sufrimiento de los santos y los mártires o de personas llenas de fe pueden tener sentido, no hay duda. Pero, ¿cómo revelar un sentido a quien no cree o se siente abandonado de Dios y de los que profesan la fe en Él?

Parece que la única manera de ayudar a estas personas a través de la experiencia de lo absurdo se encuentra en dirección a las tres virtudes teologales, entendidas como estructuras antropológicas (34). Sólo por la experiencia vivencial de quienes *creen en ellas*, a pesar de todo, podrá hacer viable el paso para que acepten que también Dios cree en ellas.

Únicamente por la manifestación concreta de que se *confía en ellas*, pueden tener un futuro, aunque breve, en el que podrán, como el buen ladrón, dirigir una mirada confiada a Dios. Y sólo abrazándolas y amándolas *por lo que son*, y no por lo que podrían ser, llegarán a entender que "Dios las ama infinitamente".

Aquí no nos encontramos a nivel de los conceptos o de hablar de *actitudes* reveladoras de un camino para atravesar los límites de lo absurdo. No nos encontramos tampoco a nivel de las virtudes cristianas, sino de las tres virtudes en cuanto constitutivas de lo humano.

#### *Experiencia reveladora*

Sólo después de haber bebido el cáliz de la amargura de lo absurdo, ciertas experiencias de dolor, sufrimiento y muerte, pueden ser reveladoras de un primer sentido: el de su nada. A través de ella, la vida humana emerge como un don intangible que los seres humanos son incapaces de alcanzar por sus propios esfuerzos. El sentimiento religioso primitivo expresa, a través de sus mitos, esa convicción de que la vida es por demás extraordinaria para ser propiedad de los mortales y permanecer para siempre en sus manos. La vida a la cual los seres humanos aspiran quiere ser inmortal. Y por eso permanece como don exclusivo de aquel que la tiene en abundancia (Jn 10,10) y que es la misma Vida (Is 55,1-2; Jn 627; 31-41). En su debilidad, el ser humano descubre más fácilmente la paradoja que lo envuelve:

destinado a una vida en plenitud y perenne, no puede alcanzarla por medio del sufrimiento y de la muerte.

Entre tanto, esa revelación permanece inaccesible mientras el ser humano no refleje su propia condición a la luz de Aquel que vino para asumir nuestros dolores y nuestras enfermedades (35) (Is 53,4). Sólo en ese espejo se descubre un sentido tanto para la vida como para la muerte. El no vino propiamente a "explicar" lo inexplicable. Asumiendo la marcha de la humanidad, El lanza una luz sobre lo más profundo de los misterios humanos.

Jesús no sólo meditó sobre los sufrimientos de su pueblo, no sólo escuchó los lamentos de los exilados, los gritos de dolor de los profetas y salmistas, los clamores de los oprimidos y los gemidos de los inocentes. El quiso *asumirlos* en su propio sufrimiento que culmina con la muerte en la cruz. En este particular, los Evangelistas no dejan margen para dudas: Sus sufrimientos y su muerte representan un gesto supremo de su libertad. Nadie puede quitarle la vida; sólo El puede disponer de ella para entregarla y así cumplir la misión recibida del Padre (Jn 10.18).

No obstante, lo dicho no puede entenderse de modo fatal. Cristo se entrega a la voluntad del Padre que no es su muerte, sino a la implantación del Reino. Por asumir esta misión, El murió en la cruz. Podría haber huido de ella, bastaba renegar de su misión. Si no lo hizo fue para demostrar a los seres humanos cuál es el camino de la resurrección: la fidelidad a los planes del Padre; fidelidad que puede llevar hasta la muerte.

#### *Experiencia liberadora*

Si el discurso de la fe permaneciese en la cruz, no pasaría de ser un elemento más que confirma lo absurdo de la vida. Sucede que la cruz, en la perspectiva vista antes, no es exaltada por sí misma sino por lo que ella traduce en términos de fidelidad a la misión recibida.

En esta perspectiva la muerte ya no surge como una descomposición lenta e inevitable del organismo, sino como acto personal. Al morir y sólo al morir, el ser humano puede "disponer de la vida". Lo que parece absurdo se transforma así en suprema

manifestación de la propia libertad. Creer, en este contexto, es ante todo reconocer a Dios como Señor de la vida y de la muerte. Creer es acoger con alegría el don divino de la vida en plenitud; es reconocer la propia impotencia; su propia condición de ser humano "probado por la gloria divina" para llegar a la vida en Dios; es consentir en perder su vida para aceptar otra ofrecida gratuitamente. Creer es "depositar libremente su vida en las manos de Dios" (Lc 23,45). La muerte se cambia, de esta manera, en una respuesta positiva del ser humano a la iniciativa previa y gratuita de Dios. La entrada a la Vida está, además, condicionada a la salida, a un éxodo, al dejar todo para caminar con Dios. Es morir para resucitar. La muerte no tiene la última palabra.

Cierto que ese no puede ser el discurso para un condenado a muerte. Pero ciertamente lo es para alimentar a los que piensan todavía en vivir. En este sentido, los que están a la vera de la muerte, pueden prestar su último servicio: abrazando su propia derrota y su propia muerte, podrán dar valor a los que viven para asumir su propia misión por más contradictoria y sin sentido que pueda parecer. Pues los que creen celebran eso precisamente: la memoria de un inocente excluido del mundo, que bebió hasta la última gota de un cáliz aparentemente absurdo, que experimentó el abandono y "fue resucitado".

## PISTAS PASTORALES

### Evangelizar las macro-estructuras

- *Superar la mentalidad agraria*
- *Colocar el SIDA en su debido lugar*
- *Seguir la pedagogía de Cristo.*

### Ante los grupos de alto riesgo

- *Prostitutas: creer en ellas*
- *Drogadictos: localizar las razones de fondo y los mecanismos de fuga*
- *Homosexuales: acogerlos evangélicamente*

#### *Observaciones preliminares*

##### *Abordaje moral*

##### *Abordaje pastoral*

Concordar con la pastoral de Cristo

Acogerlos tal como son

Ayudarlos a distinguir sexo y sexualidad

### El enfermo de SIDA recuerda a Cristo en la cruz

- Primer momento: no preguntar los por qué
- Segundo momento: salir al encuentro de la verdad
- Tercer momento: ayudar a romper las barreras

## Conclusión

La perspectiva pastoral se encuentra implícita en el discurso teológico coherente. Se presenta como una especie de conclusión lógica. No obstante, si quisiera llevar a una práctica transformadora de la realidad, entonces deberá ser debidamente explicada. Su carácter eminentemente práctico, además, presenta algunos contratiempos que deben removerse. Como toda teología, también la Pastoral se enfrenta con algunas tentaciones que pueden ser fatales.

La primera se localiza justamente a nivel práctico. Lo práctico no puede confundirse con un recetario genérico, listo para ser aplicado en las más diversas situaciones. Los factores históricos inciden directamente sobre la Pastoral. En rigor, la reflexión sólo podrá ofrecer "pistas" o coordenadas y, por más importantes que sean, presuponen una continua y humilde escucha de la realidad cambiante y llena de matices. Aquí el pecado previsible es el de la generalización indiscriminada. Los principios presuponen cierta habilidad. En caso contrario, llevan a una insensibilidad que mata al que se quería curar.

La segunda tentación puede parecer opuesta, pero en realidad sólo completa la primera: es la tentación del menudeo detallado de cada caso. Esto, que tradicionalmente lleva el nombre de casuismo, resalta de tal forma las particularidades, que conduce a la pérdida de la visión de conjunto. Es una especie de microscopia exagerada que ignora la existencia de una macroscopia.

La tercera tentación emerge con características paradójicas: se presenta con aires de omnipotencia o de impotencia. La falta de un conocimiento adecuado de las fuerzas e intereses en juego, lleva fácilmente a un irrealismo utópico. La pretensión de transformar radicalmente el mundo es tan antigua como el mundo. La conciencia aguda de las fuerzas históricas, a su vez, puede sobrestimarlas de tal forma que abre el espacio al desaliento. Es una especie de sentimiento de omnipotencia al contrario. Ni el sentimiento de omnipotencia ni el de impotencia parecen muy compatibles con una perspectiva evangélica. Esta, resulta tanto a fuerza del pecado como a fuerza de la gracia.

Detectadas las grandes tentaciones, capaces de impedir una práctica evangélicamente transformadora de la realidad, podemos ahora caminar en la búsqueda de algunas pistas pastorales. Estas, naturalmente, se fundamentan en las partes anteriores.

En la primera evidenciamos el SIDA como una especie de signo trágico de los tiempos que interpela éticamente las sociedades en su intento de enmascarar los problemas de fondo; interpela las Iglesias, en cuanto es vehículo de presupuestos teológico-morales no siempre pertinentes; interpela la Pastoral, colocándola ante nuevos desafíos.

En la segunda parte hicimos resaltar la práctica de Cristo: ni liberal ni rigorista, El encarna la Sabiduría del Padre y convoca a todos a abrazar alegremente la novedad del Reino (conversión). Por lo mismo es capaz de abrir horizontes a justos y pecadores, sanos y enfermos. No condena, ni justifica previamente a nadie. Interpela a todos. Encarando la Sabiduría del Padre, asume lo absurdo de la Cruz como camino de resurrección.

Se trata ahora de puntualizar mejor ciertos aspectos que se presentan como desafíos a la acción pastoral. Se impone una confrontación más directa entre la nueva realidad y el mensaje del Evangelio.

Esa nueva realidad parece resumirse en el SIDA y en los grupos de alto riesgo. Pero como dejamos entrever anteriormente, y ahora lo debemos resaltar, *el SIDA no es problema de unos millares de enfermos y de algunos grupos marginados considerados de alto riesgo, sino que atañe a todos*. Por eso preferimos resaltar, ante todo, las líneas pastorales referentes a las macro-estructuras. Sólo después iremos particularizando y deteniéndonos en los grupos de alto riesgo y en los enfermos de SIDA. Colocarnos en el centro sería desenfocar el problema marginándolos y culpándolos aún más.

### **Evangelizar las macro-estructuras.**

Las ciencias sociales son una conquista relativamente reciente, más todavía en su expresión crítica. Tal vez por eso la conciencia de la fuerza de las macro-estructuras no ha penetrado todavía

suficientemente en la conciencia de los agentes de Pastoral. Muchas veces la Pastoral Social se considera más como un sector que como una dimensión estructural de cualquier Pastoral que se quiera evangélicamente eficaz. De ahí la necesidad de superar una mentalidad agraria, como condición previa, para después colocar el SIDA en su debido lugar y así abrir espacio al mensaje evangélico concreto.

### *Superar la mentalidad agraria*

La Iglesia naciente se estructuró partiendo de las ciudades. La Iglesia, en sus fases posteriores, fue identificándose siempre más con la población de los campos. Si tomamos como punto de referencia la Pastoral de las Iglesias latinoamericanas, eso se hace mucho más verdadero.

La identificación con la mentalidad agraria tiene su razón de ser. Es una especie de opción preferencial por los que viven marginados. Con todo, en los últimos decenios ha cambiado completamente, cuando no se ha invertido la estructura social. Si en el Brasil, por ejemplo, hasta 1950 la mitad de la población era agraria, ahora esa población no pasa de ser el 25%. La vida se encuentra en las ciudades y en sus periferias. Por una política económica concentradora, la vida en el campo tiende a tornarse siempre menos atractiva y menos expresiva.

Con razón la Pastoral pensada a partir del mundo agrario y vuelta hacia él, se apoyaba en las personas y en las micro-estructuras, entre las cuales se cuenta la familia. En rigor, no funcionaban tantos mecanismos sociales sino familiares. Con todo, con la revolución industrial y urbana, implantada de modo artificial y caótico, los mecanismos sociales cobran siempre mayor fuerza, absorbiendo las personas y las micro-estructuras. Estas encuentran su sitio pero sólo en la medida en que sean capaces de asumir críticamente la nueva realidad. Los sueños bucólicos no pasan de ser sueños.

Esa nueva realidad nos lleva a una afirmación sorprendente a primera vista, pero que parece verdadera: *para ser mejor comprendidos y resueltos, los problemas personales, familiares y de las micro-estructuras, deben ser leídos en clave social*. Esto no

anula ni las personas ni la responsabilidad social y personal de los grupos, los coloca en su debido lugar. Como tampoco se cuestionan las micro-estructuras, entre las cuales se destaca la familiar, micro y macro-estructuras no son departamentos estancos sino que se articulan dialécticamente (36).

Las afirmaciones hechas antes pueden espantar, porque están cargadas de consecuencias prácticas. Querer evangelizar cuerpo a cuerpo, puede ser más gratificante pero, seguramente, no será más eficaz. Mientras que la pastoral parte de una concepción agraria y utiliza métodos agrarios, la sociedad va siendo modelada por otras fuerzas. Y sobre todo, en el campo de la normatividad, los profesionales de la teología y de la Palabra de Dios no pueden tener la ilusión de estar formando las conciencias y modelando los comportamientos. Otros mecanismos, proporcionados por los poderosos MCS, llegan y con mayor eficacia. Por lo mismo el Papa Juan Pablo II, al hablar de la nueva evangelización como un imperativo, afirma que debe ser "nueva en el ardor, en los métodos y en la expresión" (37).

Esas afirmaciones no sugieren que los evangelizadores pierdan totalmente su voz. Por múltiples creencias, hasta culturales, presentan cierta fuerza que deberá ser revitalizada bajo pena de perder aún más su sitio. Y, sobre todo, esas voces que sobran, deberán tener conciencia y asumir la fuerza de las macro-estructuras como algo innegable.

#### *Colocar el SIDA en su debido lugar*

Indiscutiblemente el fantasma del SIDA ha provocado una especie de histeria colectiva que, entre otras consecuencias, refuerza los mecanismos discriminatorios. Por esa razón debe ser denunciada (38). Precisamente por eso, una de las primeras tareas de los mensajeros del Evangelio, consiste en ayudar a vencer la histeria colectiva. Podrán hacerlo desde que contribuyan a quitar al SIDA el signo maldito, proporcionar la información más completa posible y revistan una formación más profunda y global.

Desde el comienzo resaltamos que los cristianos no se encuentran totalmente exentos de la tentación de evitar a los portadores y amenazados de ciertas epidemias (39). La raíz de esa tentación no

se localiza solo en el miedo natural del contagio: ella remite a una comprensión teológica. Ciertas epidemias son vistas como castigos directos de Dios a los culpables (40). Teniendo en cuenta esos presupuestos, los Episcopados se apresuran a desvincular el SIDA de sus connotaciones moralizantes: "Corresponde a las Iglesias la tarea de declarar abiertamente que el SIDA no puede designarse como castigo de Dios. No es flagelo que se abate sobre los que se apartan del buen camino..." (41). "Dios es misericordioso y no vengativo" (42).

Hay otro aspecto importante para que el síndrome del SIDA pueda ser evidentemente redimensionado. Es verdad que por ahora es incurable; también es verdad que sus víctimas suman millares y que si no ocurriera ningún hecho nuevo, dentro de poco serán millones. Son datos que no podemos ignorar ni disminuir, pues representan mucho sufrimiento humano. Sin embargo, también está claro que "no es el principal problema de la época actual" (43). Existen numerosas enfermedades endémicas, en su mayoría ligadas a condiciones socio económicas y que hacen víctimas fatales mucho más numerosas y en condiciones igualmente dolorosas. Privilegiar al SIDA puede ser un arma ideológica destinada a esconder los verdaderos problemas de fondo. Es como invertir sobre dos ballenas cenicientas, canalizando emociones y más de un millón de dólares, y no hacer ni decir nada cuando millones de seres humanos pasan frío y hambre todos los días.

Redimensionar el síndrome del SIDA presupone, igualmente, facilitar a todos el acceso adecuado a las informaciones disponibles, tanto sobre la gravedad como, particularmente, sobre su transmisión.

Una información adecuada deberá dejar claras a lo menos tres cosas: la primera, que existen grupos de alto riesgo, representados por los que mantienen relaciones sexuales promiscuas, homo o hetero sexuales; por los que emplean drogas intravenosas; por la gravidez resultante de contactos sexuales de esta clase; por la transfusión u otro contacto directamente sanguíneo. La segunda cosa que debe quedar clara es que el contacto entre personas que mantienen relaciones sexuales monogámicas normales, fuera del círculo ya señalado, no tienen

razones para falsos temores. En tercer lugar, hay que dejar claro que el SIDA no se transmite por contactos convencionales (apretón de manos, beso, beber en el mismo vaso, etc).

Sin embargo, la información adecuada suscita todavía más problemas. Puede ser insoluble en clave meramente casuística. Será menos embarazoso si se coloca en clave mayor. Se trata del uso de preservativos por parte de personas que quieren proteger sus parejas. Hoy se tiene la certeza de que no existe "sexo seguro" (44). Pero con esto no todo se resuelve. Si permanecemos en un plano casuístico, solo tenemos una salida: hacer dos afirmaciones que, en alguna forma, se anulan. A propósito, los obispos de Norte América hacen una afirmación elucidativa, que aunque un poco larga, vale la pena tenerla presente: "Como vivimos en una sociedad pluralista, reconocemos que algunos tal vez no están de acuerdo con nuestra manera de encarar la sexualidad humana. Reconocemos que los programas de educación pública queriendo alcanzar una audiencia más amplia, reflejarán el hecho de que algunos no actuarán como pudieran o debieran y no se abstendrán del tipo de abuso sexual o de droga que pueden transmitir el SIDA. En tales situaciones, los esfuerzos educativos se basan en la visión moral superior arriba esbozada, que podrían incluir una rigurosa información sobre las medidas profilácticas u otras prácticas propuestas por algunos médicos peritos, como medio potencial de evitar el SIDA (45). Pero luego sigue una salvedad: *"No estamos promoviendo el uso profiláctico sino sólo suministrando informaciones que hacen parte del cuadro factual."* Esa presentación factual debería indicar que la abstinencia extramatrimonial y la felicidad matrimonial, así como evitar el uso de drogas intravenosas, son los únicos medios moralmente correctos y seguros para evitar la difusión del SIDA. Las prácticas del así llamado "sexo seguro", son, en el mejor de los casos, solo parcialmente eficaces. No tienen en cuenta debidamente los reales valores en juego, ni el bien fundamental de la persona humana" (46). Un poco más adelante, el referido episcopado completa el raciocino: "... Si una persona prefiere vivir contrariando el sentido de su sexualidad, o entregándose a las drogas, él o ella tienen la grave responsabilidad de no perjudicar a otros" (47). Esas afirmaciones ciertamente presentan referencias valiosas, pero tal vez pudiéramos encaminarlas más fructuosamente en otra dirección: a la tarea formadora de los que son llamados a

evangelizar en este contexto.

### *Seguir la pedagogía de Cristo*

La formación de la conciencia moral, sobre todo en el campo de la sexualidad, siempre se ha presentado como desafiante. Después de las conquistas innegables, ligadas al proceso de la concientización (48), algunas coordenadas han quedado más claras: si por una parte no se puede olvidar que la conciencia personal se constituye en un "santuario secretísimo" (49), donde el mismo Dios imprime sus marcas, por otra, ella es trabajada por numerosos influjos familiares, religiosos, sociales, políticos, económicos, culturales, etc. "En esa dialéctica entre la originalidad y el medio ambiente, se va forjando una conciencia moral o psicológica, social, religiosa" (50).

La formación de la conciencia moral retoma, en alguna forma, un dilema constatado en cualquier proceso educativo: la confrontación de dos pedagogías. Una viene representada por Sócrates, con su proceso mayéutico, o sea, un proceso donde la respuesta nunca se da por anticipación, sino donde se colocan los elementos para que la respuesta pueda encontrarse. Por otra parte se encuentra el sistema draconiano, o sea, del legislador que sabe, impone, no distingue niveles ni circunstancias (51). Sólo que en el campo de la formación moral, el cuadro se complica por el contenido a ser vehiculado: remite a una revelación. La pregunta que queda es la de cómo "pensar" lo más fielmente posible a un contenido religioso y a veces revelado, pero sin manipular.

La respuesta se aclara cuando se comparan dos tipos de educación moral y religiosa efectuados por personajes históricos. Por una parte se encuentran los fariseos, concedores de una revelación a través de la Ley de Moisés. Por otra, se encuentra Cristo que trae la revelación en plenitud.

Los fariseos, celosamente, quieren imponer los datos adquiridos pero lo hacen de modo autoritario, inhumano y, por lo mismo, arbitrario. Ellos se especializan en cosas minuciosas; transforman los diez mandamientos en más de seiscientos. Las consecuencias previsibles son o la aceptación aparente y humillante, o el total rechazo. Cristo, al contrario, deslumbra, atrae, fascina. Rasga los

horizontes y resume los diez Mandamientos en uso solo: **AMAR**. La consecuencia previsible es la alegre acogida, resultante del encantamiento, y, ciertamente, nadie osará sugerir que Cristo no haya cumplido con perfección su tarea evangelizadora y educativa.

Son dos pedagogías ante un mensaje al menos teóricamente idéntico. Una es amenazadora, burocrática, irreflexiva. La otra es encantadora, experiencial, comprensiva, en el más profundo sentido del término. En la una se encuentra una especie de fideísmo repetitivo e indigesto; en la otra, una fidelidad divinamente creativa y, por lo mismo, sabrosa. La formación de la conciencia cristiana solo puede darse en ese modelo de Cristo. En caso contrario se transforma en de-formación (52).

Por estas expresiones ya debe quedar patente que la educación cristiana, particularmente a nivel de la sexualidad, necesita a toda costa, evitar la confirmación de ciertos estereotipos poco evangélicos. En ellos, la sexualidad viene presentada bajo el signo de lo que "no puede", "no debe", "es pecado", como si de esa manera se realizaran los planes salvíficos de Dios.

Aprovechase de la onda de miedo para recordar y resaltar antiguos principios, pero a veces desencarnados del sabor evangélico, aparece también como poco conciliable con una pedagogía cristiana. Una verdadera educación sexual solo puede ser la que revela la belleza del amor y de la sexualidad, reunidos en los grandes proyectos salvíficos de Dios, tan bien expresados en las categorías de la Alianza y del Reino. Cuando están revestidas del sabor evangélico las normas morales no tienen por qué avergonzarse de sí mismas. Pero ellas sólo mantendrán ese sabor si no se presentan como cercados sino como un pasto verdeante donde el mismo Cristo se presenta como el Pastor.

#### **Ante los grupos de alto riesgo.**

Por razones arriba presentadas, evitamos a toda costa confinar a los enfermos de SIDA y los grupo de alto riesgo en un circuito de reflexión cerrada. De esa manera pensamos no sólo salvaguardar su dignidad, sino acentuar que la problemática suscitada por el SIDA se presenta con dimensiones que los sobrepasan. Entre tanto, no hay duda de que, por ser marginados y por presentar

algunas tónicas especiales, deberán ahora merecer nuestra atención.

Al hablar de grupos de riesgo, se presenta espontáneamente la lista de los que se encuentran en mayor evidencia: los que viven en la prostitución o en la promiscuidad; los que emplean drogas intravenosas; los homosexuales.

#### *Prostitutas: creer en ellas*

Durante mucho tiempo se intentó entender la prostitución como fenómeno personal. Las prostitutas serían personas de mal carácter o mala voluntad, que se entregan a los vicios de la carne y a la búsqueda de una ganancia fácil (53). Eran mujeres de "vida fácil". Evidentemente, existen personas que se entregan a la búsqueda desenfrenada del placer sexual. La única salvedad que se puede hacer en esta clase de abordaje es la de los elementos subjetivos que, si no se justifican, al menos hacen entender ciertas situaciones.

Aún haciendo salvedad de la existencia de casos aislados que se encuadrarían en este diagnóstico, ciertamente no es esa la lectura más indicada después del advenimiento de las ciencias sociales. A la luz de esas ciencias, la prostitución solo puede ser debidamente comprendida como fenómeno social. Existen ciertas sociedades que necesitan de la prostitución y por eso la originan y la alimentan. Además de fuente de ganancias, no para sus víctimas sino para los que las explotan, mantienen al margen y esclavizan millones de personas. Esto, teológicamente, configura un pecado social (54). Tal comprensión pide, naturalmente, no un abordaje casuístico sino verdaderamente pastoral, de acuerdo con lo que dijimos sobre la fuerza de las macro-estructuras. No son necesarios largos tratados para situar las que al mismo tiempo representan una muestra patente de la explotación de la mujer y de la iniquidad de un sistema que, literalmente, obliga a un gran número de ellas a vender su cuerpo como último recurso para sobrevivir (55). Con razón, varios encuentros realizados en el Brasil insisten en la necesidad de cambiar la terminología, más que prostitutas son mujeres marginadas (56).

Ese enfoque presenta una doble ventaja: por una parte resalta que

los marginados de la sociedad deben ser justamente los más acogidos por los seguidores de Cristo, ya que El procedió en esa forma. Por otra, hace ver que la acción pastoral deberá estar más atenta al verdugo que a la víctima.

Esa apertura hacia una clave social de lectura del problema no sólo hace más justicia sino se muestra más acorde con el modo de obrar de Cristo. Si hay una palabra que los irritó profundamente, fue ésta: "Las prostitutas os precederán en el Reino". Y para confirmar sus palabras, se apareció a la Magdalena aún antes de manifestarse a los Apóstoles.

Si los enemigos de Jesús estuviesen más atentos a su actuación y su mensaje, habrían percibido que tanto los gestos como las palabras revelan una coherencia profunda. Es que mirando las personas con los ojos de Dios, Cristo solo podría sorprender, porque la lógica divina no es la lógica humana. Su coherencia en relación al Plan Mayor del Reino: lo que importa es implantar nuevas relaciones que posibiliten la estructuración de un mundo nuevo.

Sólo esas situaciones aquí expresadas, bastarían para alejar una serie de preguntas más rabínicas que cristianas: las mujeres marginadas podrán formar parte de la comunidad de fe?. Podrán ejercer ahí alguna función? Podrán, eventualmente, recibir los sacramentos? Sus hijos podrán ser bautizados? Son cuestiones que confunden el problema de fondo, pero no contribuyen a solucionar los problemas de las mujeres marginadas y explotadas.

A nivel de la casuística de cuño personal, algunos querrán empujarlas a todas dentro de la Iglesia y a los sacramentos. Otros buscarán apartarlas de todo y de todos. El núcleo de cualquier Pastoral que se quiera hacer en consonancia con Cristo, dependerá ante todo, de una mirada. Si se hace con los ojos de Dios, los frutos podrán tardar pero nunca fallarán. Cristo, simplemente, miró a Magdalena con los ojos del Padre. Por eso recibió la respuesta de una hija. Ni condenó ni intentó justificarla. Sencillamente creyó en ella, por eso la fascinó.

Crear en las mujeres marginadas no comporta solamente un mirar personal, sino, de nuevo, un mirar y una actuación en la sociedad.

Ya que son marginadas social, económica, cultural y, a veces, racial y eclesialmente, el objetivo de esa actuación, deberá ciertamente pasar por la *organización* capaz de restituir a las mujeres marginadas su dignidad y una reintegración a diversos niveles. Aquí se presentan dos alternativas pero que no se excluyen forzosamente: la una apoyándose directamente en las mujeres marginadas. La otra, apoyándose en la comunidad de fe y sus mediciones, conjugadas con otras mediaciones sociales (57). Cualquiera que sea la alternativa predominante, siempre deberá tener presente que, por las características que asume ese tipo de marginación, se tratará de un camino largo y penoso.

*Drogadictos: localizar las razones de fondo y los mecanismos de fuga*

Bajo muchos aspectos, lo que dijimos sobre la mujer marginada vale también para los drogadictos, particularmente los que han llegado a la fase más aguda de la droga introyectada. No es casualidad que sexo y droga son explotados conjuntamente, desde el punto de vista financiero, político e ideológico. Pero existen algunas diferencias que deben traerse a reflexión.

Una primera diferencia puede detectarse en la línea de las razones de fondo. Nadie podrá siquiera pensar que las mujeres marginadas sientan impulsos hacia la prostitución, al menos las que constituyen la absoluta mayoría, provenientes del interior y sumergidas en la pobreza. Y en el caso de los drogadictos, un paso importante de la Pastoral consiste en analizar los por qué.

La búsqueda de los por qué de la droga ha suscitado muchas razones (58). Simplificando un poco el problema se puede decir que hay dos cadenas de causas: personales y sociales.

Entre las causas personales deberíamos presentar el alivio al dolor, la superación de la angustia (desempleo, falta de perspectivas en el futuro, etc), la imitación, el modismo, la conquista por parte de los traficantes... Existen también personas que usan la droga para lo bello y hasta un mayor contacto con lo trascendente.

Otras causas son de cuño más nitidamente social, sobre todo cuando se trata de jóvenes. El aparato social moderno, arrastra,

sobre todo al joven, hacia una vida de contradicciones: le ofrece todo, pero al mismo tiempo, le niega todo. Todo parece mucho más fácil de conseguirse, las aspiraciones son impulsadas pero, en realidad, las desilusiones son siempre crecientes. Basta pensar en lo generalizado del problema del empleo, millones de jóvenes son "preparados" para el trabajo y en el momento de asumirlo se ven descartados. El consumismo estimula los apetitos en todas direcciones, pero sin dinero nada se consigue. Todo esto hace pensar que muchos jóvenes se lanzan a las drogas como una manera de contrariar todo lo que está ahí, comenzando por la propia familia.

No obstante, es preciso notar que, al contrario de lo que normalmente se piensa, el consumo de drogas no se restringe a las clases jóvenes. Las estadísticas muestran que un número mucho mayor de drogadictos se encuentra en la clase adulta. Esto viene a reforzar la tesis de que mientras más se acumulan las desilusiones, tanto mayor es la propensión a la droga. Las frustraciones de la vida, en sus variados sectores, exigen una especie de sublimación, que la droga simula tener o proporcionar. Siendo así, la fuga y la protesta estarían en el origen de la mayor parte de las personas entregadas a la drogadicción.

Pero, si esto es verdadero, es preciso tener muy claro que existen razones de orden más estrictamente político e ideológico. Aquí nos encontramos ante una segunda diferencia en relación con las mujeres marginadas. Los grandes impulsores del consumo de drogas, son precisamente los regímenes corruptos. Bolivia, desde hace algunos años, se constituyó en la muestra más clara de este hecho: los grandes beneficiarios eran altas figuras del gobierno. Además, no se puede perder de vista que para los regímenes autoritarios, mientras más personas idealistas se entregaran a la droga, tanto menos probabilidades de "agitación" social se verificarían. Tenemos así configurados algunos aspectos primordiales: intereses económicos, políticos e ideológicos son los grandes propulsores de la producción y del consumo de las drogas.

Más difícil que el diagnóstico es encontrar líneas de acción pastoral convincentes. Tal vez sea importante distinguir aquí el nivel personal y social.

Considerando las personas viciadas, es necesario no perder de vista que casi siempre son personas que "sueñan" con algo mejor de lo que la realidad concreta les puede ofrecer. La droga se constituye en una manera de buscar "una liberación" pregonada pero que en la práctica viene negada. De ahí la tarea primera de buscar conductos capaces de canalizar esas aspiraciones. La humanización de las estructuras sociales, familiares y eclesiales, será un paso importante en la superación del problema.

En seguida, la sociedad en que vivimos es reconocida unidimensional. Siempre apunta hacia la misma dirección: acumular bienes, acumular poder, acumular honores. Una educación global, que no sea reduccionista sino que abra a los seres humanos sus múltiples dimensiones, es indispensable para que el mayor número posible encuentre un sentido a su vida, aún en medio de las contradicciones. Al vacío, provocado por la droga es preciso contraponer una vida personal, social y eclesial llena de sentido.

En suma el problema de las drogas, como tantos otros problemas humanos, no puede ser solucionado aisladamente. Un tratamiento individual y personalizado, por más importante que sea, no presentará jamás una solución. El problema de las drogas apunta en otra dirección: el testimonio clamoroso de una sociedad desintegrada, bajo los más diversos aspectos, sólo se solucionará por medio de una nueva sociedad. Más que culpar a los drogadictos, aún en el contexto del SIDA, importa verlos como expresiones de una estructuración social decadente.

#### *Homosexuales: acogerlos evangélicamente*

Desde comienzos de la epidemia del SIDA los homosexuales vienen siendo anotados como representantes eminentes de los grupos de alto riesgo. Si es verdad que en un primer momento ellos representaban el mayor foco de transmisión, hoy se comprueba que hay otros canales mucho más peligrosos. En nuestro contexto, uno de los primordiales está en los bancos de sangre contaminada... A pesar de ello, los homosexuales se ven cada vez más atacados. Por eso se cierran siempre más en la defensiva, a veces también agresiva, como camino de la sobrevivencia.

El homosexualismo constituye, ciertamente, una cuestión muy seria y ningún abordaje teológico o científico puede pretenderse completo. Como se desconocen sus orígenes, las posiciones morales y pastorales se hacen muy difíciles.

La dificultad es explícitamente reconocida por documentos del magisterio (59). Esto nos obliga a un recorrido un poco más largo que los anteriores.

*Observaciones preliminares.* Conocido desde la antigüedad, particularmente en el mundo greco-romano (60), el fenómeno de la homosexualidad parece ir acentuándose en nuestros días. Desde el célebre informe Kinsey, de los años 40, se afirma que los homosexuales constituían el 7% de la población. Otros llegan al 10% o más (61). Cualquiera que sea la credibilidad de esas estadísticas, siempre precarias, lo que no puede ponerse en duda es la existencia de un gran número de homosexuales, masculinos y femeninos.

Pero aquí comienza la primera dificultad: no solo la terminología es muy diversificada (62), sino que también existen comprensiones muy diferentes de la cuestión y por eso, las posiciones pastorales diferentes. Mientras algunas Iglesias tienen larga experiencia pastoral procurando hacer que se sientan amados por Dios y por la comunidad de fe, otras o lo omiten o lo hacen muy cuidadosamente. Mientras existen cristianos que refuerzan actitudes discriminatorias, otros luchan por asegurarles el respeto que merecen los hijos e hijas de Dios. Fue, ciertamente, esa diversidad la que llevó a la Congregación de la Doctrina de la Fe a pronunciarse en dos ocasiones, por una parte, a desautorizar la discriminación; y por otra, a recordar datos de la antropología bíblica y de la moral católica (63).

Para tener un poco de claridad inicial, hay que acentuar algunas distinciones básicas. Ante todo, no se puede confundir homosexualismo con apariencia física la que es casi siempre engañosa, como también otros estereotipos son engañosos. Tampoco puede confundirse *actos, comportamientos y tendencia* (64). Hay personas que practican actos sin tener tendencia o asumir el comportamiento. Como también existen personas que tienen tendencia y nunca practican actos homosexuales. Como en

otros campos, la tendencia puede causar problemas sin ser determinantes de comportamientos.

Otra distinción más fundamental todavía debe hacerse entre homosexuales *periféricos* (secundarios, ocasionales, circunstanciales) y *estructurados* (65).

Aquí se sitúa el homosexualismo propiamente dicho.

Existen numerosas teorías que procuran determinar la génesis del homosexualismo. Unas son de cuño médico; otras, de cuño psicológico, otras de cuño educacional (66). Entre las de cuño médico, pueden recordarse la de la intersexualidad, las de hereditariiedad, las del desequilibrio hormonal... Algunas de esas teorías tienden a dislocar la génesis hacia el plan genético. Entre las teorías psicológicas, casi todas ligadas a Freud, conviene recordar los complejos de Edipo y Electra, la rivalidad entre hermanos, el narcisismo... Otras teorías avanzan en la línea de la seducción, de la educación que ha fallado y de la sociedad. En este último caso se acentúan los vínculos entre anomia, crisis socio-culturales profundas y crecimiento del homosexualismo.

Solo el hecho de presentar tantas teorías nos hace concluir lógicamente, que cada una de ellas puede explicar algunos casos, pero *ninguna es plenamente convincente*. De allí que tal vez sea más acertado presuponer que el homosexualismo estructurado sea resultante de una combinación de factores, donde el ambiente familiar y la educación tendrían un papel preponderante, como también la sociedad.

Una última observación de orden general, prepara el campo para llegar al plano moral y pastoral: será el homosexualismo una anomalía? Será una cuestión determinante ya que, si estuviéramos ante una anomalía el problema es de orden terapéutico; si estuviéramos ante una variante, el problema no es ni terapéutico ni propiamente moral. Pero... hay normalidad/anormalidad estadística, antropológica, cultural, funcional. Parece que el propio Freud dudó mucho antes de situarse en favor del homosexualismo como variante y no como anomalía (67).

La cuestión, considerada en esta forma alternativa, nos parece mal colocada. Pues hay homosexuales perfectamente normales, mientras otros se sienten profundamente desestructurados. Como también hay heterosexuales normales y otros anormales. No es la orientación sexual la que determina la normalidad o anormalidad... Una cosa es cierta: toda persona normal, sea de orientación hetero u homosexual, puede canalizar sus impulsos. Una persona normal jamás puede ser compelida a asumir un comportamiento (68).

*Abordaje moral.* No hay duda que ante tantas teorías no conclusivas, la Moral se siente desorientada. Sus normas son pensadas partiendo del heterosexualismo y el homosexualismo se presenta como una organización afectivo-sexual que desorienta. Detrás de las tendencias homosexuales existe todo un subterráneo organizado de modo sorprendente y hasta misterioso, para los heterosexuales.

Un buen abordaje, sea a nivel científico, sea a nivel teológico, presupone que se mantengan las distinciones hechas arriba, particularmente entre los periféricos y los estructurados. La búsqueda de encuadramientos hechos según patrones establecidos, puede ser tentadora, porque simplificaría todo: por un lado, las directrices claras; por otro, una realidad llena de sombras. El abordaje hecho según patrones es ciertamente simple por demás y, por lo mismo, simplista. La vida real es mucho más complicada.

Un abordaje moral diferenciado resalta que los periféricos, que constituyen la absoluta mayoría de los homosexuales, son heterosexuales que todavía no han encontrado o han perdido su identidad sexual. Por lo mismo, su realización exige que quieran conocer y vivir de acuerdo con su identidad profunda que es la heterosexual. No viene al caso pensar en la creación de un estatuto moral propio para ellos. Sería negarles el camino de su realización. Esto vale a *fortiori* para los que se adhieren al comportamiento homosexual por moda o por otras razones semejantes, la heterosexual que viven en la promiscuidad.

El verdadero problema se coloca a nivel de los *estructurados*. Su orientación sexual es tan profunda, que procurar invertirla, además de ser un intento marcado casi siempre por el fracaso, sería

llevarlos a una desestructuración completa de su personalidad (69). Aquí nos encontramos ante un misterio que debe respetarse.

Entre tanto, como subrayamos desde el principio, el aspecto más agudo de la cuestión no se localiza en la línea de la tendencia, sino exactamente, en la del comportamiento. En un abordaje de cuño "manual", se localiza aquí la médula de la cuestión moral. Si nos situamos en esta línea de raciocinio, nos encontramos luego con algunos impases. El primero y más decisivo viene representado por la hermenéutica bíblica.

Mientras unos buscan en textos bíblicos aislados argumentos no sólo para defender la dignidad de los homosexuales, como también el derecho de asumir comportamientos de acuerdo con su orientación sexual (70), otros se fundamentan en los mismos textos para condeñar perentoriamente no sólo comportamientos, sino también las personas que presentan tendencias que no llevan forzosamente a comportamientos.

Para ser coherentes con los presupuestos lanzados en la segunda parte, no pretendemos trillar ese camino. Sólo queremos hacer presente lo que la Sagrada Escritura pretende y nos puede ofrecer. Ella, aunque rica en contenidos morales, sobrepasa los límites del casuismo para iluminar el camino de la realización humana que pasa por los grandes proyectos de Dios. Y ese camino viene muy bien expresado por la Alianza y el Reino. Salvación y perdición pasan por el horizonte (74).

No hay duda de que la antropología bíblica entiende la sexualidad humana partiendo de esas claves mayores y ve en la reciprocidad hombre-mujer una señal privilegiada de la Alianza y del Reino.

Tampoco hay duda de que la Sagrada Escritura denuncia como incompatible con los planes de Dios todo *libertinaje* o sea, comportamientos sexuales dictados por el alejamiento de Dios, por la venganza y por la inmoralidad. San Pablo es particularmente incisivo en este particular. Su lista, referente a comportamientos que "excluyen del Reino", es mucho más amplia. El ve las personas en una profundidad e invita a todo cristiano a ser una nueva criatura viviendo en el Señor.

De esto podemos concluir que los juicios morales indiscriminados, sean condenatorios o justificativos, pueden satisfacer a quienes los emiten, pero sólo estorbarán cualquier trabajo verdaderamente pastoral. La realidad es que existen numerosos homosexuales; que unos son estructurados, otros no. Unos sienten conflictos morales profundos, otros no se inquietan. Unos se defienden reaccionando en proporción de la agresividad que sienten; otros, sufren callados lo que sienten, como un drama. Unos se glorían de su condición, otros se sienten humillados. Unos buscan la identificación con una comunidad de fe, otros prefieren andar su propio camino. Y la pregunta que sobra para los pastores y agentes de pastoral es la de cómo evangelizar en un cuadro tan diversificado, llevando a todos la Buena Noticia: Dios los ama y los llama a vivir en la condición de hijas e hijos suyos; aún más; los llama para ser colaboradores en la construcción de su Reino.

*Abordaje pastoral*. Por lo expresado hasta aquí nadie podrá esperar que un teólogo tenga la pretensión de ofrecer recetas pastorales para aplicar en la práctica. Lo que podrá hacer es delinear algunas pistas que faciliten un empeño evangelizador; naturalmente, esas pistas sólo pueden ser coherentes con el discurso teológico arriba presentado.

Armonizar con la pastoral de Cristo parece ser la primera y más decisiva de las pistas. Nadie puede imaginarlo seleccionando previamente la cizaña del trigo, los buenos y los malos, según los estereotipos de su tiempo. Él afirma que esa tarea corresponde al Padre en otra etapa de la historia humana. Por el contrario, lanza su mensaje a todos, buscando levantar a los caídos y dar valor a los desanimados. Manda salir por las calles y caminos invitando a los pobres, a los alejados, a los ciegos y cojos (Lc 14,23) para transmitirles la Buena Noticia de que ahora serán invitados al banquete.

Salir al encuentro de los que están al margen es consecuencia lógica que emana de la pastoral armonizada con la de Cristo. Sólo así se podrá dejar de alimentar a los que están satisfechos y de administrar medicamentos a los sanos. No obstante, ir al encuentro no siempre es fácil ya que presupone el rompimiento de los prejuicios de fondo ideológico, más reforzados todavía ahora por el fantasma del SIDA que ronda a los grupos de alto riesgo. Además,

sólo puede salir al encuentro el que está dispuesto a oír, más que a hablar; a aprender, más que a enseñar. Sólo puede salir al encuentro quien está dispuesto a dejar en casa todo un bagaje de respuestas hechas y de soluciones previamente preparadas. Un encuentro siempre presupone la escucha atenta de lo que los interesados quieren decir, de lo que han encontrado, de lo que todavía buscan. En caso contrario, el profesor quedará sin oyentes y el pastor cultivará sus certidumbres mientras el rebaño se ahoga.

Acogerlos tal como son, como punto de partida, es otra consecuencia de lo que afirmamos arriba. Pero acoger no es sinónimo de justificar. Justificar y condenar, son dos actitudes opuestas sólo en apariencia, pues bloquean cualquier avance. La pretensión de justificar, llevaría a muchos periféricos y a los que no lo son, a sentirse confirmados en una coherencia de fondo y, por lo tanto, que lleva a la frustración. Ellos no *son*, sólo viven como si fuesen homosexuales. La acogida es un puente que se lanza y a través del cual, progresivamente, cada uno podrá ir descubriendo lo que significa la Buena Nueva de Jesús para ellos. Para los periféricos implicará, ciertamente, el redescubrimiento y la reconstrucción quizá penosa, de sí mismo y de sus comportamientos. Para los ya estructurados significará, ciertamente, que ellos *no son solo sexo ni solo homosexuales*. Son mucho más que eso pues presentan muchas otras dimensiones: artistas, técnicos, etc.

Ayudarlos a distinguir entre sexo y sexualidad, en una sociedad sexista, será sin duda un gran desafío. Pero sin ello la pastoral no llegará muy lejos. Sólo por medio del desarrollo de las múltiples dimensiones de la sexualidad, como expresión del ser humano en su totalidad, los homosexuales serán capaces de descubrir los muchos valores ocultos por su condición o son llevados a asumirlos. La obsesión del sexo, como único o principal camino de realización humana, forma parte de un esquema cultivado para alienar a la persona y a los grupos que podrían presentar cambios estructurales en la sociedad. Por lo mismo, el cultivo de la conciencia crítico-social, será indispensable en el proceso evangelizador. También es indispensable una verdadera Pastoral Familiar, sin la cual la superación del sexismo se hace muy difícil. Sólo en el seno de una familia amparada por condiciones sociales favorables, la sexualidad podrá aparecer como es: energía puesta

por Dios en lo más íntimo del ser humano, al servicio de la gran Familia de Dios (72).

### **El enfermo de SIDA recuerda a Cristo en la cruz.**

El que sufre de SIDA es ante todo una persona que de un momento a otro se siente fulminado por una sentencia de muerte. Condenado, abandonado de todos, roto en sus resistencias básicas, espontáneamente recuerda a Cristo en la cruz. Quizá la base de cualquier pastoral, al pie de la cruz, es la de un silencio respetuoso. Sólo después ese silencio podrá entrar en un segundo momento, el de la verdad y, finalmente, el tercero, el de la superación de las barreras.

#### *Primer momento: no preguntar los por qué*

La fase del descubrimiento en que se encuentran el enfermo de SIDA suele ser la de los sentimientos paradójicos. Después del "por qué yo", fácilmente se instala un clima de rebeldía y un profundo deseo de venganza que quiere arrastrar consigo a los amigos y enemigos (73). Las imágenes de las religiones organizadas que se le presentan, no siempre son las más favorables. No por eso está exento de una especie de fuga hacia el misticismo. Encerrado dentro de sí mismo y sin tener respuesta a sus preguntas, tiende a una fase de vida más gratificante. De ahí que, si tuviera alguna formación cristiana, no será sorprendente el llamado infantil a imágenes también infantiles de un Dios capaz de librarlo sin mediaciones humanas (74).

En esa fase de efervescencia de sentimientos contradictorios, las preguntas de los agentes de pastoral sobre los por qué y las eventuales culpas, serían las más descabelladas y desastrosas (75).

Un por qué pronunciado o no, sería una barrera casi insuperable, pues cortaría cualquier posibilidad de relación humana. Por eso, con razón, se acentúa la necesidad de acoger al enfermo como cualquier otro paciente, lo mismo cuando las Iglesias procuren sus recursos en favor de ellos, sin preguntarles cómo contrajo la enfermedad (76). La pregunta de los "por qué", nunca podrá llegar por parte de los agentes de pastoral, pero se presenta espontáneamente al paciente de esa enfermedad.

#### *Segundo momento: salir al encuentro de la verdad*

Una de las características básicas de la segunda fase que marca a las víctimas del SIDA es la pérdida progresiva de la seguridad personal básica. Esta pérdida no se da sólo a nivel de lo biológico, sino que también se infiltra a un nivel más profundo. La angustia consecuente, que tiene como núcleo la certeza de la muerte y que se expande en todas las direcciones, fácilmente lo coloca ante la verdad de su situación y de su eventual responsabilidad personal.

La antigua discusión sobre si se debe o no decir la verdad a los pacientes irrecuperables, se suscita aquí con mayor preeminencia. Para el cristiano no debe haber duda de que solo la verdad libera y que la verdad de Dios se revela cuando el hombre llega hasta el fondo de su verdad humana (77). El mayor gesto de grandeza de una persona, consiste precisamente, en sentir fuerzas para abrazar su propia suerte. Así procedió Cristo. Con todo, existen modos de dar a conocer la verdad, que facilitan la aceptación de la propia muerte y otros que sólo aumentan la rebeldía y la desesperación. Todo depende de quién lo hace o de cómo lo hace, pero en perspectiva cristiana alguien tendrá que hacerlo.

Algo semejante se proyecta también sobre la responsabilidad moral. Suscitar esta cuestión es algo en extremo peligroso, ya que muchos enfermos de SIDA son literalmente, víctimas inocentes. Basta pensar en los hemofílicos. No obstante, nos parece que cuando el propio paciente suscita la cuestión, no debe ser burlado sino enfrentarla con discernimiento. Ayudar a un enfermo a discernir su eventual responsabilidad personal es una de las tareas del agente pastoral. Esa seguridad está poco de acuerdo con ciertas convicciones vigentes en la sociedad y en ciertos sectores científicos. Ciertamente existe un sentimiento de culpa en el enfermo que se sitúa a nivel psicológico. Pero también es cierto que existe un sentido moral de culpa que es liberador y sin el cual no es posible un proceso de crecimiento humano y espiritual. (78). Decir "estoy enfermo", por lo tanto he pecado", es una relación infundada teológicamente. Pero decir que "la enfermedad *nunca* tiene nada que ver con el pecado", también es una relación teológicamente infundada. Por más que se tenga presente la responsabilidad social, sobre todo en el problema que nos ocupa, parece arbitrario descartar eventuales responsabilidades

personales. Ni culpar, ni inculpar, sino discernir con el interesado, es una exigencia ética sumamente importante en este contexto. Sólo ella abre perspectivas para un encuentro con el Cristo de la Cruz y de la Resurrección.

#### *Tercer momento: ayudar a romper las barreras*

A lo largo de todo este estudio hemos puntualizado las numerosas barreras que un enfermo de SIDA tiene que vencer. Romper las barreras externas, en gran parte no depende de él; al contrario, las internas dependen más de él que de los demás.

Las barreras externas se encuentran en los más diversos frentes: en la escuela, en el empleo, en los lugares públicos, en los restaurantes, en los hospitales, en las comunidades y hasta en los cementerios. Cabe aquí, al mismo tiempo, un testimonio, una denuncia y una aclaración. El testimonio consiste en poner a disposición de las víctimas del SIDA todos los recursos disponibles por las distintas instituciones ligadas a las Iglesias; la denuncia se refiere a las injusticias cometidas a nivel de sociedad; la aclaración, mirando todos los vehículos de transmisión del SIDA, se destina, sobre todo, a los familiares y profesionales de la salud. Sólo así se podrá ofrecer al enfermo una base de *re-integración a todos los niveles*.

No obstante, también existen barreras internas que solo se podrán vencer en la medida en que un clima de confianza ayude al paciente a sentirse suficientemente fuerte para asumir su realidad. Uno de los primeros pasos consiste, precisamente, en la palabra. Se sabe que la enfermedad "indecible" siempre es la más terrible. Facilitar la expresión de lo que siente, de lo que desea, de lo que lo rebela, es un elemento muy importante.

La *resocialización*, depende todavía, de que el paciente se convenza de que si su tiempo es corto, no por eso debe ser inútil. En la perspectiva cristiana, no es la duración sino la intensidad de la vida lo que importa. Una de las tareas principales en el contexto del SIDA y que sólo quien la siente en su cuerpo puede transmitir con profundidad, consiste en volverse hacia el otro. El que lo consigue, nunca dejará de sentirse útil. Son muy significativas las escenas de la cruz, donde Cristo se vuelve hacia el buen ladrón, al

discípulo amado, al centurión y a su Madre. En este volverse se pueden divisar los primeros albores de la mañana de Pascua.

## CONCLUSION

El largo recorrido que hemos hecho hasta aquí, sólo viene a confirmar que el SIDA no es un problema de personas ni de grupos. Suscita una vasta y profunda temática que interroga a todos.

Por lo mismo, a pesar de lo trágica que es, constituye no un castigo de Dios para algunos, sino una trágica señal de los tiempos. Arrastra consigo preguntas que hace tiempo no se hacían y vuelve a colocar en el candelero valores escondidos hace tiempo en las hendeduras del escenario de la humanidad.

Sin embargo, por ser un signo de los tiempos, también comporta cierta ambigüedad: podrá canalizarse para atemorizar a las multitudes con fantasmas sociales y aún religiosos, o podrá conducirse hacia una revisión profunda y liberadora de las estructuras humanas y mentales envejecidas? Para que se cumpla esta segunda hipótesis son necesarios algunos pasos indispensables.

El primero se refiere a una toma de conciencia de que las epidemias *no son castigo directo de Dios, ni una fatalidad histórica*. Toda epidemia viene armada con circunstancias históricas, propiciada por la propia humanidad. Nos parece muy significativo que el SIDA se concentre más en naciones y regiones ricas o pobres en extremo. Quizás sería osado afirmar pero no preguntar, es mera casualidad? Todos saben lo que significa vivir en la abundancia dispersiva o en la miseria deprimente. La primera invita a la persona a vivir de tal manera que prepare el campo para afirmar su sistema de inmunidad. Y los que viven en condiciones de desnutrición crónica, viven una especie de inmunodeficiencia permanente. Es curioso, pero hay que afirmar con todas las letras:

"La inmunodeficiencia adquirida es fruto del pésimo comportamiento social de las poblaciones... La inmunodeficiencia adquirida es un fenómeno social que muchas veces es independiente de la voluntad del individuo. Sus causas son las injurias hechas y recibidas en la convivencia cotidiana en el hogar, en el trabajo, en el ocio" (79). Es lo mínimo que se puede pensar.

El segundo paso es consecuencia del primero. Aunque no se aceptara la conexión en sentido estricto entre SIDA y los extremos de riqueza y pobreza, no puede negarse que muere más gente prematuramente de hambre o como consecuencia de la precariedad en que vive. Aquí no estamos ante millares ni millones sino billones de personas. En otros términos, si en efecto hubiera una voluntad expresa en términos político-sociales de que todos vivan mejor y más tiempo, entonces eso sólo será posible mediante una adecuada distribución de los recursos que Dios ha puesto a disposición de todos. Sólo habrá más vida en la tierra, en la medida en que todos puedan beneficiarse de mejores condiciones primarias y secundarias de vida.

El tercer paso remite a los comportamientos sexuales ya que aquí se localizan áreas de alto riesgo. Tanto el rigorismo maniqueísta como el liberalismo sexual, hacen perder el sentido profundo de esa forma primaria de energía que caracteriza lo humano, porque ambos impiden su canalización. Quizás convenga repetir aquí un párrafo ya citado del mensaje de los obispos de Norte-América: "De acuerdo con las intuiciones y valores, encontrados en la Escritura, nuestra tradición religiosa y una filosofía de la persona humana en consonancia con ellas, creemos que la mejor fuente de prevención para los individuos y la sociedad, solo puede venir de una auténtica y plenamente integrada comprensión de la personalidad y de la sexualidad humana y de los esfuerzos para enfrentar y eliminar las causas del abuso de drogas intravenosas. Tenemos la convicción de que las medidas capaces de prevenir de manera efectiva esa enfermedad, son sólo las que procuran educar y modificar el comportamiento humano" (80).

El último y decisivo paso se localiza a nivel de la Evangelización. Para el cristiano, el Evangelio abre caminos para la vida en todos los aspectos. Por eso, no hay por qué encogerse ante el avance de las ciencias humanas y sociales. En la medida en que sean reales,

irán descubriendo nuevos aspectos de los grandiosos planes que Dios tiene para con sus hijos e hijas. Entre tanto, para que el Evangelio adquiera nuevamente credibilidad como camino de vida, es necesario que los evangelizadores lo transmitan en tal forma que no aparezca como un cercado sino como una pradera verdeante.

Presentado en su sabor original de Buena Noticia, no asusta sino que fascina. Y fascinando hará intuir que el sueño implantado en el corazón humano puede hacerse realidad: aunque el cielo tenga otras dimensiones, somos invitados a degustarlo ya en la tierra. Basta que el proyecto de crear aquí una casa del Padre, sea abrazado con entusiasmo y realismo por lo que constituyen la Gran Familia de Dios. Eso es evangelizar como Cristo evangelizó. No atemorizar a los oyentes con amenazas, sino conmover con sus promesas.

#### NOTAS

- 1) THEVENOT, Le parti de l'existence, in Sida Rumeurs. et faits. Entretiens D' Emmanuel Hirsch, Cerf, Paris, 1987, 193; CONCETTI, G., Aids: problemi di coscienza, Ed. Piemme, 1987, 126 p.
- 2) ILLICH, A expropriação da saúde. Nemesis da Medicina. Ed. Nova Fronteira, Rio 1975, 65; 164; H. LEPARGNEUR, Lugar atual da morte, Paulinas, Sao Paulo, 1986, 232 p.
- 3) ILLICH, op. cit., 159s; ARIES, Ph, La mort inversée, le changement devant la mort dans les sociétés Occidentales. Archives Européennes de Sociologie, vol. VIII, 1967.
- 4) Bispos Norte-Americanos, As muitas faces da Aids: uma resposta segundo o Evangelho, SEDOC maio/junho 1988, 692.
- 5) ILLICH, op cit..
- 6) Bispos Norte-Americanos, op. cit., l. cit.
- 7) Id., ibid., 695.

8) A. AUTIERO, L' Etica di fronte alla malattia. Il paradigma dell' Aids, Riv. Tcol. Morales, abr/junho 1987, 16.

9) Bispos Norte-Americanos, op. cit. 693

10) H. ASSNANN, e outros, Trilateral: nova fase do capitalismo mundial, Vozes, Petrópolis 1986, 208 p.

11) A. MOSER-B. LEERS, Teologia Moral: impasses e alternativas, Vizes, Petrópolis, 2o. ed. 1988-168.

12) GS, No.19.

13) PAULO VI, Ecclesiam Suam, No. 55.

14) M. VEIT, A pergunta por Deus em uma era pós-teísta, Estudos Teológicos, 1980, 19-28; C. BENT.O. movimento da Morte de Deus, Moraes Ed, Lisboa 1968.

15) GS. No. 19.

16) Bispos Norte-Americanos, op. cit 700.

17) L. PESSINI, Solidariedades com os enfermos, . ICAPS; Ed. Santuário, Aparecida 1988, 196.

18) ID, 197

19) JULIETTE, Pourquoi moi? Confession d' une jeune femme d' aujourd' hui, R. Laffont, Paris 1987, 215 p.

20) L. PESSINI, op. cit, 193

21) I. ILLICH, op. cit., 64; 71s.

22) I A. MOSER-B. LEERS, op. cit., 38s.

23) ID. ibid, 48s.

24) ID., ibid., 66.

25) G. ANGELINI-A VALSECCHI, Disegno storico della Teologia Morales EDB, 172, 61-209.

26) L. PESSINI, op. cit., 29s.

27) M.L. BARRIO, La enfermedad en el Antiguo Testamento, Christus, fev. 1988, 32s.

28) P.N. BEERNAERT, Jesus-Christ et la santé. Le témoignage évangélique, Lumen Vitae XL, 3 (1985), 286.

29) E. MAILOT, Les quatre dimensions de la santé, Lumen Vitae, op cit., 258s.

30) C. BRAVO, Jesus y la liberación de la maldición, Christus, op. cit., 35-37.

31) L. BOFF, Jesus Cristo Libertador, 9a. ed., Vozes, Petrópolis, 1983, 62s.

32) ID., ibid., 68.

33) F. X. THEVENOT, op. cit., 196.

34) ID. ibid., 190s.

35) R. TROIFONTAINES, La Soiffrence. Définition, remédes, éléments d' interprétation, Lumen Vitae, op. cit., 274.

36) A. MOSER, Pastoral Familiar: desafios e perspectivas, REB mar. 1988, 103-123.

37) JOAO PAULO II, "L' Oss. Romano", 15 de maio de 1988, 9.

38) Bispos da Califórnia, Pastoral Letter on Aids to the Catholic Communicatu of California, Justice and Peace Notes; Sacramento, 1987, 2 e 4.

39) H. HALLAND, Aspects de la marginalité en Moyen Age, Montreal 1975.

- 40) M. BOSH, Aids. Die Geissel Gottes?, Miesbaden 1986.
- 41) BISPOS SUIÇOS, A. AIDS, un desafio para o nosso tempo, SEDOC maio/jun. 1988, 708-709.
- 42) Bispos Norte Americanos, op. cit., 690
- 43) BISPOS SUIÇOS, op. cit. 705.
- 44) Bispos Norte-Americanos, op. cit., 696
- 45) ID., ibid., 697.
- 46) ID., ibid.
- 47) ID., ibid.
- 48) A. MOSER-B. LEERS, op. cit. 145-168.
- 49) GS, 16.
- 50) A. MOSER-B. LEERS, op. cit., 161.
- 51) ibid., 162
- 52) ID., ibid., 163
- 53) T. TOHMER, A. Igreja e a prostituicao: ontem e hoje, REB set. 1984, 572-573.
- 54) H. D'ANS, Prostituicao: un pecado social, REB set. 1984., 564-572.
- 55) ID., ibid.
- 56) H. D'ANS, Pastoral da mulher marginalizada: 13 anos de caminhada libertadora, REB setp, 1987, 651-654; AA.VV., Pastoral da mulher marginalizada, SEDOC, marco 1985.
- 57) T. ROHMER, op. cit., 575-577.

- 58) LUCARINI, S., Dossier sulla Droga, Citta Nuova Ed., Roma 1970, 153s.
- 59) SCDF, Declaracao sobre alguns pontos de ética sexual, Doc. Pont, 187, Vozes, Petrópolis 1976, No. 8.
- 60) M. ECK, Sodoma. Ebsaio sobre a homossexualidade, Moraes Ed., Lisboa, 1970, 30.
- B. HARING, Omossessualita, in Dicionario Enciclopedico di Teologia Morale, Ed. Paoline, 3o. ed., 1974, 684.
- 62) J. SNOEK, Consideracoes sobre a homofilia, Rev. Vozes, Petrópolis 1967, 962s.
- 63) SCDF, Carta aos Bispos da Igreja Católica sobre a atual Pastoral das Pessoas Homossexuais, SEDOC, marco 1987, 795-806.
- 64) SCDF, Alguns problemas..., op. cit., No. 8.
- 65) Preferimos o termo estruturado, porque estrutural poderia significar, de "fundo genético", posicao que nao aceitamos.
- 66) E. GIUS, Una messa a punto della homosessualita, Marietti, 1972, 406s; B. HARING, op. cit, 683-684.
- 67) S. FREUD, Uber die Psychogenese eines Falcs von weiblicher Homonexualitat, Ges. Werke, Bd XIII, 193-207.
- 68) D. BACKLEU, Homosexualidad, Dusseldorf 1964, 174.
- 69) E. GIUS, op. cit , 420.
- 70) Mc NEILL, J. J., The Church and the homosexual, Beacon Press, Boston, 149 p.
- 71) A. MOSER-B LEERS, op. cit, 99-144.
- 72) A. MOSER, Pastoral Familiar, op. cit.

73) Bispos Norte-Americanos, op. cit., 699; JULIETTE, op. cit, 161-163.

74) B. X. THEVENOT, op. cit, 181.

75) J. REITER, Aids: the virus and Moral, Theology Digest 35, (1988), 7.

76) Bispos Norte-Americanos, op. cit., 692.

77) Cf. P. X. YHENENOT, op. cit., 193.

78) ID., ibid., 193.

79) MOTA DE A QUINO, Aids. Toda a verdade, Record, Rio 1986, 77.

80) Bispos Norte -Americano, op. cit., 696.

### CAPITULO III\*

## SUGERENCIAS PARA LA PASTORAL DEL BUEN SAMARITANO

---

\* Los capítulos tercero y cuarto lo conforman aportes de los participantes en un seminario taller sobre Pastoral del SIDA celebrado en San Pablo Brasil en noviembre de 1988. SEPAF - CELAM.

## CRITERIOS TEOLOGICO-PASTORALES EN EL DOCUMENTO DE PUEBLA.

La dignidad de la persona humana, dignidad de hijo de Dios, ha de anteponerse a toda clase de intereses económicos, políticos, etc. "A reivindicar tal dignidad nos mueve la revelación contenida en el mensaje y en la persona misma de Jesucristo: " El conocía lo que hay en el hombre" (Fil 2,7) ni rechazó vivir hasta la muerte junto a los postergados para hacerlos partícipes de la exaltación que El mismo mereció de Dios Padre". (Puebla 316).

"Profesamos, pues, que todo hombre y toda mujer por más insignificante que parezcan, tienen en sí una nobleza inviolable que ellos mismos y los demás deben respetar y hacer respetar sin condiciones; que toda vida humana merece por sí misma, en cualquier circunstancia, su dignificación; que toda convivencia humana tiene que fundarse en el bien común, consistente en la realización cada vez más fraterna de la común dignidad, lo cual exige no instrumentalizar a unos en favor de otros y estar dispuestos a sacrificar aún bienes particulares". (Pb. 317).

"Condenamos todo menosprecio, reducción o atropello de las personas y de sus derechos inalienables; todo atentado contra la vida humana, desde la oculta en el seno materno, hasta la que se juzga como inútil y la que se está agotando en la ancianidad; toda violación o degradación de la convivencia entre los individuos, los grupos sociales y las naciones". (Puebla 318) "De este modo, nos sentimos urgidos a cumplir por todos los medios lo que puede ser el imperativo original de esta hora de Dios en nuestro continente; una audaz profesión cristiana y una eficaz promoción de la dignidad humana y de sus fundamentos divinos, precisamente entre quienes más lo necesitan, ya sea porque la desprecian, ya sobre todo porque, sufriendo ese desprecio, buscan - acaso a tientas - la libertad de los hijos de Dios y el advenimiento del hombre nuevo en Jesucristo". (Pb. 320).

Jesús de Nazareth enfrentó las estructuras sociales de su tiempo y anunció la Buena Noticia a los pobres. Hoy, como Jesús, deseamos evangelizar prioritaria y privilegiadamente a los pecadores y marginados; a los pobres y empobrecidos de nuestro continente; en un compromiso radical con el hombre. Cristo, prototipo del cristiano, acoge al pecador, al marginado, al

rechazado, al pobre e invita a caminar con El. "Los pobres merecen una atención preferencial, cualquiera que sea la situación moral o personal en que se encuentren.

Hechos a imagen y semejanza de Dios (Gn 1,26-28) para ser sus hijos, esta imagen esta ensombrecida y aún escarnecida. Por eso Dios toma su defensa y los ama (Mt. 5,45; St 2,5). Es así como los pobres son los primeros destinatarios de la misión (Lc 4,18-21) y su evangelización es por excelencia señal y prueba de la misión de Jesús (Lc 7,21-23)". (Pb. 1142).

La opción preferencial por los pobres es un llamado de Dios a los cristianos de nuestro continente para luchar por el cambio de las estructuras sociales que son generadoras de muerte. Tales estructuras injustas, por lo inhumanas, son intrínsecamente contrarias al Plan de Dios y a nuestra fe en el Resucitado que es fe en la vida abundante. Uno de los aspectos más deficientes de nuestra estructura social latinoamericana es, precisamente, el que se refiere al campo de la salud.

El mandamiento nuevo del amor es, para los cristianos, una llamada a que nuestros intereses y el poder de las estructuras sociales se concreten en el acompañamiento y servicio eficaz a los más necesitados, a ejemplo de Aquel que no vino a ser servido sino a servir (Puebla 1145). Es de suma importancia que este servicio al hermano vaya en la línea que nos marca el Concilio Vaticano II: "Cumplir antes que nada las exigencias de la justicia para no dar como ayuda de caridad lo que ya se debe ser razón de justicia; suprimir las causas y no sólo los efectos de los males..." (Pb. 1146).

Nuestra misericordia, como la de Jesús ha de ir más allá de la compasión y de la piedad para alcanzar la justicia, Justicia que ha de concretarse en solidaridad con los enfermos de SIDA; solidaridad que debe comprometer a toda familia, comunidad y sociedad cristiana. Podemos así, ver en el SIDA, un "signo de los tiempos", un nuevo llamado de Dios a la solidaridad, "Jesucristo, Salvador de los hombres, difunde su Espíritu sobre todos sin acepción de personas. Quien en su evangelización excluya a un solo hombre de su amor, no posee el Espíritu de Cristo; por eso, la acción apostólica tiene que abarcar a todos los hombres, destinados a ser hijos de Dios". (Pb. 205).

Por el SIDA, la Iglesia puede ser hoy, nuevamente, espacio de misericordia, signo de Cristo, como El lo fue del Padre, en su acogida a los rechazados, segregados, enfermos, marginados y toda clase de pecadores de su tiempo. Además, la ocasión de vivir hoy, la actitud de "el buen samaritano" no de juzgar sino de tener misericordia y ayuda eficaz con el hermano necesitado.

El hombre se realiza en el amor a Dios y a sus hermanos. El cristiano, en su reto permanente a ser auténtico discípulo de Cristo y hermano de todos los hombres, ha de ir creando las condiciones y estructuras que posibiliten una humana y cristiana realización en el amor y luchar contra aquellas que se oponen a este plan: desempleo, insalubridad, falta de educación y de vivienda, carencia de un núcleo familiar, etc...

La esperanza cristiana en la vida eterna da sentido a nuestra peregrinación terrena y a la tensión continua de nuestro vivir-muriendo para morir-viviendo en Cristo, Señor de nuestra historia. Una pastoral de la esperanza cristiana supone la alegría, en la acogida fraternal para el hermano enfermo de SIDA.

La Iglesia tiene, así suficientes criterios desde la fe, para realizar una efectiva acción pastoral de tipo educativo-preventivo-asistencial; en un trabajo que será posible, gracias no únicamente al compromiso de individuos sino de comunidades cristianas.

Teniendo en cuenta que el SIDA afecta en lo más profundo no solamente a la persona del enfermo sino también los aspectos económicos, culturales, éticos, religiosos de una sociedad, urge un trabajo interdisciplinar estatal, privado, eclesial, etc...

## PRECISIONES PARA AGENTES DE PASTORAL

"Vivir individual y colectivamente la parábola del Buen Samaritano, ser el prójimo de los que sufren, significa expresar lo que es el amor la solidaridad, el servicio y excluir todo lo que sea egoísmo, discriminación y marginación" Juan Pablo II.

Una epidemia como la del SIDA nos sitúa bruscamente frente a las limitaciones humanas. No conocemos el origen exacto de la pandemia, ni sabe la humanidad cómo defenderse de ella. Sus consecuencias nos llenan de terror e inclusive es posible que alguien ante semejante situación sienta la tentación de arremeter contra Dios.

Un agente de pastoral es una persona llamada por el Señor a encarnar su mensaje y a llevar esa Buena Noticia de la salvación a sus semejantes en especial a los miembros más débiles del Cuerpo Místico. Por lo tanto, se exige al agente pastoral, no solamente tener claro concepto sobre la Verdad por transmitir, sino también tener en cuenta a quién lleva esa verdad. El destinatario, no es más que el hombre de hoy con el comportamiento propio de su cultura e inmerso en circunstancias muy variadas, que es necesario conocer para poder adecuar el mensaje. Téngase en cuenta el hombre de hoy, pero también la responsabilidad de la Verdad. Esta Verdad, no es "negociable". Es decir hay aspectos de comportamiento ante los cuales no se puede transigir, por moderno o de moda que aparezcan. El cristianismo es un estilo de vida, cuya iniciativa la lleva siempre Dios a quien el hombre escucha y obedece.

La fe nos lleva a pensar que la enfermedad del SIDA puede ser vencida como lo han sido otros males a lo largo de la historia. El hombre con su inteligencia y su esfuerzo guiado por el amor misericordioso de Dios y por su gracia logrará mucho ante esta difícil enfermedad. Con estos criterios un agente de pastoral aportará al bien de la humanidad.

Por el momento todos los esfuerzos para vencer la pandemia del SIDA, en especial desde la base de la comunidad, habrá de centrarse en la fase preventiva. Esta fase comprende unos pasos ya marcados por quienes han reflexionado y creado algunos hechos en esta lucha. Estos pasos son:

Definir el número de casos del país, la región o ciudad.

Saber en qué consiste el SIDA, sus síntomas fácilmente apreciables, las vías de contagio más frecuentes y peligrosas y las precauciones que habrían que tomar.

Brindar información seria y completa a la comunidad, de tal manera que se logre mostrar la verdad y se eviten falsas alarmas que favorecen actitudes desacertadas hacia las personas y comunidades.

Prevenir esta pandemia desde el Evangelio exige entre otras cosas, claridad en los principios morales aplicables en el texto y contexto de la enfermedad.

Es indispensable conocer algo y poseer algún carisma para llegar apostólicamente a los llamados grupos de alto riesgo, homosexuales, bisexuales, drogadictos y prostitutas.

Un agente de pastoral que desee ser testigo del Evangelio estará dispuesto a crear signos de amor en especial para los enfermos del SIDA e integrantes de distintos grupos afectados o en peligro de serlo.

Estar al tanto de las informaciones y disposiciones de las autoridades sanitarias, con el fin de aceptarlas. Pero a la vez el agente sabrá discernir sobre estas disposiciones en ocasiones ofrecidas sin el criterio moral. Igualmente un agente velará para que en los organismos de servicio hacia los implicados en el SIDA, se despojen de toda posibilidad de discriminación injusta o desdoro ético.

La labor de formación de esta pandemia obviamente por su magnitud exige apertura hacia otros organismos, eclesiales o nó. Todos estamos de acuerdo que este servicio ha de ser un

gesto de amor de Cristo y con la pedagogía de El. En consecuencia, el primer testimonio de amor hacia la comunidad deberá consistir en buscar las relaciones con otros sectores de la Pastoral que puedan portar a las áreas previstas para la prevención del SIDA. Sería imposible acometer el trabajo sin contar con la Pastoral Familiar, Educativa, Social y de la Salud, etc. El ideal es que en conjunto, y desde distintas ópticas se analice la realidad; se establezcan objetivos y estrategias de trabajo a la vez que se evalúen los recursos disponibles.

#### Pastoral preventiva.

Reforzar los principios cristianos en la familia y en los centros escolares.

Estimular la acción de los profesionales cristianos y de la tradición asistencial de las comunidades religiosas en hospitales y ambulatorios médicos.

Atención especial a los jóvenes y a sus formas de conducta gravemente deficiente desde el punto de vista socio-afectivo y moral.

Describir las causas de la permisividad respecto de la droga y de la promiscuidad sexual.

Definir que cosas pueden causar contagio y cuales no, para evitar desencadenar procesos de pánico.

#### Pastoral de acogida.

Acercarse al enfermo, el cual no se puede sentir tratado de forma discriminada e injusta; y alejar la enfermedad con lucha integral para evitar la propagación del virus.

Inventario de proyectos de mejora de las instalaciones sanitarias para la acogida y tratamiento de los enfermos con SIDA.

Promoción de equipos interdisciplinarios.

Ayuda corporal y espiritual para mantener la entereza moral, y si es posible, para recuperar la salud perdida.

El enfermo de SIDA es un enfermo más que merece cariño, caridad cristiana y atención científica: En expresión de Jesús: "Lo que hicisteis con uno de estos hermanos míos, conmigo lo hicisteis".

El enfermo de SIDA igual que todos los hijos de Dios debe morir de cara a la felicidad eterna, y debe ser semilla de renovación cristiana en su familia.

#### PERFIL DEL AGENTE PARA LA PASTORAL DEL SIDA

El SIDA es un desafío nuevo a la tarea evangelizadora de la Iglesia. El perfil del Agente de pastoral en relación con el SIDA irá definiéndose según las experiencias que en esta etapa 'novedosa' de la pandemia vayan realizándose y según los retos que los mismos afectados vayan alcanzando a la tarea pastoral de la Iglesia.

Cuando se habla de un agente de pastoral se entiende que se trata de un bautizado consciente de su pertenencia a la Iglesia y a la par con Ella construye el Reino en todos los pueblos y circunstancias.

El agente de pastoral generalmente busca su ubicación de acuerdo con el llamado de Dios quien dentro de la gratuidad dota al agente permanente o transitoriamente para servir a la comunidad. Cuando se habla de agentes de pastoral remunerados o no, se pone en juego toda la teología especialmente lo pertinente al misterio de la Iglesia a la Gracia y a la Vocación ministerial y laical con todas sus implicaciones.

Con respecto al agente para la pastoral del SIDA se impone una pauta clara al menos de los más fundamentales aspectos destacables en una persona que desde el Evangelio quiere colaborar en la construcción del Reino en la lucha contra este mal que aqueja a la humanidad. Estos puntos fundamentales serían los siguientes:

## **Ubicación eclesial**

Un agente de pastoral es una persona que sin reduccionismos conoce, ama y sirve a su Iglesia. En consecuencia está informado sobre las orientaciones que tanto el Obispo como los demás organismos eclesiales nacionales y universales ofrecen para el ejercicio de la Pastoral del Buen Samaritano. Es bueno recordar que existe el Pontificio Consejo para la Salud, con sede en el Vaticano y que generalmente en las Conferencias Episcopales de cada país también se organizan Departamentos o Secretariados que desarrollan esta pastoral. Con el aumento del recurso humano y buena coordinación con estos y otros organismos que tienen competencia en la materia se garantiza en parte la unidad y la solidaridad eclesiales para producir gestos de amor misericordioso en especial con los pobres.

## **Madurez personal**

Dadas las características universales de la pandemia, la novedad en investigaciones y tratamientos y las consecuencias en el enfermo, en la familia y en la comunidad, un agente de pastoral del SIDA actúa con verdadera madurez. Este aspecto se traduce en justo equilibrio emocional y en capacidad para sostener relaciones humanas fuera de conflicto que favorezcan llevar cálida e inteligentemente el mensaje cristiano a todos los implicados en la pandemia, enfermos, familias, centros de educación, hospitales, etc.

Además un agente equilibrado es capaz de guardar el secreto y ser discreto y prudente en las labores de iniciativa personal o que se le encomendaren.

Un servicio de esta clase no se improvisa. La primera persona bien informada sobre los aspectos técnicos-científicos y pastorales ha de ser el agente.

## **Proyección comunitaria**

La llamada del Señor a trabajar en su mies hoy visitada por el virus del SIDA, impele al bautizado comprometido a aceptar nuevos desafíos aquí y ahora. Responder a este llamado implica, si es

preciso, "cambiar programas personales e institucionales con el fin de llegar al fondo del problema con la actitud del Buen Samaritano" (Juan Pablo II).

El problema del SIDA es de magnitud y no puede tratarse con la sola buena voluntad o con metodologías inadecuadas, como sería dar respuestas provenientes de mentalidad agraria a un problema actual y que afecta señaladamente a la cultural urbana.

Prevenir a la humanidad para atacar pastoralmente el SIDA, es evangelizar en todo el sentido de la palabra. América Latina pasa por una fase de transformación señalada por Alvin Toffler como el paso de sociedad agraria a una sociedad post-industrial-informática. Surge una nueva cultura que a veces sobrepasa los actuales esfuerzos pastorales y surge un período con nuevas exigencias entre ellas la increencia, los nuevos valores y la nueva expresión religiosa.

Ante estas nuevas realidades un agente de pastoral cobra nuevos impulsos (nueva Evangelización: en su ardor, en su expresión en sus métodos. Juan Pablo II) para acertar en su apostolado.

Dentro de esta perspectiva, el SIDA debe ser redimensionado. Es verdad que es incurable y que sus víctimas suman y sumarán millares; pero también hay que dejar en claro que no es el principal problema de la época. Existen también numerosas enfermedades endémicas en su mayoría ligadas a condiciones socio-económicas precarias y que ligan a numerosas víctimas en mayor cantidad. Son millones los que mueren por frío y hambre.

Reubicar el SIDA es hacer que los agentes de esta pastoral, sigan la pedagogía de Cristo con las personas y la comunidad.

Entre las labores pastorales para la prevención del SIDA a nivel comunitario, se tendrán en cuenta, fuera del cuadro operativo bien pensado y funcional, la educación para la sexualidad (el agente se confrontará en su propia actitud sexual) "La sexualidad en plan de Dios, realza la belleza del amor, expresada en las categorías del Reino y de la Alianza. Cuando la sexualidad esté revestida de capa evangélica dejará de ser difícil y vergonzosa". (Antonio Mosser, ver ponencia en esta edición).

Mención especial merece la pastoral con grupos de alto riesgo: prostitutas, homosexuales, drogadictos. Un agente de pastoral del SIDA, está informado sobre las causas sociales, que aunque complejas, generan estos fenómenos y las enfrenta desde el Evangelio. No se trata simplemente de levantar estadísticas sobre estos grupos. La reestructuración personal, familiar, educativa, social y eclesial, será un paso decisivo para enfrentar estos males.

La aplicación práctica de principios de justicia social será la resultante de una mirada profunda, objetiva y severa al fenómeno del SIDA.

La comunidad requiere más y adecuada información sobre la pandemia, más y moral educación sexual. Pero esto no es suficiente. Este mal pide a la Iglesia denunciar y comprometerse más comunitariamente en la transformación social de un mundo deshumanizado. El agente comunitario es un comprometido con la necesidad y urgencia para unir esfuerzos y recursos. En el panorama de la información de los medios de comunicación sobre el SIDA parece que el mayor hilo conductor de las campañas fuese el comercio. Algunas campañas aparecen superficiales, carentes de valores y sin coherencia. Este es un campo abierto para el apóstol empeñado en este tipo de servicio.

La actividad informativa sobre el SIDA que como oleadas aparece a través de los medios de comunicación en los países, muchas veces carece de una sana filosofía. Además no siempre los medios, aunque se llamen masivos, logran llegar a la gran masa de población. El pueblo más sencillo no lee los diarios y el uso de la televisión no es tan generalizado como aparentemente se cree.

En síntesis, el trabajo de un agente de pastoral del SIDA a la comunidad, es amplio: información, prevención, educación sexual, denuncia de injusticias, etc. Todo esto implica una actividad conjunta con las características de la Nueva Evangelización.

### **Espiritualidad**

Quien habla de espiritualidad a un agente de pastoral del SIDA, confiesa su fe en el Señor, en su Hijo Jesucristo y en la Iglesia. Además actúa conjuntamente con el Espíritu y el hombre de hoy

inmerso en situaciones diversas.

Este caminar con el hombre y el Espíritu, señala directamente que la espiritualidad no es simplemente el ejercicio de actos de piedad, sino que la espiritualidad es todo un arte y quien habla de arte se refiere a un proceso.

Ser apóstol de esta nueva pastoral es buscar la realización cristiana por un camino bien deteriorado: el seguimiento de Jesús a través del hombre de hoy amenazado y azotado por la epidemia del SIDA.

En este seguimiento aparecen unas líneas claras que por ser tales, se corre el riesgo de intelectualizarlas cuando lo específico del Evangelio es la vivencia que el mismo Jesucristo presentó. Sin embargo es conveniente que esas líneas aparezcan:

- Alejar la enfermedad, implica en el agente vivir la espiritualidad propia de su estado, soltero, religioso, Presbítero o casado. El testimonio de la unidad del matrimonio y de la castidad personal es decisivo en este servicio por tratarse de una enfermedad producida generalmente por desórdenes sexuales.

- El valor de la vida en familia, es otra de las fuentes de espiritualidad. Aunque sociológicamente la familia está en el nivel de mediación, es innegable su importancia como espacio privilegiado para la vivencia y transmisión de valores cristianos.

- La práctica de la piedad puede alienar o ser efectivamente evangélica. Esto último ocurre cuando "la fe se muestra en las obras" como lo hizo Jesús. La Iglesia necesita producir más gestos concretos de amor, denunciar más las injusticias y el agente ser partícipe y generador de estos compromisos de solidaridad y profetismo. "La fe sin obras es muerta".

- Acercarse al enfermo; es otra de las grandes fuentes de espiritualidad. El temor al contagio, las características de algunos grupos más propensos a sufrir la enfermedad y un "terrorismo" creado por información deficiente vienen cerrando esta fuente.

- Es en el enfermo en donde se concreta de manera excelente el misterio vida-muerte-resurrección.

- Para quienes creen en Dios y confían en El, la aparición del SIDA en vez de ser un escándalo o motivo de desesperación es más bien una ocasión de purificación interior y de aprender a caminar por la vía que lleva a la Resurrección.

### El presbítero

Una palabra de gratitud, admiración y apoyo merecen los Presbíteros que con audacia y coherencia con el Evangelio han encontrado en la lucha contra la enfermedad del SIDA una fuente de espiritualidad y de realización pastoral para la salvación de los pobres entre los pobres.

Se ensombrece este panorama al constatar hechos dolorosos de negarse un sacerdote a auxiliar espiritualmente a enfermos en su fase terminal con razones poco creíbles por la comunidad. Aseguran los expertos en esta clase de enfermos que la compañía del Presbítero es muy importante en la fase terminal; muchos enfermos tienen pocos antecedentes religiosos, pero al final sí buscan ayuda y anhelan algo trascendente.

Es evidente en América Latina el liderazgo del Presbítero. Y son muchos los que vienen preocupándose en los países por los desafíos del mundo de hoy y de dar respuestas desde el Evangelio. Si la Pastoral del SIDA se asume en serio, no cabe la menor duda de que hace revisar y transformar los métodos de Evangelización desde la parroquia hasta los apostolados supra-parroquiales, pasando por los movimientos apostólicos.

No será acaso el SIDA un llamado de Dios para afinar la pastoral? No será una sacudida para observar la cultura contemporánea y plantearse la inculturización del Evangelio?

El latinoamericano de hoy reclama respuestas pastorales adecuadas a su situación concreta. El Presbítero tiene la riqueza del Evangelio para dar la respuesta.

### EL PAPEL DEL ESTADO FRENTE AL SIDA.

Es claro que todo Estado refleja y dirige los intereses de una nación y le corresponde crear políticas en relación con la salud y previsión social del pueblo en general y en particular con respecto al SIDA. Estas políticas las aplicará a través de su aparato institucional (Ministerios, Secretarías, Servicios de Salud...) y arbitrará los recursos humanos y financieros para la prevención del SIDA y para la atención a portadores del virus y enfermos declarados.

No es del caso en esta publicación describir la naturaleza del Estado ni urgir sus obligaciones con respecto a los derechos humanos. El agente de pastoral empeñado en colaborar a las personas en este aspecto de la pandemia, si tendrá en cuenta los siguientes aspectos:

- Conocer el plan internacional para prevenir el SIDA auspiciado por la Organización Mundial para la Salud (OMS) y estimular a los gobiernos en sus distintos niveles a la ejecución moral de este proyecto.
- Sería inoportuno y además errónea una campaña de moralización basada en el hecho del SIDA. Ni el Estado ni la Iglesia pueden ser oportunistas. Pero ambos deberán situar sus campañas morales en el verdadero terreno.
- Además de la prestación de servicios, el agente de pastoral tendrá en cuenta que a los Estados y donde sea posible en asocio con la vigilancia sabia y maternal de la Iglesia, será moralmente cuidadoso en la información y educación de la ciudadanía.
- Hasta qué punto es humanizadora una visión trivializada de la sexualidad en la que ésta queda reducida nuevamente al aspecto de placer y biológico dejando de lado una visión más profunda y básica?
- El ofrecer en la información y educación preventiva para contrarrestar el SIDA, un mero juego en que se dejan de lado

los profundos contenidos afectivos y psicológicos, más bien desorienta a las personas y comunidades.

- La moral cristiana positivamente presentada ayuda a madurar a las personas y las capacita para una sexualidad más válida y auténtica.
- Dentro de las campañas alrededor de la pandemia, los gobiernos deberían cuidar de la "regulación social del comportamiento sexual". No cabe duda de que el permisivismo que se vive hoy necesita indiscutiblemente una mano que oriente el debate desde las mismas bases naturales de la afectividad y sexualidad.

Algunas campañas auspiciadas por los Estados, no dejan a veces más enseñanza que el consejo de abstención, pareja única, o uso del condón o preservativo. Aparecen algunos mensajes superficiales o temerosos de profundizar en los valores de la sexualidad, la familia y el matrimonio. El SIDA exige que los agentes pastorales (en especial los de la pastoral familiar, social y juvenil) ayuden desde sus niveles a los Estados a profundizar más en sus políticas educativas y de salud.

- Además de la educación de la salud en línea preventiva, de proporcionar recursos, los Estados tienen la obligación de velar por la estabilidad de los portadores del virus y de los enfermos en forma justa.
- De otro lado, ha de ejercer vigilancia sobre los dispensarios de sangre. En algunos países éstos "servicios" son más bien comercios libres ejercidos clandestinamente y obviamente sin seguridad para la salud pública.
- Corresponde también a los Estados justamente con los Sindicatos y patronos de Empresas garantizar a los trabajadores ambientes de trabajo sano que favorezcan su salud integral.
- Las compañías de Seguros, han marginado a los enfermos del SIDA. Urge una reflexión, también ética, sobre las posibilidades de las aseguradoras con respecto a los servicios a los portadores del virus y enfermos del SIDA.

El agente de pastoral deberá informarse muy bien sobre esta clase de servicios y otros que miran a la salud pública y a la justicia y cuya responsabilidad está en manos de los Estados.

La índole del SIDA y su rápida difusión pide a los Estados acciones urgentes. Sin embargo, se corre el peligro de que las intervenciones estatales se limiten a una urgente y transitoria intervención y sólo con los enfermos. El problema que debe abordar el Estado es más delicado porque habrá de tocar el sector población en su totalidad, puesto que se trata de un problema médico, pero con implicaciones éticas morales y culturales.

"La Iglesia católica, encarnada por un agente de pastoral ( a veces única presencia de la Iglesia que se tendrá en ciertos ambientes como los grupos de alto riesgo), está convencida de que una política sanitaria deberá traducirse en intervenciones humanizantes y a la continua promoción de la vida que es la defensa del hombre y su dignidad". (F. Angelini representante de la Santa Sede en reunión mundial de ministros de Salud).

#### ORGANIZACIONES LABORALES Y EMPRESAS ANTE EL SIDA

Los agentes de pastoral como misión de su estado secular, seguramente harán presencia en todos los medios en los cuales se desempeña el ser humano. En este sentido y por obvias razones, se impone la presencia del Mensaje Evangélico en las organizaciones sindicales y en las directivas de las grandes empresas.

Estas entidades pueden ser de gran ayuda en la campaña de información y de educación no solamente para reducir al mínimo las falsas ideas que se tienen sobre el SIDA, sino para que la prevención se haga también desde el lugar del trabajo. Las empresas procurarán prestar sus servicios de información también a las familias o compañeros de los trabajadores.

Ultimamente los movimientos sindicales han sido activos en los

debates, en las luchas por la defensa de la salud del trabajador. De allí que las organizaciones sindicales desempeñan un papel importante en la prevención del SIDA. Sin embargo, es necesario advertir que el agente de pastoral deberá ser cauteloso y firme en depurar estos servicios de las connotaciones políticas que pudiesen reducir o impedir la atención al enfermo o debilitar la acción informativa y preventiva hacia las personas; la dignidad de la persona humana así lo exige.

Las siguientes sugerencias pueden ayudar a un Agente de Pastoral que desee prestar sus servicios dentro de una Empresa o grupo sindical:

### **Conocer**

Elementos esenciales de las legislaciones laborales del país y de los reglamentos internos de las respectivas empresas con el fin de que los servicios preventivos y de acogida a los implicados en la pandemia interfieran lo más mínimo posible en el funcionamiento pacífico de la empresa y en el mensaje que el agente de pastoral pretende llevar.

### **Denunciar**

- Las carencias de adecuada información sobre el SIDA.
- Los tratos discriminatorios e injustos hacia los portadores del virus o hacia los enfermos.
- Las eventuales discusiones de trabajadores por razón de la enfermedad.
- Los eventuales desfases morales que se pretenden en la información sobre el SIDA y en las pautas educativas sobre la sexualidad.
- El uso indiscriminado del "test" para detectar el virus del SIDA debe ser condenado por el agente de pastoral.

### **Colaborar**

- En la creación o funcionamiento del servicio de seguridad social para el trabajador en especial para atender lo relacionado con el SIDA.
- En la organización de un servicio de educación sobre el amor, la sexualidad, la familia y el sacramento del matrimonio.
- El Agente de Pastoral procurará relacionarse con el médico de la Empresa y proporcionarle literatura sobre ética cristiana. La relación con el médico es de suma importancia y responsabilidad, porque generalmente los médicos mantienen con la Empresa un vínculo económico y por ése motivo está presionado el profesional de la salud a una lógica a veces más de productividad que de la salud de los trabajadores.

En este sentido también debe el agente de pastoral tener muy claro lo que significa el secreto profesional, el cual en ningún caso puede violar ni el agente ni el médico.

- El agente de pastoral luchará por la defensa de los derechos humanos en relación con la salud en todas sus fases. Pondrá todo el esfuerzo de acogida cristiana cuando se presentaren casos de enfermos y será a la vez puente entre el enfermo, la empresa, la familia si la tuviese y la organización sindical. El principio de dignidad humana, será el fundamento de toda su acción pastoral.

### **SUGERENCIAS PARA EL PERSONAL DE LA SALUD**

Todas las personas colaboradoras en el área de la salud se encuentran frente a un ser humano hijo de Dios a quien se le debe respeto, comprensión, privacidad, atención con los mejores servicios y ante todo la verdad.

Este principio exige al personal de la salud, equilibrio humano ante el paciente, capacitación específica y una actitud de misericordia.

Es con base en la actitud misericordiosa, como un servicio de la

salud habrá de inspirar su comportamiento entre un portador del virus o enfermo de SIDA. Sin agotar las sugerencias habría que tener en cuenta las siguientes:

### **El diagnóstico**

Es una especialidad y exclusividad del médico, porque se trata de identificar una enfermedad que involucra la ciencia, el secreto y las relaciones del paciente y la sociedad. El médico sin embargo, no es el propietario sino el depositario de un diagnóstico.

La "prueba" o el "test" del SIDA es éticamente permitido cuando se "presentan evidencias o señales" de la enfermedad. En este punto se tiene la tentación de exigir el test en empresas, aseguradoras y aún en Congregaciones Religiosas. Este es un pecado común entre nosotros que favorece las actitudes discriminatorias y fomenta la comercialización con el dolor humano.

Para la comunicación de un diagnóstico tan grave a un paciente, se requiere una preparación especial tanto para el médico como para su paciente, porque la persona puede llegar a un nivel alto de desesperación. El médico ha de evitar los impactos emocionales fuerte en situaciones que no tienen remedio.

### **La acogida misericordiosa al enfermo**

En la cultura contemporánea, la muerte no produce más dinero que el de los funerales. El personal de la salud que profesa el cristianismo, ve mucho más allá del valor económico que desafortunadamente rige el comportamiento de muchas personas responsables del área de la salud. Estas personas deberán tener muy claro el concepto de la vida que integre la Muerte y la Resurrección como aspectos del Misterio Pascual vivido por Nuestro Señor Jesucristo. Es en el lecho del enfermo en donde se conjugan en forma inseparable los verbos "vivir" y "resucitar".

Más difícil que abrir dispensarios y camas para los enfermos es lograr que el personal de la salud y los agentes de pastoral cuestionen su propia vida religiosa y sexual en especial ante la pandemia del SIDA. Y esto sería abrir camino para un servicio

misericordioso efectivo a los implicados en la pandemia. Lamentablemente estamos poco formados para convivir con otras personas, menos aún con el dolor, la frustración y la muerte. Esto requiere formación de grupos que reflexionen y sugieran líneas de comportamiento ante estas grandes realidades.

Si se acompaña al niño en el nacimiento por qué no se acompaña a los semejantes en todo su peregrinar hasta la muerte?

Los servidores de la salud no son simplemente unos aplicadores de remedios a los males de la naturaleza. Por excelencia son integradores de personas en la familia y en la comunidad y en muchas ocasiones los únicos que efectivamente pueden abrir caminos de esperanza verdadera a los enfermos.

Tanto el personal de la salud como los agentes de pastoral o entre ambos prestan un servicio de magnitud al ayudar a romper algunas de las barreras que los humanos hemos construido con ocasión del azote del SIDA: el "terrorismo" creado por los medios de comunicación social y por otros grupos, la falsa información, las sugerencias preventivas desplazadas de la ética, la discriminación, son campos de acción privilegiados de trabajo para los servidores de la salud.

A veces es fácil invocar el pecado y la carencia de valores como lugares comunes para descargar sobre ellos las responsabilidades, pero otra cosa es encontrarse frente a grupos marginados que no viven esos valores y que en ocasiones ni son creyentes. Si los conceptos de pecado y de valores cristianos son válidos para muchos sectores, no lo son para todos. No hay duda de que el SIDA es la consecuencia de un desorden agravado por la permisividad de la época. El enfermo es el final de todo un proceso histórico. Y ante esto el personal de la salud lo único que encuentra válido y eficaz ante el enfermo es la acogida misericordiosa.

Son dignos de reconocimiento, de gratitud estima y admiración aquellas personas que con esfuerzos se dedican a investigar, o a informarse sobre la enfermedad del SIDA para luego aliviar y ayudar a todos los implicados en ella y a la comunidad en general. Pero

son pocos. Urge despertar vocaciones cristianas para este servicio. En la ciudad de Sao Paulo, una de las azotadas por el mal del SIDA, con 15 millones de habitantes, solo cuenta con dos odontólogos que atienden enfermos de SIDA.

Es cierto que en especial para el cuerpo médico no existe una trayectoria científica que respalde su acción médica y quizás sea ésta la razón por la cual muchos profesionales rehuyen atender a este tipo de pacientes o simplemente se silencian o los remiten a otros. Pero lo que sí es intolerable es el hecho de no dar acogida misericordiosa al enfermo.

El "test" y las terapias podrán ser altamente costosas difíciles y poco eficaces, pero desde el Evangelio se nos invita a ser misericordioso y solidarios. Urge aprender y enseñar la acogida y el amor a la vida como las principales claves de lectura del hecho que nos ocupa. Es ésta óptica la que se debe emplear para invitar a otros a dedicarse con entusiasmo y responsabilidad a aliviar esta otra debilidad humana.

El personal de la salud incluye: médicos, odontólogos y óptimétricas, laboratoristas y todas aquellas personas que tengan relación con las respectivas especializaciones.

Para el caso de prevención se asimilan al personal del área de la salud, otros trabajadores como cursillos, embalsamadores, bomberos, voluntarios de organizaciones de servicio y socorro, personal de lavandería, guardarrropas, etc.

Estas personas en general y de acuerdo con las normas de salud pública, enfatizan en precauciones apropiadas para evitar las transmisiones de enfermedades infecciosas incluyendo el virus del SIDA y el virus de Hepatitis B.

Obviamente no se trata de tomar precauciones por parte del trabajador solamente para sí mismo, sino que es importante acentuar que de acuerdo con las indicaciones preventivas por la higiene y la ética cristiana esas precauciones han de tenerse también para evitar el contagio a los pacientes

## SUGERENCIAS PARA LA PASTORAL FAMILIAR RENOVADA.

Indudablemente que en la generalidad de los países latinoamericanos la pastoral familiar contiene elementos de gran valor. Desde la parroquia y los movimientos familiares hasta la organización diocesana se desarrollan actividades portadoras del mensaje que conducen a la salvación de individuos y comunidades pasando por la mediación de la familia.

Pero como en todo peregrinar se encuentran en la pastoral familiar carencias de toda índole. Si evaluamos - casi imponderables - las actividades de la pastoral familiar nos encontramos ante un panorama un poco débil para inculturar el Evangelio en la familia contemporánea. Esas carencias se sintetizan en lo poco que los agentes tienen en cuenta al hombre de hoy con sus virtudes y debilidades. En otras palabras, hace falta a la pastoral en general y en concreto a la familia, proyectarse a la cultura contemporánea. Así lo expresa el Papa Juan Pablo II: " el gran ausente de la pastoral es el pueblo de todos los bautizados convocado en comunión, que es y ha de ser la Iglesia" (Christifideles laici 2).

La realidad del SIDA no puede dejar en tranquilidad a la pastoral, menos a la familiar. Es claro para todos que en la descomposición moral del pueblo caldo de cultivo de esta enfermedad y de otras, la célula básica de la sociedad tiene mucho que ver. Por ser la familia el espacio privilegiado para la personalización y transmisión de valores, también es necesaria para una pastoral que se proponga la Evangelización de la cultura.

### ¿Qué familia evangelizamos?

Generalmente cuando se piensa en la familia la imagen que se tiene es la tradicional integrada por el marido dedicado al trabajo, por la mujer ama de casa y por varios hijos educándose. Este tipo de familia se convirtió en un modelo clásico y de ordinario cuando se urge la pastoral familiar es pensando en ese tipo de familia. Y todavía es el que funciona en nuestros pueblos preferentemente agrícolas.

Pero no se puede perder de vista que en los países "más avanzados" es otra la realidad y de ellos, individuos y grupos sociales latinoamericanos beben cultura indiscriminada a través de los medios de comunicación y de otros vehículos transmisores.

Algunos latinoamericanos desean reunir de nuevo la familia con la oposición al aborto, la eliminación de la educación sexual, o la resistencia al feminismo o con la práctica "inevangelizada" de la fe. Para el bienestar de familia no existen fórmulas mágicas, ni siquiera las que ofrecen de buena fe algunos consejeros matrimoniales.

Hay que abrir los ojos y darse cuenta de las realidades que influyen en el pueblo. Tecnología, servicios económicos, crisis energéticas, medios de comunicación, mujeres desplazadas al mundo del trabajo, situación social dependiente, contracepción, política, artes, educación, etc. son factores que están influyendo en la familia de hoy. Los tipos de familia patriarcal o extensa y nuclear o pequeña, se están reduciendo en los países desarrollados mientras "otras formas" se multiplican rápidamente. Existen estos nuevos tipos de familia en nuestras comunidades eclesiales latinoamericanas urbanas?

Se constata que muchos de los afectados por el SIDA no han vivido ni viven dentro del grupo tradicional llamado familia. Proliferan principalmente dentro de nuevos estilos de vida familiar. Qué hacer? Regresar al tipo patriarcal o nuclear? Hacia dónde va la familia inducida por los factores del cambio?

Nuestra fe cristiana se nutre de iniciativas de Dios para salvar al hombre individual y colectivamente. El mensaje cristiano no es otra cultura ni es un elemento simplemente adaptable a los fenómenos producidos por la evolución social. La Buena Nueva llega a la raíz profunda de las culturas para transformarlas como lo afirma en muchos lugares la exhortación "Evangelii Nuntiandi" de Pablo VI.

Llegar a la raíz cultural de la familia latinoamericana es encontrar en ella valores cristianos que aún permanecen firmes. Es asumir esos valores y otros que presenta la cultura de hoy dentro de los cuadros de la pastoral para transformarla en Cristo.

### **Espiritualidad matrimonial y familiar.**

Para una pastoral familiar renovada, es necesario crear e impulsar actividades cuyo resultante sea el nuevo estilo cristiano de vida en el grupo familiar (Iglesia doméstica) y en el individuo (cristiano viviente).

La relación que tiene que haber entre pastoral familiar y espiritualidad es clave para "medir" la eficacia pastoral en la transformación de la sociedad. O si nó qué estamos haciendo? Bonitos son ciertos esfuerzos en algunas pastorales familiares que organizan consejerías, o la atención de casos aislados de vida matrimonial y familiar algo hacen; pero estamos formando familias que sean "fermento para la masa"? La masa es la que está sufriendo la enfermedad del SIDA y otros males tan graves o peores que éste. Lo espiritual "micro" deberá también incidir en la macro-sociedad con el sentido misionero del Evangelio.

Con hogares en "la honda" de la espiritualidad se está aportando de algún modo positivamente a la defensa de la colectividad contra los males, pero ante todo se crea y reafirma el nuevo estilo de familias que articulan el medio social.

El SIDA no se previene con el condón o con educaciones sexuales materializadas o politizadas. El problema es más profundo. Los homosexuales, las prostitutas, los drogadictos, los hemofílicos, reclaman una acción en las bases mismas de la sociedad. De esa sociedad que también está involucrada en el contagio potencial.

La espiritualidad matrimonial y familiar será el aporte al mundo de una Iglesia comunidad global que transmite o comunica "salvación". De una Iglesia que dialoga con la cultura y la historia, que interpreta desde el Evangelio los signos de los tiempos. De una Iglesia Pueblo de Dios que en comunión con otros construye el Reino, el Reino donde hay una aceptación serena de la pobreza y de su condición sacramental.

Ser la Iglesia de todos, para todos en comunión, es el parámetro principal para orientar la pastoral general y la familia en especial. Este principio nos lleva a pensar que la pastoral del SIDA no puede

ser un ente aparte de la globalidad de acción de la Iglesia. Crear actividades exclusivas para la atención de la pandemia sería quizás contribuir a estimular posibilidades de pastorales aisladas para casos aislados y fuertemente discriminatorios.

La pastoral del "Buen Samaritano" se sitúa en la pastoral familiar dentro de la fase preventiva y eventualmente de atención a los enfermos y otros implicados. De allí se supone la organización de la pastoral familiar dentro de la pastoral de conjunto, (pastoral relacional o insterinstitucional) que mire hacia la universalidad de la Iglesia y así concrete sus servicios especiales hacia el fenómeno de la enfermedad del SIDA.

He aquí un pequeño y fácil derrotero que se podría seguir para aportar acciones concretas según las circunstancias de los países:

#### *"El qué" de una pastoral familiar*

La familia está llamada a ser Iglesia doméstica, constructora del Reino en el mundo de hoy. Esto implica, además de conocer la cultura contemporánea, el conocimiento de lo que es el Reino y qué valores evangélicos son los precisos para la vivencia y la transformación. La teología de la Iglesia y la persona de Jesucristo, no pueden faltar en los principios animadores de la pastoral.

La pastoral familiar es compleja en algunas de sus manifestaciones. Pero es grandiosamente simple cuando se inspira en el Plan que Dios tiene para la familia. El plan se sintetiza en la unidad y se amplía en todas las dimensiones del amor.

Corresponde al Obispo y a sus respectivos Consejos Asesores, descubrir el contenido teológico requerido para la pastoral familiar.

#### *Destinatarios de la pastoral familiar*

Es la humanidad misma que nace, crece, se educa y recibe valores en familia, el destinatario último. Tratándose de la pastoral familiar es necesario hacer pastoral con ella, para ella. La familia no es un fin en sí misma. Ella ejerce función de mediadora para construir la gran familia humana. Esa mediación pide que sea "comunidad de vida y amor" y corresponde a la pastoral específica facilitarle los elementos necesarios para lograrlo.

#### *"Con quiénes" se realiza la pastoral familiar.*

La pastoral familiar es "eminente laical", y no exclusiva ni de presbíteros, religiosos o laicos aislados. Los términos "eminente laical" señalados por el magisterio indican que esta pastoral se desarrolla en grupo eclesial, multiforme, enriquecido por distintos carismas.

La exhortación "Familiaris Consortio" en el número 73 hace un recuento de los agentes con quienes se organiza esta pastoral.

En este "con quiénes" es preciso resaltar que una pastoral para ser tal, pertenece a un conjunto. La Iglesia es comunión cuyo objetivo es un mismo mensaje salvífico. Es de elemental lógica evangélica que sin perder especificidad propia los sectores pastorales, estos se relacionen en busca de la única convergencia válida, la construcción del Reino.

Todavía hay mentalidades pensantes y actuantes que creen la pastoral familiar propia de expertos o "aficionados". A ellos se les recuerda que esta pastoral no es ni siquiera sectorial sino pastoral de base por encontrarse en el fundamento mismo de la sociedad y de la comunidad eclesial.

Se duda de la firmeza y eficiencia de algún sector pastoral que no desarrolle "su" propia pastoral con base en la familia.

Hoy es de capital importancia la relación de la pastoral familiar con todos los sectores. Pero señaladamente el momento histórico pide relaciones de la pastoral familiar con los sectores catequístico, educativo y social. Queda al ingenio y a la superación clara de los agentes el hacer este esencial tejido pastoral sin el cual, no nos reconocerá el mundo de la increencia como discípulos de Cristo.

#### *Actividades por organizar en la pastoral familiar*

Cada país, región, diócesis, parroquia conoce las necesidades comunitarias y familiares y proyecta en forma participativa, organizada y eclesial su respectiva pastoral familiar

Al organizar actividades téngase en cuenta que se requiere la pedagogía de Cristo. El hace tomar conciencia del amor del Padre a la humanidad y hace pasar esa conciencia por la confrontación entre la realidad y la Buena Nueva. Los niveles personal, masivo y grupal en los cuales entregó Jesús su mensaje misericordioso, acogedor y elevante son la pista de acción pastoral.

### *Pastoral familiar y el SIDA*

Una pastoral familiar adecuadamente organizada bastaría para motivar cambios en el comportamiento humano en los aspectos vulnerables al SIDA: el comportamiento sexual, la educación de valores en familia y la acogida del Buen Samaritano al herido.

Sería insensato pensar en una pastoral familiar montada exclusivamente sobre la prevención o curación del mal pandémico. La pastoral familiar ayuda a la educación del grupo familiar, apoya los esfuerzos para mantener las "relaciones conyugales, filiales, paternas y fraternas" y produce gestos de amor interiormente genuinos es decir reproduciendo el amor de Jesús por la humanidad, a la vez, exteriormente visibles como signos de credibilidad.

Los enfermos del SIDA son a veces rechazados por sus propias familias de origen. A estas familias es necesario acercarse y ayudarlas en la superación de los criterios que los impulsan al rechazo los cuales siempre están fuera del Evangelio y entresacados del mundo: discriminación, vergüenza, miedo, al contagio, heridas no sanadas, incapacidad económica, etc.

Es imposible que la sola pastoral familiar acoja al enfermo y le ayude en todas sus necesidades. Ahí se encuentra un punto de relación para trabajar en relación con otros tipos de apostolado o pastoral en especial con la pastoral de la salud y la pastoral social.

## LA ACOGIDA AL ENFERMO DE SIDA

Ningún sector de la población estaba preparado para recibir el SIDA: ni el personal de la salud, ni los presbíteros, ni la familia, ni la comunidad. A no dudarlo que a la Iglesia se le ha abierto un campo nuevo para su acción pastoral, como lo ha sido la inmunología para la ciencia médica.

Las reflexiones de esta publicación, ni mucho menos tan profundas y exhaustivas como la necesidad lo exige, giran alrededor de una persona: la del enfermo y la del sujeto potencial. Hay capítulos enteros en donde subyace la mentalidad de la prevención, pero éste se dedica al enfermo y a su atención.

Mirando desde el Evangelio el hecho del SIDA, la Iglesia, el Pueblo de Dios, no puede cerrar los ojos ante esta realidad. El hombre de hoy es un necesitado de amor y de justicia y el pueblo de Dios tiene en sí la fuerza suficiente para despertar estos valores en todos los países y en todas las culturas, aunque en algunos sectores esto no se ve claro aún. Si queremos afrontar el SIDA los cristianos tenemos que ser fieles al Evangelio y comprometernos con las necesidades del pueblo.

El Santo Padre Juan Pablo II, al dirigirse a la Asociación Católica de asistencia sanitaria de los Estados Unidos les decía: "Os encontráis ante nuevos desafíos, ante nuevas exigencias... una de las cuales, de proporciones inmensas, es el SIDA, ante lo cual estáis llamados a manifestar el amor y la compasión de Cristo y de su Iglesia (Osservatore Romano español, Octubre 11, 1987).

### **Dos núcleos evangélicos.**

1. El mismo Santo Padre en aquella ocasión citada, interpreta la parábola del Buen Samaritano como queriendo denominar todos los servicios al enfermo del SIDA y sus aspectos preventivos, la "Pastoral del Buen Samaritano" (Lc, 10,30-32). Siguiendo la interpretación del Santo Padre se encuentran unas líneas ricas en

contenidos y que invitan a servir al enfermo con actitud dinámica comprometida y valiente.

### *El Buen Samaritano*

- Identificó el enfermo y la enfermedad. Esto equivale en nuestro caso al servicio de información que con respecto al SIDA requiere la comunidad en todos sus niveles.

- El Buen Samaritano no buscó la causa de la enfermedad ni juzgó al enfermo. Sencillamente lo acogió mostrando la compasión hacia el herido.

- El Buen Samaritano se detuvo, ante el enfermo suspendiendo el programa de viaje que llevaba para atender al enfermo. No habrá que detener algunos planes y proyectos pastorales para atender prioritariamente a la humanidad enferma o amenazada por este mal?.

- El Buen Samaritano llevó al herido a la posada y le proporcionó todo lo que necesitaba. Se comprometió con el enfermo él mismo, hasta sus intereses económicos.

La Pastoral general de la Iglesia exige sacrificios económicos. Quizás una de las mayores dificultades para llevar el mensaje hoy es el arbitrar recursos materiales. También sucede que cuando existen se piensa que apoyar con dinero es "hacer un gasto" y no una "inversión". Los Agentes de Pastoral nos situamos en el plano de la "evangelización humana y divina" y sostenemos que los recursos están en la conciencia evangelizadora de los fieles.

Quien ha trabajado en el campo del SIDA, sabe que los costos de investigación y atención al enfermo ascienden a cifras astronómicas: También es conocido que en la complejidad en la lucha contra la pandemia se pueden presentar sectores humanos cuyo objetivo no es el alivio del mal sino el juego económico utilitarista.

Desde la pastoral es obvio que se requieran gastos: la educación sexual, la información acerca de la pandemia, la ayuda al enfermo, a

sus familiares, etc. son capítulos que solamente se pueden realizar con dinero y no es suficiente la buena voluntad. En este mismo libro se encuentran algunas pistas para el necesario trabajo en conjunto, aspecto de suma importancia sin el cual el trabajo apostólico con los enfermos del SIDA no será eficaz. (Ver cuarta parte. Pastoral del SIDA en la Pastoral de Conjunto).

Ser prójimo, del enfermo del SIDA, en pocas palabras significa "expresar amor, solidaridad y servicio" (Juan Pablo II). Esta es la razón por la cual se llama a la pastoral del SIDA, "Pastoral del Buen Samaritano".

2. Otro núcleo evangélico de acción pastoral, lo constituyen *las Bienaventuranzas*. (Mt. 5, 1-13).

Una vida y unos servicios de Iglesia en la perspectiva del Reino cambian completamente de sentido. Leer las Bienaventuranzas con ojos de fe induce al Agente de Pastoral a independizarse del concepto humano del éxito, a apoyarse únicamente en Dios, a palpar los sufrimientos del mundo y a arriesgarse a que el mundo los rechace.

La pastoral del SIDA es la pastoral de los inútiles, de los pobres, de los incómodos, de aquellos que "quedan libres" porque nada tienen que perder.

Para llegar a un enfermo de SIDA con el mensaje del Reino, es preciso que el Agente busque vivir primero él, las Bienaventuranzas y luego situarse en las circunstancias del mismo enfermo. Generalmente el medio donde han vivido estos enfermos es un medio de increencia, donde se han vivido valores diferentes a los comúnmente llamados cristianos. Quizás tengan de Dios una imagen de un castigador, manipulador de circunstancias y que promete otra vida a quienes se han comportado bien.

A este tipo de personas es necesario abrirles una perspectiva religiosa con todo lo que implica el Reino, la Buena Noticia, y saber responder desde allí a sus grandes interrogantes y ayudarles a abrirse camino en sus circunstancias.

Quienes han servido a los enfermos de SIDA indican su estilo de comportamiento comúnmente así:

- Sentimiento de culpa: he sido malo, Dios no me perdona.
- ¿Qué hice yo para correr esta suerte?
- ¿Dios me castiga? ¿Tengo esperanza de salvación? ¿Por qué me tocó a mí esta suerte?
- ¿Por qué cambia mi cuerpo? ¿Será el último cambio?
- ¿Por qué me abandonaron mi amante, mi familia, mis amigos?
- ¿De qué soy capaz yo? ¿Por qué me sacan del trabajo?

Estos y otros interrogantes no pueden responderse con frases cristianas hechas o pre-fabricadas porque más bien servirían para profundizar los tormentos del enfermo.

Los cuestionamientos de un enfermo, tocan generalmente lo más profundo de la vida humana y de sus relaciones con Dios, que exigen respuestas nuevas. Estas respuestas se encuentran en los grandes temas del Evangelio: el Reino, la alegría de ser hijo del Padre, Jesús el Cristo, primero entre los pobres y abandonados, (Salmo 36, Isaías 54, Jeremías 31, etc), tal como aparece en forma nueva en las Bienaventuranzas. Con una mentalidad así, el solo hecho de mirar el Crucificado se constituye en fuente de esperanza. El anuncio del Reino no exalta el dolor ni enseña resignación, sino que se constituye en una palabra liberadora: Dios viene, El es la alegría, así la condición del hombre cambia. Con el mensaje de las Bienaventuranzas se abre al hombre un nuevo horizonte de vida.

Al hablar de Reino, vida nueva, Jesucristo el Señor, etc. es necesario tener en cuenta que la pastoral del SIDA no es solamente una pastoral de persona a persona.

El concepto del Reino va mucho más allá y cambia también las estructuras familiares y sociales. Muchas actividades de la Iglesia se

quedan en lo pequeño, en lo "micro". Las estructuras pastorales deben proyectarse de lo "micro" a lo "macro".

La Parroquia, la familia, los centros de servicio humano, son simplemente mediaciones que deben ser lanzadas a la transformación de la sociedad. Solo una mentalidad formada desde el Evangelio integral, sin reduccionismos pueden garantizar en el agente de pastoral una atención eficaz al enfermo.

El servicio de acogida ha de entenderse también como estimulante de una postura activa del enfermo que comienza el proceso de su enfermedad y de su tratamiento.

El agente ayuda, pero para que esa ayuda sea de auténtica acogida no puede sobreproteger al enfermo. Un enfermo tiene que ser apoyado, no estorbado. Y es apoyado cuando recibe estímulo, dentro de sus condiciones específicas. En una palabra el enfermo bien acogido es una persona que se siente escuchada y apoyada en su iniciativa.

Con una adecuada pastoral de acogida al enfermo queda en claro también que los cristianos no podemos hablar del "azote divino" del SIDA.

El Dios de los cristianos no responde con azotes al comportamiento humano, azotes que recaen preferentemente en miembros débiles del Cuerpo Místico: prostitutas, homosexuales, drogadictos, hemofílicos, recién nacidos... En síntesis, desarrollar una pastoral de acogida a los enfermos del SIDA exige al apóstol.

- Vivir las dimensiones personales y sociales del Reino.
- Plantearse escenas de Jesús como la del Buen Samaritano, la mujer adúltera. (Existe peligro de tirar piedras a los enfermos del SIDA). Ante la tendencia a penalizar los comportamientos humanos, hay que tener presente el diálogo de Jesús con los Apóstoles sobre el ciego de nacimiento: "quién peccó, éste o sus padres?". "Las prostitutas os predecerán en el Reino de los cielos".

Alguien llama a los enfermos del SIDA los "leprosos del siglo XX". La actitud de Jesús es la que un agente de pastoral debe mantener: rechazar las normas sociales que discriminan y emprender la ayuda.

Ejemplos de esto tenemos muchos en la Iglesia: Francisco de Asís, Luis Gonzaga, el Padre Damián, la madre Teresa de Calcuta y Juan Pablo II. No se dejan de reconocer aquellos otros testimonios de Obispos, Presbíteros, Religiosos, Religiosas, laicos, que como Pueblo de Dios constituyen Reino de Dios, ocultos a los ojos del mundo pero resplandecientes de amor ante Dios.

#### CAPITULO IV

### LA PASTORAL DEL SIDA EN LA PASTORAL ORGANICA DE CONJUNTO

## NIVEL INTERCONTINENTAL

Desde el CELAM, la Iglesia latinoamericana se propone apoyar y cooperar interinstitucionalmente, así:

- Estar atentos a las indicaciones del Pontificio Consejo para la Salud y coordinar posibles servicios.
- Apoyar las iniciativas que con respecto a la pastoral del SIDA promuevan los Episcopados de América Latina y sus respectivos organismos nacionales, diocesanos, parroquiales.
- Continuar con la colaboración y presencia activa en la O.M.S. (Organización mundial de la Salud), buscando especialmente:
  - Salvaguardar los valores cristianos.
  - Llegar a las bases de la población con los programas propiciados por la O.M.S. en cada país.
  - Colaborar con programas de salud en el nivel de la educación primaria.
  - Mantener abiertos los canales de comunicación con el Consejo Mundial de las Iglesias para posibles programas conjuntos.
  - Realizar contactos con el programa de la O.N.U. (Organización de las Naciones Unidas) y con otras organizaciones servidoras del tema.
  - Formar una 'red complementaria' de apoyo con los homólogos de Cooperación Internacional en favor del Desarrollo Socio-Económico (CIDSE).
- Promover reuniones con los Superiores de las Comunidades Religiosas para colaborar con ellas en el conocimiento y

tratamiento del problema y sus implicaciones al interior de sus comunidades.

- Hacer contactos con la Pontificia Comisión "Justicia y Paz" y con la Comisión de Ginebra para promover foros y reuniones en orden a producir declaraciones específicas sobre la promoción y defensa de los derechos humanos de los pacientes del SIDA.

En el nivel de cooperación y apoyo interinstitucional CELAM-CARITAS INTERNATIONALIS nos proponemos:

- Organizar programas para el intercambio de experiencias intercontinentales.
- Continuar los programas educativos que promueve CARITAS INTERNATIONALIS en orden a la prevención del SIDA y acompañamiento del paciente de SIDA, mediante reuniones, seminarios y la formación de los agentes de pastoral del SIDA.

Además:

- Apoyar la celebración del Día Mundial del SIDA (1 de Diciembre).
- Elaborar esquemas litúrgicos especialmente diseñados para la pastoral del SIDA.
- Propiciar encuentros sobre la "Pastoral del SIDA, con otros continentes.
- Impulsar el diseño y desarrollo de programas modelos sobre 'Pastoral del SIDA'.
- Fomentar la relación entre la Comisión de emergencias y la Comisión del SIDA en orden a la recolección de fondos por parte de CARITAS INTERNATIONALIS.
- Propiciar encuentros sobre La Pastoral del SIDA, preferentemente para los países Centroamericanos, México el Caribe y Brasil.
- Dar a conocer las publicaciones y proyectos de CARITAS

INTERNATIONALIS: su boletín trimestral y su servicio de documentación en los cuales aparecerá información sobre 'La Pastoral del SIDA'.

## NIVEL CONTINENTAL

- Ofrecer, desde el CELAM, entre los servicios que presta a las Conferencias Episcopales de América Latina, uno en relación con la pandemia del SIDA.
- Dar prioridad, en la agenda de la próxima Conferencia Episcopal Interamericana (Celam-EE.UU-Canadá) al tratamiento del tema: SIDA.
- Establecer contactos con los gobiernos nacionales y los organismos internacionales (ONU-OEA-OPAS) para aunar esfuerzos en torno a la pandemia SIDA.
- Confiar a CARITAS INTERNATIONALIS la coordinación de los esfuerzos sub-regionales: información, divulgación, formación de agentes especializados en la pastoral del SIDA, programas educativos, servicios, etc...

## NIVEL NACIONAL

Crear un Plan Nacional sobre la Pastoral del SIDA, emanado y orientado por la Conferencia Episcopal de cada país, con un coordinador nacional y teniendo como entidad responsable a la Pastoral de la Salud. Dicho Plan ha de estar fundamentado en investigaciones realizadas en las diócesis y jurisdicciones eclesiásticas, para lograr, así, un inventario de recursos; y ha de responder a las urgencias planteadas por los mismos afectados y grupos de alto riesgo.

El Plan Nacional sobre la Pastoral del SIDA podrá realizarse en tres niveles:

*Profético:* Formación general y formación específica del agente acompañante o visitador de los enfermos de SIDA. En este nivel de anuncio y de denuncia se harán declaraciones, foros, encuentros que promuevan una actitud cristiana ante la pandemia SIDA.

*Litúrgico:* Campañas de oración y reflexión, celebraciones, litúrgicas especiales, unción de los enfermos, etc...

Labor asistencial y social: acompañamiento del enfermo de SIDA, de su familia y de la comunidad. Promoción de organizaciones concretas para la promoción y defensa de los derechos humanos del paciente de SIDA.

Participar en el Plan Nacional Gubernamental sobre la pandemia del SIDA en la línea de la cooperación interinstitucional; sin hacer suplencia del estado en la responsabilidad que le compete, en el campo de la salud, ni concesiones que los cristianos no podemos permitir por la opción evangélica.

Incluir la pastoral del SIDA como materia curricular especial en los programas de estudio de los seminarios y casas de formación religiosa y pastoral; o al menos, como uno de los capítulos principales del área de pastoral familiar.

Constituir un equipo asesor de expertos en la pandemia SIDA.

Impartir programas de motivación, formación y acompañamiento a todos los posibles agentes de la pastoral del SIDA (Obispos, presbíteros, diáconos, religiosos, religiosas, educadores, padres de familia, jóvenes, niños, etc...)

Organizar eventos nacionales, regionales y locales sobre "Pastoral del SIDA", tendientes a fortalecer la familia y a ofrecer ayudas sobre educación sexual cristiana.

Ofrecer a organismos especializados la capacidad, recursos y otros apoyos para la investigación científica en las Universidades

Católicas y en otros centros que se ocupan del SIDA especialmente en la dimensión preventiva.

En los países donde ya existen, aprovechar los recursos de los Centros de Salud propios o administrados por la Iglesia y crear dentro de ellos, servicios que respondan al tratamiento y alivio de los enfermos de SIDA.

Fundar casas de acogida para los pacientes enfermos y para los portadores carentes de viviendas apropiadas.

Incorporar voluntarios para tareas de acompañamiento, asesoramiento psicológico, legal, artístico, laboral. Contando especialmente con el financiamiento y servicio de instituciones familiares y amigos de los enfermos de SIDA.

Crear servicios de salud con planes "modelos" que incluyan tratamiento integral y humanizado de los enfermos.

Elaborar y difundir material (cartillas y manuales) relativo a la pandemia y pastoral del SIDA; tomando en cuenta el alto grado de analfabetismo existente en algunas regiones.

Coordinar y promover la cooperación de tipo interinstitucional al interior de la Iglesia y con organismos nacionales (seminarios universidades, comunidades religiosas, organismos de apostolado laical, entidades y organizaciones científicas, organizaciones populares, otras Iglesias, organizaciones conformadas por los grupos de alto riesgo y los propios enfermos, etc...)

Favorecer en la legislación laboral, de salud y de seguridad social la protección legal del portador del virus del SIDA y las respectivas sanciones a la violación de dichas disposiciones.

Realizar campañas de solidaridad en favor de los enfermos de SIDA y del avance de las investigaciones médico-científicas.

## NIVEL LOCAL

Promover en cada Diócesis la pastoral familiar y los servicios de educación sexual y afectiva según las enseñanzas de la Iglesia.

Atender a los llamados que acerca de la "Pastoral del SIDA", se susciten desde las Conferencias Episcopales en cada país y demás servicios de la Pastoral Familiar que conlleven abundante información y medios para una vivencia evangélica en el tratamiento del problema.

Promover, presencia apostólica eficaz entre los movimientos del Apostolado Seglar, especialmente aquellos dedicados al Apostolado Familiar, para afrontar los problemas de la nueva cultura y en este caso, los desafíos que a todos los bautizados nos plantea la pandemia del SIDA.

Crear conciencia sobre los derechos humanos de los enfermos mediante la organización diocesana de talleres sobre el tema.

En la Pastoral del SIDA ha de tenerse presente la realidad concreta, dimensión, disponibilidad, recursos, costumbres e instituciones de cada diócesis.

Propiciar al interior mismo de la Iglesia local, especialmente en los agentes responsables de la pastoral del SIDA en las diócesis, una auténtica conversión personal y comunitaria para testimoniar con la propia vida actitudes de justicia, solidaridad, pobreza, alegría, pureza, paz, etc...

Ayudar al enfermo para que en su nueva situación de vida descubra su propia pobreza y la vecindad de Dios que salva al pobre.

Promover iniciativas entre los mismos afectados para que se organicen, se auxilien y puedan sentirse útiles dentro de la comunidad humana y eclesial.

Crear conciencia de la necesidad de afrontar este problema con sentido evangélico, a la luz de la Palabra de Dios.

Fomentar espacios para el diálogo y la búsqueda de posibles soluciones.

Constituir equipos diocesanos y parroquiales para la "Pastoral del SIDA".

Buscar la coordinación entre las áreas pastorales que en cualquier forma tengan que ver con la prevención del SIDA y la atención a los implicados.

**CAPITULO V**

**EXPLICACION DE TERMINOS Y SIGLAS  
USADOS EN LA PRESENTE  
DOCUMENTACION**

## GLOSARIO

- AACIA:** Resumen del 2o. Simposio de SIDA y asociaciones de cáncer en Africa, Nápoles, Octubre de 1987.
- ATRACAMIENTO:** Llegada del virus a las células.
- BMJ:** Revista Médica Británica.
- BISEXUAL:** Persona quien indistintamente tiene relaciones sexuales (coital) con individuos de su mismo sexo y del otro sexo (hombre y mujeres). La persona bisexual dirige sus inclinaciones erótico-afectivas hacia hombres y mujeres.
- C P:** Comunicación del ministerios de salud en el Instituto Panos/Comité Nacional del SIDA
- DRIBLAR:** Rebotar. Es la capacidad de respuesta del sistema inmunológico.
- ENDEMIA:** Cuando una enfermedad infecciosa existe en forma permanente en una población, manteniendo un número de casos más o menos similar en el tiempo.
- EPIDEMIA:** Es el aumento de la frecuencia de una enfermedad sobre lo usual en una población determinada y en un período de tiempo determinado. Lo que determina a la Epidemia es: el *aumento del número de casos*, sobre lo que era usual en esa comunidad (*lugar*) en un *tiempo* determinado.
- GDSR:** Informe de vigilancia de las enfermedades mundiales.

**GIA:** Resumen de la conferencia sobre el impacto global del SIDA. Londres, Marzo de 1988.

**HETEROSEXUAL:** Persona que tiene relaciones sexuales (coito) con individuos del otro sexo. Dirige sus inclinaciones erótico-afectivas hacia el otro sexo.

**HIV:** Virus de Inmunodeficiencia humana. Es el actual nombre con el cual se denomina al agente causal del SIDA. También se la ha denominado HTLV-III y LAV.

**HMC:** Conferencia de Ministros de salud. Londres, Enero de 1988.

**HOMOSEXUAL:** En sentido estricto se refiere a la persona quien tiene relaciones sexuales (coito) con los de su mismo sexo.

**IHT:** International Herald Tribune.

**IVDU:** Usuarios de drogas intra-venosas. Drogadictos intravenosos.

**NEUMONIA POR PNEUMOCISTIS CARINNI** Es una infección pulmonar causada por la Pneumocistis carinni.

**NES:** New Scientist

**OMS:** Organización Mundial de la Salud (WHO).

**OPS:** Organización Panamericana de la salud (PALTO).

**PAHO:** Organización Panamericana de la salud (OPS).

**PANDEMIA:** (PAN: todos - DEMOS: Gente) Es una epidemia que alcanza grandes extensiones geográficas en forma casi simultánea, ó con rápido desplazamiento de un continente a otro. Afecta masas humanas y produce la impresión de que todo el mundo está enfermo.

**PNEUMOCISTIS CARINII** Bacteria que sólo causa enfermedad (infección) cuando un individuo se encuentra inmunodeficiente (bajo de defensas); por ésto se le considera una "oportunista". Aparece en los pacientes con SIDA por su situación de inmunodeficiencia y es señalada causa de mortalidad en estos enfermos.

**PICA:** Resumen de la Conferencia Internacional sobre SIDA en París, Junio de 1986.

**PORNOGRAFIA:** Es una saturación de los consumidores, que se ejerce organizadamente a través de revistas, Cine, T.V. con fines de manipulación, utilizando estímulos sexuales.

**PROMISCUIDAD SEXUAL** Son todas aquellas relaciones indiscriminadas: que no comprometen afectiva o formalmente a sus actores, persiguiendo exclusivamente su satisfacción hedonista. Responden a poses "liberacionistas" que propugnan por el cambio de pareja, el sexo en grupo y otras formas de "amor libre". Como también a situaciones sociales de extrema pobreza.

**PROSTITUCION:** Se define con el intercambio del cuerpo por dinero o lograr un objetivo de tipo mercantilista.

**PWA:** Persona con SIDA.

**SARCOMA DE KAPOSI:** Es un tipo de cáncer, el cual hasta antes de aparecer el SIDA se consideraba raro y sólo era común en ciertas zonas de Africa. En pacientes con SIDA es una de las causas más importantes de muerte y se encuentra presente en un alto porcentaje de enfermos de SIDA. Se cree que la asociación del SIDA con el Sarcoma del Kaposi se encuentra en que los dos son de origen viral.

**SEROPOSITIVIDAD:** (HIV +) Término genérico el cual significa tener presente (positivo) en el suero (sangre) anticuerpos elaborados por el sistema inmune del organismo contra un agente infeccioso específico: En este caso contra el virus causante del SIDA (HIV).

Aunque la seropositividad presupondrá un contacto previo con el agente infeccioso (HIV) no siempre es así pues la actual prueba tiene aproximadamente un 5% de falsos positivos.

El ser seropositivo indica estrictamente un contacto previo con el virus y no implica necesariamente la enfermedad.

**STP-MTP:** Se refieren al nivel en el cual se encuentran los programas nacionales contra el SIDA, tal y como se desarrollan en los países con la asistencia de la OMS.

Visitas de evaluación.

**STP:** Planes a corto plazo: Es el estado de actividad inicial de los planes de prevención, y va de 6 a 12 meses; incluye entre otros aspectos una revisión del conocimiento local sobre la infección por HIV (SIDA), identificación de los grupos de riesgo, una información pública inicial y actividades de educación.

**MTP:** Planes a medio plazo: Van de 3 a 5 años; entre los objetivos están: Entrelazar la prevención y el control del SIDA con la estrategia de atención primaria en salud, implementar los estudios de análisis en sangre y motivación a cambios de conductas específicas.

Acuerdos de servicios técnicos.

**SICA I:** Volumen I del Resumen de la Conferencia Internacional sobre SIDA en Estocolmo, Junio de 1988.

**SICA II:** Volumen II del Resumen de la Conferencia Internacional sobre SIDA en Estocolmo, Junio de 1988.

**TRAVESTISMO:** Es la tendencia a vestir ropas o usar adornos propios del sexo opuesto, que resultan incongruentes con la personalidad psico-sexual del individuo.

**TRANSEXUALISMO:** Se define como el hecho de que un individuo físicamente normal manifieste

**TRANSEXUALISMO:** Se define como el hecho de que un individuo físicamente normal manifieste en el comportamiento una pronunciada tendencia psíquica de pertenecer a otro cuerpo contrario a su sexo genérico.

**WHO:** Organización Mundial de la Salud.

**WICA:** Resumen de la Conferencia sobre SIDA en Washington Junio de 1987.

**ZOOFILIA:** También llamada bestialismo se refiere a las prácticas sexuales con animales, son propicios los ambientes rurales donde los adolescentes permanecen aislados de otros contactos humanos, regularmente son juegos esporádicos.

**NOTA:** Para la denominación del enfermo de SIDA, se pensaron usar las palabras "Sidoso" o "Sidético". Aunque estas palabras aún no han sido aprobadas por la Academia de la Lengua Española, las emplean algunos científicos y parte de la población. Son palabras bien formadas. En este libro se ha preferido "enfermo o paciente de SIDA" por mantener la mentalidad valorativa y evitar reforzar la ya iniciada discriminación. Decir "Sidoso" aparece como el marginado leproso de otras épocas.

## INDICE GENERAL

Presentación.....	5
<b>Reflexiones desde el Celam.</b>	
Mons. Oscar Andrés Rodríguez Maradiaga, SDB Secretario General del Celam.....	9

### CAPITULO I

#### Aspectos de la Realidad

1. Naturaleza del SIDA.....	15
1.1 Entendiendo el Sida.....	17
1.2 Cómo se previene el SIDA.....	27
1.3 Algunos interrogantes y sus respuestas.....	39
2. Geografía del SIDA.....	41
2.1 Mapa de la realidad de la pandemia en el mundo.....	41
2.2 La América Latina Continental.	
- Mapa del SIDA.....	42
- Casos del SIDA reportados.....	43
- Situación de los países.....	44
2.3 La América Latina Antillana.	
- Mapa del SIDA.....	55
- Casos de SIDA reportados.....	56
- Situación de los países.....	57
2.4 Estados Unidos-Puerto Rico	
- Mapa del SIDA.....	67
- Casos de SIDA reportados.....	68

## CAPITULO II

### Aspectos científicos-teológicos conexos con la pandemia del SIDA en América Latina.

1.	Aspectos globales de la pandemia de SIDA. Pbro. Dr. Aníbal Gil Lopes. M.D., Ph. D.....	73
2.	El SIDA en las Américas. Dra. Lydia Bond. OMS.....	88
3.	Consideraciones respecto al contexto: Paciente portador de SIDA y Equipo Hospitalario. Dr. Remo Rotella, Jr.....	98
4.	El paciente de Sida, lo clínico y la enfermedad: un abordaje psicosomático. Dr. Remo Rotella, Jr.....	102
5.	Responsabilidad cristiana ante el SIDA. Dom. Angelico Sándalo Bernardino.....	106
6.	Familia cristiana y educación preventiva - SIDA. Doctores Mario e Irene Acosta.....	111
7.	Retos y alternativas por parte de la Iglesia. Sr. Julián Filochowski.....	142
8.	Ellos nos interpelan: pistas teológico-pastorales partiendo del SIDA y grupos de alto riesgo. Fr. Antonio Mosser, OFM. ....	154

## CAPITULO III

### Sugerencias para la pastoral del buen samaritano.

1.	Criterios teológico-pastorales en el Documento de Puebla .....	213
2.	Precisiones para agentes de Pastoral.....	216
3.	Perfil del agente para la Pastoral del SIDA.....	219
4.	El papel del Estado frente al SIDA.....	225

5.	Organizaciones laborales y Empresas ante el SIDA....	227
6.	Sugerencias para el personal de la salud.....	229
7.	Sugerencias para la Pastoral Familiar renovada.....	233
8.	La acogida al enfermo de SIDA.....	239

## CAPITULO IV

### La pastoral del SIDA en la pastoral orgánica de conjunto.

1.	Nivel intercontinental.....	247
2.	Nivel continental.....	249
3.	Nivel nacional .....	249
4.	Nivel local.....	252

## CAPITULO V

### Explicación de términos y siglas usados en la presente documentación.

Glosario.....	257
Indice.....	263