Revista internacional de Teología

CONCILIUM

IGLESIA Y ECUMENE

SIDA

Regina Ammicht-Quinn y Hille Haker (eds.)

321
JUNIO 2007

editorial verbo divino

Revista internacional de Teología
CONCILIUM

321
JUNIO • 2007

SIDA

Regina Ammicht-Quinn y Hille Haker (eds.)

IGLESIA Y ECUMENE

editorial verbo divino
Avda. de Pamplona, 41
31200 Estella (Navarra)
2007

Revista internacional de Teología

CONCILIUM

Cinco números al año, dedicados cada uno de ellos a un tema teológico estudiado en forma interdisciplinar.

TEOLOGÍA DEL PLURALISMO RELIGIOSO	**319** *Fe cristiana*	FEBRERO 2007
CONFLICTOS DE LA TIERRA, UTOPÍAS DE LA TIERRA	**320** *Ética y estilo de vida*	ABRIL 2007
SIDA	**321** *Iglesia y ecumene*	JUNIO 2007
CRISTIANISMO Y DEMOCRACIA	**322** *Religión y religiones*	SEPTIEMBRE 2007
LAS EDADES DE LA VIDA Y LA EXPERIENCIA CRISTIANA	**323** *Perspectivas globales*	NOVIEMBRE 2007

CONCILIUM

CONSEJO EDITORIAL

FUNDACIÓN

Dr. Jan Peters, S.J. - Presidente	Nimega-Países Bajos
Paul Vos - Tesorero	Nimega-Países Bajos
Erik Borgman	Nimega-Países Bajos
Susan Ross	Chicago-EE.UU.
Felix Wilfred	Madrás-India

FUNDADORES

A. van den Boogaard	Nimega-Países Bajos
P. Brand	Ankeveen-Países Bajos
Y. Congar, O.P.†	París-Francia
H. Küng	Tubinga-Alemania
J.-B. Metz	Münster-Alemania
K. Rahner, S.J.†	Innsbruck-Austria
E. Schillebeeckx, O.P.	Nimega-Países Bajos

DIRECTORES/CONSEJEROS

Regina Ammicht-Quinn	Francfort-Alemania
Maria Clara Bingemer	Río de Janeiro-Brasil
Erik Borgman	Nimega-Países Bajos
Lisa Sowle Cahill	Boston-EE.UU.
Eamonn Conway	Limerick-Irlanda
Dennis Gira	París-Francia
Hille Haker	Francfort-Alemania
Diego Irarrazaval	Santiago-Chile
Solange Lefebvre	Montreal-Canadá
Daniel Marguerat	Lausana-Suiza
Éloi Messi Metogo	Yaoundé-Camerún
Paul D. Murray	Durham-Reino Unido
Susan Ross	Chicago-EE.UU.
Silvia Scatena	Reggio Emilia-Italia
Jon Sobrino, S.J.	San Salvador-El Salvador
Luiz Carlos Susin	Porto Alegre, RS-Brasil
Andrés Torres Queiruga	Santiago de Compostela-España
Marie-Theres Wacker	Münster-Alemania
Elaine Wainwright	Auckland-Nueva Zelanda
Felix Wilfred	Madrás-India

SECRETARÍA GENERAL

Stichting CONCILIUM
Erasmusplein 1, 6525 HT Nijmegen-Países Bajos
Directora: Mrs. Christine van Wijnbergen
Correo electrónico: Concilium@theo.ru.nl
www.concilium.org

COMITÉ CIENTÍFICO

Giuseppe Alberigo	Bolonia-Italia
Gregory Baum	Montreal-Canadá
Wim Beuken	Lovaina-Bélgica
Leonardo Boff	Petrópolis-Brasil
Julia Ching	Toronto-Canadá
John Coleman	Los Ángeles-EE.UU.
Christian Duquoc	Lyon-Francia
Virgilio Elizondo	San Antonio, Tx-EE.UU.
Casiano Floristán	Madrid-España
Claude Geffré	Jerusalén-Israel
Norbert Greinacher	Tubinga-Alemania
Gustavo Gutiérrez	Lima-Perú
Bas van Iersel	Nimega-Países Bajos
Jean-Pierre Jossua	París-Francia
Nicholas Lash	Cambridge-Inglaterra
Mary-John Mananzan	Manila-Filipinas
Norbert Mette	Münster-Alemania
Jürgen Moltmann	Tubinga-Alemania
Aloysius Pieris	Kelaniya-Sri Lanka
David Power	Washington-EE.UU.
James Provost	Washington-EE.UU.
Paul Schotsmans	Lovaina-Bélgica
Mary Shawn Copeland	Milwaukee-EE.UU.
Lisa Sowle Cahill	Chestnut Hill, Mass-EE.UU.

CONCILIUM

CONTENIDO

SIDA

Regina Ammicht-Quinn y Hille Haker: *Editorial* 7
Peter Piot: *Introducción* 9

1. El sida en diferentes regiones

1.1. Lisette y Peter Eicher: *El "animalillo del amor". La integración de los que viven con el VIH en Brasil* . 15
1.2. Anthony G. Reddie: *El sida y las comunidades negras en Gran Bretaña. Reflexiones de un teólogo práctico de la liberación negro y británico* 27
1.3. N. M. Samuel: *Programa de prevención de la transmisión materna del virus del sida en un distrito rural del sur de la India* 39
1.4. Isabel Apawo Phiri: *Una reflexión teológica africana sobre el virus VIH y el sida que reafirma la vida* 47
1.5. Beatrice Were: *Obituario* 55

2. El discurso de la teología moral

2.1. Frank Sanders: *El sida: ¿castigo de Dios? Sobre la sobrecarga metafísica de un fenómeno biológico* 61
2.2. James Keenan: *Cuatro tareas de la ética teológica en tiempos del VIH y del sida* 75

3. Enfoques desde la experiencia

3.1. Steve Dowden: *Metáfora, enfermedad y literatura: un almuerzo con Nikolay Stepanovitch* 91
3.2. Carol Lindsay Smith: *El libro de la memoria* 103

4. Justicia global y sida

4.1. Lisa Sowle Cahill: *Sida, justicia global y la ética social católica* 117
4.2. Gillian Paterson: *Librarse de la trampa del género. El desmontaje del patriarcado en tiempos de sida* 131
4.3. Regina Ammicht-Quinn y Hille Haker: *VIH/sida: un comentario* 143

Documentación

Mensaje sobre la Cristología de Jon Sobrino 161
Dossier sobre Jon Sobrino 163

Regina Ammicht-Quinn * y Hille Haker **

EDITORIAL

Por qué editar un número sobre el VIH/SIDA, cuando es tanto lo que se escribe sobre esta epidemia? La respuesta la ha dado –y mejor de lo que nosotros podríamos hacerlo– Peter Piot en su introducción, por el que le estamos especialmente agradecidos: porque las Iglesias son necesarias en su empeño contra el SIDA. Hemos hecho este número por los muchos malentendidos –también teológicos– que flotan en el ambiente y sobre los que hay que reflexionar; lo hemos hecho porque *Concilium*

* Regina Ammicht Quinn es profesora de Ética en el Centro Interdepartamental de Ética en Ciencias y Humanidades de la Universidad de Tubinga. Sus áreas de interes son las cuestiones relacionadas con la ética fundamental y aplicada, ética y cultura, la historia de la devoción cristiana y cuestiones relacionadas con el género. La Iglesia católica le negó el "nihil obstat" y no se le ha permitido impartir clases como profesora de teología. Sus libros más recientes son: *Körper, Religion und Sexualität. Theologische Reflexionen zur Ethik der Geschlechter,* Maguncia [3]2004; *Glück - der Ernst des Lebens,* Friburgo de Brisgovia 2006.

Correo electrónico: regina.ammicht-quinn@uni-tuebingen.de

** Hille Haker es profesora de Teología moral y Ética social en la Facultad de Teología Católica de la Universidad Goethe, en Francfort, y miembro de la Asociación Europea de Ética en el campo de las Ciencias y las Nuevas Tecnologías (EGE).Desde 2003 a 2005 fue profesora asociada de Ética Cristiana en la Universidad de Harvard, en Cambridge (Estados Unidos). Ha publicado como autora los libros *Moralische Identität* (1999) y *Ethik der genetischen Frühdiagnostik* (2002), y como coeditora *Ethics of Human Genome Analysis. European Perspectives* (1993), *The Ethics of Genetics in Human Procreation* (2000) y *Ethik-Geschlecht-Wissenschaften* (2006).

Correo electrónico: Hille.haker@em.uni-frankfurt.de

nunca había publicado todavía un número temático explícitamente dedicado al VIH/SIDA; y, no en último término, porque en la teología católica y en su entorno hay tantas reflexiones de peso, que pensamos que podrían interesarles.

Como revista apostamos por el medio del lenguaje. Con él hemos intentado experimentar aquí más que en otras ocasiones. En efecto: una de las cosas que buscamos, y no la última, es un lenguaje teológicamente adecuado que vaya al encuentro de una enfermedad que no puede enfrentarse fácilmente con el lenguaje: hemos intentado no recorrer el camino de la mayor densidad de información posible en el espacio más reducido posible. No es ésa nuestra tarea y, de ser necesario, tal ofrecimiento puede encontrarse en otros medios. Hemos intentado más bien mostrar por un lado los rostros que se esconden detrás de los números y de los hechos, y, por el otro, cumplir nuestra genuina tarea de ensayar análisis desde la perspectiva teológica y de elaborar propuestas para la praxis teológica. Como las dos editoras responsables toman la palabra al final del número, queremos limitarnos aquí a agradecer muy cordialmente a las autoras y autores que han participado en este experimento.

Por la preparación agradecemos a Ignace Berten, a Virgilio Elizondo, a Mary Hunt, a Harry McSorley, a Eloi Messi Metogo y, sobre todo, a Marcella Althaus-Reid, como también a las directoras y directores de *Concilium* por sus comentarios y ayudas, a la secretaría en Nimega, en especial a Christine van Wijnbergen y a Erik Borgman, así como a los traductores y a los responsables de las editoriales.

(Traducido del alemán por Roberto H. Bernet)

Peter Piot *

INTRODUCCIÓN

Así como el mundo une sus esfuerzos para ampliar su acción contra el sida, resulta de vital importancia que indaguemos en el papel y el potencial que las iglesias tienen en su contribución específica.

Las iglesias constituyen una parte ya importante en la respuesta ante el sida y en la atención a las personas que viven con el virus; las comunidades de fe han dado frecuentemente acogida a personas estigmatizadas y discriminadas por la sociedad. Pero al mismo tiempo, lamentablemente, estas comunidades de fe pueden ser lugares donde se refuerzan los estigmas; la acción realmente efectiva puede verse paralizada por una falta de voluntad a la hora de tratar los problemas que los hombres y las mujeres tienen que afrontar en su vida cotidiana.

El Programa de Naciones Unidas contra el sida anima a las iglesias, a los teólogos y a las comunidades de fe a continuar intentando

* PETER PIOT es el director ejecutivo del Programa de Naciones Unidas contra el Sida (ONUSIDA) y asistente en la secretaría general de Naciones Unidas. El doctor Peter Piot tiene tras de sí una brillante carrera académica y científica (es doctor en medicina y microbiología) centrada en el sida y la salud de las mujeres en países en vías de desarrollo. Utilizando sus habilidades como científico, gestor y activista, el doctor Piot ha desafiado a los líderes mundiales a que vean el problema del sida dentro del contexto del desarrollo social y económico, así como en el ámbito de la seguridad. Bajo su dirección, el ONUSIDA se ha convertido en el principal defensor de una acción a escala mundial contra el sida. Ha conseguido unir a diez organizaciones de la estructura de Naciones Unidas en torno a un programa común sobre el sida, encabezando la reforma de esta institución.

resolver los difíciles problemas que plantea el sida, muchos de los cuales son comentados por los autores que escriben en este número de *Concilium.* Estoy encantado con la oportunidad que se me ha dado de escribir estas notas introductorias y felicito a todos los que han intervenido en este número por el interesante y desafiante conjunto de reflexiones que nos ofrecen sobre el sida.

Mientras que resultaría imposible que todos los interesados estuvieran de acuerdo en cada uno de los aspectos relacionados con el sida, el desafío común es luchar conjuntamente por identificar zonas de sinergia y avanzar al unísono con acciones concretas para aportar mensajes de prevención claros y bien fundamentados, así como tratamientos de calidad y programas de atención a las personas que los necesitan.

En mi estreno como joven doctor en África durante los primeros días del sida, me di cuenta de que esta enfermedad sería de tal magnitud que requeriría una respuesta de proporciones mundiales para poder resolverla.

Mis peores temores hoy día son que nuestra respuesta como comunidad mundial se queda muy corta con respecto a lo que aún se requiere y que la historia se volverá hacia nuestra generación y nos preguntará por qué no hicimos lo suficiente cuando realmente sabíamos lo que se necesitaba para parar esta pandemia. No obstante, aunque el sida puede dividir, también puede unir a personas procedentes de diversas situaciones de modos sorprendentes. Una de mis grandes esperanzas es que el sida nos dé una oportunidad para superar nuestras diferencias religiosas, políticas o geográficas, y trabajar así conjuntamente en una respuesta que cambie totalmente la situación de esta pandemia.

La esperanza de un futuro mejor es lo que sigue impulsándonos en nuestro trabajo contra el sida. Esta epidemia no sólo pone de manifiesto las injusticias, sino que también nos presenta el modo de vencerlas. Con esto en mente, a las iglesias se les presentan una serie de desafíos fundamentales para involucrarse en el problema.

El primero de estos desafíos consiste en comprometerse con los jóvenes. Podemos constatar que en los lugares donde ha retrocedido el virus, han sido los jóvenes los que se encontraban en la vanguardia de este cambio. Las iglesias tienen que adaptar sus enseñanzas a la realidad concreta de los jóvenes, y en el caso del sida resulta de vital importancia tratar con toda claridad las cuestiones relacionadas con la sexualidad. Las iglesias han de predicar las virtudes morales, como

la abstinencia y la monogamia, pero también deben apoyar a los jóvenes para que consigan objetivos más sencillos, como el posponer la actividad sexual hasta que sean más adultos, a comprender el riesgo que conlleva y a saber dónde conseguir la orientación adecuada y los preservativos para protegerse de la infección.

Otro de los desafíos es el que plantea la estigmatización. El estigma relacionado con el virus es una pesada carga que limita la efectividad de los programas de lucha contra el sida. Necesitamos iglesias que promuevan la unidad de acción contra la estigmatización y la discriminación para que así apoyen nuestras respuestas al problema.

Finalmente, el gran desafío que se le plantea a las comunidades es el del acceso a los tratamientos. Las iglesias y sus dirigentes pueden intensificar su apoyo para que los tratamientos lleguen a las gentes más pobres y necesitadas. Las instituciones de salud regidas por grupos eclesiales han de incluirse en los planes nacionales para ampliar el acceso a los tratamientos y a los servicios de atención sanitaria.

El liderazgo, desde las bases mismas de las iglesias hasta las mismas jerarquías, es una importante palanca para la lucha mundial contra el sida.

No obstante los muchos logros conseguidos en el movimiento mundial contra el sida, aún estamos muy lejos de conseguir el vuelco radical de esta epidemia para el año 2015. El trabajo de las iglesias es de vital importancia para sostener la lucha contra el sida hasta que logremos el acceso mundial a los servicios esenciales y consigamos controlarlo definitivamente.

(Traducido del inglés por José Pérez Escobar)

1. EL SIDA EN DIFERENTES REGIONES

Lisette y Peter Eicher *

EL "ANIMALILLO DEL AMOR". LA INTEGRACIÓN DE LOS QUE VIVEN CON EL VIH EN BRASIL

"Já tanto amei! Já sofri tanto!"

Osvaldo de Andrade

En la oscuridad se hacen visibles las estrellas

Durante trescientos años –hasta 1888–, los africanos y africanas sufrieron en Brasil como esclavos y esclavas los abusos de los portugueses. Una parte de sus descendientes vive todavía hoy junto con los segregados de la sociedad industrial moderna en las precarias chabolas de las *favelas*, en las camas por doce horas de los estrechos *cortiços*, en los peligrosos *mocós* bajo los puentes y a la intemperie en plena calle. Todas esas viviendas son más rudimentarias que las *senzalas*, como se denominaban las casas construidas para la tenencia de esclavos. En medio del *luxo*, en la sobreabundancia de la sociedad de consumo, viven

* Lisette Eicher está casada con Peter Eicher, tiene 5 hijos y es enfermera. En 1988 permaneció durante un año en São Paulo. Peter Eicher, profesor de la Universidad de Paderborn, acompañó esporádicamente a su esposa y organizó acciones de ayuda en Alemania y Suiza. En la página de Internet www.sternderhoffnung.de se hace una amplia exposición de los trabajos que se desarrollan actualmente en Brasil.

Peter Eicher es autor de numerosas obras y es el editor responsable del manual titulado *Neues Handbuch theologischer Grundbegriffe*, edición completamente nueva, 2005.

Correo electrónico: eicher@gmx.de; prof.eicher@gmx.de

en las grandes ciudades de Brasil el 20% de los conciudadanos en el *lixo*, en la basura del desarrollo. La dictadura militar intentó durante veintiún años valerse de la masa de los pobres para impulsar la ideología del progreso y, a través de la represión, hacer que la miseria se hiciese lisa y llanamente invisible. En 1985, cuando por fin triunfó la democracia y podía preverse un nuevo comienzo social, apareció un huésped siniestro en la oscuridad del submundo social: la muerte por sida. En los estratos sociales que el sistema mantenía en un nivel bajo, las carencias vitales se asociaron a la letal pandemia del VIH.

No obstante, en la opaca oscuridad de la miseria social y de la infección mortal se levantó una estrella de esperanza. Por invitación del cardenal Paulo Evaristo Arns fuimos[1] a partir de 1987 a São Paulo a fin de brindar cuidados a los enfermos de sida en el submundo de aquella ciudad que, en ese entonces, contaba ya con 16 millones de habitantes[2]. Como en el entorno de la miseria absoluta no había camas ni espacios para la atención de los enfermos, la central misional de los Franciscanos y la obra de ayuda episcopal *Misereor* de Alemania hicieron posible la adquisición de un gran predio en el nordeste de la ciudad. Esta *terra da promessa* fue el núcleo de una obra de asistencia –en aquel momento la mayor de Latinoamérica– para madres, niños y marginales que están en la miseria y viven y mueren con el VIH. La organización Stern der Hoffnung ("Estrella de la Esperanza"[3]), que cuenta con apoyo internacional, ha hecho posible que más de 80 colaboradores en 30 casas ayuden a los afectados a ser atendidos con los medios más modernos de la medicina, a asistir a buenas escuelas y a integrarse socialmente.

Si la experiencia humana de los que han muerto a causa del sida no ha de quedar reprimida para siempre, hacen falta mensajeros que relaten acerca de su vida y su muerte. En Brasil, la tierra de la imaginación literaria, los muertos de sida no caen en el olvido. Sus historias han contribuido a que, hoy en día, los seropositivos para el VIH estén integrados como en pocos países del mundo: en la política sanitaria, en el mundo del trabajo, en la consciencia mediática, en la religiosidad y en la solidaridad social. A fin de hacer que ese resplandor de esperanza en Brasil pueda ser visible en la oscuridad de la epi-

[1] Lisette Eicher, casada con Peter Eicher, 5 hijos, enfermera, se instaló en aquella ocasión por un año entero en São Paulo; Peter Eicher, profesor de la Universidad de Paderborn, acompañó esporádicamente a su esposa y organizó la ayuda en Alemania y Suiza.

[2] 2007: 22 millones.

[3] Véase www.sternderhoffnung.de

demia mundial, presentamos la reconstrucción de las cuatro fases del desarrollo brasileño junto con algunos relatos personales. Esas personas nos han confiado para siempre y de forma inimitable sus experiencias y sus visiones.

I. Pánico (1985-1990)

Rosilene se alimentaba de su soledad. A los cuatro años había sido abandonada por su madre. Después de ser educada por religiosas, a la edad de 16 años se perdió en el desierto urbano de São Paulo. Cuando Carlos, un muchacho blanco con voz melosa, le abrió las puertas a la vida, la joven mulata rompió todas las barreras. Como lecho de amor les servían las tumbas aún no utilizadas de un cementerio, su alimento era el esmog de las calles, el regalo de las promesas matrimoniales fue el embarazo. Carlos, que trabajaba en un motel, le regaló con su amor el virus letal. Él mismo sucumbió a su propia sombra a causa de la toxoplasmosis y del sarcoma de Kaposi. "Amar y expirar riman desde hace eternidades" ("Lieben und Untergehen, das reimt sich seit Ewigkeiten"), había dicho Nietzsche. Rosilene juró que mataría a su amado si su hijo nacía seropositivo.

La encontramos con su embarazo avanzado en la calle. No teníamos cama, casa ni albergue para ofrecerle. La casa de una obra asistencial había sido incendiada cuando se corrió el rumor de que en ella se alojaban enfermos de sida.

Fue el conmovedor relato de una historia de Navidad el que llevó a un grupo de la Legión de María a ponernos su casa a disposición por un tiempo para poder atender a enfermos de sida socialmente excluidos. Allí Rosilene dio a luz a su hijo. El obispo de Santana bautizó al neonato con el nombre de Rafael, es decir: Dios sana. Pero Rafael enfermó gravemente: se había contagiado en el parto –en aquel entonces se creía que el contagio se producía en el seno materno–. En su desesperación, Rosilene encerró a su Carlos en el baño, donde había sufrido una caída a consecuencia de la cual más tarde falleció. Rosilene vagó todavía durante unos días con su hijo por el mundo. Después, también Rafael murió. Rosilene volvió a sonreír una vez más mientras caminaba a orillas del mar y recogía conchas. Después, regresó a su postrera soledad.

América del Norte y del Sur fueron las primeras en recibir el golpe. En 1981 fueron homosexuales de San Francisco los que murieron con los estremecedores síntomas de una nueva enfermedad. Antes de que

el virus fuese identificado murieron también en Brasil jóvenes con síntomas de sarcoma de Kaposi (nódulos de tipo canceroso en la piel), candidiasis (un tipo de estomatitis fúngica), toxoplasmosis (enfermedad cerebral), tuberculosis y adelgazamiento a niveles esqueléticos. Se produjo así algo inimaginable hasta ese momento: la transmisión de la vida se convirtió en una transmisión de la muerte. Sangre y sexualidad, las zonas tabú y los símbolos de la vida, se convirtieron en peligro de muerte.

La reacción fue el pánico. Y en el pánico se cometieron los crímenes contra los enfermos. Los síntomas siguieron sin explicación médica. No había un patrón de referencia de epidemias conocidas hasta entonces: ni la peste, ni el cólera, ni tampoco la sífilis permitían incorporar la catástrofe en una clasificación. No había medicamento alguno para detener la aparición de la enfermedad, ninguna posibilidad de paliar las extrañas formas que asumía el sarcoma de Kaposi, que se manifestó de forma más marcada en Brasil que en Estados Unidos o en Europa. Justamente Brasil pasó a ser el país en el que con mayor rapidez se propagaba el virus y se producía la muerte de los enfermos. Muchas familias repudiaban a sus hijos infectados o los encerraban. Grupos de "exterminadores" mataban a enfermos de sida en plena calle en los barrios de chabolas. Nadie denunciaba a los autores de esos crímenes.

En esos diez años de pánico se quebró la confianza moderna en el dominio de la vida. Nadie había esperado que la medicina científica fuese a verse impotente ante una pandemia semejante. A ello se agregó que en Brasil acababa de despertarse de nuevo la esperanza en el poder de la política frente a la crisis económica, la inflación y la distribución injusta de la riqueza. Pero, en ese entonces, ni la medicina ni la política ni la religión pudieron proponer orientación alguna para curar o, aunque más no fuese, paliar la dramática epidemia[4].

La teología de la liberación fracasó, sin reconocerlo, en sus propios presupuestos. La expectativa del reino de Dios fundaba su exigencia de establecer la justicia social. La teología de la liberación pensaba en términos de filosofía de la historia y de política social, menos en las categorías de cultura, y casi nada en las de naturaleza. Pero, en ese entonces, la naturaleza actuó de forma cruel, sin sentido alguno por la dignidad humana y la justicia. No resulta tan sorprendente que, en ese entonces, cardenales, obispos y teólogos conservadores hayan culpado a los afectados por la aparición de la enfermedad y que, aun estando estos últimos en medio de sus padecimientos de muerte, los hayan difamado tildándolos de maricas, libertinos obsce-

[4] Véase Dossiê AIDS = Revista USP, n. 33, 1997.

nos y personas sin vínculos. De acuerdo a la solución dogmática de la pregunta de la teodicea, sólo la humanidad y los mismos afectados podían ser culpables de la absurdidad del sufrimiento. Lo sorprendente, en cambio, fue que la teología de la liberación no hallara lenguaje alguno para la nueva situación, más allá de unos pocos consejos de teología moral de corte algo más liberal. La teología de la liberación siguió presa en el paradigma de la transformación histórica. La enfermedad sólo aparecía en ese marco como caso social, no como acontecer humano. No había una opción por los enfermos. Los moribundos –y eso vale en especial para los sacerdotes seropositivos para el VIH– debieron esconderse también en la Iglesia.

II. Acompañamiento en el morir (hasta 1997)

João no era sordo, pero era casi totalmente mudo. El virus lo había hecho adelgazar hasta quedar como un esqueleto. Se inclinaba siempre ante todos y casi no dejaba que le vieran el rostro. Asentía con vivacidad a todas las preguntas. De ese modo pudimos darnos cuenta de que le gustaría criar gallinas. Como no teníamos tierra, le compramos codornices, y las cuidó con dedicación. A través de muchas preguntas se pudo aclarar lo que también los estudios médicos dieron por resultado: João había sido víctima de graves abusos ya en la niñez, y de ese modo había perdido el habla. Un día, estando nosotros ya en el coche para partir hacia el aeropuerto, donde debíamos coger el vuelo de regreso, nos llegó la noticia de que João estaba ingresado en el hospital de enfermedades infecciosas y que su muerte era inminente. Quería hablar con nosotros. Estábamos sorprendidos de que se hubiese comunicado. Apenas pudimos pasar por el hospital. João estaba solo en una habitación, sentado sobre la cama, bien erguido y con una expresión hasta luminosa. Nos habló sin inhibición alguna, en voz alta y clara y con un tono sumamente afectuoso. Había perdido el miedo que antes lo había sumido en el mutismo. Nos abrazó como lo hace un hermano. Nosotros partimos. Tres días después nos llegó la noticia de su muerte.

En las obras asistenciales de Stern der Hoffnung pudimos acompañar, atender y dar sepultura en ese tiempo, y sólo en São Paulo, a tres mil seres humanos, enfermos de sida en su estadio avanzado[5].

[5] Según las informaciones del cardenal Paulo Evaristo Arns y de los responsables del hospital de enfermedades infecciosas Emilio Ribas, los que morían en las zonas de miseria de la ciudad no eran sepultados por nadie, ni siquiera por las comunidades eclesiales.

Los brasileños encaran con imaginación hasta las catástrofes. A comienzos de la década de 1990, la retórica creativa, las fiestas y el sentido para la formación de grupos fueron liberando poco a poco a la población del trauma relacionado con el sida. La enfermedad se convirtió entonces en tema principal de la imaginación y de los comentarios en los medios, en el centro de la atención caritativa y de la curiosidad pública. La inicial excomunión de la sociedad y de la comunidad de los moralmente intachables cedió paso a un acercamiento de base ética: una suerte de amor de caridad hacia los enemigos con el que los más animosos procuraron ofrecer a los que padecían el peligroso virus un espacio para morir. Como el número de los infectados se incrementó dramáticamente y ya eran portadores del virus bebés, madres, niños y ancianos de ambos sexos, los afectados por el VIH, antes culpabilizados, pasaron a ser las *víctimas* de la epidemia. Las víctimas merecen dedicación caritativa. Entonces comenzaron a tratarse literariamente también en Brasil los temas del acompañamiento en el duelo y en la muerte, que habían sido importados de Estados Unidos. En todo el país se formaron cientos de grupos que, de las más diversas maneras, hicieron del sida una tarea de prevención y una ocasión para nuevas formas de acompañamiento de los que sufrían la enfermedad.

Tres formas de superación de la crisis caracterizaban ya en ese entonces el hoy conocido "camino brasileño" frente al sida: el giro filantrópico de la *Justicia*, la *corporeización* de la solidaridad con los afectados y la aceptación *religiosa* del sufrimiento absurdo:

– Antes que ningún otro país, Brasil incorporó en la Constitución y en miles de disposiciones particulares de los municipios y de los Estados federados a todo nivel el derecho humano a la plena conservación de la dignidad de todos los portadores del VIH así como a una atención completa. Se prohibieron expresamente todas las presentaciones, acciones y omisiones discriminatorias frente a los portadores del VIH tanto en los medios como en las escuelas, empresas y organizaciones públicas. Entre tales prohibiciones se incluye todo test de VIH que no sea voluntario. Todos los hospitales y todos los médicos y odontólogos privados tienen la obligación de tratar a portadores del VIH. Los despidos o las discriminaciones por causa de ser portador del VIH –como hasta el día de hoy se practica de forma evidente en la Iglesia católica romana para el acceso a las órdenes religiosas y al sacerdocio– están prohibidos y se sancionan con elevadas penas. Según dice, por ejemplo, el art. 17 de la ley de Paraíba para el cuidado de la salud, del año 1994, "nadie tiene el derecho de limitar la libertad o los derechos de una persona por el solo motivo de ser portador del VIH, y ello inde-

pendientemente de su raza, sexo, nacionalidad, religión, ideología u orientación sexual". La retórica filantrópica de la legislación brasileña no debe de tener parangón en el mundo entero. Pero, en su núcleo, protege los derechos humanos de los seropositivos para el VIH y, de ese modo, defiende jurídicamente una ética diferenciada de la cual la moral de la Iglesia católica romana se encuentra todavía lejos. Hay leyes de Estados federados que obligan a los propietarios de moteles a poner a disposición de los huéspedes por lo menos cuatro preservativos nuevos (João Pessoa, ley nº 7629 del 15 de julio de 1994, art. 10) o que obligan a las escuelas, a partir del quinto año de enseñanza primaria, a dar clase y debatir por lo menos una vez al mes sobre el consumo de drogas y las enfermedades de transmisión sexual (ibídem, ley nº 7353 del 17 de agosto de 1993, art. 10).

– Por la ausencia de mutuas y de seguros sociales, los pobres y las masas de los que viven en la miseria están abandonados a sí mismos. No obstante, en medio de todas las catástrofes de la carencia de recursos existe en la cultura brasileña de los pobres una notable corporeización[6] de la solidaridad y de una apasionada participación. Si bien la típica acentuación brasileña de lo corporal, proveniente de raíces africanas y nativas, es mundialmente famosa, fuera de Brasil no se conoce casi nada fuera de la samba, el fútbol, la *capoeira* y el carnaval. Realmente, la solidaridad corporal en la ayuda vecinal, en la organización tangible de salidas del caos y en la defensa concreta contra la explotación llega muy lejos. La cultura de los pobres ha conducido en la catástrofe del sida a una nueva e imaginativa solidaridad de los cuerpos amenazados. En la liturgia y en el trabajo social de comunidades eclesiales enteramente conservadoras, en los cultos del candomblé, la umbanda y la macumba, en las celebraciones masivas de los movimientos pentecostales, en los clubes de hinchas de fútbol, organizados comunitariamente, así como en cientos de comunidades de intereses de los afectados por el VIH se pone de manifiesto la sensual creatividad del *ethos* de los pobres. En el entorno de las megápolis de millones de habitantes, los preservativos se utilizan más para jugar o como objeto de burla que como instrumento de prevención, de modo que el juego con la muerte sigue relacionándose con el vehemente amor a la vida en su corporeización sensual.

– Entretanto, el 85% de la población de Brasil vive en ciudades, el 20% en ciudades de más de un millón de habitantes. Sociológicamente se trata sobre todo de personas provenientes del interior del

[6] Véase Kriesel, Stephan, *Der Körper als Pardigma. Leibesdiskurse in Kultur, Volksreligiosität und Theologie Brasiliens*, Lucerna 2001.

país, etnológicamente desarraigadas, que se aferran a restos arcaicos de tradición. Desde la perspectiva religiosa, los brasileños oprimidos por la miseria masiva –que representan por lo menos el 25% de la población– viven en sus propias e inimitables representaciones de Dios. Como ellos mismos dicen, su vida y su muerte tiene lugar simplemente con Dios, con ángeles, espíritus y demonios. Alimentados por la relación africana con los *orixás*, muchos enfermos incurables recurren al sostén de ángeles y a la protección de espíritus. No hay conversación sobre el sida que se desarrolle prescindiendo del "graças a Deus", aunque no por ello sin temor ante el infierno a causa de la culpa. El enorme crecimiento de los movimientos fundamentalistas y carismáticos habla de la necesidad de los sobreexigidos individuos de escapar del aislamiento a través de los cultos de crisis. En ellos, la corporeización de la solidaridad se hace perceptible precisamente en el canto rítmico. El ritmo rompe como en un juego los limites del "aquí y ahora". A diferencia de lo que sucede en la Iglesia católica romana, en las Iglesias pentecostales se ha cultivado la fe en que la imposición de las manos y la oración puede curar el sida. En cambio, en la década de 1990, las Iglesias católica y luterana, pero también los adventistas y los cultos afro-brasileños del candomblé, la macumba y la umbanda, se han concentrado en la ayuda social realista, y ello a pesar de la creciente atención que se ha dispensado a sus ritos en el ámbito del sida. Sin embargo, al igual que la nueva Iglesia pentecostal de la Asamblea de Dios y las Iglesias evangélicas y fundamentalistas, que los mormones y bautistas, la jerarquía católica siguió sosteniendo su tesis de que la mejor protección frente al sida es la continencia antes y fuera del matrimonio. "La castidad es el único modo seguro y virtuoso para poner fin a la trágica plaga del sida" (Juan Pablo II, 6.2.1993). No sólo la Iglesia católica romana sino todas las Iglesias debieron luchar contra prejuicios y discriminaciones de los afectados por el VIH en sus propias filas, porque muchos predicadores seguían interpretando el sida como encarnación del pecado, como castigo de Dios y augurio de la condenación eterna. Aunque con diferente energía, la mayoría de las Iglesias siguió rechazando también la homosexualidad como forma de vida y como una de las formas del amor. En tal sentido fueron penosas para la consideración moral del sida las publicaciones del padre Valeriano Paitoni, de los Misioneros de la Consolata, muy comprometido socialmente en el campo del sida, que aludió en la prensa internacional a las cifras relativamente elevadas de sacerdotes infectados con el VIH. El realismo brasileño de la corporeización se expresó también en el hecho de que los sacerdotes infectados no tuviesen permitido revelar su enfermedad y que, para su muerte, fueran separados de sus comunidades e

ingresados en un hospicio estrictamente cerrado llamado "Calvario". En ese entonces, los sacerdotes y religiosos seropositivos para el VIH tampoco tenían permitido actuar en la pastoral del sida.

III. El control de la letal enfermedad (1996/1997)

Eloísa escribe poesía. Rima con elegancia sus apasionados versos e inventa cada día la infancia que nunca vivió. A los cuatro años perdió a su madre. El padre la colocó en un orfanato y desapareció para siempre. A Eloísa la encontramos en la calle embarazada, seropositiva para el VIH y enferma. Su única preocupación era el futuro de su hijo, de quien pensaba que nunca podría ocuparse. Eloísa veía cómo todos los demás morían por el virus y no se daba a sí misma ninguna oportunidad.

Pero las cosas fueron totalmente diferentes. Como puede observarse todavía en las madres negras, Eloísa se puso muy contenta de que el pequeño naciera con piel blanca y cabellos rubios. Debía llegar a ser un ser humano plenamente aceptado. Así, lo dio en adopción, por la cual su hijo pasó a ser, con confirmación judicial, hijo de padres íntegros de clase media alta. Ahora, Eloísa quería morir en paz.

Pero la muerte no llegó.

De un día para otro llegaron los nuevos medicamentos. Con la triterapia se logró recuperar en muy corto tiempo su inmunidad. Era el año 1997. Hoy en día, Eloísa vive –sin su hijo– en buenas condiciones en una pequeña casita de ladrillo que le pone a disposición la organización Stern der Hoffnung. Casi a diario escribe un poema para su hijo, que comprende bien la situación. Él debe saber que fue el amor lo que impulsó a Eloísa a entregarlo en adopción. Eloísa ha fundado su propia Estrella de la Esperanza: a veces, alberga en su apartamento a enfermos de sida, seropositivos para el VIH y marginales.

En 1996 y 1997 se autorizó la administración de toda una serie de inhibidores de proteasa y de transcriptasa reversa. Combinados, estos medicamentos antirretrovirales han modificado la epidemia desde sus fundamentos. Se produjo así un retroceso inesperadamente fuerte del número de enfermos y de casos fatales. Y, sobre todas las cosas, se logró impedir definitivamente el contagio en el nacimiento. En las obras de la Estrella de la Esperanza no se ha contagiado desde 1997 ni un solo bebé de madres seropositivas para el VIH. La asistencia médica de alto riesgo durante el parto y la terapia triple combinada impiden el contagio que antes se producía en el nacimiento o a través de la leche materna. Esto representó para los seropositivos para el VIH,

para los enfermos de sida y para todos los que vivían y trabajaban con ellos un cambio radical. Aun cuando la inmunodeficiencia, en última instancia letal, no puede curarse con esta generación de medicamentos, la importante prolongación del tiempo de vida, la curación de la mayoría o, a veces, de todos los síntomas y, sobre todo, la posibilidad de engendrar y dar a luz niños no contagiados significa una redención. Para todos los que vivían con seropositivos para el VIH antes y después de la medicación resulta incomprensible que los gobiernos de los países no estén sin excepción dispuestos a poner a disposición de todos los seropositivos para el VIH los medicamentos necesarios. La diferencia de calidad de vida sin o con los medicamentos es la que existe entre el infierno y la vida normal.

Brasil es uno de los pocos países del mundo que está dispuesto a costear una prevención global en todas las zonas de riesgo y, desde la aceptación de la triple combinación, también a entregar gratuitamente todos los nuevos medicamentos a todos los afectados[7]. Brasil es también el país que ha fijado en la constitución nacional el derecho y la obligación de tal prevención y medicación y que ha reconocido que el acompañamiento preventivo-social y médico del sida es una cuestión del derecho fundamental del ser humano, del derecho a la vida[8].

Para las organizaciones de ayuda, para la asistencia estatal[9] y para las Iglesias, la epidemia se ha transformado en una exigencia social y ética. Ahora ya no basta un mero movimiento de hospicios para posibilitar a los afectados una muerte que condiga con la dignidad humana. Ahora es necesario hacer obligatoria la prevención, atender a los afectados con precisión médica e incorporarlos nuevamente en la sociedad. Así se llegó al "camino especial" de Brasil: mientras que en África, el este de Europa, Asia y China, la epidemia crece, en Brasil la misma se transforma en una enfermedad que, si bien es mortal a largo plazo, está bajo control en su desarrollo y permanece a menudo asintomática por largo tiempo. Ahora, en medio del continuo escándalo del empo-

[7] Véase ONUSIDA, 2006 Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 3ª parte. El informe puede descargarse de Internet en http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/GR06_es.zip; Jörg Schaaber, *Keine Medikamente für die Armen? Hindernisse auf dem Weg zu einer gerechten Arzneimittelversorgung am Beispiel AIDS*, Fráncfort del Meno 2005, 117ss

[8] A propósito de la enorme desigualdad imperante en Brasil, véase también Campos, André, *Atlas da exclusão social no Brasil*, vol. 2, São Paulo 2003.

[9] Para Latinoamérica en la crítica fase del año 1997 véase M. Ricardo Calderón, *Religious-Based Initiatives,* Aidscap/Family Health International, Arlington 1997.

brecimiento extremo y de la marginación de los portadores del VIH[10], surgió en Brasil el nuevo *ethos* de la integración[11]. Es una esperanza para el trato que otros pueblos pueden dar a los que sufren del VIH.

IV. La integración (desde 1999)

En todas las catástrofes, son los ojos de los niños los que, a través de sus preguntas y de su risa, recomponen el mundo. Cuatro veces abortó, dice Maira, a fin de no traer al mundo un hijo seropositivo para el VIH. Al quedar nuevamente embarazada, oyó hablar de Stern der Hoffnung y reunió coraje para dar a luz un hijo. Para Maira, los ojos de su Alexandre, que hoy tiene cuatro años y acude a la enseñanza preescolar, se han convertido en el desafío de su vida. Maira trabaja en un hidrocultivo y en la panadería –donada por Elton John–, a fin de poder adquirir pronto una casita propia. Se dio lo que ya no se esperaba: los mismos que, años atrás, hacían todavía todo lo posible para mantenerse alejados del sida, compran hoy el pan y las verduras preparadas por seropositivos para el VIH. La confianza se ha restablecido.

Bajo las presiones del Banco Mundial y de ONUSIDA, pero también por su propia iniciativa creadora, Brasil practicó a nivel de Estado federal, de los Estados federados y de muchos municipios desde 1999 una política sanitaria nueva y desconocida hasta ese momento. El Estado promueve la colaboración con las obras de organizaciones no gubernamentales, con las Iglesias y con todos los intervinientes a fin de poner bajo control la inmunodeficiencia. De forma semejante, la Conferencia Episcopal católica emprendió el inusual camino de instituir un grupo de trabajo que no sólo trabaja a nivel interno y en el plano ecuménico en el sentido habitual sino con todas las comunidades religiosas, con todas las demás obras de ayuda y con los responsables del Gobierno a todo nivel. Así surge una nueva forma de discurso sobre el sufrimiento, sobre los derechos humanos a

[10] Un impresionante estudio de cinco niños agonizantes por estar enfermos de sida ofrece Ana Maria Baricca, *Histórias vividas por crianças com AIDS,* Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, São Paulo 1998.

[11] Véase Mary Garcia Castro y Lorena Bernadete da Silva, *Respostas aos desafios da AIDS no Brasil: limites e possibilidades,* UNESCO, Ministério da Saúde/Programa Nacional de AIDS, Brasilia 2005. Con relación a la importancia de la obra asistencial "ALIVI" (Aliança Pela Vida), posibilitada por la Stern der Hoffnung, véase *ibídem*, 327-336; UNESCO Brasil, *AIDS: what young people think about it*, Brasilia 2004.

la atención sanitaria y sobre la responsabilidad mundial por la política sanitaria. La base sigue siendo la entrega gratuita, por parte del Estado, de todos los medicamentos a todos los que los necesitan; es decir, en definitiva, la financiación por parte de los contribuyentes. Pero, para poder aprovechar de forma realista esta ventaja político-sanitaria del Estado y de la sociedad, deben existir también en todos los niveles afectados las infraestructuras para la toma controlada de los medicamentos y para la atención médica.

En este punto se pone de manifiesto el problema actual.

Ahora ya no son más los grupos de *outsider* los que se infectan sino, de forma creciente, las mujeres que viven por debajo del umbral de pobreza y los jóvenes que viven en la marginalidad. La experiencia ha demostrado que sólo el acompañamiento para un desarrollo autónomo posibilita las infraestructuras necesarias para vivir de forma preventiva y controlada con el virus. Pero ¿cómo podrán escapar las mujeres del nordeste del Brasil al machismo de los hombres, con su religiosidad arcaica, que las infectan por no utilizar una protección preventiva? ¿Cómo podrán acceder de forma periódica a la atención médica los pobres que viven marginados en el submundo de las ciudades? ¿Cómo podrán aprender a caminar erguidos los veintitrés millones de niños que en Brasil no reciben una formación escolar suficiente?

Desde que los medicamentos antirretrovirales permiten controlar el virus ha surgido en los países y en los sectores de población ricos la impresión de que las personas que cuentan con una atención médica completa pueden manejar por lo menos relativamente el problema de la epidemia sin tener que resolver al mismo tiempo el problema de la pandemia en las regiones pobres de la Tierra y en los que viven en la miseria dentro de sus propias megápolis. Por un momento se había abierto un poco la ventana hacia los que en el mundo viven en la miseria, porque también los ricos temían que la catástrofe los alcanzara desde allí. Así, hoy sabemos mucho más sobre la realidad de las relaciones sexuales en el mundo que antes de la catástrofe del sida. Y sabemos mucho más sobre los fatales mecanismos de la pobreza. La pregunta es cómo la teología puede hacer que las Iglesias adquieran el conocimiento de la prevención en el acompañamiento de los que están mortalmente enfermos, prevención que es necesaria para la salvación. La experiencia de Brasil muestra que una verdadera ayuda sólo es posible en una colaboración entre medicina, Estado, industria farmacéutica, educación y religión. En los tiempos del sida, la religión ha dejado de ser un sector separado de la vida

(Traducido del alemán por Roberto H. Bernet)

Anthony G. Reddie*

EL SIDA Y LAS COMUNIDADES NEGRAS EN GRAN BRETAÑA
Reflexiones de un teólogo práctico de la liberación negro y británico

Introducción

En este artículo abordaré las costumbres sociales y los paradigmas teológicos que han influido en la reacción de la población negra afro-caribeña que reside en Gran Bretaña ante la creciente incidencia del virus del sida en sus comunidades respectivas. Escribo el artículo desde la perspectiva de un teólogo negro de la liberación cuya principal área de investigación la constituyen los modelos liberacionistas de la educación y la formación cristiana, que está al corriente de las culturas y la historias de la población negra. Me apresuro a decir que no soy un especialista ni he realizado un trabajo de especialista del sida, sino que lo que aquí presento es una instantánea de cómo y por qué razones muchas comunidades cristianas afro-caribeñas no han querido afrontar ni dar una ayuda significativa y una adecuada atención pastoral a aquellos miembros de sus filas que padecían el sida.

* Anthony G. Reddie es profesor investigador y asesor de teología negra en la Iglesia Metodista Británica y en la Queens Foundation para la formación en teología ecuménica de Birmingham. Es licenciado en historia (de la Iglesia) y doctor en Pedagogía y en Teología práctica y contextual por la Universidad de Birmingham.

Es autor de varios libros: *Nobodies to Somebodies* (Epworth 2003); *Acting in Solidarity* (DLT, Londres 2005); *Dramatizing Theologies* (Equinox 2006) y *Black Theology in Transatlantic Dialogue* (Palgrave Macmillan 2006). También es el editor de la revista *Black Theology: An Internacional Journal.*

Dirección: The Queen's Foundation (For Ecumenical Theological Education) Somerset Road, Edgbaston, Birmingham B15 2QH (Reino Unido). Correo electrónico: a.g.reddie@queens.ac.uk

Enfocamos este estudio desde un trabajo de campo participativo que emprendí hace algunos años[1] y al que he regresado para escribir esta contribución. Aquel trabajo inicial se ha completado con una visita más reciente a uno de los grupos con los que trabajé hace varios años, para proseguir obteniendo información acerca de sus reflexiones teológicas sobre la naturaleza global del sufrimiento y la enfermedad provocados por el azote del sida.

Delimitación del contexto y de la perspectiva que asumo en el estudio

En cuanto teólogo contextual siempre sospecho de los autores que no se ubican ellos mismos ni sus aportaciones en un determinado contexto social o cultural cuando comienzan a exponer sus ideas. No cometeré este error tan elemental.

Yo soy un teólogo cristiano afro-caribeño. Nací en Bradford West Yorkshire en 1964. Mis padres llegaron a Gran Bretaña a finales de los años cincuenta desde la isla caribeña de Jamaica como parte del gran movimiento migratorio de población predominantemente negra que se produjo desde los países de la denominada "New Commonwealth"[2], sobre todo desde África y los países del Caribe, en los años posteriores al final de la Segunda Guerra Mundial. La presencia de población negra en el período de posguerra en las ciudades e iglesias británicas es un fenómeno que ha sido estudiado por numerosos sociólogos e historiadores[3]. A menudo se cree que la presencia de negros en Gran Bretaña puede rastrearse hasta este período de la historia británica. Se considera que esta afluencia comenzó con la llegada de 492 jamaicanos al puerto de Tilbury a bordo del Empire Windrush el 22 de junio de 1948. Sin embargo, Ian Duffield, citando el *Gentlemen's Magazine* de 1764, describe la presencia de una cantidad importante de población de

[1] Cf. Anthony G. Reddie, *Acting in Solidarity: Reflections in Critical Christianity*, DLT, Londres 2005, pp. 127-135.

[2] Cf. Mike Phillips y Trevor Phillips, *Windrush: the irresistible rise of multiracial Britain*, HarperCollins, Londres 1999.

[3] Seleccionamos los siguientes trabajos: R. B. Davidson, *Black British*, Oxford University Press, Oxford 1966; R. A. Easterlin, *Immigration*, Cambridge Mass 1982; Paul Hartman y Charles Hubbard Charles, *Immigration and the mass media*, Davis-Poynter, Londres 1974; Edgard Scobie, *Black Britannia: A history of Blacks in Britain*, Jonson Publishing Co., Chicago 1972; Ken Pryce, *Endless Pressure*, Classical Press, Bristol 1979; Winston James y Clive Harris, *Migration, Racism and Identity*, Verso, Londres 1993.

negra, considerable en aquel tiempo, formada por unas 20.000 personas que vivían en Londres a finales del siglo XVIII[4].

Peter Fryer describe la preocupación que se suscitó en la sociedad londinense a finales de la época isabelina, al parecer por el elevado número de población negra, que Fryer estima en unos 10.000 que vivían en la capital en aquel tiempo[5]. Los negros han estado viviendo en Gran Bretaña desde mucho antes que la gran inmigración de los cuarenta en adelante. Este movimiento migratorio alcanzó su clímax en 1961, cuando entraron en el país una cantidad aproximada de 74.590. Este año de 1961 tiene su especial importancia, pues fue el año previo a 1962, el año en que se emitió el Commonwealth Immigrants Act (*Decreto sobre la inmigración en la Commonwealth*) por el que se limitaba bastante la inmigración negra desde el Caribe hasta Gran Bretaña[6].

La experiencia de los pobres, marginados y oprimidos en la historia cristiana y en la Iglesia ha sido, en gran parte, una experiencia de confrontación, oposición e invisibilidad. A la población negra se le ha percibido más como un problema que como una oportunidad. Hemos sido controlados, denigrados y tratados con recelo. Sólo en tiempos recientes se ha aceptado con agrado nuestra presencia en las iglesias de mayoría blanca[7].

Uno de los impactos más significativos en la comunidades afrocaribeñas que procede de sus luchas actuales contra el aparente-

[4] Ian Duffield Ian, *History Today*, vol. 31, 1981, p. 34.

[5] Peter Fryer, *Satying Power: The History of Black People in Britain*, Pluto Press, Londres 1984, p. 10.

[6] Ceri Peach, *West Indian Immigration to Britain*, Oxford University Press, Londres 1968, p. 82. Las pruebas documentales que atestiguan la significativa presencia negra en Gran Bretaña en el período posterior al denominado Renacimiento Isabelino pueden verse en James Walvin, *Black and White: The Negro and English Society 1555-1945*, Allen Lane, Londres 1973; ídem, *The Black Presence: A Documentary History of the Negro in England, 1550-1860*, Orbach and Chambers, Londres 1971; F. O. Shyllon, *Black People in Britain 1555-1833*, Institute of Race Relations y Oxford University Press, Londres 1977; Douglas A. Lorimer, *Colour, Class and the Victorians*, Leicester University Press, Leicester 1978. Una importante autobiografía que hemos de mencionar es la obra de Mary Seacole titulada *Wonderful Adventures*, ed. de Ziggy Alexander y Audrey Dewjee, Falling Wall Press, Londres 1984.

[7] La primera vez que tuve un sentido positivo de mi propia dignidad en el seno de la Iglesia Metodista, fue cuando Heather Walton publicó su obra *A Tree God Planted: Black People in British Methodism*, Ethnic Minorities in Methodism Working Group, The Methodist Church, Londres 1985.

mente inexpugnable edificio del racismo en Gran Bretaña ha sido la creación de modelos neoconservadores de socialización y sus concomitantes normas culturales.

Varios especialistas han escrito extensamente sobre la vida familiar de la población negra, así como sobre los factores sociales y culturales que afectan a las familias negras y su estructura[8]. Uno de los aspectos-factores ocultos de la vida de la población negra y las culturas que reflejan estas experiencias son los, en ocasiones, aspectos negativos que existen dentro de las comunidades negras que a menudo son pasados por alto o incluso justificados.

Uno de estos problemas no manifiestos es el de la rivalidad, la competición y el conformismo que existe en el seno de muchas comunidades negras. En numerosas ocasiones, las comunidades negras pueden emplear rígidos modelos de socialización y conformación debido a los factores externos que históricamente las han oprimido y limitado[9]. Hay muchos negros a los que se les ha acusado de no "ser auténticamente negros" o de no ser "suficientemente negros"[10]. En efecto, se trata de aquellos miembros negros considerados como "los que nos hacen quedar mal" tanto por sus acciones como por su comportamiento. Escritores como Victor Anderson han cuestionado el modo en que otros autores negros han perpetuado ciertos aspectos de este conformismo interno al oponerse a reconocer la diversidad inherente de la vida cultural negra en la diáspora africana[11].

Existe la tendencia en los grupos oprimidos y marginados, en los que el racismo y la pobreza se encuentran entre los principales factores que definen la naturaleza de la comunidad, a luchar por mantener una posición coherente y fuertemente colectiva contra un mundo hostil e insolidario, que, frecuentemente, conduce a formas peculiares de una posición neoconservadora con respecto a cuestiones tales como la ética sexual y sus costumbres sociales resultantes. En estas situaciones, ser percibido o visto como diferente constituye un desafío peligroso para toda la comunidad y sus concepciones sobre lo que

[8] Cf. Lee N. June (ed.), *The Black Family*, Zondervan Publishing, Grand Rapids (Michigan) 1991.

[9] Cf. Franz Fannon, *The Wretched of the Earth*, Grove Books, Nueva York 1984.

[10] Cf. Isaac Julian, "Black Is, Black Ain't: Notes on De-Essentializing Black Identities", en Gina Dent (ed.), *Black Popular Culture*, Bay Press, Seattle 1992, pp. 255-263.

[11] Victor Anderson, *Beyond Ontological Blackness*, Continuum, Nueva York 1995.

es permisible o aceptable. Ser diferente implica potencialmente deshonrar a toda la comunidad. El concepto de deshonra o vergüenza sigue siendo un potente factor de regulación que define los límites o el comportamiento, la identidad y las acciones en el seno de muchas comunidades africanas en la diáspora[12].

He presentado un breve conjunto general de los aspectos históricos relevantes de la vida y la experiencia afro-caribeña en Gran Bretaña con el objetivo de establecer una base a partir de la cual poder investigar las actitudes y el pensamiento teológico de un grupo de cristianos caribeños negros. Con esto no pretendo decir que las reacciones de este grupo sean el modelo común de todas las comunidades cristianas afro-caribeñas presentes en suelo británico. Es evidente que necesitaríamos un modo de indagación teológica muy diferente para obtener aquellos datos requeridos para realizar hallazgos generales y globales sobre cualquier grupo[13]. Más bien, en este trabajo, al analizar con más detalle un grupo determinado de cristianos afro-caribeños en Gran Bretaña, queremos indicar que existen unos temas y modelos de pensamiento que suministran aspectos relevantes sobre las actitudes de la sociedad huésped con respecto al fenómeno del virus del sida.

El trabajo con el grupo

El grupo con el que trabajé inicialmente a finales de los noventa y posteriormente para llevar a cabo este estudio, vive en la zona sur occidental de Birmingham. Birmingham es la segunda ciudad más grande de Inglaterra. Es una animada ciudad multiétnica que tiene unos 1,3 millones de habitantes. El grupo de afro-caribeños negros con quienes trabajé procedían de las iglesias, en gran parte de mayoría negra, metodista, pentecostal, anglicana y reformada de esta zona. Del grupo formado por doce personas, siete habían llegado al Reino Unido desde la isla de Jamaica, mientras que de los otros cinco, tres tenían sus raíces en la isla de San Kitts y dos eran de otra isla caribeña llamada Montserrat. Me reuní con el grupo en tres ocasiones y cada sesión duró aproximadamente unas dos horas.

[12] Cf. Edgard P. Kimberly, *Moving from Shame to Self Worth: Preaching and Pastoral Care*, Abingdon Press, Nashville 1999.

[13] Sobre este enfoque es particularmente pertinente el trabajo empírico del teólogo práctico británico Leslie Francis, que realiza sus indagaciones teológicas mediante el paradigma de las metodologías cuantitativas de las ciencias sociales. Cf. Leslie J. Francis, *Faith and psychology: personality, religion and the individual*, DLT, Londres 2005.

La primera reunión se dedicó en gran parte a recordar el anterior encuentro que habíamos tenido hacía unos siete años. De los doce, ocho habían participado en aquel encuentro anterior. Los otros cinco nuevos miembros del grupo fueron elegidos por mí mismo a raíz de un trabajo más reciente que había realizado[14] y otros habían sido invitados (con mi permiso) por los propios miembros del grupo. En las reuniones posteriores indagamos en el papel de Dios y su poder con relación al sufrimiento y la enfermedad en la vida de los creyentes y de aquellos que no se describirían como cristianos.

Reflexiones bíblicas

Para ayudar al grupo a centrarse en el modo en que podían reflexionar sobre el tema del sufrimiento y la enfermedad, con particular referencia al sida, pedí al grupo que se involucrara con Lc 8,40-48. Se trata del relato lucano del encuentro de Jesús con la hemorroísa.

Dividí el grupo en cuatro grupos, de tres miembros cada uno, y los invité a que reflexionaran sobre el pasaje adoptando la personalidad de un determinado personaje del relato. Un grupo sería Jesús, el segundo la mujer que padecía "flujo de sangre", el tercero los discípulos y el cuarto representaría a la muchedumbre. Pedí al grupo que se imaginaran que estaban presentes en todo el episodio y que anotasen sus sentimientos (en cuanto personajes) conforme la acción se iba desarrollando en torno a ellos.

Una vez "fijada la actividad", el resto de la sesión se dedicó a indagar en el texto desde la perspectiva de cada personaje. Al reanudar la actividad, los grupos intercambiaban sus puntos de vista con el objetivo de que pudieran salir del personaje y no se llevaran consigo ningún sentimiento negativo o problemático. Finalmente, los sentimientos, los pensamientos y las reflexiones de conjunto se registraban en papelógrafos para analizarlos posteriormente en la tercera y la última sesión.

Fueron varios los temas importantes que surgieron en los grupos al meterse en el papel de los personajes del relato bíblico. El principal tema que surgió fue lo que yo denomino la "compasión contractual". Con este término me refiero a los modos en que el grupo aseveraba que la gracia de Dios y la curación del individuo afectado por el sida estaba en correlación directa con el modo en que aquel individuo había contraído el virus en primer lugar y si efectivamente se arrepentía de sus pecados.

[14] Cf. Anthony G. Reddie, *Dramatizing Theologies: A Participative Approach to Black Gold-talk*, Equinox, Londres 2006.

Cuando se le preguntó al grupo si era importante el modo en que el enfermo había contraído el virus, nueve de los doce dijeron que sí. Para la mayoría se trataba de una cuestión importante. Si el enfermo era gay, lesbiana o drogadicto severo (los que se suministran la droga por vía intravenosa), por ejemplo, entonces el conocimiento de este dato aumentaba el impacto en la respuesta resultante. Aunque nadie del grupo decía con extrema severidad "ellos se lo han buscado", no obstante eran de la opinión de que el hecho de contraer el virus del sida era el lógico corolario de tales formas de conducta pecaminosa. "Si desafías la ley de Dios, entonces debes atenerte a las consecuencias", comentó uno de los miembros del grupo.

Lo que resulta interesante notar es que las reacciones de la mayoría de los miembros del grupo estaban influidas por los factores sociales e histórico-culturales que habían hecho mella en las comunidades afro-caribeñas a las que nos referimos al comienzo de este artículo. Para la mayoría del grupo (cuyos miembros estaban por encima de los cincuenta)[15], las luchas contra el racismo, la marginación y la indiferencia social fueron de tal calibre que los medios mediante los que muchas comunidades cristianas negras trataban de hacer frente a tales males endémicos consistieron en refugiarse en sí mismos, apuntalándose contra tales fuerzas con costumbres religioso-culturales neoconservadoras y sus correspondientes normas teológicas.

Robert Beckford ha abordado determinados aspectos de los cristianos negros de Gran Bretaña y su restrictiva y egocéntrica forma de fe que intenta llamar solamente a aquellos que acepten las normas religioso-culturales de la comunidad de fe y puedan describirse como salvados[16]. En una obra anterior, Beckford analizó la práctica de determinadas iglesias pentecostales de Londres cuya teología de la misión es incapaz de cubrir el abismo existente entre las preocupaciones socio-políticas estructurales, que ejercen un desproporcionado dominio sobre los que se encuentran en los márgenes de la Iglesia y la sociedad, y los que son "salvados" en el seno de la comunidad de fe[17]. Las personas que tienen el virus del sida se encuentran

[15] El hecho de que el grupo fuera de edad madura está en correspondencia con la edad de la mayoría de los miembros de las congregaciones negras afro-caribeñas que viven en los barrios urbanos de Gran Bretaña. Muchas de las iglesias de estos barrios son, efectivamente, iglesias que están formadas por gente mayor.

[16] Robert S. Beckford, "Theology in the Age of Crack: Crack Age, Prosperity Doctrine and 'Being There'", *Black theology in Britain: A Journal of Contextual Praxis* 1 (2001) 9-24.

[17] Robert Beckford, *Dread and Pentecostal*, SPCK, Londres 2000, pp. 204ss.

claramente ubicados entre los que, por su comportamiento y acciones improcedentes, no están salvados, pues la santificación y la santidad habrían excluido por anticipado estas formas de comportamiento.

Cuando pedí al grupo que relacionaran sus reflexiones con la práctica de Jesús y su compromiso con la mujer en el texto, el grupo estaba convencido, al menos inicialmente, de que la mujer era una "enferma inocente". Esencialmente, su condición no se debía a sus acciones, por lo que la respuesta de curación que Jesús le había dado estaba en sintonía perfecta con la justicia de Dios.

Cuando el grupo se vio desafiado por mí mismo a reflexionar sobre qué podría interpretarse como "sufrimiento merecido y sufrimiento inmerecido", es decir, si realmente cualquiera de nosotros merecíamos la gracia y el amor de Dios, todos los miembros reconocieron abiertamente que se habían equivocado en su respuesta inicial. Muchos admitieron que su respuesta inicial estaba condicionada por las normas culturales frecuentemente restrictivas e inhibidoras de las que se habían imbuido inconscientemente, y de que ellos mismos eran un producto de una estructura global de racismo y opresión que ha dominado la vida de la mayoría de la población negra que ha vivido en Gran Bretaña desde la época de los grandes movimientos migratorios de posguerra a mediados del siglo pasado[18].

Cuando se invitó al grupo a que repensara sus reacciones iniciales, fue muy alentador ver hasta qué punto las aseveraciones generalizadas acríticas previas fueron sustituidas por un deseo de intentar comprender y responder de forma más adecuada.

Se le presentó al grupo una serie de reflexiones y pensamientos de varios teólogos y educadores norteamericanos, sobre todo de la obra de Gary Gunderson. Gunderson utiliza las perspectivas de un programa interreligioso de salud en Atlanta para ilustrar cómo las congregaciones pueden compartir sus ideas y experiencias para ayudar y ser solidarios con los que se encuentran destruidos y sufren[19]. La idea de Gunderson de la iglesia como santuario o un "espacio seguro" resulta especialmente adecuada en el contexto de este estudio[20]. La idea de la iglesia como un espacio seguro y hospitalario se encuentra

[18] Cf. Anthony G. Reddie, *Nobodies to Somebodies*, Epworth Press, Peterborough 2003, pp. 3-36.

[19] Cf. Gary Gunderson, *Deeply Woven Roots: Improving The Quality of Life in Your Community*, Fortress Press, Mineapolis 1997.

[20] *Ibídem*, pp. 83-92.

en el informe ecuménico sobre los niños en la Iglesia titulado *Unfinished Business* (*Una tarea inconclusa*)[21].

Charles Foster ha trabajado intensamente para despertar nuestra consciencia a la necesidad de que las congregaciones creen modelos educativos que ayuden en la tarea de intentar construir comunidades que puedan afrontar la diversidad y el conflicto de forma creativa[22]. En un trabajo realizado en colaboración con Theodore Brelsford, Foster llevó a cabo un estudio cuyos resultados pusieron de manifiesto los diferentes (y exitosos) enfoques de un número de iglesias con respecto a diversos aspectos relativos a la diferencia y cómo las diversas comunidades de fe aprenden el modo de celebrar conjuntamente su diversidad[23]. El desafío al que se enfrentó este grupo fue el modo en que demostraba la hospitalidad y la inclusión. ¿Cómo pueden las iglesias convertirse en espacios seguros, hospitalarios, en los que aquellos que son vulnerables y se encuentran destrozados pueden encontrar un hogar cálido? Con respecto a este tema fundamental escribe Foster:

> "El movimiento desde los mensajes de hostilidad hacia los de hospitalidad es necesario para que las comunidades intenten incluir a los diferentes en sus comunidades. La diferencia se percibe cuando comparamos la postura del padre del hijo pródigo, que sale al camino con el ánimo de esperar su regreso, con la postura del hermano enfadado que rechaza participar en el banquete"[24].

El desafío para todos nosotros consiste en aprender a vivir con la generosidad de espíritu que el padre muestra a su hijo en este famoso pasaje. Como este relato demuestra de forma optimista, esta generosidad es en definitiva un don de la gracia puesto que, en general, está en contra de lo que normalmente quisiéramos o desearíamos hacer. Los miembros del grupo vieron esta forma de acción como una posibilidad para ellos mismos al seguir reflexionando en el pasaje lucano, en su compromiso existencial con el texto y su correlación con la experiencia contemporánea.

---

[21] "Unfinished Business: Children and the churches", Informe encargado por el Consultative Group on Ministry among Children (CGMC), CCBI Publications, Londres 1995.

[22] Cf. Charles R. Foster, *Educating Congregations: The Future of Christian Education*, Abingdon, Nashville 1994.

[23] Cf. Charles R. Foster y Theodore Brelsford, *We Are The Church Together: Cultural Diversity in Congregational Life,* Trinity Press International, Valley Forge 1996.

[24] Charles R. Foster, *Embracing Diversity: Leadership in Multicultural Congregations*, The Alban Institute, Herndon 1998, pp. 57ss.

Una relectura de Lc 8,40-48 desde la teología negra

Era consciente de que el grupo seguía vinculado con la idea de la "compasión contractual". Aunque reconocían la total realidad abarcadora e inclusiva de la gracia de Dios en la vida de "todos los pecadores", sin embargo, me sorprendía el hecho de que siguieran teniendo la idea de que la existencia de esta gracia abundante sólo toleraba a determinados grupos en lugar de celebrar su vida y cualquier experiencia a ella concomitante. Para conseguir que el grupo reflexionara más sobre este tema, les invité en la parte final de la tercera reunión a que vieran cómo un teología negra que lee este texto lucano puede abrir nuevas perspectivas a un modo de acción renovado y de mayor alcance con respecto a quienes sufren de sida en las comunidades negras de Gran Bretaña.

Uno de los grandes desafíos al que deben hacer frente nuestras comunidades cristianas es el de intentar encontrar la vigencia actual derivada de la lectura de la Biblia. La Biblia sigue ocupando un lugar central en la fe de, prácticamente, todos los cristianos negros[25]. ¿Cómo podemos los que tenemos la responsabilidad de dirigir el estudio de la Biblia adquirir tal vitalidad e inspiración que nos ayude a encontrar nuevos caminos para abrir las Escrituras a los adultos y los niños que hemos de orientar?[26] En la sección final de este artículo quiero presentar una lectura realizada desde una teología negra del capítulo 8 de Lucas, demostrando cómo una lectura politizada de este texto puede desafiar a las comunidades cristianas afro-caribeñas a repensar su acción con respecto a quienes sufren de sida.

Uno de los primeros aspectos que percibimos en el compromiso de Jesús con la muchedumbre y la mujer en el texto lucano es que se encuentra totalmente involucrado en el contexto en que está situado. Jesús se encuentra en medio de la acción. Está en medio de la muchedumbre, no alejado de ella. Las acciones de Jesús implican que está física y emocionalmente involucrado en el contexto en que se encuentra[27]. Esta verdadera intencionalidad de Jesús actúa de contra-

[25] Cf. Anthony G. Reddie, "Editorial", *Black Theology: An Internacional Journal* 1 (2006) 8-9.

[26] He intentado hacer algo de este tipo en mi trabajo anterior. Cf. Anthony G. Reddie, *Growing into Hope*, 2 vols., The Methodist Publishing House, Peterborough 2003, pp. 53-57.

[27] Cf. Robert Beckford, "Theology in the Age of Crack: Crack Age, Prosperity Gospel and 'Being There' ", *Black Theology in Britain, A Journal of Contextual Praxis* 1 (2001) 9-24.

peso con respecto a las teologías no contextuales y, a menudo, abstractas, de la prosperidad, predominantemente dirigidas a los cristianos negros, tal como observamos en tipos como Creflo Dollar[28] en los Estados Unidos y Matthew Ashimolowo[29] en el Reino Unido. Jesús se implica en el contexto en que se encuentra de un modo real y encarnado y no se refugia en banalidades espirituales para evitar ser catalogado de "político"[30].

El compromiso público de Jesús evita cualquier sentido de dualismo cerrado del "ellos y nosotros" que parece caracterizar algunos aspectos de las peores formas de los modelos de santidad autosatisfecha e hipernormativa que han inspirado las concepciones de la práctica de la Iglesia negra y el cristianismo negro, en general, a lo largo y ancho de la diáspora africana[31].

Una lectura teológica negra de este texto es una forma ideológica de hermenéutica que desafía las triviales certezas etnocéntricas y eclesiológicas que infravaloran, oprimen y marginan a ciertas personas contra otras[32]. Esta relectura desde una teología negra cuestiona la idea de que algunas personas son creadas más a imagen y semejanza de Dios que otras. Cuestiona a quienes se sienten superiores a otros. Y cuestiona a quienes piensan que algunas personas forman parte del "nosotros" y otras que son diferentes forman parte del "ellos"[33].

Para aquellos que piensan que son más que los demás y que merecen ser tenidos en cuenta, como, por ejemplo, los Jairos de este mundo, pero que los demás pueden o deberían ser ignorados porque son impuros o indignos, como la mujer que padecía hemorragias,

[28] Sobre los detalles de su ministerio, cf. www.creflodollarministries.org.

[29] Cf. www.kicc.org.uk.

[30] Cf. Robert Beckford, art. cit.

[31] He estudiado algunos elementos de este fenómeno en un trabajo anterior. Cf. Anthony G. Reddie, *Action in Solidarity*, pp. 45-53.

[32] Cf. Harry H. Singleton, III *Black Theology and Ideology*, The Liturgical Press, Collegeville 2002, pp. 47-67; cf. también Anthony B. Pinn y Dwight N. Hopkins (eds.), *Living The Body*, Palgrave Macmillan, Nueva York 2006, para una excelente investigación sobre los límites impuestos a los negros por la Iglesia negra con respecto a las prohibiciones sobre las relaciones homosexuales y las relaciones sexuales en general.

[33] Este tipo de lectura se inspira en el reciente libro de Nelly Brown Douglas titulado *What's Faith Got to Do With It?*, Orbis, Nueva York 2005, en donde Brown cuestiona la tradicional hegemonía imperialista cristiana construida sobre un monoteísmo cerrado y hostil.

este texto constituye un enorme desafío o cuestionamiento. Teniendo en cuenta la condición de esta mujer podemos interpretarla actualmente como equivalente a los negros que son gays, lesbianas, bisexuales, transexuales o drogadictos severos y que son considerados como personas que están "más allá de los límites establecidos" debido a su condición social. Su condición de encontrarse al borde o más allá de los límites es la misma que sienten muchos enfermos de sida en varias comunidades negras de Gran Bretaña. Con su intervención, Jesús la saca de los márgenes y la coloca en el centro de la acción y del relato. Ella es reconocida y sanada. En ningún momento se plantean las cuestiones de si realmente lo merecía o en qué circunstancias contrajo la enfermedad.

La teología negra que inspira la interpretación de este texto, en el que Jesús es presentado como un perturbador iconoclasta del *statu quo,* nos desafía a repensar lo que pretendemos conseguir mediante el carácter dogmático de nuestras teologías que aún operan con el dualismo "dentro"/"fuera". Una lectura teológica negra nos lleva rápidamente a plantearnos de nuevo quién es el que se siente ofendido por la Buena Nueva de Cristo. ¿Son los que piensan que están dentro, en donde se toleran y se reafirman sus tabúes culturales, o aquellos que están fuerza y que repentinamente se encuentran aceptados y acogidos? Para los primeros, la relectura teológica negra de este texto constituye una mala noticia, puesto que perturba y denuncia todo cuanto sostienen que es la verdad[34].

Una lectura teológica negra de este texto puede abrir nuevos modos de ver los modelos y las prácticas establecidas y manidas. Por ahora puede constituir un desafío para que las comunidades cristianas afro-caribeñas reconsideren cómo su práctica puede influir e involucrar a quienes luchan contra el sida en Gran Bretaña. Puede desplazarse más allá de la "compasión contractual" y la "mera tolerancia" hacia una radical afirmación de la hospitalidad, según la cual los primeros sean realmente los últimos y los últimos y menos importantes lleguen a ser los primeros en el seno de las prácticas comunitarias y los modos de formar parte del "Cuerpo de Cristo".

(Traducido del inglés por José Pérez Escobar)

[34] Ésta ha sido la tarea central de teólogos negros, como James Cone, y mujeristas, como Jacquelyn Grant, que tienen un fuerte enfoque cristológico en su método teológico. Cf. James H. Cone, *God of The Oppressed*, Harper San Francisco, San Francisco 1975, pp. 108-195; cf. también Jacquelyn Grant, *White Women's Christ and Black Women's Jesus*, Scholar's Press, Atlanta 1989.

N. M. Samuel *

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNA DEL VIRUS DEL SIDA EN UN DISTRITO RURAL DEL SUR DE LA INDIA

El contexto

El primer caso de sida se detectó en la India en 1986. Desde entonces, el número ha ido incrementándose hasta llegar a la cifra actual de 5,7 millones, superando así el número de los infectados en África del sur. 2006 ha sido el año en que hemos reflexionado sobre los veinticinco años transcurridos desde que el Centro para el Control de las Enfermedades de los Estados Unidos informara de los primeros casos, una ocasión que hemos aprovechado para pensar en nuestra propia situación, en el desarrollo de la enfermedad, las estrategias de prevención adoptadas, así como en los éxitos logrados y sus puntos débiles.

* N. M. Samuel se licenció en medicina en el Christian Medical College de Vellore. Se especializó en inmunología y microbiología en el Middle Sex Hospital Medical School de Londres, donde obtuvo el grado de doctor. Ingresó en el Hospital Clínico universitario de Tamil Nadu, en Chennai (sur de la India), en 1991. Es el presidente fundador de la Asociación contra el sida de la India, así como el representante regional de Asia y el Pacífico en la Asociación Internacional del Sida. Es también el único miembro de la India que presta sus servicios en la asociación profesional de la Asociación Internacional del Sida en el consejo de gobierno de dicha entidad. Es miembro del comité ejecutivo de la Asociación del Sida de Asia y el Pacífico, y presta también sus servicios en el consejo científico del equipo de Estrategias Globales para la Prevención del Virus del Sida de los Estados Unidos.

Correo electrónico: nms_mds@yahoo.com

Hemos estado investigando esta enfermedad desde principios de los años noventa. Como hospital clínico universitario, nuestro objetivo principal era transmitir nuestros conocimientos a los colegas de la facultad y a los estudiantes. Dondequiera que hablábamos sobre el virus del sida sólo podíamos decir que provocaba la muerte, dada la carencia de los fármacos adecuados en los centros públicos de salud. Cuando debatíamos sobre la prevención, sólo sugeríamos el uso del preservativo. En 1995 se descubrió que se podía prevenir la transmisión del virus de una madre embarazada a su hijo utilizando AZT. Era una excelente noticia, y nos dispusimos a utilizarlo (con algunas modificaciones) en las mujeres embarazadas de núcleos rurales que estaban infectadas.

Al mismo tiempo, recibimos una serie de cartas de médicos de familia de un pequeño distrito rural en las que nos informaban de que habían detectado varios casos de infección y pedían nuestra ayuda para corroborar el diagnóstico. Esto nos llevó hasta ellos para investigar más a fondo el problema. Uno de nuestros estudiantes realizó un estudio entre las embarazadas de Namakkal y descubrió que un 6% de ellas eran seropositivas. Esta cifra nos asustó sobremanera y regresamos para llevar a cabo ulteriores investigaciones. Simultáneamente, nuestro grupo de investigación estaba realizando un estudio del número de las embarazadas seropositivas en los grandes hospitales de Chennai [la capital del estado de Tamil Nadu]. La tasa de infección era inferior al 1%. Era evidente que el predominio del virus estaba circunscrito a determinadas zonas. Nos dimos cuenta de que había diferencias entre las diversas partes del país y de que lo que se observaba en un lugar no era igual a lo que se observaba en otro.

El distrito de Namakkal está situado a 400 km de Chennai y el único modo de llegar allí es por carretera. Sus habitantes son en su mayor parte camioneros de largas distancias y agricultores. Hay una elevada tasa de emigración entre hombres y mujeres en busca de trabajo. De carácter esencialmente rural, la mayoría de la población apenas tiene algún tipo de estudios y otros sólo tienen estudios primarios. Aquí se creó el primer centro rural de la India dedicado a la prevención de la transmisión del virus de madre a hijo.

Descripción

El centro de Namakkal dedicado a la prevención de la transmisión del virus de la madre al hijo

En 2000 se creó este centro en el hospital público del distrito; aún hoy se siguen ofreciendo los siguientes servicios:

– orientación y pruebas voluntarias

– orientación confidencial tras el consentimiento informado

– profilaxis antirretroviral con AZT y NVP

– asistencia en casa

– opciones diferentes a dar el pecho a los bebés

– planificación familiar.

Con este informe queremos dar cuenta de las experiencias que tuvimos con la creación de este centro rural de prevención, y abordaremos también algunas de las cuestiones éticas que se plantearon.

Orientación y pruebas voluntarias

La mayoría de las embarazadas que requieren unos servicios prenatales son jóvenes de unos veinte años. A ellas se les orienta en una reunión de grupo previa a las pruebas clínicas. Se les da una serie de consejos sobre nutrición, infecciones de transmisión sexual y sobre el virus del sida. Las embarazadas acuden a los hospitales para confirmar su embarazo y saber si el niño es normal. Tras la primera visita, algunas no regresan para que se les haga un seguimiento hasta el momento de dar a luz, mientras que otras sí acuden a sus controles mensuales. Las mujeres llevan el peso de la familia: cuidan del hogar y salen a trabajar para aportar dinero a la casa. De aquí que les resulte difícil viajar hasta el hospital, pues ello significa perder el salario de un día que tan importante es para su supervivencia. Por ello construimos cinco clínicas cerca de sus casas en diferentes localidades, que fueron muy bien acogidas por las comunidades respectivas. Hasta la fecha hemos aconsejado y hemos realizado pruebas a 29.789 mujeres, de las que 519 son seropositivas (1,75%).

En su mayor parte, el 98%, reciben los resultados de las pruebas. En nuestras reuniones de orientación nos preguntamos frecuentemente cuántas de ellas entienden realmente el proceso y las secuelas de la enfermedad.

Orientación confidencial tras el consentimiento informado

Antes de proceder a las pruebas se requiere el consentimiento basado en una buena información. El consentimiento por escrito se

realiza en su dialecto; los orientadores explican todo con gran detalle antes de que otorguen su beneplácito.

Esta situación nos plantea un gran dilema, porque a menudo no estamos seguros de que las mujeres entiendan totalmente la aceptación que han dado a que se les realice la prueba pertinente y a que, en el caso de dar positivo, les sean administrados los fármacos como profilaxis antirretroviral. Tras los resultados de la prueba, si dan positivo les orientamos individualmente y también, con su consentimiento, aconsejamos a su pareja y a un miembro de la familia para que se responsabilice del cuidado de la afectada. A esto lo denominados "confidencialidad compartida", un término-concepto utilizado en contextos de recursos limitados. Con ello protegemos los derechos individuales pero adaptándolos a la situación local y, en particular, al contexto cultural. Sin embargo, se trata de un procedimiento peligroso, puesto que algunos pueden utilizar incorrectamente la información suministrada.

Profilaxis antirretroviral con AZT y Nevirapina

Al principio administramos AZT como único fármaco durante períodos extensos para cambiar posteriormente a una terapia de curso breve con el mismo fármaco. Después suministramos una sola dosis de Nevirapina a la madre y al niño en los tres días posteriores a su nacimiento, siguiendo así el procedimiento utilizado en los países desarrollados. También somos conscientes de que una sola dosis de Nevirapina puede producir resistencia al fármaco, y si esto ocurre entonces puede verse comprometida la efectividad de una futura terapia en la que se combine con otros fármacos.

Nuestro dilema se plantea entre lo que, por una parte, sabemos y aquello de lo que no estamos seguros, y, por otra, sobre la cantidad de información que hemos de dar a nuestras pacientes. Sabemos que los fármacos antirretrovirales utilizados como medios profilácticos no son seguros en un 45-65% de los casos. ¿Cómo podemos explicarle esto a mujeres de pueblo que nos miran a quienes nos dedicamos a la salud como si tuviéramos la píldora y la solución mágica a sus problemas?

Asistencia en casa

Hemos observado que un importante número de pacientes no regresan al hospital para seguir con su tratamiento (concretamente

99, un 17,5%). Las razones, entre muchas otras, son las enormes distancias del hospital, la pérdida del salario diario, las, en ocasiones, largas esperas para coger el autobús, el carácter poco amable del personal sanitario y el estigma social que sufren quienes van a un centro de sida.

Hemos percibido que al visitarlas en sus casas las mujeres se encuentran más a gusto tratando los problemas que les preocupan y que en los centros de salud no encontraban el clima propicio para expresarlos. También nos hemos percatado de que la orientación no es un asunto que requiere tratarse una sola vez, sino que es un proceso que debe ofrecerse a las mujeres una y otra vez. Se encuentran cómodas haciendo las preguntas que les interesan y discutiendo sobre cuestiones relacionadas con sus parejas y las formas y opciones de alimentar a sus bebés. Las visitas a la casa también permiten al personal sanitario "contar las pastillas consumidas" y descubrir si algún otro miembro de la familia comparte sus medicamentos –un problema que hemos detectado a menudo en nuestros programas, sobre todo cuando hay más de un miembro de la familia que está infectado por el virus. Cuando un sanitario visita a una mujer en su casa se nos plantea el dilema ético de la confidencialidad y la identidad. Es bastante probable que los vecinos sepan por qué se visita frecuentemente a una determinada familia, lo que conduce a la estigmatización en el seno de la comunidad. Por eso hemos intentado de varios modos enmascarar la identidad del personal sanitario, aunque ha sido en vano, aunque dejamos los vehículos bastante alejados de las casas de las mujeres y no utilizamos ningún uniforme que nos identifique.

Opciones diferentes a dar el pecho a los bebés

La leche materna es otro de los medios por los que el virus puede transmitirse de la madre al recién nacido. En las naciones desarrolladas no se recomienda dar pecho a los bebés, sino que lo normal es sustituir la leche materna por otra.

Sin embargo, no resulta aconsejable seguir una práctica similar en la India rural. La sustitución de la leche materna por otra se recomienda en las ciudades dependiendo del nivel económico de las familias. Así, la práctica habitual en nuestros hospitales es dejar que sea la madre quien tome la opción de dar o no el pecho a sus niños. Tras la reunión de orientación, la mayoría de las madres optan, por no dar pecho a sus hijos. El deseo de toda madre es dar lo mejor al

niño, por lo que, impulsadas por ello, todas ellas optan por no darles leche materna. Aunque lo practican durante el primer e incluso el segundo mes, no obstante se ven imposibilitadas a proseguir con este método porque les resulta caro. De aquí que recurran a formas mixtas de alimentación utilizando agua no potable, lo que hace más daño al bebé y, probablemente, aumenta la transmisión del virus.

Somos conscientes de que ésta es la realidad en contextos de recursos limitados, pero la verdad es que nos sentimos "molestos" por tener que ofrecer estrategias diferentes basándonos en factores económicos.

Planificación familiar

India tiene actualmente una población de 1.200 millones de habitantes y, probablemente, superará a China en las próximas tres décadas, convirtiéndose en la nación más poblada del mundo. Para la gente pobre los niños constituyen un beneficio que da seguridad a los padres. Con este orgullo, la mayoría de las mujeres desean tener más niños y son reacias a programar sus embarazos. También resulta comprensible porque no están seguras de que el recién nacido siga viviendo después de su quinto cumpleaños.

De aquí que se hayan intensificado las orientaciones para convencer a las jóvenes madres a que programen sus embarazos. En ocasiones sentimos que es una batalla perdida, pero seguimos adelante con el propósito de que entiendan que tener menos hijos pero sanos es un orgullo para la familia.

Algunas madres desean interrumpir su embarazo tras saber que el virus puede transmitirse de madre a hijo directamente o través de la leche materna. También nos plantea un dilema aconsejarlas en un sentido o en otro. Pero también somos conscientes de que todos los procedimientos actuales no previenen prácticamente el 1%. De aquí que el dilema ético que se le plantea a un médico es cuál sería el mensaje correcto que debería dar a una madre.

En ocasiones, las madres preguntan a los orientadores y a los médicos qué harían ellos en esa situación. La vida necesita ser protegida y poseemos estrategias de prevención que pueden apoyarla.

Conclusión

El virus del sida infecta a los grupos de edad que son más sexualmente activos. La muerte sobreviene entre los 5 y los 10 años después de haberse detectado el contagio. Conjuntamente con otras infecciones, como la tuberculosis, la muerte sobreviene mucho más rápidamente. En la India necesitamos organizar una respuesta efectiva a tres epidemias: la del sida, la de la tuberculosis y la, de igual importancia que las anteriores, de la estigmatización y la discriminación.

Todos tenemos que actuar para prevenir y proteger a las futuras generaciones del virus del sida. Es el momento de poner manos a la obra.

(Traducido del inglés por José Pérez Escobar)

Isabel Apawo Phiri *

UNA REFLEXIÓN TEOLÓGICA AFRICANA SOBRE EL VIRUS VIH Y EL SIDA QUE REAFIRMA LA VIDA

Introducción

En veintitrés años de VIH y de sida, la Iglesia de África ha luchado por elaborar una teología que responda a estas realidades. El principal factor que ha contribuido a esta contienda es la carencia de una teología de la sexualidad en un contexto en el que el 99% de las infecciones del virus en el África subsahariana se contraen por relaciones heterosexuales sin la debida protección. Mientras que las sociedades africanas tradicionales, como los chewa [una tribu bantú] de Malawi, poseían sus propios modos institucionales para enseñar y hablar sobre la sexualidad, la llegada de la modernización y el cristianismo minaron estos sistemas tradicionales sin ofrecer ninguna alternativa. Además, nuestras instituciones teológicas no han equipado suficientemente a los dirigentes de las iglesias para que desarrollaran una teología sobre el virus y el sida y una teología de la sexualidad que reafirmaran la vida y tuvieran en cuenta la cosmovisión africana. No sorprende, por tanto, que muchos dirigentes eclesiásticos sigan considerando el virus y la enfermedad como un castigo divino por los pecados sexuales cometidos por la gente sin dar explicación teológica alguna al hecho de que muchos que tienen prácticas sexuales ilícitas no han contraído el

* Isabel Apawo Phiri es profesora de Teología Africana en el Instituto de Teología y Religión de la Universidad de KwaZulu Natal (Private Bag, X01, Scottsville 3209, Pietermaritzburg, Sudáfrica) y coordinadora general del Círculo de Teólogas Africanas Comprometidas.

Correo electrónico: PhiriI@ukzn.ac.za

virus ni la enfermedad mientras que muchas mujeres que mantienen unas relaciones sexuales lícitas son seropositivas. El objetivo de nuestro artículo es intentar llevar a cabo una reflexión teológica africana sobre el virus y el sida.

El Círculo de Teólogas Africanas Comprometidas y el VIH y el sida: Una respuesta basada en el género

Desde el principio es muy importante que explique mi posición para que el lector entienda desde qué perspectiva abordo la reflexión teológica sobre este tema. Me ubico en el seno de las teologías mujeristas africanas representadas y propagadas por el Círculo de Teólogas Africanas Comprometidas (a partir de ahora, el Círculo). Las teologías mujeristas africanas pertenecen a la familia más extensa de la teología feminista, que además es catalogada como una teología de la liberación. Las dos teologías son variedades diferentes de la teología cristiana que adquirieron su denominación a partir de su contexto y su enfoque. En el continente africano tenemos varias teologías de la liberación. Las cristianas africanas han denominado teologías mujeristas africanas a su reflexión sobre el contexto africano y la fe cristiana.

¿Por qué el plural *teologías* y no simplemente el singular *teología*? El término se utiliza en plural porque las teólogas africanas quieren reconocer así el hecho de que incluso en el mismo continente africano hay una diversidad de experiencias entre las mujeres debido a las diferencias de raza, cultura, política, economía y religiones. No obstante las diferencias terminológicas, a todas las mujeres les encantaría ver el final del sexismo en su vida y la creación de una sociedad más justa de hombres y mujeres que busquen el bienestar recíproco. Ellas anhelan que se haga justicia a todos los oprimidos, incluido el medio ambiente.

Las teologías mujeristas africanas afrontan el tema de la resurrección para incluir la restauración de la vida presente a partir de las actividades que promueven la muerte. Ven al Jesús de los evangelios como aquel que sanó para traer la curación al mundo de hoy, contaminado por el VIH y el sida. Estas teólogas optaron por hacer de estos temas el núcleo fundamental de su elaboración teológica para el quinquenio 2002-2007. Es la contribución que desde el Círculo se hace a la respuesta del movimiento ecuménico a estos problemas en el continente africano.

El Círculo ha puesto de relieve el carácter central que el género tiene en estos asuntos. Philippe Denis afirmó con acierto que "el virus y el sida son en último término un problema de género"[1]. Esta afirmación se ve apoyada por el hecho de que, según Rally Baden y Heike Wach, el principal modo de transmisión en el África subsahariana es el de las relaciones heterosexuales, siendo el matrimonio el mayor factor de riesgo por que el muchas mujeres africanas contraen el virus[2]. Este dato ha sido recogido en el informe elaborado por la organización The Hunger Project, en donde se afirma:

> "El África subsahariana es la única región del mundo en la que se infectan más mujeres que hombres; concretamente el 55% de los adultos infectados son mujeres. Las adolescentes de esta zona tienen cinco veces más probabilidades de ser infectadas que los chicos"[3].

La tesis que sostengo en este artículo es que si no abordamos la relación del género con el VIH no mejoraremos en nuestra lucha contra el virus. Por tanto, hemos de hacer frente al hecho de que las diferencias fisiológicas, así como las relaciones sociales, culturales, económicas y de poder entre mujeres y hombres tienen un gran impacto en el proceso por el que alguien se infecta y sobre cómo puede prevenirse la infección y la cuestión de quién cuidará del enfermo.

Las contribuciones de las teólogas africanas han mostrado que el matrimonio es una institución central en las comunidades de África[4]. Sin embargo, también es el centro del modelo patriarcal que coloca en una posición de subordinación a las mujeres. Esta posición es fatídica en la era del VIH y del sida, cuando las investigaciones muestran que se produce un mayor número de nuevas infecciones entre las mujeres casadas que en cualquier otro grupo[5]. La Organización Mundial de la Salud sostiene que la principal causa de que esto ocurra se debe a "la subordinación sexual y económica de las mujeres"[6]. Dos publicaciones del Círculo, *The Will to Arise* (1992) y *Violence*

[1] P. Denis, "Sexuality and AIDS in South Africa", *Journal of Theology for Southern Africa* 115 (2003) 75.

[2] S. Baden y H. Wach, *Gender, HIV and AIDS transmisión and impact: A review of issues and evidence*, Institute of Development Studies, Brighton 1998, p. 7.

[3] Hunger Project, 2001, p. 1.

[4] Cf., por ejemplo, Mercy Amba Oduyoye, *Daughters of Anowa: African Women and Patriarchy*, Orbis, Nueva York 1995, cap. 6, que trata del matrimonio y el patriarcado, pp. 131-153.

[5] G. van Woudenberg, 1998, p. 8.

[6] G. Pieterson, 1996, p. xi.

Against Women (1995), han descrito con bastante claridad la posición de subordinación en que las mujeres se encuentran en África. Si se continúa colocando en esta posición de subordinación a las mujeres mediante las enseñanzas bíblicas y las diversas prácticas culturales africanas, será realmente difícil controlar el virus y la enfermedad en la continente. Sin embargo, el mundo occidental ha demostrado que el VIH y el sida son manejables, controlables y prevenibles.

Las mujeres son también las que cuidan a los infectados y enfermos, y se hacen cargo de los huérfanos con un mínimo de ayuda económica y social. El VIH y el sida nos han llevado a una teología de la praxis que nos impele a todos como agentes de cambio para promover la vida.

Las teólogas africanas están también de acuerdo en que no basta con investigar aquellas costumbres religiosas, culturales y sociales que hacen que las mujeres sean consagradas al VIH y al sida. Por ello han tomado la decisión de comprometerse con la comunidad para salvar vidas. El Círculo se ha asociado con las Iniciativas Ecuménicas de lucha contra el VIH y el sida en África (EHAIA = Ecumenical HIV and AIDS Initiatives in Africa) para trabajar conjuntamente con las iglesias y las instituciones teológicas de África y hacer más eficiente su actuación.

Un desafío para una nueva teología

Lo primero y principal es que la elaboración de una nueva teología que afronte el tema del virus y la enfermedad tiene que abordar las cuestiones relativas a la sexualidad según la cosmovisión africana. Las sociedades africanas valoran positivamente la sexualidad. Antes de que llegara la civilización occidental, las comunidades africanas festejaban la sexualidad en diferentes ocasiones. Entre los chewa de Malawi, se realizaba mediante diferentes niveles de ceremonias de iniciación para los chicos y chicas, y para las mujeres y hombres[7]. Tras la llegada del cristianismo a Malawi, los debates sobre la sexualidad humana se convirtieron en un problema para la Iglesia. No sorprende, por tanto, que en un contexto dominado por el virus y la enfermedad, la Iglesia combata polemizando sobre la sexualidad. El mensaje que de esto resulta es que desde un punto de vista cristiano todo lo que tenga que ver con el sexo es materia pecaminosa. El

[7] Cf. I. A. Phiri, *Women Presbyterianism and Patriarchy: Religious Experiences of Chewa Women in Central Malawi*, CLAM, Blantyre 1997.

silencio que reina en la Iglesia sobre el debate en torno a la sexualidad no es, por tanto, una derivación de la cultura africana, sino de la nueva cultura que se ha desarrollado como consecuencia de la interacción africana con el cristianismo y la civilización occidental. No puede decirse que este enfoque tenga un fundamento bíblico, puesto que está en contradicción con la afirmación bíblica de que todo cuanto Dios creó para la humanidad era bueno. Por consiguiente, la iglesia tiene la tarea de reafirmar la aceptación y celebración de la sexualidad como parte del ser humano integral en un mundo destruido por el VIH y el sida.

En segundo lugar, la teología del VIH y el sida orientada a la misión reconoce la centralidad que la Biblia tiene en África como texto normativo de la Iglesia[8]. La Biblia es consultada en todas las circunstancias en que la Iglesia trata de encontrar orientaciones para el pensamiento y la acción. Musa Dube ha dicho con todo acierto que no resulta por tanto sorprendente que en la era de la pandemia del VIH y el sida, la Iglesia retorne a las fuentes bíblicas para reflexionar sobre la enfermedad, la curación, la estigmatización y el aislamiento, la culpa y el temor, la atención a los enfermos y los moribundos, y la muerte[9]. La teología africana ha mostrado las semejanzas existentes entre el Antiguo Testamento y las creencias y prácticas africanas. En la religión africana, los pecados individuales afectan a toda la comunidad[10]. Esto puede explicar por qué la respuesta inicial de la Iglesia y hasta cierto punto también en la actualidad al problema del VIH y el sida consistió y consiste en afirmar que se trata de un castigo divino por el pecado personal cometido[11]. Esta perspectiva incrementó el carácter de estigma del VIH y el sida e impidió que la Iglesia se acercara en su misión a los afectados e infectados. De aquí que actualmente se estén explorando nuevos modos de leer e interpretar la Biblia que ayuden a la Iglesia a alejarse de una concepción teológica del VIH y el sida como un castigo divino hacia una teología en la que Dios es presentado en solidaridad con los afectados e infectados por

[8] Sam Oleka, "The Authority of the Bible in the African Context", en Samuel Ngewa Mark Shaw y Tite Tieno (eds.), *Issues in African Christian Theology*, East African Educational Publishers Ltd, Nairobi 1998, pp. 75-103.

[9] Dube, 2003, p. 224.

[10] Stuart C. Bate Omi, "Responsable Healing in a World of HIV and AIDS", en Stuart Bate Omi (ed.), *Responsibility in the Times of AIDS: a pastoral Response by Catholic Theologians and AIDS Activists in Southern Africa*, Cluster Publications, Pietermaritzburg 2003, pp. 158-159.

[11] Dorothy Scarborough, "HIV and AIDS: The Response of the Church", *Journal of Constructive Theology* 1 (2001) 3-16.

el VIH y el sida, del mismo modo en que las teologías de la liberación lo concibieron como aquel que está del lado del pobre y del marginado. Dios, Jesucristo y la iglesia no pueden encontrarse al margen del gran problema de VIH y el sida. Por tanto, es toda la iglesia la que debe adoptar mensajes que ayuden a la protección del virus y a la curación de los enfermos.

En tercer lugar, estos problemas están también haciendo que las teólogas africanas revisen el multisecular problema del sufrimiento de los seres humanos. Estoy de acuerdo con lo que dice Musimbi Kanyoro:

> "hacer actualmente teología en África es hacer teología entre personas que sufren mucho. Hay tanta muerte en nuestro continente que la realidad pone en ridículo la valentía de Job, el gigante bíblico de las tribulaciones"[12].

El VIH y el sida se han sumado a la intensidad del sufrimiento en el continente. Un sufrimiento causado por el rechazo cuando alguien revela su situación. Sufrimiento provocado también por la carencia de medicamentos cuando alguien necesita atención sanitaria. Sufrimiento de la familia por la falta de recursos y el enorme esfuerzo que implica atender a los enfermos y los huérfanos. Sufrimiento de viudas y huérfanos. Las africanas están de acuerdo en que el sufrimiento forma parte de la vida y que no debe interpretarse necesariamente como una consecuencia del pecado. Lo que sí es pecaminoso es aceptar los sistemas injustos que hacen que la gente sufra innecesariamente. Esta situación exige una teología que identifique los sistemas injustos y trabaje a favor de unos sistemas que reafirmen la vida.

En cuarto lugar, el VIH y el sida están también relacionados con los modos en que se comprende la vida. La teología de la creación, tal como aparece reflejada en Gn 1-2, muestra el carácter sagrado de toda la vida según en el plan de Dios. Hay una interdependencia y una bondad en toda la creación. El sexo se convierte en un don que es sano y ha de ser disfrutado por el orden creado. Esta misma convicción se encuentra en los mitos africanos de la creación. La imagen de Dios se encuentra tanto en los varones como en las mujeres. También hemos de admitir que el mundo del VIH y el sida es el mundo quebrantado de Gn 3, un texto en el que la calidad de vida no excluye el sufrimiento. Sin embargo, en una época dominada por el VIH y el sida, esta concepción de la calidad debería llevarnos a primar por encima de todo la protección de la vida. Las africanas saben

[12] Musimbi Kanyoro, *Introducing Feminist Cultural Hermeneutics: An African Perspectiv*, Sheffield Academic Press, Sheffield 2002, p. 24.

que (incluso entre cristianos) sus parejas no les son fieles, no obstante los mensajes que la iglesia transmite para que practiquen la abstinencia y la fidelidad. Por consiguiente, mientras resolvemos los juegos de poder del patriarcado y la santidad del matrimonio tal como originalmente se concibió, no tenemos más remedio que proteger la vida humana. La experiencia de la mayoría de las mujeres africanas ha mostrado que no puede protegerse la vida solamente con la oración. Ha de emplearse la sabiduría que Dios nos ha otorgado e intervenir para salvar la vida. El proceso de intervención requiere reexaminar las enseñanzas de la Iglesia sobre el matrimonio, la sexualidad y el divorcio. El matrimonio es el ámbito en el que es lícito el acto sexual. Sin embargo, el matrimonio se ha convertido en una trampa mortal en el contexto dominado por el VIH y el sida. Una teología africana del matrimonio debería incluir la licitud de un sexo seguro para aquellos que se ven afectados, lo que solamente puede ocurrir si la Iglesia aborda las cuestiones relativas a la justicia de género.

En quinto lugar, el VIH y el sida han suscitado el tema del pecado social que exige que todas las personas reexaminen su vida privada y pública para proteger la vida. Es absurdo que una parte de la humanidad pueda disfrutar de una buena calidad de vida, incluso habiendo contraído el virus, mientras que la otra muera rápidamente debido a la pobreza y las infecciones oportunistas que son curables. En este punto es donde el mensaje de Jesús en Lc 4,18-19 se convierte en la misión de la Iglesia con respecto a todas las formas de opresión (injusticia social, enfermedad, pobreza, discriminación por razones de raza y sexo) y a favor de la liberación, de la justicia social, de la vida y la curación. Necesitamos una teología profética de la Iglesia para orientar a toda la sociedad sobre el modo en que deben abordarse todos estos complicados temas para hacer justicia a todos los hijos de Dios.

Por último, la curación formaba parte central de la misión de Jesús y es un aspecto importante en la religión africana. Ésta es la razón por la que aquellas iglesias que han integrado la curación física gozan de una gran estima popular en África. Para estas iglesias Jesús es el Sanador. Quienes sufren casos de sida sin posibilidad alguna de solución, son llevados a estas iglesias para suplicar la curación. A pesar de que aquellos que están ya críticamente enfermos mueren junto a las iglesias, la gente no pierde la esperanza de que Dios les cure. Siguen acudiendo en masa a las iglesias para encontrar al Jesús que sana. Jesús se convierte en su última esperanza. Esperan una curación física. La esperanza en que Jesús les cure les da ánimos para hacer frente a otro día, incluso hasta en el lecho de muerte. Se aferran a la

esperanza de la curación. Aquí es donde se necesita una delicada atención pastoral. Una Iglesia que asuma estos problemas es consciente de que la curación de Jesús no puede limitarse a la curación física. Es una sanación que hace que incluso en la muerte uno pueda encontrar la curación.

Conclusión

La tesis que sostenemos con este artículo es que el VIH y el sida obligan a la Iglesia en África a reexaminar su teología sobre la sexualidad y sobre las relaciones entre hombres y mujeres. Hemos utilizado el marco teorético de las teólogas africanas para mostrar que la Iglesia necesita tomar en serio el asunto del género en su reflexión teológica sobre el VIH y el sida, puesto que se ha identificado como uno de los principales elementos que está incrementando estos graves problemas en África. También hemos puesto de manifiesto que la iglesia necesita valorar positivamente y celebrar la sexualidad humana en su totalidad en el contexto de un mundo destrozado. En su misión para resolver estos problemas, la iglesia ha de remitirse a la Biblia como argumento central para que la gente entienda la enfermedad y la curación. Sin embargo, la hermenéutica de la liberación es fundamental para interpretar la Biblia en este contexto. También hemos indicado que los mensajes sobre la abstinencia y la fidelidad no son suficientes para prevenir la infección. Hemos de indagar en la sabiduría de Dios para utilizar aquellos métodos que ayuden a la prevención total. El principio guía ha de ser la sacralidad de la vida que requiere ser protegida siempre y por todos, lo que exige una teología profética que transforme las estructuras opresivas en la Iglesia y la sociedad para que efectivamente se proteja la vida. También hemos puesto de relieve la importancia de una teología de la curación, que tan central es en la cosmovisión africana. Sin embargo, el concepto de la curación ha de entenderse de forma comprehensiva, es decir, se trata de una curación que no está limitada exclusivamente a la curación física.

(Traducido del inglés por José Pérez Escobar)

Beatrice Were *

OBITUARIO

En 1991 murió de sida mi marido Francis. Cuatro meses después se me diagnosticó que era seropositiva y mi vida cambió por completo. Francis sabía que era seropositivo pero no me lo había dicho. Como la mayoría de los hombres ugandeses, él quería una mujer "pura" y la consiguió, por todo el bien que ello me hizo.

Me había abstenido y había permanecido fiel, pero al final no valió para nada. Y, así, me quedé viuda con 22 años y dos niñas pequeñas, envuelta en una nube de amargura que tardaría años en desaparecer.

Mi historia personal es típica del modo en que la mayoría de las mujeres africanas contraen el virus del sida. El 60% de las nuevas infecciones las contraen en África las mujeres, que, en su mayor parte, están casadas.

Aún después de quince años sigo viviendo, y sé que soy afortunada. Tengo un título universitario y una profesión a la que recurrir. Como trabajadora social que soy, comprendo cómo funcionan los sistemas, y tengo redes de apoyo personal y profesional que me respaldan. Los fármacos antirretrovirales que me suministran los que me contrataron, la asociación ActionAid, me mantienen con vida.

---

* Beatrice Were fue fundadora y coordinadora de NACWOLA desde 1995 hasta 2001. Fue la fuerza motriz en la creación de las librerías Memory Book y en el desarrollo del programa de formación Memory Project. Actualmente es coordinadora del programa de sida de la ActionAid Uganda. El 7 de noviembre de 2007 recibió el premio Human Rights Watch Defender por su actividad a favor de las mujeres portadoras o enfermas de sida, incluyendo también su trabajo en el Memory Book y en el Memory Project.

Correo electrónico: bwere2000@hotmail.com

Desgraciadamente, el sida sigue matando a muchas mujeres pobres, al tiempo que los prejuicios y las estigmatizaciones que rodean a esta enfermedad constituyen una condena en vida. El continente africano ha perdido ya a toda una generación por culpa del sida. Si no se interviene con urgencia se perderá otra. El virus del sida es una cuestión de vida o muerte, no sólo para los individuos, sino también para todo un continente.

También es un tema que afecta a los derechos humanos. El sida no es sólo una enfermedad del cuerpo, sino también una enfermedad de la sociedad. En el trayecto que una mujer recorre desde una familia sana hasta convertirse en una madre seropositiva sin pareja, encontramos obstáculos diversos e hirientes. Al igual que muchas mujeres, tuve que hacer frente al tradicional sistema de herencia que afecta a las viudas, según el cual tenía que casarme con el hermano más joven de mi marido y mi propiedad tenía que pasar a su familia.

Hubo un tiempo en el que se decía que Uganda había logrado contener e incluso hacer retroceder el avance de las infecciones por sida. Actualmente, las últimas cifras aportadas por Naciones Unidas muestran que ha dejado de ser cierto. La política del gobierno ugandés se ha desplazado desde el ámbito pragmático al de la moral y, tal como señaló el ONUSIDA la semana pasada, la cifra de infecciones se ha incrementado en un 2% en las mujeres y hasta un 25% en algunos lugares conflictivos de las zonas rurales.

No hace mucho que el modelo aplicado en Uganda era el clásico "ABC": abstinencia, fidelidad y preservativo [abstinence, being faithful, using condom]. En mi casó opté por "A" y "B", que al final resultó no ser suficiente. Sin embargo, la política de los tres pasos, aunque no es totalmente perfecta, era al menos realista en la promoción de la utilización del preservativo, cuyo uso se anunciaba en grandes carteles por toda Uganda.

Actualmente, por la influencia de los donantes norteamericanos, orientados a menudo por la derecha evangelista, se han sustituido los carteles por manifestaciones o marchas de vírgenes y proyectos de construir centros universitarios para quienes siguen "incontaminados". Una nueva oleada de estigmatización ha inundado el país; los que tienen el virus son catalogados como "de moral dudosa". La sociedad civil, que es la columna de todo intento por vencer el sida, se ha dividido en la contienda por conseguir las subvenciones norteamericanas.

Los fondos con que los Estados Unidos ayudan a combatir el sida en Uganda son realmente generosos. En los últimos cinco años la

cantidad aportada asciende a un total de 15.000 millones de dólares. Pero su forma de abordar la prevención, restringiendo la distribución de preservativos principalmente a los denominados grupos de "alto riesgo", como prostitutas y camioneros, ignora la realidad de la epidemia en África, que afecta tanto a jóvenes como a mujeres.

Sabemos que es muy poco probable que las niñas y las jóvenes que van al colegio contraigan la enfermedad. También es probable que se opongan a las normas patriarcales reivindicando sus derechos, incluido su derecho a no tener relaciones sexuales. De igual modo, es casi improbable que se prostituyan, y, sobre todo, es bastante probable que usen el preservativo en sus relaciones sexuales.

Suponiendo que te ha llevado seis minutos la lectura de este artículo, en este tiempo 72 personas morirán de sida en el mundo y 85 contraerán la infección. La respuesta de los gobiernos africanos y la comunidad internacional debe inyectarse una dosis de realismo. Los países del G-8 han prometido pagar el tratamiento para quienes lo necesiten, pero no se ha elaborado ningún proyecto concreto. Mientras que el dinero llega a países como Uganda es necesario realizar un cambio fundamental en las actitudes con respecto al sexo y los derechos de las mujeres si realmente queremos vencer alguna vez esta devastadora pandemia.

(Traducido del inglés por José Pérez Escobar)

2. EL DISCURSO DE LA TEOLOGÍA MORAL

Frank Sanders *

EL SIDA: ¿CASTIGO DE DIOS? Sobre la sobrecarga metafísica de un fenómeno biológico

"Los matrimonios contraídos ante el altar pueden ser anulados por la Iglesia católica si, en el momento del casamiento, uno de los contrayentes estaba enfermo de sida o era seropositivo para el VIH"[1].

Tal afirmación podía leerse en el periódico *Stuttgarter Zeitung* del 21.03.1996 bajo el título de "Ehe-Annullierung wegen Aids?" ["¿Anulación del matrimonio por causa del sida?"] y, según se informaba, la misma reproducía la concepción de Massimo Mingardi, un "experto en derecho canónico", tal como éste la había expresado en el marco de una conferencia con ocasión de un acto realizado por el tribunal eclesiástico de Módena. Según la citada opinión, pues, ya el solo hecho de estar infectado con el virus VIH en el momento del casa-

* Frank Sanders, nacido en 1970, estudió Teología católica y Derecho Canónico en Münster y Wurzburgo. Desde 1998 es colaborador académico del Instituto de Derecho Canónico de la Universidad de Münster; al mismo tiempo, desarrolla una actividad independiente como jurista en diferentes tribunales eclesiásticos. En 1997 obtuvo la licenciatura en Derecho Canónico, en 2005, el doctorado en Teología católica. Su tesis doctoral fue publicada con el título *AIDS als Herausforderung für die Theologie. Eine Problematik zwischen Medizin, Moral und Recht [El sida como desafío para la Teología. Una problemática planteada entre medicina, moral y derecho]* (= *Münsterischer Kommentar zum Codex Iuris Canonici*; 43), Essen 2005.

Dirección: Institut für Kanonisches Recht, Johannisstr. 8-10, 48147 Münster, Alemania. Correo electrónico: sanderf@uni-muenster.de

[1] Hülsebusch, Bernhard, "Ehe-Annullierung wegen Aids? These eines Priesters führt zu Streit unter Italiens Katholiken", en *Stuttgarter Zeitung* del 21.03.1996, 20.

miento es suficiente para declarar nulo un matrimonio porque la persona afectada, a través de la relación sexual, hace peligrar la vida de su pareja, lo que, según Mingardi, resulta en definitiva inmoral. Aunque aquí no se mencionen todavía todos los aspectos de la cuestión jurídico-canónica relativa al tema "matrimonio y VIH/sida", el referido informe ofrece una introducción a la problemática que se ha discutido en la canonística –ya mucho antes de las manifestaciones de Mingardi– y que, en última instancia, ha desembocado en la pregunta acerca de si debe cuestionarse el derecho natural al matrimonio por causa de una infección con el VIH o por estar enfermo de sida. Sin duda, también el matrimonio de un infectado con el VIH y enfermo de sida puede ser anulado por un tribunal eclesiástico, pero, en esos casos, el motivo no podrá ponerse en relación directa con la infección, como si el matrimonio fuese anulado solamente *porque* uno de los contrayentes o ambos hayan sido seropositivos para el VIH ya en el momento de celebrarse el casamiento por Iglesia. La nulidad del matrimonio no puede derivarse a partir de motivos específicos relativos al VIH[2]. Las mencionadas tesis de Mingardi tenían que suscitar una vehemente controversia entre los católicos de Italia, de modo que las instancias eclesiásticas oficiales consideraron necesario tomar distancia de esa concepción. Así, y siempre según el citado informe, el cardenal Ersilio Tonini hizo referencia a que también era posible infectarse con el VIH *sin culpa* alguna a través de transfusiones de sangre. En consecuencia, no se podía negar a los afectados el derecho a contraer matrimonio. Por correcta que sea la respuesta del cardenal, el contexto de fundamentación sigue siendo problemático. Aun cuando en la literatura canonística se sometan a revisión en base a casos concretos los efectos del VIH y del sida en la capacidad canónica para contraer matrimonio, en el contexto de la defensa del derecho fundamental a contraer matrimonio (véase el can. 1058 CIC) aparece a menudo la referencia a que, en última instancia, hay personas que se han infectado con el VIH *sin culpa* de su parte. En esto se pone de manifiesto qué tan fuertes pueden ser las repercusiones de (pre)juicios previamente formulados, puesto que, al hablar de víctimas inocentes, se revela implícitamente la idea de que también tiene que haber víctimas culpables.

Del mismo modo como, en las consideraciones que siguen, no se ha de tratar acerca de cuestiones específicas del derecho canónico,

[2] Para un tratamiento más extenso véase Sanders, Frank, *AIDS als Herausforderung für die Theologie. Eine Problematik zwischen Medizin, Moral und Recht*, Essen 2005 (= *Münsterischer Kommentar zum Codex Iuris Canonici* 43), 167-310.

que se agotan casi exclusivamente en la problemática del derecho matrimonial, tampoco se pretende entrar en la actual discusión ética sobre el VIH y el sida. Antes bien, nuestra mirada se dirige a los primeros tiempos del planteamiento de la cuestión, puesto que allí se han determinado rumbos cuya repercusión en los posteriores enfrentamientos intraeclesiales y científicos no puede subestimarse y cuya importancia no parece reducirse ni con mucho al ámbito de las disciplinas teológicas.

Ya han pasado más de dos décadas desde el descubrimiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana y, desde la distancia, resulta impresionante constatar con qué velocidad la medicina ha podido iluminar la oscuridad de una enfermedad hasta ese entonces desconocida. Entre la publicación de los primeros casos y la definición de este nuevo síntoma no llegó a pasar un año. Con la publicación del descubrimiento del VIH por parte de Robert Gallo el 23 de abril de 1984, el mundo se ha visto colocado ante uno de los mayores retos que ha planteado el siglo XX. A primera vista, una enfermedad como tema de la teología parece caer dentro del ámbito de competencia de la teología pastoral y, dentro de ella, parece incumbir especialmente al campo de la pastoral de enfermos o bien despertar el interés prioritario de quienes se especializan en ética médica y bioética. Sin embargo, las preguntas teológicas que se plantean ante el sida son de muy vasto alcance, puesto que el sida se ha convertido rápidamente en una metáfora de la culpa, del temor, del pecado y de la muerte. El sida ha pasado a ser así un desafío para la teología.

Si se intenta reducir a una fórmula sucinta los diferentes contenidos del discurso teológico, puede constatarse, muy en general, lo siguiente: en el marco de la discusión teológica sobre el sida se ha tratado de la pregunta acerca del *comportamiento (in)correcto* ante la amenaza *social* que implica la patología de inmunodeficiencia desencadenada por el VIH. De ese modo, las reflexiones teológicas acerca del tema "sida" han sido determinadas en especial por los representantes de la ética y la teología moral, que reflexionan por un lado sobre el comportamiento de los sanos frente a los infectados y enfermos y, por el otro, sobre el comportamiento de los infectados para con su entorno. Si bien la teología ha comprendido también como un desafío la relevancia de los aspectos éticos tanto sociales como individuales en su conjunto, el VIH y el sida han seguido siendo en primer término objeto de reflexión de la ética sexual. Desde la aparición epidémica de la sífilis en el siglo XVI, la humanidad no se había visto afectada por ninguna enfermedad que influyera de semejante manera en su vida sexual. Parecería como si más de un autor teológico

hubiese reconocido una oportunidad para hacerse oír nuevamente acerca de esta temática –con sus manifestaciones de agotamiento después de la vehemente discusión en torno a la llamada "revolución sexual" y *Humanae vitae*– y utilizar así el temor que, desde la aparición del sida, se ha asociado a la sexualidad, con el fin de oponerse al libertinaje sexual que se presenta en forma de promiscuidad y permisividad así como en el reconocimiento social de comunidades de vida no matrimoniales y homosexuales. Que la temática "VIH y sida" haya podido suscitar tanta atención entre los teólogos se funda en que, en amplios círculos, el sida no se ha visto como una enfermedad mortal sino como consecuencia y manifestación de un desorden ético en relación con el comportamiento de un individuo o de un colectivo, o, más exactamente, como consecuencia y manifestación de un desorden ético relativo al comportamiento sexual. El hecho de que el letal VIH se propague sobre todo por vía del contacto sexual ha generado de todos modos un fenómeno de interconexión entre sexualidad, moral y muerte que parece haber ejercido una atracción casi mágica en la ciencia teológica, o, como formula Dietmar Mieth, haber atraído sobre sí la atención de la teología "'como las polillas revolotean en torno a la luz'; o, por decirlo bíblicamente, 'donde está la carroña, allí se juntan los buitres' (Mt 24,28)"[3].

El hecho de que, al comienzo, los pacientes que debían recibir tratamiento eran exclusivamente hombres homosexuales indujo a considerar que se estaba ante una enfermedad del sistema inmune limitada a la población homosexual, denominándosela, consecuentemente, GRID (*Gay Related Immunodeficiency Disease*). La utilización de expresiones como "peste de los maricas" u "homocáncer" pareció indicar que los culpables habían sido rápidamente identificados. En el sida se podía reconocer la consecuencia lógica de un comportamiento sexual erróneo. Para algunos, el sida era como un castigo por una vida inmoral. El discurso del "castigo de Dios" o –con menor motivación religiosa– de la "venganza de la naturaleza" cumple para los sanos una importante función psicológica, pues puede acallar el temor ante el propio contagio y la muerte. Al declarar como las causas del sida la homosexualidad, la promiscuidad, la prostitución y el consumo de drogas, podían sentirse seguros todos aquellos que tomaban distancia de semejantes comportamientos "inmorales" y "repudiables", con lo cual, sin embargo, también los infectados con el VIH y los enfermos de sida resultaron marginados.

[3] Mieth, Dietmar, "Aids – die ethische Exponiertheit der Probleme", en Ernst Burkel (ed.), *Der AIDS-Komplex. Dimensionen einer Bedrohung*, Fráncfort del Meno – Berlín 1988, 408-424, 408.

Al comenzar a romperse el inicial silencio de las Iglesias –que sólo tuvo pocas excepciones–, cuando el tema tabú de la sexualidad pasó a discutirse con total apertura en la opinión pública a través de las campañas informativas iniciadas a nivel estatal y se difundió sobre todo el recurso a los preservativos para protegerse contra la infección, las Iglesias llegaron incluso tal vez a fortalecer las tendencias discriminatorias. En efecto, al presentarse antes que nada como guardianas de una estricta moral sexual, contribuyeron a alimentar la especulación acerca de la existencia de algún tipo de relación entre culpa, pecado y sida, de modo que "incluso todavía hoy, muchos cristianos del mundo entero, al tratar el tema del VIH/sida, no piensan primariamente en una enfermedad sino en el pecado, el fracaso moral y la promiscuidad. Las consecuencias de este hecho han sido y siguen siendo la atribución de culpabilidad, la estigmatización y discriminación de los afectados y una tabuización del problema"[4].

Al establecerse muy rápidamente, en función de la vía primaria de transmisión, una relación entre comportamiento "insano" –por ponerse en peligro a sí mismo y también a los demás– e "inmoral"[5], la enfermedad del sida quedó situada en la inmediata vecindad del pecado. De allí sólo faltaba dar un pequeño paso para interpretar el sida como un castigo del Cielo por un comportamiento sexual anormal y por la drogadicción. Al comparar las reacciones sociales ante los casos de enfermedades clásicas del pasado y ante el sida, Antonio Autiero reconoce con razón un fenómeno social que se reitera: la "negación… a admitir la naturalidad de los acontecimientos biológicos, que, por esa razón, son explicados con categorías metaempíricas"[6]. El modo de pensar que se pone de manifiesto en el discurso eclesiástico y teológico sobre el sida como "azote de Dios" representa un mecanismo no desconocido, marcado por la tendencia a caer nuevamente en una concepción del fenómeno religioso de índole arcaica y de cuño claramente mitológico.

[4] Beate Jakob, "Was bedeutet HIV/AIDS für die Kirchen", en Aktionsbündnis gegen AIDS (ed.), *HIV/AIDS. Ethisch-theologische Fragen und Antwortversuche. Fachkreis Ethik, Theologie und HIV/AIDS des Aktionsbündnisses gegen AIDS*, Tubinga 2004, 3-4, 4.

[5] Véase, por ejemplo, Rocco Buttiglione, "Ist AIDS eine Strafe Gottes?", en *Dolentium Hominum. Zeitschrift des Päpstlichen Rates für die Pastoral im Krankendienst* 5 (1990) nº 1, *Akten der vierten internationalen Konferenz, Vatikanstadt 13.-15.11.1989, Leben: Warum? AIDS*, 159-164, 160.

[6] Antonio Autiero, "Anthropologische und ethische Überlegungen zum Thema AIDS", en Helmut R. Zielinski (ed.), *Prüfsteine medizinischer Ethik*, t. XI, Grevenbroich 1988, 52-85, 69.

Johannes Gründel se cuenta entre los primeros representantes del campo de la teología en el ámbito de habla alemana que se han opuesto a ese tipo de mecanismo e impugnado decididamente la interpretación del sida como castigo o azote de Dios. En definitiva, debía aparecer también como algo especialmente dudoso que tal interpretación se hiciera justamente en el caso en que los afectados se contagiaron a causa de su comportamiento sexual. Una interpretación semejante implica, según Gründel, ignorar el mensaje bíblico de la misericordia de Dios e invertir el mensaje gozoso del Evangelio convirtiéndolo en un mensaje de amenaza, instrumentalizar a Dios como garante de las propias representaciones morales y decir más sobre sí mismo y la propia imagen de los valores y de Dios que sobre el Dios del anuncio cristiano[7]. Ese tipo de intentos de interpretación, ¿no proviene acaso más del pensamiento humano que de la voluntad de Dios tal como él se da a conocer en la revelación de sí mismo como amor? Afirmaciones como la que enunciaremos a continuación, ¿no corresponden más a la lógica humana que a la divina? "Dios es misericordioso y paciente y llama al pecador a la conversión. Si la misma no se da, sobreviene con implacable lógica el castigo que, a su vez, representa un nuevo llamado a la conversión. Así, en el castigo podría verse una revelación de Dios dirigida al pecador"[8].

Afirmaciones de ese tipo son probablemente las que tuvo presentes Volker Eid cuando, en referencia al modelo interpretativo del sida como castigo de Dios, comentó, con razón: "Un juicio semejante no sólo debe ser destruido teológicamente sino también desenmascarado moralmente como expresión de necesidades de venganza y castigo, de un deseo inmisericorde de expiación: 'En esos actos los hombres se permiten cosas malas, se abandonan –así parece– desin-

[7] "Quien presenta el sida como castigo de Dios manifiesta con ello qué imagen tan cruel de Dios tiene". Johannes Gründel, "Widerspruch zwischen Gesundheitspolitik und ethischen Normen der Kirche?", en Hanspeter Heinz y Hans Mendl (eds.), *AIDS. Eine Herausforderung für die Theologie*, Augsburgo [2]1997, 62-73, 67. También Mieth exige, ante el contenido del testimonio bíblico: "Debemos dejar de mezclar enfermedad y culpa. No hay ningún pasaje del Nuevo Testamento que fundamente la existencia de una relación entre enfermedad y culpa. Debemos dejar de proyectar nuestro miedo sobre rostros ajenos". Dietmar Mieth, "Aids – die ethische Exponiertheit der Probleme", 422.

[8] Georges Cottier, "AIDS: Ein Zeichen der Zeit?", en *Dolentium Hominum. Zeitschrift des Päpstlichen Rates für die Pastoral im Krankendienst* 5 (1990) nº 1, *Akten der vierten internationalen Konferenz, Vatikanstadt 13.-15.11.1989, Leben: Warum? AIDS*, 34-41, 35.

hibidamente a sus placeres, humores, inclinaciones y vicios; y eso no debe quedar impune. La expiación es necesaria'. Una mentalidad semejante es autoritaria y dispone de manera infatuada sobre los demás seres humanos"[9].

Ya el solo hecho de que se hayan infectado niños recién nacidos, pacientes hemofílicos, médicos y personal sanitario debería haber reducido *ad absurdum* el discurso sobre el sida como castigo de Dios. Además, pronto se reconoció que no sólo se contagian los homosexuales y drogadictos, sino que las relaciones sexuales heterosexuales implican un riesgo no menor como vía de transmisión[10], y que, a través de comportamientos de riesgo, el virus se propaga también a los cónyuges y no se detiene tampoco ante niños "inocentes". El virus no es exigente en cuanto a color de la piel, sexo u orientación sexual. Sin embargo, ese argumento no ha impresionado a quienes han declarado como chivo expiatorio no al individuo sino a la sociedad en su conjunto. Para ellos, todos son culpables sin más: por tanto, también las víctimas "inocentes" de la epidemia del sida. Una argumentación especialmente maliciosa es la que podemos encontrar en Christa Meves: "La mayoría de esos perturbados no son pecadores activos sino víctimas de pecados generales típicos de la época en una sociedad secularizada que se vuelve artificial. Su enfermedad es, en el verdadero sentido de la palabra, una consecuencia de que sus padres y ancestros siguieron a dioses falsos, por ejemplo los dioses terrenos del materialismo y del egoísmo, de modo que ese pecado

[9] Volker Eid, "'Strafe Gottes' und 'Chance für eine bessere Liebeskultur'? AIDS aus der Sicht theologischer Ethik", en Torsten Kruse y Harald Wagner (eds.), *AIDS. Anstösse für Unterricht und Gemeindearbeit*, Múnich 1988, 33-51, 39.

[10] Ya en 1988 se contaba con investigaciones según las cuales el sida aparece en Kinshasha en igual proporción en hombres y mujeres, y que, aparte de ello, los afectados no pueden relacionarse ni con homosexualidad ni con abuso de drogas o transfusiones de sangre. Algunos casos aislados de transmisión heterosexual pueden perseguirse hasta el año 1980. Las observaciones realizadas en grupos de pacientes hemofílicos infectados muestran que hasta un 10% de las parejas femeninas están infectadas, y el 15.3.1985 aparece un estudio en *The Journal of the American Medical Association* que informa acerca de un porcentaje del 70% de transmisión de pacientes enfermos de sida a sus esposas. Sobre este trasfondo parece problemático que, todavía en la sexta edición del libro de Andreas Laun sobre matrimonio, amor y pareja, se afirme: "La transmisión más frecuente de la letal infección se da a través del contacto homosexual y de la promiscuidad, o sea, a través de dos comportamientos que la Iglesia llama pecado": Laun, Andreas, *Liebe und Partnerschaft aus katholischer Sicht*, Eichstätt [6]2000, 124.

resulta consecuentemente castigado en los descendientes de los pecadores hasta en la tercera y cuarta generación"[11]. Son particularmente afirmaciones como ésta las que tenía ante la vista Hans Kramer cuando, frente a las diferentes teorías sobre el castigo, formuló: "Cuando uno se encuentra con una persona con manifestaciones tan iracundas, no raras veces le asalta a uno el sentimiento de no estar escuchando solamente afirmaciones ideológicas sino de estar ante procesos de índole psicótica"[12].

No obstante el VIH y el sida no han sido designados siempre directamente como castigo de Dios: a menudo han experimentado una exaltación metafísica en cuanto se los ha entendido como síntoma de la "previa debilidad inmunitaria espiritual"[13], como un síntoma de enfermedad que debe llamar a la humanidad a avanzar hasta las verdaderas causas del problema y a enfrentarse con las raíces de la enfermedad[14]. En tal sentido, también Cottier ha querido ver la enfermedad como un "signo de los tiempos", "en cuanto a través de ella se ponen de manifiesto las profundas perturbaciones de nuestra sociedad, que representan una amenaza para la sexualidad y para el verdadero amor humano … En ninguna época los usos y costumbres han excedido una modesta medianía. Pero la actual ideología de la permisividad se caracteriza por el hecho de que los hombres pierden la conciencia de pecado y de que la sexualidad y todo lo que pertenece al regalo de la vida se banalizan. La nueva enfermedad nos obliga a mirar de frente esas cosas"[15]. ¿Puede entenderse el sida, si no como castigo de Dios, sí como una dolorosa señal de advertencia de parte de Dios? Rocco Buttiglione ha hecho referencia a que, tanto en la profecía judía como en el cristianismo, un castigo de Dios se presentaba en forma de mal físico a fin de sacudir la conciencia adormecida del pueblo de Dios: "Es decir, que el mal tiene una función eminente-

[11] Christa Meves, "Glaubensverlust bewirkt Niedergang – über die innere Logik der Verfallserscheinungen", en *Theologisches* 24 (1994) 267-274, 274.

[12] Hans Kramer, "Ethische Zwischenbilanz zu Aids", en *Stimmen der Zeit* 114 (1989) 371-382, 379.

[13] Joachim Piegsa, *AIDS. Krankheit und Herausforderung*, Mönchengladbach 1987, 8.

[14] "Cada época tiene su augurio, un *Mené - Tekel* (véase Dn 5,25) que no debería dejar de escuchar ni tampoco reprimir. No podemos seguir haciendo como si nada hubiese sucedido. Se ha producido una profunda erosión de los valores humanos, una erosión que llega hasta los fundamentos de nuestra cultura. El sida debería entenderse como un llamamiento a la reflexión": *ibídem*, 13.

[15] Georges Cottier, "AIDS: Ein Zeichen der Zeit?", 41.

mente curativa. No se lo envía para que el pueblo muera sino para que el pueblo (o, eventualmente, el individuo) se convierta y viva. En segundo lugar (y en ello consiste la mayor diferencia respecto del concepto corriente de castigo de Dios), este mal físico no afecta necesariamente al culpable. Puede alcanzar también al inocente, que paga por el pueblo entero. El ejemplo más luminoso es el mismo Cristo, la víctima por los pecados del pueblo. Toda enfermedad y todo mal son en ese sentido un castigo de Dios. Al asumir el enfermo el peso del sufrimiento y ofrecerlo por sus hermanos, se purifica a sí mismo. Y el pueblo participa en el sacrificio de Cristo y completa lo que falta aún a sus padecimientos. Si se toma consciencia de estos elementos se comprende que la designación de 'castigo de Dios' para el sida excluye todo desprecio y discriminación de aquellos que padecen esa enfermedad; antes bien, la misma es un indicador de cómo nuestro sufrimiento puede adquirir un sentido y un valor positivos tanto para los enfermos como para todos los demás" [16]. Joachim Piegsa ha llegado a la conclusión de que la pregunta acerca de si el sida es un castigo de Dios no puede responderse inequívocamente de forma negativa ni positiva. Antes bien, esa cuestión está en el contexto de una de las preguntas más difíciles de la humanidad: la pregunta por el sufrimiento en el mundo [17].

La referencia al pecado original es la confesión comprometida de que, por una parte, Dios no es el causante del sufrimiento y la muerte (o sea, tampoco del sida), y que, por la otra, el hombre es culpable, pues "por medio de un solo hombre entró el pecado en el mundo, y por el pecado la muerte" (Rom 5, 12). Frente a semejante referencia al pecado original, Eid pone de relieve que, si bien el *peccatum originale* remite a una situación fundamental de pecado en el ser humano, esto no alcanza de forma definitiva para explicar en sí misma la irracionalidad de lo horrible que amenaza al hombre: "El sufrimiento en grado terrible y las cargas negativas son un desastre irracional y siempre lo serán" [18]. Las

[16] Rocco Buttiglione, "Ist AIDS eine Strafe Gottes?", 163-164.

[17] Véase Joachim Piegsa, *AIDS. Krankheit und Herausforderung*, 11-13. En este tipo de afirmaciones se pone claramente de manifiesto que Klaus Kienzler tiene razón al advertir sobre un mecanismo que se da cuando fracasa la búsqueda de un culpable: el paso de la antropodicea a la teodicea. Véase Klaus Kienzler, "'AIDS geht uns alle an'. Menschliche und theologische Bemerkungen", en Hanspeter Heinz y Hans Mendl (eds.), *AIDS. Eine Herausforderung für die Theologie*, Augsburgo [2]1997, 84-92, 89.

[18] Volker Eid, "'Strafe Gottes' und 'Chance für eine bessere Liebeskultur'? AIDS aus der Sicht theologischer Ethik", en Torsten Kruse y Harald Wagner (eds.), *AIDS. Anstösse für Unterricht und Gemeindearbeit*, Múnich 1988, 33-51, 38.

especulaciones que, frente al sida, renuncian a culpar al individuo por su comportamiento pero que, siguiendo la doctrina del pecado original, continúan sosteniendo que existe algún tipo de relación entre el sufrimiento (o sea, también el sida) y la culpa humana son comprensibles, afirma Volker Eid. Pero, como advierte el autor con razón, hay que "ser muy cuidadosos con especulaciones vulgarizadas de ese tipo sobre un tema de enorme complejidad teológica y cuyo tratamiento con toda seguridad no ha llegado a un término satisfactorio; en cambio… hay que remitir a la certeza de fe de que Dios se hace compañero de aquellos de nosotros que son alcanzados por el dolor. De otro modo, el especular de cualquier manera con embrollos e imprecisiones sobre el pecado y el sufrimiento conduce de nuevo a la descalificación de los afectados"[19]. A través de las especulaciones sobre la relación entre el sida y la culpa, "enfermedad y enfermos son recubiertos de una mentalidad 'victimista' y 'expiatoria'. Los enfermos son víctimas de sus pecados; la enfermedad es la expiación de comportamientos pecaminosos"[20]. A través de distorsiones ideológicas, la enfermedad que propiamente hay que curar no se ve ya en el sida: el mal pasa a ser la transgresión en el orden sexual, un mal contra el cual, a diferencia del sida, hay remedio: "Una buena moral es una buena medicina"[21]. Vistas superficialmente, tales afirmaciones parecen lógicas cuando se intenta fundar de forma racional la propia seguridad. Pero de ese modo se rechaza con demasiada rapidez el hecho de que también uno está afectado por el VIH y el sida y que tiene una responsabilidad al respecto. La imagen de Dios que se encuentra detrás del discurso sobre el castigo o la señal de advertencia de Dios y es transmitida a través de esas afirma-

[19] Volker Eid, "AIDS: Nur eine Solidaritätskultur hilft", en *Imprimatur* 21 (1988), S. 49-51, 51. En ese sentido exige Eid: "El rechazo de la interpretación del sida como consecuencia de culpa o de castigo debe sostenerse de forma radical también y especialmente en la teología, y no puede relativizarse con el confuso discurso acerca de la relación que, de alguna manera, existiría entre el pecado del hombre y la irrupción del mal": id., '"Strafe Gottes' und 'Chance für eine bessere Liebeskultur'?", 41.

[20] Vidal, Marciano, "La ética cristiana: ¿ayuda o impedimento? La vertiente ética del sida", en *Concilium. Revista Internacional de Teología* nº 273 (1997) 937-948, 944s. El sida es, "fundamentalmente, una enfermedad y como tal ha de ser tratada. Todas las demás consideraciones, de carácter causal o con finalidad valorativa, están expuestas a falseamientos y a extrapolaciones indebidas": *ibídem*, 940.

[21] O'Connor, John J., "AIDS: Wissen und Gewissen", en *Dolentium Hominum. Zeitschrift des Päpstlichen Rates für die Pastoral im Krankendienst* 5 (1990) nº 1, *Akten der vierten internationalen Konferenz, Vatikanstadt 13.-15.11.1989, Leben: Warum? AIDS*, 16-25, 24.

ciones se presta para suscitar temores irreales a los cuales puede asociarse la sexualidad, tal como sucedía en otros tiempos con la amenaza de enfermedades venéreas o el temor ante un hijo ilegítimo. Tanto entonces como hoy, el temor no crea moral alguna. En todo caso, conduce a una suerte de doble moral que produce una modificación del comportamiento exterior pero sólo mientras predomine el peligro. El temor es siempre un mal consejero. Y eso vale también para la ética teológica, pues, por regla general, el temor no conduce a un enfrentamiento interior y a una correspondiente modificación del comportamiento, puesto que el comportamiento moral se basa esencialmente en el carácter voluntario de la acción. Gründel remitió además, y con razón, a la problemática especial de servirse del miedo ante una infección en el ámbito de lo sexual: "Por lo demás, justamente en el campo de la sexualidad una amenaza con el temor merece poco la pena puesto que despierta más bien la sospecha de que se está utilizando una situación de dificultad para reclamar la observación de un comportamiento correcto. En ese caso, la moral, los mensajeros de la moral y las autoridades eclesiásticas que llaman a la "disciplina y moderación" aparecen más o menos como una "policía de las costumbres". Por eso, habría que evitar en lo posible toda sospecha de que los teólogos morales y la Iglesia quieren servirse del temor para llamar a los hombres a entrar nuevamente en razón"[22].

Los artículos de los autores que consideraban el sida como una secuela de la decadencia general de las costumbres, como una consecuencia de la liberación sexual, han estado determinados a menudo por la perspectiva prioritaria de abogar por la validez de las normas sexuales tradicionales y de exigir su estricto cumplimiento. A todos aquellos que trataban el sida exclusivamente como tema de ética o que, por lo menos, lo hacían principalmente desde puntos de vista de ética sexual, y que, al hacerlo, apuntaban a una instrumentalización práctica de exigencias morales como la fidelidad, el matrimonio o la continencia aduciendo el peligro de la enfermedad como fundamentación para observar un comportamiento sexual "correcto", les correspondía el reproche de utilizar la enfermedad como un medio para la parenesis de ética sexual. Gründel advirtió ya al comienzo de la discusión que una perspectiva teológico-moral reducida al ámbito de la sexualidad, perspectiva que ha marcado la comprensión tradicional cristiana de los siglos precedentes, sugiere la presencia de una comprensión insuficiente de la moral y las costum-

[22] Johannes Gründel, "AIDS – eine Herausforderung an Christen und Kirchen", en Wolfgang Klietmann (ed.), *AIDS. Forschung, Klinik, Praxis, soziokulturelle Aspekte*, Stuttgart – Nueva York [2]1990, 241-254, 250.

bres. La tarea de la teología moral no se agota ya según Gründel en la formación de sacerdotes para administrar la confesión. Una "moral de pecados" comprendida de ese modo debe considerarse según él definitivamente superada con los nuevos planteamientos teológicos cuyo surgimiento se inició en el concilio Vaticano II[23]. No obstante, el hecho de que, también después del Vaticano II, sigue vigente la necesidad de advertir sobre el potencial peligro de explotar la enfermedad para construir una moral rigorista de la vida sexual es puesto de relieve, por ejemplo, por la siguiente advertencia fundamental dirigida a los agentes de pastoral: "No es lo mismo reconocer que hay cosas en las que la situación es negativa y, a continuación, expresar las propias decisiones previas referidas a tal situación, que desear que determinadas cosas vayan mal para poder hacer un anuncio tanto más luminoso de las citadas decisiones. "Sea el amor sin fingimiento", dice la Carta a los Romanos (12,9). Alegrarse apologéticamente por las desgracias es algo inapropiado en la pastoral"[24]. Y una tercera cosa es también alegrarse de que ciertos asuntos vayan mal porque se reconoce la oportunidad de imponer las propias decisiones previas; así, se estaba "contento de haber puesto a los homosexuales como chivo expiatorio sobre el que podía cargarse todo, pudiendo de ese modo invitar a una modificación del comportamiento a fin de impedir la propagación de la epidemia"[25].

Al haber considerado, frente a la propagación mundial del VIH y del sida y a las devastadoras consecuencias de la epidemia, que los temas de ética sexual eran *el* desafío de la ética cristiana, la moral cristiana parece haberse degradado a una pura moral de actos. Las preguntas concernientes a la ética sexual que se han visto actualizadas con el comienzo de la pandemia –como las de la sexualidad extramatrimonial, la homosexualidad, la contracepción y la inseminación artificial– deben seguir en discusión, pero con independencia del VIH/sida. El número de personas infectadas por el VIH se estima actualmente a nivel mundial en 39,5 millones, de los cuales más del 95% viven en los llamados países en desarrollo. Tal estimación muestra a las claras que, tampoco para las Iglesias y para la teología, el desafío puede consistir en discutir de forma predominante temas de ética sexual, ni menos aún en responder al hecho del sida sólo con la doctrina moral de la Iglesia.

[23] Id., "AIDS – Anlass zur Enttabuisierung ethischer Fragestellungen", en id., *AIDS. Herausforderung an Gesellschaft und Moral*, Düsseldorf 1987, 85.

[24] Hubert Windisch, "AIDS und die Pastoral", en *Theologie der Gegenwart* 31 (1988) 95-101, 99.

[25] Helmut R. Zielinski (ed.), "Der Seelsorger und die AIDS-Patienten", en *Prüfsteine medizinischer Ethik*, t. XI, Grevenbroich 1988, 105-129, 113.

El sida sigue siendo todavía hoy incurable, pero, actualmente –por lo menos donde lo hace posible un sistema sanitario que funcione–, la calidad de vida de los infectados con el virus puede mantenerse durante largos años a través de una atención terapéutica intensiva, de modo que la equiparación VIH = sida = muerte que se había instalado al principio en la mente de muchas personas ha sido descartada con toda razón gracias a los éxitos de la medicina. Los conocimientos médicos han podido contribuir asimismo a que el sida haya perdido su carácter mítico y a que, hoy en día, pueda considerarse en primer término como lo que es: una enfermedad infecciosa que pone en peligro la vida –nada más, pero también nada menos–. En tal sentido resulta problemático que Juan Pablo II, en su mensaje para la Jornada Mundial del Enfermo del 11.2.2005 bajo el lema de "Cristo, esperanza de África", haya hablado nuevamente del sida como una "patología del espíritu"[26].

Las cuatro letras de la sigla **S I D A**, que pueden representar también conceptos con los cuales puede describirse el clima social general que se suscitó de forma más fuerte al comienzo de la epidemia pero que sigue existiendo todavía hoy, a saber, **S**egregación, **I**ntolerancia, **D**iscriminación y **A**utosuficiencia, deberían representar los cuatro desafíos que implica el sida para la comunidad mundial, para los diferentes gobiernos, las Iglesias y la teología, pero también para cada individuo: **S**olidaridad, **I**ntegración, **D**ivulgación y **A**pertura:

– **S**olidaridad frente a los individuos pero también para una macro-justicia que no puede limitarse a distribuir preservativos y agujas estériles para drogadictos. Solidaridad que, entre otras cosas, significa también cuidar de que todos los hombres tengan una oportunidad de formación, empeñarse por los derechos humanos, comprometerse por la igualdad de derechos para las mujeres y terminar con el círculo vicioso de pobreza, insuficiencia alimentaria e infección con el VIH.

– **I**ntegración de los afectados, a fin de que la lucha contra el sida no se experimente como una campaña contra los infectados y enfermos.

– **D**ivulgación, que es el instrumento más importante en una lucha exitosa contra la epidemia global.

[26] *Mensaje del Santo Padre Juan Pablo II para la Jornada Mundial del Enfermo del año 2005*, fechado el 8.9.2004, publicado en Internet en http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/messages/sick/documents/hf_jp-ii_mes_20040929_world-day-of-the-sick-2005_sp.html.

– **A**pertura para reconocer que las propias representaciones morales no son compartidas, y que no todos pueden o quieren aceptarlas.

La comunidad mundial debe reaccionar ante estos desafíos.

(Traducido del alemán por Roberto H. Bernet)

James Keenan *

CUATRO TAREAS DE LA ÉTICA TEOLÓGICA EN TIEMPOS DEL VIH Y DEL SIDA

Desde que el VIH y el sida aparecieron hace ya más de veinticinco años, esta pandemia ha provocado que los especialistas en ética hayan tenido que reflexionar sobre cómo tendrían que reaccionar críticamente ante esta crisis tanto los médicos como el personal sanitario, los políticos encargados de la salud pública, los teólogos especializados en ética, las personas especialmente vulnerables o la gente normal y corriente. En nuestro artículo estudiaremos los puntos en los que especialistas en ética teológica han tomado iniciativas críticas, las razones por las que fueron tomadas y la dirección que deben seguir posteriormente.

Reflexión sobre el cuidado, el contexto cultural y el prestación real de asistencia sanitaria

Una de las áreas más fundamentales de investigación es la de la utilización de la medicina y la tecnología industriales para prevenir la transmisión o tratar a los que ya están infectados. Aunque estas

* James F. Keenan, S.J. es profesor de Ética teológica en el Boston College, Chestnut Hill, Massachusetts (Estados Unidos). Sus libros más recientes son: *The Works of Mercy: The Heart of Catholicism* y *Church Ethics and its Organizational Context: Learning from the Sex Abuse Scandal in the Catholic Church,* editado con Jean Bartunek y Mary Ann Hinsdale.

Dirección: Boston College, Chestnut Hill, Massachusetts (Estados Unidos). Correo electrónico: james.keenan.2@bc.edu

iniciativas son altamente necesarias, los teólogos moralistas han planteado reiteradamente una serie de cuestiones relativas al contexto de la cultura local y al carácter humano de la atención que se ofrece.

En ocasiones, el intento de responder a la crisis provocada por el VIH y el sida se parece a una operación militar occidental industrializada que trata de corregir y dar solución a todo lo que se percibe como erróneo en un determinado contexto local. Expresiones tales como "poblaciones objeto" y "destrucción de las capacidades del virus" contribuyen a esta forma de percepción. Sin embargo, aún es más problemático el modo en que estas operaciones invaden a menudo las infraestructuras locales de asistencia sanitaria. En estos casos, este tipo de actividades son altamente ineficientes, generan falsas esperanzas y socavan los programas locales existentes. Estos problemas surgen con frecuencia por no tener en cuenta que la curación y la asistencia sanitaria se llevan a cabo y se encuentran determinadas por una cultura local.

Con cuatro ejemplos veremos cómo la tecnología occidental no ha tenido en cuenta el contexto local en el tratamiento del VIH y el sida. Laurenti Magesa nos cuenta que se dejó de lado a los hechiceros y los líderes religioso africanos en los programas de tratamiento y prevención en su nativa Tanzania; Mark Miller describe cómo los fallos y los éxitos en las estrategias de prevención en Canadá occidental dependieron del compromiso adquirido por las primeras comunidades nacionales de aquella zona; James Good nos comenta los problemas imprevistos a los que tuvieron que hacer frente los que pretendían tratar a los nómadas de Kenia, y Paul Farmer y David Walton nos refieren la ingenuidad de los que distribuyeron preservativos en Haití. Y en este sentido podemos encontrar otros muchos ejemplos[1].

Inevitablemente, el giro hacia la cultura local plantea la cuestión relativa a la calidad y la humanidad de la asistencia sanitaria, a saber, si la tecnología incrementa o reduce el carácter humanitario de las

[1] Laurenti Magesa, "Recognizing the Reality of African Religion in Tanzania", en James Keenan (ed.), con la asistencia de Lisa Sowle Cahill, Jon Fuller y Kevin Kelly, *Catholic Ethicists on HIV/AIDS Prevention*, Continuum, Nueva York 2000, pp. 76-83; Mark Miller, "Unmaking a Hidden Epidemic among First Nation Communities in Canada", *ibídem*, pp.84-91; James Good, "HIV/AIDS among Desert Nomads in Kenya", *ibídem*, pp. 91-96; Paul Farmer y David Walton, "Condoms, Coups, and the Ideology of Prevention: Facing Failure in Rural Haiti", *ibídem*, pp. 108-119.

prestaciones sanitarias[2]. Por ejemplo, la promoción exagerada de los fármacos resulta a menudo más fascinante que los verdaderos apuros en que se encuentran los mismos pacientes infectados por el VIH. En particular, Emmanuel Katangole ha hecho una sonada crítica de la inhumanidad de ciertas políticas que se basan únicamente en los fármacos y empobrecen el tenor general de la atención sanitaria en África[3]. Estas críticas ponen de relieve cómo los teólogos moralistas deben estar atentos a la posibilidad de que el modo en que se administran muchos de los fármacos necesarios puede comprometer gravemente la valía de los valores y las costumbres locales así como cosificar y deshumanizar tanto a los destinatarios de la asistencia como a aquellos que los atienden. A la luz de la estigmatización que aún sigue profundamente vinculada al VIH y el sida, la cuestión de la humanidad y el contexto de la atención sanitaria es de suprema importancia[4].

Además, los especialistas en ética teológica tienen que estar atentos a la investigación que las compañías farmacéuticas están desarrollando cada vez más en los países en vías de desarrollo. Por ejemplo, en 1997 se suscitó un intenso debate sobre los experimentos con programas de fármacos destinados a inhibir la transmisión del virus de la madre al feto[5]. Este debate condujo a una investigación para averiguar si existían razones que ponían en peligro los protocolos de investigación que normalmente se aplican en todo el mundo. ¿Nos obligan las situaciones desesperadas a suspender los modelos estándar? Si es así, ¿quién carga con las consecuencias cuando estos modelos estándar se ven en peligro? Nuestra vigilancia es un imperativo necesario, sobre todo cuando se están desarrollando investigaciones microbicidas.

[2] Sharon R. Kaufman, *And a Time to Die: How American Hospitals Shape the End of Life*, Scribner, Nueva York 2005; Bertrand Lebouché y Anne Lécu, *Où es-tu quand j'ai mal?*, Cerf, París 2005.

[3] Emmanuel Katongole, "AIDS, Africa, and the 'Age of Miraculous Medicine'", Padua.

[4] Sobre la estigmatización, véanse los artículos de Linda Hogan, John Mary Waliggo y Nicholas Harvey en *Catholic Ethicists.*

[5] Ronald Bayer, "The debate over maternal-fetal HIV transmission prevention trials in Africa, Asia, and the Caribbean: Racist exploitation or exploitation of racism?", *American Journal of Public Health* 88 (1998) 567-570.

Conceptos, vocabulario y apoyo relativos a la prevención y el acceso al tratamiento

"El lenguaje público... sobre el sida es tan importante como la ciencia", escribió el casuista Albert Jonson[6]. Jonathan Mann reflexionó en 1997 sobre esta afirmación y llegó a sostener que era urgente moldear un marco conceptual para analizar ética y políticamente el tema del VIH y el sida. En este sentido, Mann expuso ante los responsables de la salud pública una realidad desde hace tiempo reconocida pero apenas abordada explícitamente: "es evidente que a lo largo de la historia y en todas las sociedades, los ricos viven, por lo general, más tiempo y con mejor salud que los pobres"[7].

¿Por qué, entonces, el tema de la pobreza apenas se ha incorporado en el lenguaje de la ética de la salud pública? Mann ofrece una serie de respuestas:

– La salud pública ha carecido de *un marco conceptual* para identificar y analizar los factores sociales esenciales que constituyen las condiciones para que la gente pueda vivir saludablemente.

– De igual modo, carece de un *vocabulario* con el que poder hablar sobre, e identificar, los aspectos comunes que existen entre los problemas de salud tal como son experimentados por poblaciones diferentes.

– No existe un *consenso* sobre la naturaleza o la dirección del cambio social que se requeriría para tratar las condiciones sociales implicadas.

Mann descubrió en el lenguaje de los derechos humanos su urgencia comprehensiva integral y moral. Por ejemplo, el lenguaje de los derechos humanos podría unir las campañas generales a favor del derecho al acceso a los tratamientos médicos con los movimientos igualmente efectivos que operan estratégicamente en contextos locales específicos para conseguir una mayor igualdad en la política, la economía y las formas sociales de vida. De ahí su tesis de que la salud pública tenía una urgente necesidad del marco conceptual de los derechos humanos para analizar y responder efectivamente a la naturaleza y la magnitud sin precedentes de la pandemia VIH y el sida.

[6] Albert Jonsen, "Foreword", en E. Juengst y B. Koenig (eds.), *The Meaning of AIDS,* Praeger Publishers, Nueva York 1989.

[7] Jonathan Mann, "Medicine and Public Health, Ethics and Human Rights", *The Hastings Center Report* 27 (1997) 6-13.

Su obra dio origen a otras dos contribuciones. En primer lugar, Paul Former examinó la no equidad de las instituciones sociales y cómo encarnaban virulentas patologías del poder. Reflexionando sobre la conexión más profunda entre la falta de salud y la pobreza, vio que las causas de la enfermedad estaban más relacionadas con la economía que con la biología. Llegó a darse cuenta en particular de las cuestiones estructurales que hacen posible la violencia contra las mujeres y las chicas[8].

Desde una perspectiva diferente, el especialista en economía de la globalización Jeffrey Sachs estudió cómo la enfermedad afecta a las estructuras sociales, es decir, cómo aquélla hace pobre a la gente. Mientras que, ciertamente, la pobreza crea las condiciones por las que la gente corre el riesgo de tener una pobre salud, la enfermedad destruye su capacidad de escapar de la situación que la provoca. "La enfermedad no es solamente una tragedia en las vidas de los seres humanos, sino que también es un desastre para el desarrollo económico"[9].

Desde perspectivas opuestas, las tesis de Farmer y Sachs no se contradicen, sino que, más bien, nos ayudan a ver las profundas y entrelazadas conexiones que existen entre la pobreza y la enfermedad.

Los especialistas en ética teológica han seguido paralelamente el desarrollo de estos estudios introduciendo en su discurso el lenguaje del bien común, la justicia social, la solidaridad y la opción por los pobres. Lisa Sowle Cahill fue la pionera de este cambio al involucrar el tradicional lenguaje de la justicia social de la Iglesia católica con el objetivo de que prestáramos más atención a las cuestiones del poder y de la distribución de los recursos[10]. En una palabra, nuestro marco

[8] P. Farmer, M. Connors y J. Simmons J (eds.), *Women, Poverty and AIDS: Sex, Drugs and Structural Violence*, Common Courage Press, Monroe 1996; P. Farmer, *Pathologies of Power: Health, Human Rights and New War on the Poor*, University of California Press, Berkeley 1998; P. Farmer, *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*, University of California Press, Berkeley 2002.

[9] J. Sachs, "Winning the Fight against Disease: A New Global Strategy", Keynote Address to the 2003 Fulbright Scholar Conference, April 2, 2003, 2: www.earth.columbia.edu/about/director/pubs/FulbrightSpeech0403.pdf#search=%22%22disease%20is%20disaster%20for%20economic%20development%22%22 (visitada 10.6.06).

[10] Lisa Sowle Cahill, *Theological Bioethics: Participation, Justice, Change*, Georgetown University Press, Washington DC 2005; Jon Fuller y James Keenan, "The Language of Human Rights and Social Justice in the Face of HIV/AIDS", *Budhi: A Journal of Ideas and Culture* 8 (2004) 211-233.

conceptual nos ayuda a cubrir el hueco entre el análisis conceptual y el cambio social, una acción que es necesaria porque la ética debe ser socialmente efectiva. Toda reflexión ética, tal como Aristóteles y Tomás de Aquino nos recuerdan, debe terminar en la acción[11]. Así pues, al igual que los responsables de la salud pública, nos damos cuenta de que no podemos hacer afirmaciones sobre lo que es justo a menos que poseamos los instrumentos lingüísticos para comprender por qué existen las desigualdades y el modo en que podemos eliminarlas.

Por esta razón, los especialistas de ética han podido analizar críticamente la cuestión de las patentes y el acceso al tratamiento antitrretroviral. Lo que una vez se consideraba una simple cuestión de propiedad intelectual, actualmente se ve confrontado con la reivindicación del derecho humano a los urgentes bienes básicos que salvan la vida[12].

Esta consciencia de la justicia social y los derechos humanos también nos ofrece una serie de recursos analíticos para abordar las causas subyacentes en las continuas transmisiones del virus y, por tanto, nos conduce a diseñar estrategias más efectivas y comprehensivas de prevención. Desde esta perspectiva podemos investigar con más seguridad por qué las mujeres se encuentran en un gran peligro actualmente y por qué la igualdad de género es un elemento esencial para la prevención del VIH y el sida. Por ejemplo, recordemos que más de un tercio de la población que han contraído el virus o han desarrollado la enfermedad son jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años, de los que casi más de dos tercios son chicas. ¿Por qué las niñas y las chicas están cargando con el peso de esta pandemia?[13] El lenguaje de los derechos humanos y la justicia social no sólo nos revelan que el sexismo y el tradicionalismo están causando la transmisión del VIH y la enfermedad, sino que también nos suministran un marco para investigar los procedimientos adecuados para poner fin a estas desigualdades de poder.

[11] Los especialistas judíos en bioética desarrollan unos argumentos similares respecto a la justicia y la "solidaridad comunitaria". Cf. Aaron Mackler, *Introduction to Jewish and Catholic Bioethics*, Georgetown University Press, Washington DC 2003, pp. 190-211.

[12] Lisa Sowle Cahill, "AIDS, Justice, and the Common Good", en *Catholic Ethicists*, pp. 282-93; Edwin Vasquez, *AIDS Treatment in Brazil: Applying a Catholic Understanding of Human Rights and the Common Good to Pharmaceuttical Patents Regarding the Urgent Need of Access to Antiretroviral Drugs*, tesis doctoral defendida en la Weston Jesuit School of Theology, mayo 2006.

[13] Mary Crewe, "A pep-talk too far: Reflections on the power of AIDS education" (12.5.2005) www.csa.za.org/filemanager/list/6/ (visitada 8.10.2006).

Un puente sobre la gran división: Una antropología de la responsabilidad y una ética de la vulnerabilidad

Hemos de reconocer, francamente, la auténtica división que existe entre aquellos que ya están infectados o se encuentran en peligro de contraer el virus y aquellos que no lo están. Sobre este particular, tanto Jon Fuller como yo mismo mantenemos la tesis de que el virus prospera particularmente donde existe inestabilidad, una noción que tiene mayor relevancia que el concepto tan frecuentemente citado de "marginalidad". La inestabilidad, no la marginalidad, es lo que asusta al resto del mundo, y el VIH y el sida se reproducen específicamente donde hay inestabilidad social, como quiera que ésta se entienda, es decir, la provocada por las guerras civiles, las incursiones militares o los ejércitos de liberación, como en Uganda, Haití, Sudán o el Congo; la inestabilidad en que viven los refugiados en cualquier parte del mundo, los que están encarcelados en Rusia, los matrimonios del sur de África o los camioneros de la India; la inestabilidad de las naciones endeudadas al borde del colapso económico, la de los padres de familia obligados a emigrar para encontrar empleo y los que se quedan en casa esperándoles; la de los drogadictos, cuya propia percepción es en sí misma inestable; la inestabilidad de las que se ven obligadas a prostituirse para mantener a sus hijos, sus familias o las matrículas escolares; la inestabilidad en la que viven los que trabajan en territorios de ultramar y los pescadores; la de los que viven clandestinamente su homosexualidad en sociedades homofóbicas o la de aquellas chicas y jóvenes que son fieles en sus matrimonios o en otro tipo de relación sexual estable, pero cuyos maridos o parejas las ponen en peligro por sus relaciones sexuales extraconyugales. En suma, nos encontramos con personas infectadas o en peligro de contraer el virus no simplemente entre los marginados, sino también entre aquellas personas que son vulnerables precisamente porque su vida y su situación social carecen de la estabilidad necesaria para poder vivir con seguridad en un tiempo dominado por el VIH y el sida.

En contra de esta amenaza de la inestabilidad, las sociedades e instituciones más estables (incluyendo las iglesias) han creado barreras de protección. En lugar de apoyar las estrategias preventivas de salud pública que protejan a los individuos vulnerables al virus, algunos dirigentes perciben que la mejor y más importante protección es la de mantener a estos individuos alejados de la "población mayoritaria". El mantenerlos alejados de la sociedad más estable también se percibe como un modo de proteger las -

costumbres sociales y la ortodoxia comunitaria de la contaminación[14].

Este aislamiento se encuentra a menudo respaldado por un intenso fundamentalismo moralista, explícita o implícitamente manifiesto. Donald Messer, en su obra *Breaking the Conspiracy of Silence: Christian Churches and the Global AIDS Crisis,* sostiene, por ejemplo, que las iglesias provocan que sus feligreses vean a los que corren el riesgo de contraer el virus con sospecha moral. Para demostrarlo presenta varias fuentes, entre las que se encuentra una nota no oficial cogida en un encuentro del Consejo Ecuménico de las Iglesias en Harare (Zimbabwe) de 1998, y en el que el 68% de los presentes dijeron que creían que la pandemia era un castigo divino[15]. En suma, que es raro que el rostro del sida se perciba como el de una realidad inocente.

Este fundamentalismo moralista no se ha desmantelado nunca. Puesto que insiste en que los que se encuentran en peligro lo están por su propia opción, su dificultad cuenta con pocas simpatías humanitarias. Una elemental comparación con otra gravísima tragedia humana, el reciente tsunami que se produjo en el océano Índico, pone de relieve el impacto que el fundamentalismo moralista tiene en reafirmar la división entre las sociedades estables y las inestables.

El número de vidas perdidas a causa del tsunami fue de unas 300.000. Esta tragedia suscitó en pocas semanas una avalancha de miles de millones de dólares. Aunque el VIH y el sida provocan la misma cantidad de muertes cada 37 días, la voluntad de asignar los recursos correspondientes para evitar tales pérdidas de vidas humanas simplemente no existe. Pero no sólo esto. Si cada 37 días ocurriera otro tsunami, veríamos con nuestros propios ojos cómo el mundo entero daría máxima prioridad a la creación de un muro para proteger a toda la humanidad de la amenaza de otros tsunamis. Frente al hecho de que la pandemia del VIH y el sida provoca la pérdida de 300.000 vidas humanas cada 37 días, sin embargo, no vemos ningún interés por construir un muro contra el "mar" del virus. Con el deseo de protegernos de los grupos de riesgo, construimos una barrera contra los que viven en mundos inestables.

[14] Tesis desarrolladas por Fuller y Keenan, "Educating in a Time of HIV/AIDS", en Julian Filochowski y Peter Stanford (eds.), *Opening Up: Speaking Out in the Church*, Darton Longman & Todd, Londres 2005, pp. 95-113.

[15] Donald Messer, *Breaking the Conspiracy of Silence: Christian Churches and the Global AIDS Crisis*, Fortress Press, Minneapolis 2004, pp. 5-7.

La ética teológica responde directamente a esta realidad. La obra de Messer es una respuesta accesible e integral a las tendencias aisladoras promovidas por nuestras iglesias. Intenta conseguir que las iglesias se den cuenta de su complicidad en las estrategias de aislamiento que dejan a las sociedades inestables en situaciones incluso de mayor riesgo. En esta misma línea, Maria Cimperman trata de que las iglesias respondan a esta crisis preguntándose por el tipo de antropología encarnada y transformadora que necesitamos articular para nuestras comunidades creyentes si en la actualidad son tan ineptas y estrechas de miras[16].

Estos intentos por lograr que el pueblo de Dios adopte iniciativas, desde hace tiempo esperadas, que respondan a esta pandemia, sirve de motor a otros especialistas de ética para que prosigan la tarea de despertar a sus comunidades de la modorra de la apatía que vemos actualmente, aun después de que hayan transcurrido veinticinco años desde su inicio.

Así como Cimperman y Messer trabajan en uno de los lados de división, Enda McDonagh se encuentra entre los que viven en el borde de la inestabilidad y, por ello, plantea una ética de la vulnerabilidad. Colocándonos junto a los estigmatizados, que se encuentran como el mismo Cristo crucificado con el juicio severamente temerario de las masas, McDonagh sugiere la necesidad de desarrollar una teología de la vulnerabilidad que apoye a los que se encuentran en peligro, a los infectados y a quienes cuidan de ellos, y que viven en un mundo aislado, inestable e inquietante[17]. Además, es aquí, en este contexto en el que irrumpen el VIH y el sida, donde McDonagh descubre y lleva a cabo su reflexión sobre la irrupción del Reino[18]. Al igual que sus colegas del otro lado del muro, McDonagh ofrece un prometedor fundamento para el desarrollo de una obra teológica que oriente a los miembros de la comunidad de fe que ya están inmersos en el caos del VIH y el sida.

Prevención: El preservativo

Puesto que las tasas de infección superan con creces las del tratamiento, el desarrollo de unas estrategias efectivas de prevención es

[16] Maria Cimperman, *When God's People Have HIV/AIDS*, Orbis, Maryknoll 2005.

[17] Enda McDonagh, *Vulnerable to the Holy*, Columba Press, Dublín 2004.

[18] McDonagh, "The Reign of God", *Catholic Ethicists*, pp. 317-323.

hoy más urgente que nunca. Entre las que gozan de un mayor reconocimiento por su efectividad se encuentra la estrategia denominada ABC: Abstinencia, es decir, la dilación de las relaciones sexuales hasta el matrimonio; en el caso de que alguien no pueda abstenerse o tenga ya una relación sexual, entonces se aplica B, a saber, la fidelidad a la pareja. Si optas (o no tienes la libertad de negarte) por tener relaciones sexuales, entonces se aplica C, es decir, la utilización del preservativo.

¿Es realmente fiable la utilización del preservativo? Hemos de admitir que los preservativos no gozan de un 100% de fiabilidad porque pueden romperse, estar en mal estado por unas condiciones inadecuadas de almacenamiento o por estar envueltos con lubricantes inapropiados (basados en el petróleo), o bien por no haber sido adecuadamente fabricados o no ser correctamente utilizados. Sin embargo, los argumentos que afirman que los preservativos no garantizan la protección son descartados por los estudios realizados sobre su uso entre los seres humanos.

El análisis más exhaustivo de los estudios científicamente contrastados sobre la efectividad del preservativo ha sido el que el National Institute of Allergy and Infectious Diseases, que pertenece a los National Institutes of Health de Estados Unidos, publicó en julio de 2001. En este estudio se indica que el VIH se transmite con bastante dificultad cuando lo comparamos con otras enfermedades de transmisión sexual. Por ejemplo, una única exposición a la gonorrea provoca la infección en el 60%-80% de las mujeres. Sin embargo, tras una sola exposición al VIH se infecta únicamente el 0,1%-0,2% de las mueres. El estudio demuestra que la utilización del preservativo reduce aún más la ya baja tasa de transmisión del VIH hasta un 85%. Si aplicásemos estos datos a unas 10.000 personas que estuvieran expuestas al VIH mediante las relaciones sexuales durante el período de un año, 670 se infectarían por no haber utilizado el preservativo, mientras que el número se reduciría a 90 si hubieran utilizado persistentemente y correctamente el preservativo. La conclusión es evidente: el preservativo no es perfecto, pero para quienes eligen (o se ven obligados a) tener relaciones sexuales, este método les proporciona una protección significativa[19].

Ante la evidencia de la efectividad del preservativo, en una entrevista realizada en Radio Vaticano a Monseñor Georges Cottier (O.P.),

[19] National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health, Department of Health and Human Services, "Scientific evidence on condom effectiveness for sexually transmitted disease (STD) prevention", 20.7.2001 (disponible en www.niaid.nih.gov/dmid/stds/condomreport.pdf).

teólogo de la casa pontificia y presidente de la Comisión Teológica Internacional, se le preguntó si la distribución de preservativos podría calificarse como un ejemplo de la teoría del "menor entre dos males", a lo que respondió que, efectivamente, era una cuestión que los moralistas estaban planteándose y que tenían todo el derecho a hacerlo[20].

Unos pocos moralistas, entre los que destaca Kevin Nelly, sostienen que todo cuanto pueda decirse sobre el preservativo debe afrontar el magisterio sobre la contracepción. Nelly sostiene que el magisterio sobre el control del natalidad es en sí mismo una fuente de graves dilemas para los católicos y que el tema de la prevención del VIH ayuda a poner de relieve la necesidad de desarrollar un magisterio más responsable sobre el control de la natalidad[21].

Otros autores han argumentado de forma diferente aplicando principios de casuística moral (el mal menor, el doble efecto, la cooperación) para demostrar la compatibilidad del magisterio sobre el control de la natalidad con los métodos de prevención efectiva del VIH y el sida[22]. Para éstos, el preservativo en el caso del VIH no se utiliza como medio contraceptivo sino como un profiláctico que evita la transmisión de una enfermedad mortal. Muestran cómo los principios tradicionales reconocen la legitimidad de esta distinción, por lo que defienden la utilización del preservativo para evitar el VIH y el sida, al tiempo que defienden –o por lo menos no se oponen a– la validez del magisterio eclesial sobre la contracepción[23]. Esta distinción –entre lo terapéutico y la contracepción– se encuentra en la *Humanae Vitae:* "La Iglesia no considera en modo alguno ilícita la utilización de aquellos medios terapéuticos necesarios para curar las enfermedades del cuerpo, aun cuando un impedimento previsible para la procreación se derivara de ello, siempre que no se busque directamente ese impedimento por cualquier otro motivo" (n. 19).

Estos teólogos han adoptado esta posición casuística simplemente para mostrar que los obispos podrían apoyar la utilización del preser-

[20] Catholic News Service, "Papal theologian: AIDS-condoms issue legitimate to debate", 15.2.1996.

[21] Kevin Kelly, *New Directions in Sexual Ethics: Moral Theology and the Challenge of AIDS*, Geoffrey Chapman, Londres 1998.

[22] Encontramos una aplicación de cada principio en Fuller y Keenan, "Condoms, Catholics and HIV/AIDS Prevention", *The Furrow* 52 (2001) 459-467.

[23] Para un comentario crítico sobre estas obras teológicas, cf. *Catholics Ethicists*, pp. 21-29.

vativo sin oponerse a la *Humanae Vitae.* Sin embargo, veinte años después los moralistas y muchos otros católicos se sienten confundidos por su jerarquía, que se mantiene en su rechazo a la utilización del preservativo invocando el carácter inmutable del magisterio sobre el control de la natalidad. Los católicos se quedan perplejos, no sólo porque están convencidos de la eficacia del preservativo, sino porque sus obispos parecen estimar más su propio magisterio que la vida de los que están en peligro, pues la crisis actual es en definitiva una amenaza contra la misma vida y no simplemente una amenaza contra las tradiciones en materia de sexo. La protección de la vida, el verdadero núcleo de las estrategias de prevención del VIH y el sida, no parece encontrarse al frente de sus prioridades. En este sentido, Melinda Gates se hizo perfecto eco de los sentimientos de muchos católicos cuando afirmó lo siguiente en la XVI Internacional AIDS Conference: "En la lucha contra el sida, los preservativos salvan vidas. Si te opones a la distribución de preservativos es evidente que para ti hay algo más importante que salvar vidas humanas" [24].

Debido a la constante presión de los especialistas en ética, de los responsables de la salud pública, de los dirigentes mundiales y de algunos de sus propios hermanos obispos más ilustrados, estos obispos quieren admitir la validez moral del preservativo como parte de una estrategia de prevención. Al hacerlo tienen que decidirse por oponerse totalmente al magisterio sobre el control de la natalidad o adoptar la vía más casuística distinguiendo entre el uso terapéutico o contraceptivo del preservativo. En todo caso, mientras se deciden, el hecho es que están socavando su propia autoridad al dejar muchos millones de vidas en una condición de riesgo mucho mayor de lo que es necesario [25].

[24] Melinda Gates, "Address to the XVI International AIDS Conference", Toronto, 13.8.2006, http://64.233.161.104/search?q=cache:aXAhgbMiD-xEJ:www.gatesfoundation.org/MediaCenter/Speeches/MelindaSpeeches/MFGSpeech2006AIDS-060813.htm+Gates+%22oppose+the+distribution+of+condoms,+something+is+more%22&hl=en&gl=us&ct=clnk&cd=5 (visitada 10.6.2006).

[25] Fuller y Keenan, "Church Politics and HIV Prevention: Why is the Condom Question So Significant and So Neuralgic?", en Linda Hogan y Barbara FitzGerald (eds.), *Between Poetry and Politics, Essays in Honour of Enda McDonagh*, Columba Press, Dublín 2003, pp. 158-181.

Conclusión

En la primera conferencia internacional de especialistas en ética teológica católica que se celebró en Padua (Italia) en 2006, los cuatrocientos asistentes se dedicaron a estudiar una variedad de temas en el campo de la ética aplicada, y uno de ellos se impuso con gran diferencia respecto a los demás: el VIH y el sida y el acceso a la atención sanitaria. Dado que los especialistas en ética prosiguen abordando la bioética mediante los filtros de la justicia social y los que trabajan específicamente en el campo del VIH y del sida se van haciendo notar, el campo de la ética teológica se está expandiendo de modo espectacular[26].

Con frecuencia, las preocupaciones de los especialistas en teología ética y moral reflejan el paisaje de los lugares donde vivimos, enclaves estabilizados y protegidos por barreras (aunque a menudo sean invisibles). Cuando abordamos el VIH y el sida nos hallamos traspasando la gran división, adentrándonos en el inestable mundo donde crecen con fuerza el virus y la enfermedad. Al investigar el tema del sida nos topamos con homosexuales, reclusos, camioneros, prostitutas, emigrantes, víctimas de guerras civiles, drogaditos, chicas vulnerables, refugiados y muchas otras personas. Aquí es donde nos encontramos con la humanidad más vulnerable. Es ahí donde, me atrevo a sugerir, encontramos nuestra propia vocación.

(Traducido del inglés por José Pérez Escobar)

[26] James F. Keenan, "Developments in Bioethics from the Perspective of HIV/AIDS", *Cambridge Quarterly of HealthCare Ethics* 4 (2005) 416-423.

3. ENFOQUES DESDE LA EXPERIENCIA

Steve Dowden*

METÁFORA, ENFERMEDAD Y LITERATURA: UN ALMUERZO CON NIKOLAY STEPANOVITCH

"La enfermedad es la cara oculta de la vida."
Susan Sontag

Cómo influye la dimensión metafórica de la literatura en el modo en que vemos el mundo? En el discurso cotidiano, no literario, las metáforas juegan un papel obviamente significativo. A la par que reflejan, estructuran también el modo en que percibimos el mundo, cómo pensamos y, en consecuencia, cómo reaccionamos en ciertas circunstancias. Por ejemplo, nuestra reacción a la idea de la muerte o de la enfermedad se expresa mediante el lenguaje que utilizamos para hablar sobre ellas. Si decimos "perdió su batalla contra el sida", estamos viendo la enfermedad y la muerte de un ser humano en términos de una acción militar y la consiguiente derrota. Tal vez este uso cotidiano es algo neutral, pero tal vez no lo sea. Ahora bien, en la literatura, en la que el lenguaje es altamente preciso, enérgico y de gran importancia en su elaboración, esperamos, con toda razón, que las apuestas y los resultados sean elevados. Si entendemos que la literatura es algo más que un mera huida del aburrimiento, es de esperar que ayude a la

* Steven Dowden enseña literatura alemana y europea en la Universidad de Brandeis. Es autor de libros y artículos sobre obras de ficción alemanas contemporáneas y también es editor de varios libros, entre los que destacamos: *A Companion to Thomas Mann's Magic Mountain* (1999) y *German Literature, Jewish Critics* (2002).

Dirección: Departament of German, Russian and Asian Languages and Literatures, MS024 Brandeis University, Waltham, Massachussets, 02454-9119 (Estados Unidos).

gente a ver el mundo real de forma más plena, más clara y con mayor profundidad. Y la metáfora, lejos de ser una mera figura decorativa, debería ser un instrumento para esta empresa de revelar la verdad.

Metáforas corrompidas: Una batalla contra el "significado"

Resulta curioso que una de las más representativas comentaristas literarias de nuestros días exprese serias dudas sobre el uso de la metáfora en todos los asuntos relativos a la enfermedad y la muerte. En *La enfermedad y sus metáforas* (1978) y su pareja complementaria *El sida y sus metáforas* (1989), Susan Sontag indaga en el efecto perjudicial que la metáfora puede ejercer en nuestra forma de entender la enfermedad y su efecto en todos nosotros. El primer ensayo surgió de su propia experiencia como enferma de cáncer. En sus relaciones con la enfermedad, que al final terminó matándola, Sontag descubrió que los mitos culturales en torno al cáncer intensificaban y empeoraban sus efectos. No sólo tenía que hacer frente a la curación de su cuerpo, algo que ya de por sí era bastante difícil, sino que además tenía que afrontar la tristeza, el aislamiento y el sentimiento de culpabilidad que la idea de esta enfermedad producía en la gente que la conocía y en ella misma.

La idea del cáncer –todo un conjunto de prejuicios, temores y mitos– surge por el "significado" metafórico que se le agrega, un significado que es maligno en sí mismo. El cáncer es, por así decirlo, el enemigo invisible que está dentro de uno, no el resultado explicable y, por tanto, manejable de una causa externa. En este sentido, comenta que se le considera convencionalmente como una reacción corporal a una emoción reprimida, a una pasión bloqueada o suprimida. Reprimida dentro del cuerpo como una especie de genio maligno, esta potente fuerza adquiere la maligna forma de un tumor: un crecimiento interno incontrolable que el mismo paciente ha traído a la existencia y que de hecho es, en cierto modo, una expresión del yo. En consecuencia, el supuesto "significado" del tumor remite a una vida no suficientemente abierta, una vida llena de trabas, amarga e imperfecta. A su vez, estas metáforas extraen su fuerza de nuestro temor a una enfermedad cuyos procesos siguen siendo un misterio que puede alcanzarnos a cualquiera sin aviso previo, una situación no muy diferente de las desgracias que pusieron a prueba a Job: un hombre justo abatido por fuerzas invisibles. Según Sontag, debemos desmitificar la enfermedad oponiéndonos a la idea de que pueda tener algún "significado". A la enfermedad hay que mirarla directa-

mente como lo que es y no como símbolo de otra cosa. Después de todo, hay algunas enfermedades peligrosas que no se prestan a otorgarles sentido alguno. Una neumonía es sencillamente una neumonía. E incluso una de las más devastadoras plagas del siglo XX, la pandemia de gripe de 1918, no se vio afectada por la metáfora histérica.

Existen indicios de que incluso el cáncer está deshaciéndose de sus incrustaciones connotativas. Cuando Sontag publicó *El sida y sus metáforas*, una década después de *La enfermedad y sus metáforas*, ya se había producido un notable progreso en la investigación y el tratamiento del cáncer. Los significados que lo ensombrecían ya habían comenzado a desaparecer por entonces. Sin embargo, es posible que este efecto se debiera en parte a la aparición del sida como una nueva pandemia con su especial potencial de construcción metafórica. En la década de los ochenta, el sida fue extensamente juzgado –en el estricto sentido del término– como una enfermedad de gays, prostitutas y drogadictos. Con estos grupos de chivos expiatorios tan fácilmente situados al alcance de la mano, muchos píos *Schadenfreude* [es decir, que sienten alegría por el mal ajeno] recurrieron a las metáforas de la ira y la severa justicia de Dios: el Señor castiga a los malvados. Ahora que se han hecho patentemente manifiestas las dimensiones mundiales y heterosexuales de la pandemia, estos primeros e interesados puntos de vista parecen estar remitiendo. No obstante, se mantienen en pie otros tipos de metáforas realmente perniciosas.

Invasiones desde el sur, invasiones desde el este

Por ejemplo, la idea de que la epidemia tiene un carácter militar cuenta con una larga tradición tras de sí. La enfermedad contagiosa "ataca" al cuerpo desde fuera y lo "destruye" desde dentro. Una epidemia como la del sida "invade" la sociedad. Los médicos e investigadores deben "combatir" la enfermedad con todas las "armas" de que dispone la moderna ciencia médica, que ha "declarado la guerra" al sida.

Además, se nos está recordando constantemente que el sida tiene su origen en África. Ciertamente, se trata de un hecho que nadie pone en duda (aunque Sontag sí), pero tal como Sontag argumenta convincentemente, los hechos no se apoyan simplemente en su estatus neutral como información o conocimiento, sino que adquieren unos significados secundarios, habitualmente de carácter moral. La pandemia del cólera asiático de 1826-1837 estalló en Europa a través de la India. Sin embargo, el propio cólera europeo –fomentado por unas

condiciones de vida insalubres– persistió en la imaginación europea como algo extraño, como algo propio de Asia y el oriente, es decir, como un hecho primitivo, irracional, misterioso y mortal.

En la novela de Thomas Mann *Muerte en Venecia* (1912), el cólera expresa metafóricamente la corrupción moral del protagonista, Gustav von Aschenbach. Conforme el gran escritor se va entregando progresivamente al decadente placer que siente espiando a un joven polaco, el cólera se va apoderando de su cuerpo. La dulce corrupción le destruye moralmente tan certeramente como el cólera, propagado en Europa desde oriente, contamina y destruye su cuerpo. Mann informa a sus lectores sobre la enfermedad en una prosa que es sensual, exuberante y decadente:

> *"Hace varios años, el cólera asiático ha ido mostrando una tendencia creciente a extenderse y emigrar a otros países. Originándose en las sofocantes masas del delta del Ganges, elevándose con las pestilentes exhalaciones de aquel desierto de una exuberancia inútil, aquella isla selvática rechazada por el hombre, donde los tigres se agazapan entre los matorrales de bambú, la peste se ha enseñado con inusual y prolongada virulencia con todo el norte de la India, y ha arremetido hacia el este, hasta China, y hacia el oeste, hacia Afganistán y Persia, y, posteriormente, hasta Astracán e incluso Moscú".*

En las calles de Venecia, Aschenbach se da el gusto de comerse unas fresas dulces, blandas y muy maduras. Éstas le envenenan con el cólera asiático y finalmente, mientras contempla en lontananza al joven Tadzio en la playa, Aschenbach muere en medio de un secreto éxtasis de decadencia, debilitamiento y vergüenza. Desde fuera, su dignidad pública permanece intacta, pero interiormente ha sucumbido a la seducción de la belleza y el deseo. En las novelas y los relatos de Mann, la belleza más intensamente seductora está encarnada por chicos y chicas eslavos –Claudia Chauchat, Tadzio, Pribislav Hippe, Esmeralda–, lo que quiere decir que se trata de una amenaza que proviene del oriente.

Enfermedad y pecado

La idea occidental de que las fuerzas de la enfermedad, el desorden y la fatalidad proceden de oriente es muy antigua. En el mito griego, Dionisos importa el caos y la muerte desde el oriente en *Las Bacantes*, y la diabólica asesina de niños Medea es una hechicera que también procede del oriente. Los poderes sobrenaturales, el

deseo sexual y las epidemias –como en *Edipo rey*– están vinculados mediante la idea de una conexión secreta entre la corrupción del cuerpo y la corrupción moral. En la literatura moderna, esta combinación de categorías geográficas y morales se encuentra perfectamente reflejada en el *Drácula* de Bram Stoker (1897), una novela y una temática cuya enorme popularidad en la ficción contemporánea, la música, la televisión y el cine, está vinculada al sida por su versátil mezcla de la enfermedad con la religión, la decadencia moral y la moral sexual. Este libro es una obra maestra del contagio epidémico como encarnación metafórica de la contaminación moral.

En Drácula nos encontramos con una parodia perversamente invertida de Cristo, el ser inmortal que puede otorgar la inmortalidad a sus discípulos. Aquellos a quienes convierte no perecen, sino que reciben una vida eterna. Como no podría ser de otro modo, también procede del oriente. Aunque la patria de Drácula se encuentra en Europa, Stoker deja claro que procede de una familia descendiente de los invasores mongoles de la alta Edad Media. La sangre asiática de sus venas, por sus características, necesita nutrirse con la que fluye de los saludables cuerpos de hombres, mujeres, chicos y chicas de Inglaterra. Como la epidemia relacionada con el sexo y la sangre que él representa (la sífilis en la época de Stoker, el sida en la nuestra), el vampiro ataca de forma oportunista e indiscriminada. Cogerá lo que pueda conseguir, pero parece preferir a jóvenes hombres y mujeres moralmente corrompidos.

En la novela de Stoker, la dulce virgen Lucy es el personaje central. Es una joven sumisa y núbil en cuyo cuerpo se mezclan los fluidos vitales de cinco hombres diferentes. Su prometido Arthur le da su sangre, considerando este don como un símbolo sagrado del matrimonio antes de su celebración. Pero él no sabe que otros dos pretendientes y el doctor van Helsing también le han dado sus infusiones, y le ocultan con toda discreción la promiscuidad metafórica de Lucy. Finalmente, sin embargo, es Drácula quien consigue la victoria; o la victoria de la tiniebla. Bajo la influencia de su "beso", Lucy se transforma en una depredadora sexual lasciva e implacable. Despierta el demonio dentro de ella de tal modo que después de su conversación ella se transforma en "una caricatura diabólica de la pureza de la dulce Lucy", tal como afirma uno de sus horrorizados pretendientes. La novela de Stoker es claramente una parábola sobre los peligros de la sexualidad femenina cuando no es contenida por la ley moral religiosa y social. Lo de Lucy es una corrupción que se extiende como una epidemia a través de la sangre. Un relato como éste, infinitamente repetido tanto en la alta cultura como en la cultura popular,

contiene un obvio potencial para orientar nuestros puntos de vista sobre el sida en direcciones malsanas. Su gran popularidad y persistencia nos sugiere que puede reflejar o incluso estructurar el modo en que mucha gente, consciente o inconscientemente, percibe la transmisión del sida y el modo en que percibimos a los que se ven afectados por él. Además, la forma en que Stoker desarrolla la metáfora de la enfermedad no es tan diferente del modo en que Mann vincula el deseo erótico con la enfermedad. El protagonista de Mann no es una simple chica, que tan fácilmente se deshace en la novela de Stoker, sino un gran moralista, un escritor maduro, internacionalmente célebre por su coherencia moral y su tenacidad. La caída de Aschenbach en una corrupción que es a la vez espiritual y somática, comunica el mismo mensaje subliminal que el relato de Stoker: la profunda unión que existe entre la corrupción moral y la enfermedad contagiosa.

¿Podemos arreglárnoslas sin metáforas?

Es probable que en la actualidad casi nadie apoye conscientemente la idea de una relación profunda entre la enfermedad y la corrupción moral. Se trata de una metáfora, no de un concepto. Sin embargo, las metáforas narrativas pueden echar unas raíces más profundas que los conceptos racionales. El hecho de que estos relatos sean tan irresistibles, tan incombustibles al paso del tiempo y resulten tan familiares a los lectores, sugiere que, en un nivel más profundo, pueden, efectivamente, tener un intenso agarre en nuestra imaginación, modelando así el modo en que vemos el mundo. Aun así, la oscura visión que Susan Sontag tiene de la metáfora y la enfermedad no es coherente. Después de todo, cuando escribe con bella y evocadora concisión que "la enfermedad es el lado oculto de la vida", también ella está apoyándose en la metáfora.

¿Podemos arreglárnoslas sin recurrir a la metáfora, tanto en nuestra vida cotidiana como en la literatura? ¿No es también posible que la metáfora agudice e ilumine nuestra visión en lugar de pervertirla? Tal vez, una parte de este problema resida en la actitud y las expectativas que ponemos en la literatura, especialmente en la gran literatura. Para tratar de clarificar este problema, me volveré ahora a dos relatos que abordan el modo en que la literatura y el pensamiento metafórico o narrativo se apoderan de la experiencia real o, en este caso, de la experiencia de la enfermedad y de la muerte: *La muerte de Iván Ilich* (1886) de León Tolstoi y *Una historia aburrida: Memorias de un hombre viejo* (1899) de Antón Chejov. Es comprensible que, en los tiem-

pos del sida, estas historias nos llamen seriamente la atención. Cada una de ellas explora directamente en el significado de la vida desde la perspectiva de la muerte. Las dos centran su atención en un protagonista que yace moribundo a consecuencia de una enfermedad mortal. Pero también expresan un punto de vista bastante diferente, de tal modo que nos ayudan a iluminar el problema que nos ocupa: la tensión entre la experiencia vivida y la dimensión metafórica de la literatura.

Tolstoi: Un relato de redención

En *La muerte de Iván Ilich,* Tolstoi presenta a un hombre que ha desperdiciado su vida de forma mezquina en cosas materiales. Es un hombre que se aferra pretenciosamente a su carrera como funcionario del gobierno, a su infeliz matrimonio con una arribista codiciosa y a sus superficiales relaciones con colegas de igual estatus social y profesional. Tiene una hija, Liza, que estudia música y se encuentra a punto de hacer un buen matrimonio con un hombre que, como su padre, es un abogado de éxito.

Un día, mientras sube por una escalera (adecuada metáfora de su modo de vida), Iván sufre una caída (otra metáfora, en esta ocasión de carácter bíblico: "cae" en la toma de conciencia del carácter mortal del ser humano). Iván se ha magullado su costado izquierdo, y al principio no le da importancia a la herida. Sin embargo, el hematoma no desaparece y poco a poco va enfermando. En pocos meses, su condición y el dolor que siente en su costado empeoran. Los médicos multiplican sus consejos, pero todo resulta inútil. Sencillamente, Iván se está muriendo. Él lo sabe y también la gente que está en su entorno. Sin embargo, consideran su enfermedad como una inoportuna imposición sobre sus agendas sociales. Veía cómo el increíble y terrible momento de su muerte había sido degradado por aquellos que estaban junto a él a un disgusto inoportuno, a un comportamiento indecoroso (actuaban con él como lo harían con un hombre que emitiera un olor nauseabundo al entrar en la sala); veía que había sido degradado precisamente por aquella genuina "propiedad" a la que había consagrado toda su vida.

Además, la familia y los amigos insistían en mantener el engaño de que se recuperaría, no para beneficiarle sino por pura cobardía, como forma de evitar la necesidad de tratar con el debido respeto la enfermedad y la muerte. Y él se sentía torturado por esta mentira, torturado por el hecho de que rehusaran admitir lo que él y todos

sabían, de que quisieran mentir sobre su terrible situación y obligarle a tomar parte en esta mentira. Esta mentira, una mentira perpetrada en la víspera de su muerte, una mentira destinada a degradar el sublime y solemne acto de su muerte al nivel de sus encuentros sociales, sus colgaduras y el esturión de la cena, era para Iván una tortura insoportable.

Únicamente el criado, un joven de robusta salud llamado Gerasim, tiene la gracia, la bondad y el tacto de tratarle con delicadeza y comprensión. Estos personajes tienen un papel central en la obra de Tolstoi. Los personajes occidentalizados, civilizados y racionalistas, como Iván, se han convertido en seres alienados de la tierra, de la genuina experiencia humana e incluso de su propia alma. El campesino de buen corazón sirve para recordar todo esto tanto a los personajes del relato como a los lectores de la obra.

Al final, conforme se agrava la agonía de Iván, él mismo comienza a darse cuenta de que ha estado viviendo una mentira. Su vida, totalmente desperdiciada, "no era algo real, sino un atroz y terrible engaño que no deja pasar la vida ni la muerte". No obstante lo terrible de su enfermedad y su dolor, al menos son "algo real", tal como afirma, y la agonía de su muerte también le ofrece una última oportunidad para tener una verdadera experiencia humana. Mientras grita y se estremece en el tormento final antes de morir, su mano cae sobre la cabeza de su joven hijo. Vasya es un chico de unos diez años, joven e inocente. Al igual que el campesino Gerasim, aún no está corrompido por las superficiales ideas de la *haute bourgeoise* rusa. Espontáneamente, el niño, con ternura y sin ningún otro motivo, coge la mano de su padre, la besa y comienza a llorar: "En aquel momento, Iván Ilich se desvaneció y vio una luz…" Es un momento de epifanía y transformación. Iván puede ahora morir reconciliado. "Todo ha terminado", dice una voz en la habitación –o una voz procedente de Jn 19,30–. Evocando Ap 21,4, las últimas palabras de Iván son: "La muerte ha terminado… ya no hay más muerte".

En este relato existe una enorme tensión ente la vida sentida de la situación humana y el peso metafórico con que el relato tiene que cargar. Al final, la historia de Iván Ilich se ha convertido sencillamente en una parábola de la redención cristiana. El narrador, que es Tolstoi, se presenta ahora en parte como filósofo moral y en parte como predicador. Su relato tienen fuerza didáctica. La enfermedad equivale a la condición humana, a nuestro carácter mortal, y la muerte es la amenaza nocturna que debería impulsarnos a asir el día. Pero aquí está el problema: si la ficción es un modo de conocer el mundo, ¿qué deberíamos pensar de una ficción que remite a una verdad que está fuera

de la narración, como, por ejemplo, un aspecto de la doctrina cristiana? Tolstoi utiliza el poder del relato y la metáfora para comunicar un mensaje específicamente cristiano sobre la enfermedad y la muerte.

Chejov: Un relato sin redención

La aproximación de Chejov en *Una historia aburrida* nos narra una situación similar pero con una diferencia crucial al final. En un momento en que se encontraba él mismo sufriendo una enfermedad mortal –moriría de tuberculosis en 1904–, Chejov presenta a un hombre que está a punto de morir, tal vez incluso como una respuesta directa a *La muerte de Iván Ilich.* A su protagonista, muy parecido a Iván Ilich, le van bien las cosas, es respetado y tiene éxito. Nicolai Stepanovitch es un anciano profesor de medicina y consejero privado que se mueve por los principales círculos intelectuales y sociales. Goza de un prestigio mundial por su trabajo científico y se ha regodeado con los premios obtenidos en su vida. Pero ahora apenas puede dormir por la noche. No siente ya placer con sus lecturas preferidas, que también han decaído en calidad. Se siente enfermo. Como Iván, Nicolai tiene una hija mimada y absorta en sí misma que estudia música (un lujo frívolo en este contexto), y una esposa de la que se ha ido distanciando. A diferencia de Iván, puede diagnosticar por sí mismo la quiebra de su salud. Nicolai Stepanovitch sabe que le quedan menos de seis meses de vida. Y, como a Iván, esta enfermedad lo despierta, le conduce a un estado mental más reflexivo.

No obstante, aún debe encargarse de sus responsabilidades. El gran profesor está habituado a que la gente confíe en sus orientaciones. Cuando un joven médico se dirige a él para ver de qué tema podría tratar su tesis doctoral, Nicolai monta en cólera y le echa una soflama al pobre médico. Gritando con desprecio, le dice que no dispensa temas de investigación como un tendero que tiene sus productos en el almacén sobre una estantería. El verdadero núcleo de una investigación científica independiente reside precisamente en que es *independiente.* No obstante, cede y despide al médico con un tema rutinario. Para bien o para mal, así es como funciona el mundo. Sin embargo, Chejov deja planteada su perspectiva: la auténtica ciencia es un hecho de pensamiento independiente, no de fama ni de patrocinio, ni tampoco de una orientación paternalista por parte de una autoridad reconocida. El conocimiento es el resultado de observar los datos sin prejuicio alguno, no de seguir un guión, una doctrina o un canon prefabricados.

De modo parecido, la literatura –tomada seriamente como modo para conocer el mundo– es un acto de pensamiento independiente, una adhesión no a unos cánones de pensamiento, creencias o arte preconcebidos (o de las metáforas inmutables que los representan), sino la adhesión a un encuentro nuevo y sin prejuicios con la particularidad de una experiencia real. En el caso de este relato, la experiencia real que Chejov trata de explorar imaginativamente es la experiencia de la muerte.

Nicolai Stepanovitch cuenta también dentro de su círculo con una joven cuya experiencia vital la ha sacado trágicamente fuera de su clase social. Cuando era niña Katya fue su pupila. Al crecer se desarrolló en ella una pasión por el maestro, se enamoró de un miserable dramaturgo, tuvo un hijo ilegítimo que murió siendo aún niño y en la actualidad vivía cerca de la casa de su tutor con grave escándalo público. En cuanto a la estructura narrativa, parece desempeñar un papel parecido al campesino-sabio Gerasim de Tolstoi o a Vasya, el niño que aún sigue fuera del ambiente corrupto, es decir, un personaje exterior cuya función consiste en que el protagonista entre en razón poniéndole en contacto con valores humanos profundos. Es a ella a quien Nicolai Stepanovitch recurre cuando su insípida vida familiar y el temor a la muerte se le hacen insoportables: "Huyo junto a ti, te suplico que me ayudes".

Solitariamente languideciendo en su autocompasión, Katya no puede ayudarle. Más bien, en su miseria y desesperación ella quiere que él –el sabio profesor de medicina, el experto en enfermedades y en la salud, en la vida y la muerte, su tutor legal al fin y al cabo– le diga *a ella* qué debe hacer con *su* vida. Sin embargo, el gran doctor no se ha dejado engañar por su fama. Él no tiene sabiduría moral que dispensar (el conocimiento forma parte de la sabiduría moral) y es demasiado honesto para fingir otra cosa. Katya continúa pidiéndole consejo, y al final del relato acontece este intercambio:

> "'¡Ayúdeme!', sollozaba, agarrándose a mi mano y besándola. '¡Sabe que es mi padre, mi único amigo! Es usted inteligente, educado; ha vivido tanto tiempo; ha sido un verdadero maestro. ¡Dígame qué debo hacer!' (...)
>
> Siguió un silencio. Katya se arregló el pelo, se puso el sombrero, arrugó las cartas y las metió en su bolso; todo pausadamente y en silencio. Su rostro, sus senos y sus guantes estaban húmedos por las lagrimas, pero su expresión era fría y adusta... La miré, y me sentí avergonzado por ser más feliz que ella. Yo he descubierto sólo antes de morir, en el declive de mis días, la ausencia de lo que mis colegas de filosofía denominan una idea general, mientras que el alma de

> esta pobre chica ya la ha conocido y no conocerá protección alguna en toda su vida, ¡en toda su vida! 'Almorcemos, Katya', le dije".

Katya sigue furiosa con él por su rechazo a decirle el secreto de una vida feliz, o de una muerte feliz. Pero para esto no existe ninguna fórmula, como él mismo admite. En su lugar, intenta que ella retorne de la abstracción intelectual al mundo real. La sorprendentemente subestimada expresión de Chejov "almorcemos" es un fresco contrapunto al sublime *pathos* de la conversión de Iván Ilich en su lecho de muerte. El momento vital presente y su verdadero afecto por su sobrina están contenidos en la invitación que le hace a que se le una para comer –entre otras cosas porque sabemos, como también él, que ya no le quedan muchos almuerzos que hacer–. Ciertamente, hay algo de comedia suave e irónica en la invitación, pero es una comedia simpática y humana.

Al acercarse la muerte, Nicolai Stepanovitch no tiene la experiencia de una gran epifanía sobre el significado de la vida. A diferencia de Tolstoi, Chejov se pega escrupulosamente a los perfiles de la experiencia. Aquí nos encontramos en la proximidad del segundo mandamiento. La elaboración de imágenes falsas no sólo se aplica a los falsos dioses, sino que también tiene un significado terrenal, estético: "No te harás ídolos, ni imagen tallada alguna de lo que hay arriba en los cielos, o abajo en la tierra, o en las aguas, debajo de la tierra" (Dt 5,8). Chejov se opone a poner por escrito como imagen literaria inmutable cualquier idea de experiencia o sabiduría moral que pudiera endurecerse en "idea general", una mediocre imagen esculpida. Y tanto como artista y como científico, Chejov era respetuoso de la particularidad y la individualidad, de la fluidez móvil de la experiencia humana y su evanescencia. Embalsamar ese momento con una metáfora es falsificarlo. Él no quería que se le considerara como un tendero dispensador de dosis prefabricadas de religión, filosofía moral o doctrinas científicas.

¡Almorcemos!

En consecuencia, en cuanto escritor Chejov era extremadamente cauto con sus metáforas, que –como Sontag advierte– tienen un modo de apropiarse de la vida como algo suyo, de convertirse en "ideas generales". La frescura totalmente inesperada de su expresión "almorcemos" en *Una historia aburrida*, no puede resolverse en el mismo tipo de significados programáticos sobre los que insiste *La muerte de Iván Ilich* de Tolstoi. Nuestra comprensión de la enferme-

dad y de la muerte nos exige una expresión clara y poderosa, y esta expresión tendrá que ser metafórica, tanto en los tiempos del sida como en cualquier otro tiempo. Pero como Sontag y, especialmente, Chejov, nos advierten, no hemos de permitir que las metáforas se fosilicen en imágenes esculpidas para siempre.

(Traducido del inglés por José Pérez Escobar)

Carol Lindsay Smith*

EL LIBRO DE LA MEMORIA

¿Qué es el libro de la memoria?

Es una estructura que ayuda a los padres o cuidadores a escribir o registrar la historia y las tradiciones familiares, la información personal y los contactos importantes para los niños que tienen el riesgo de perder el vínculo con su fami-

* CAROL LINDSAY SMITH es trabajadora social y para el desarrollo que ya está jubilada. Fundó Barnardo's Positive Options y escribió el primer libro de la memoria. En 1996 se encontró con Beatrice Were en Uganda y desde entonces han trabajado estrechamente en el desarrollo de esta obra y en los programas de formación con ella relacionados.Correo electrónico: cls.dev@lineone.net

BEATRICE WERE fue fundadora y coordinadora de NACWOLA desde 1995 hasta 2001. Fue la fuerza motriz en la creación de las librerías Memory Book y en el desarrollo del programa de formación Memory Project. Actualmente es coordinadora del programa de sida de la ActionAid Uganda. El 7 de noviembre de 2007 recibió el premio Human Rights Watch Defender por su actividad a favor de las mujeres portadoras o enfermas de sida, incluyendo también su trabajo en el Memory Book y en el Memory Project.

MAGGIE KELLY es trabajadora social, profesora particular y consultora de gerencia. Maggie ha estado implicada en todas las fases de elaboración de los materiales de formación para el Memory Project y ha dado clases teóricas y de técnicas de comunicación a los educadores o formadores de base.

RORY O'BRINE es diseñador gráfico y diseñador de páginas web. Ha diseñado y editado el Memory Book y los materiales de formación.

Los cuatro están actualmente trabajando en la creación de una página web (www.memory-book.info) que hará gratuitamente accesible el Memory Book y los materiales de formación a los grupos o personas que deseen utilizarlos.

lia o comunidad de nacimiento. Si los padres mueren o se ven separados por las guerras, la emigración o la ruptura familiar, los niños más pequeños pierden rápidamente el sentido de su identidad. El libro de la memoria puede ayudar a conservar una parte del conocimiento y los sentimientos que de otro modo se perderían para siempre. El plan es fácil de comprender, pues para los padres a quienes les resultaría difícil escribir o que están demasiado enfermos para arreglárselas con los papeles, todo el proceso puede efectuarse verbalmente con un ayudante que hace toda una batería de preguntas grabando o poniendo por escrito la información. Lo que importa es captar los detalles personales, las emociones, las esperanzas y los temores que los padres compartirían con sus hijos en situaciones normales a lo largo de los años.

Los primeros libros de la memoria

Los primeros libros de la memoria surgieron en 1991. Como trabajadora social de Barnardo's, creé en 1991 las Barnardo's Positive Options. Este organismo con sede en Londres quería ayudar a las familias seropositivas a hacer planes para el cuidado futuro de sus hijos. Muchos de los padres eran africanos que vivían sin relación alguna con su familia y sus amigos. No tenían esperanza de seguir con vida para ver crecer a sus hijos y su gran temor era qué les ocurriría cuando murieran, al dejarlos aislados del clan familiar y sin una idea clara sobre sus origen y sus tradiciones. Comencé a animarles a que pusieran por escrito la información esencial que querían comunicar a sus hijos, pero les resultaba difícil saber por dónde empezar. Necesitaban un modelo a seguir y así, con su ayuda, escribimos las guías que se convirtieron en el libro de la memoria. A este libro le siguió la creación del almacén o depósito de la memoria, una bella caja con pequeños cajones para guardar en ellos los recuerdos, las fotos, las cintas y todo lo que pudiera ayudar a los niños a recordar la vida cotidiana de su familia (posteriormente, para adaptarlo a la cultura africana, denominamos a este depósito la cesta de la memoria o la lata de la memoria).

Desde este pequeño comienzo, la idea del libro de la memoria se ha extendido por todo el mundo, transformándose en diferentes formas para adaptarse a las necesidades y las culturas de cada población. Aunque en su origen se diseñó para los padres seropositivos, sus objetivos se han adaptado fácilmente para ayudar a las familias que sufren la pérdida y la separación por muchas otras razones, como el divorcio, el encarcelamiento y la muerte por otras causas. No obstante las cir-

cunstancias de desesperación en que se escribe, el libro (o la caja, la cesta, la cinta, el vídeo…) de la memoria parece amortizar el esfuerzo emocional y de trabajo que supone, pues ayuda terapéuticamente al que escribe y es altamente beneficioso para el destinatario.

El impacto de esta idea

Para los padres y los cuidadores de las culturas más diferentes, esta idea les resultaba fácil de entender y de adaptar a sus propias circunstancias familiares. Para muchas familias africanas, la idea de escribir sobre su familia era la continuación natural de la tradición oral mediante la que, en tiempos más tranquilos, los niños absorbían progresivamente la historia, la cultura, las creencias y las normas de su comunidad a través de las historias y de cuanto relataban o decían los adultos. La idea de escribir la historia de la familia les entusiasmó y acogieron de buena gana el "espacio" para escribir sobre sí mismos como personas reales en tiempos más saludables, no sólo para que se les recordara como padres moribundos. Pero, tal vez, lo más valioso para ellos era la idea de que podían dejar también un testamento lleno de consejos y esperanzas para el futuro de sus hijos.

Una extraordinaria consecuencia derivada del hecho de escribir sus libros fue que muchos padres comenzaron a preguntarse por qué no hablaban con sus hijos de todo ello. Los mismos niños sentían curiosidad sobre la "tarea" que estaban haciendo sus padres, y, en algunos casos, eran requeridos como escribanos de sus padres, que no sabían escribir o estaban demasiado enfermos para hacerlo. Así se produjo una transición natural desde la escritura a una conversación directa con sus hijos sobre muchos asuntos de índole personal. En situaciones en las que los niños se quedarían pronto huérfanos o se separarían de sus padres, aquello significaba un pequeño paso para involucrarlos directamente en la elaboración de planes de cara a su futuro. Las familias que consiguieron avanzar en esta comunicación obtuvieron grandes beneficios: tanto los padres como los hijos se comprendieron mejor, aumentaron su mutua confianza, se prepararon emocionalmente para el futuro, y, en algunos casos, los hijos sufrirían un impacto menos devastador cuando los padres fallecieran.

Ni que decir tiene que también había padres que sentían que era una tortura hablar con sus hijos porque no podían ver en ello ningún avance. En estos casos, aun cuando sólo escribieran unas pocas líneas o guardaran unos pocos recuerdos, no todo estaba perdido.

No hay nada nuevo bajo el sol

La idea de los libros de la memoria surgió a partir de la experiencia de la elaboración del libro de la historia de la vida, un método utilizado para reconstruir la historia de niños abandonados y recogidos en las instituciones de menores que necesitaban comprender su pasado para poder avanzar hacia un futuro mejor. Cuando se hizo patente la escalada masiva de la infección del virus del sida entre las familias con el inevitable resultado del ingente número de niños que sufrirían múltiples pérdidas, pareció adecuado volcar los métodos de reconstrucción de una historia perdida, utilizados en la libros de la historia de la vida, en el contexto de los padres enfermos y traumatizados para que les fuera tan fácil como posible contar su propia historia familiar antes de que fuera demasiado tarde.

El libro de la memoria llega a África

En 1995-1996 se le enseñó el libro de la memoria a Beatrice Were, que era entonces la coordinadora de NACWOLA[1] en Uganda. Beatrice y las otras mujeres miembros de la NACWOLA, que eran todas ellas madres de familia portadoras del virus, se dieron cuenta rápidamente de que esta idea podría servirles de medio para hablar francamente con sus hijos, es decir, para dar el primer paso en hacer planes de cara al futuro. Durante los siguientes años fueron muchas las madres que pusieron por escrito o por otros medios sus bellas, emotivas y altamente prácticas consideraciones destinadas a sus hijos. Muchas de ellas comentaron que una vez desvelado el desagradable secreto familiar se intensificaron las relaciones con sus hijos e hizo posible encauzar toda la energía hacia una planificación constructiva para el futuro. Bastantes pioneras dieron publicidad a esta iniciativa que se extendió a lo largo y ancho de Uganda y fuera de sus fronteras.

[1] La National Community of Women Living with HIV/AIDS (= Asociación Nacional de Mujeres Seropositivas) fue fundada en Uganda en 1995 por Beatrice Were y un pequeño grupo de mujeres portadoras del virus que decidieron hacer pública su situación, combatir la estigmatización y ayudarse a vivir de forma más positiva. En 1996, Carol Lindsay Smith enseñó el libro de la memoria a Beatrice y sus colegas. Inmediatamente se dieron cuenta de que podía ayudarles en su desafío más problemático, es decir, en hablar francamente con sus hijos sobre el virus en el seno de la familia.

Un libro de la memoria para África

En el año 2000, con la ayuda de ocho madres que ya habían escrito libros para sus hijos, se volvió a redactar el texto original del libro de la memoria para hacerlo más fácilmente manejable y culturalmente apropiado en los países africanos. Las mujeres fueron muy sinceras y enérgicas con respecto a aquella información polémica que creían que tenía que ser transmitida.

Todas las mujeres de este grupo editorial habían tenido que soportar la discriminación, la pobreza y el aislamiento como consecuencia de haber contraído la infección. Era habitual que se vieran desposeídas de sus propiedades tras la muerte de sus maridos así como que fueran violentamente castigadas por llevar el virus al matrimonio sin que se comprobara que lo cierto era lo contrario. Varias mujeres también revelaron que habían soportado prácticas tribales o culturales de cuyo peligro ahora eran conscientes. Aunque no pudieran vivir para proteger a sus hijos, esperaban que sus palabras les dieran fuerza para determinar romper con la tradición y que no sufrieran lo que ellas habían tenido que aguantar. Por estas razones, se esforzaron bastante en plantear diversas oportunidades en el texto que dieran razones a otros padres para que aconsejaran y protegieran a sus hijos, en particular a las chicas, de la humillación y la exposición a los peligros que ellas mismas habían tenido que afrontar.

El programa de formación para el proyecto de la memoria

Con la ayuda de la fundación Save the Children y la aportación adicional de nuestro equipo del Reino Unido, el libro de la memoria se introdujo en una serie de librerías con el objetivo de dar a los padres la confianza y el conocimiento suficiente para alternar los dinamismos de su vida familiar y, en ciertos casos, romper con la tradición o las normas culturales.

Nos resulta difícil actualmente recordar la ignorancia, los prejuicios y los temores que sobre el sida teníamos a principios de los noventa. Tanto en Uganda como en cualquier otro lugar de África apenas existían servicios de ayuda para los padres y los hijos. Era complicado y peligroso que las mujeres afectadas revelaran su situación o que dieran cualquier paso para preparar a sus hijos de cara al precario futuro que les esperaba. Los niños podían ver por ellos mismos cómo sus padres morían, pero el muro del secreto hacía imposible hacer preguntas sobre el futuro. En muchísimos casos los niños no sabían cómo ni dónde vivi-

rían tras el funeral; se producían, y aún hoy se producen, penosas situaciones como el reparto de los hermanos y las hermanas entre los parientes en el lugar del enterramiento, sin nada tangible que les ayudara a recordar el pasado o la posibilidad de reunirse en el futuro. En otros casos se les advertía a los niños que no dejaran su casa para asistir al funeral por temor a que los parientes les arrebataran su propiedad.

El programa de formación que surgió a partir del trabajo de la memoria con base en las mujeres, intentó, por tanto, dar a los padres los instrumentos necesarios para derribar el muro de silencio dentro de sus hogares y para que, de este modo, pudieran comenzar a hablar con sus hijos y a escucharlos, desarrollando conjuntamente con ellos estrategias sobre cómo sobrevivir en el futuro. La mayor parte de los contenidos del programa eran totalmente desconocidos para las mujeres ugandesas de entonces, y para muchas de las participantes resultaba ser la primera experiencia que tenían de un enseñanza sistemática. El contenido incluía los siguientes ítems:

– Los elementos básicos del desarrollo infantil y el modo en que puede ayudarse a los niños de edades diferentes a anticiparse y sobrevivir a la separación y la pérdida.

– Procedimientos prácticos sobre cómo comenzar a hablar a los niños de cuestiones que anteriormente eran tabú: la sexualidad, las relaciones, la transmisión del virus del sida, la enfermedad, la muerte…

– La importancia de expresar los sentimientos, de *escuchar* a los niños, de ayudarles a construir una visión realista del contexto familiar, de las creencias y las responsabilidades, así como el permitirles que hicieran preguntas y tener en cuenta sus opiniones.

– Confeccionar libros, cestas o cajas de la memoria, involucrando, donde fuera posible, a los niños en el proceso.

– Introducir a los niños en los debates sobre los planes de su propio futuro, encontrando sistemas de ayuda fiables y nombrando tutores.

– Información económica y legal, ayudando a los padres a comprender la importancia de registrar las propiedades y hacer testamento, así como el modo de realizarlo.

Simultáneamente se daban cursos para niños y para aquellos miembros de la comunidad que necesitaban entender mejor el modo en que podían atender a los padres enfermos y a los huérfanos en el futuro.

Lo que acabamos de describir son los elementos ideales y diferentes del programa de formación que se han ido llevando a cabo en la

medida en que disponíamos de los fondos y los educadores necesarios. Pero el agotamiento por la enfermedad o la muerte de los educadores, la pobreza, la hostilidad a la difusión de ideas contrarias a la tradición, e incluso las disputas internas entre grupos que querían apropiarse de los proyectos para su uso exclusivo, significan que la enseñanza es incompleta y que nunca es suficiente.

Difusión

Nuestra intención fue siempre que los padres que habían tenido la experiencia del virus de primera mano y que se habían transformado en defensores de la comunicación pública y de la planificación a largo plazo, se convirtieran en la siguiente generación de educadores. Hubo muchos ejemplos de mujeres jóvenes con escasa o nula formación anterior que saltaron los rápidos de este modo. También hubo ejemplos conmovedores de participantes que pusieron en práctica las nuevas ideas de la noche a la mañana, como el caso de aquella madre que llegó al día siguiente diciendo "Anoche *escuché* a mi hijo". A pesar de los recursos tan limitados y la confianza depositada en educadores *amateur*, no obstante, estas ideas se extendieron por toda Uganda y a muchos países africanos y no africanos.

En diez años, el libro de la memoria y el programa de formación han sido copiados, adoptados y adaptados por numerosas organizaciones de base así como por una gran mayoría de las grandes ONG que trabajan con enfermos de sida. Los creadores de estos materiales están satisfechos de ver cómo sus ideas se van filtrando en la vasta audiencia de familias y niños que los necesitan, sobre todo al comprobar el escaso apoyo psicosocial que se da al creciente ejército de huérfanos y otros niños vulnerables. Sería extraordinario que también se reconociera con gratitud a personajes como Beatrice Were y las otras valientes madres que se comprometieron en los primeros días del desarrollo de estos proyectos y que asumieron el riesgo de compartir su información privada públicamente.

¿Siguen teniendo importancia el libro de la memoria y la formación de los padres para que planifiquen el futuro de sus hijos en estos tiempos en que el tratamiento antirretroviral puede prolongar la vida de los infectados?

Desgraciadamente no hay un punto y final en vista de los nuevos casos de infección, y, por otra parte, los millones de personas ya

infectadas tienen una escasa o ninguna oportunidad de ser salvadas por los sofisticados medicamentos cuando ni siquiera tienen los medios fundamentales para vivir, como agua potable, un régimen de alimentación habitual y la proximidad a un hospital. Para estas familias y los millones de niños que se quedarán prematuramente huérfanos sólo podemos esperar que puedan infiltrarse unas pocas ideas sobre la comunicación sincera en la familia y que esto provea algún alivio en los años venideros. Al menos las ideas son gratis[2].

El futuro

El equipo que reunió los materiales para editar *El libro de la memoria* y ayudó a desarrollar el programa de formación, está creando una página web que ofrecerá un acceso gratuito y fácil a todos los materiales originales. En esta página se incluirá:

– El texto del libro de la memoria en inglés y en otras lenguas, según vaya estando disponible (actualmente están a punto de salir las versiones en luganda y swahili).

– Todo el programa de formación con información adicional, ejercicios y folletos.

– Información de apoyo para nuevos educadores.

– Vínculos a otras páginas de información pertinente.

– Detalles de los programas de formación y de los grupos de ayuda en diferentes países, etc.

La página web estará disponible a mediados de 2007 en www.memory-book.info.

(Traducido del inglés por José Pérez Escobar)

[2] *El libro de la memoria para África* fue editado por Teaching-aids At Low Cost (TALC) POBox 49, St. Albans, Herts, AL1 5TX; para contactar con esta fundación: talc@talcuk.org.

APÉNDICE

Si quieres decir adiós ahora, ¿qué dirías? *

Si quieres decir adiós ahora, ¿qué dirías? Si tuvieras que juntar todos los fragmentos de tu vida para contar tu historia a los que dejas detrás, ¿por dónde empezarías?

¿Cómo encontrarías las palabras para decirle a tus hijos que te mueres y qué consejo les darías?

Subiendo una sucia calle en Kampala, pasadas las hileras de cobertizos de madera, cubiertos de mugre, hay una pequeña casa donde unas mujeres moribundas están escribiendo sus vidas.

La casa es pequeña, pero acogedora. Son tantos los pequeños pies que han jugado en el jardín que la hierba se ha desgastado. Dentro de la desnuda habitación de la parte delantera cuelga, en un gran cuadro, la fotografía enmarcada de la princesa Ana, que visitó la casa en 1998. En esta habitación, en torno a la mesa, trabajan unas mujeres en sus libros de la memoria. Se trata de álbumes caseros en los que pegan fotografías y realizan dibujos de los árboles genealógicos con las tribus y los clanes. Contienen la felicidad y el dolor de toda una generación, en los que plasman la historia de la madre, desde su propio nacimiento, pasando por el momento en que nacieron sus hijos, hasta la situación en que se encuentran actualmente.

Las mujeres cuentan a sus hijos e hijas aquellos momentos en los que dieron sus primeros pasos, dijeron sus primeras palabras y comenzaron a ir al colegio. Dejarán tras de sí un libro propio para cada uno de sus hijos.

Irene N. tiene que escribir cuatro libros en total: uno para su hija y tres para cada uno de sus tres hijos. Trabaja duro para terminarlos a tiempo. “Los libros son el tesoro que les dejaré”, me comentó. “Mis hijos pueden ver cómo lloro cuando escribo ciertas partes, pero mediante estos libros les contaré cosas que ahora me resulta duro

* ORLA GUERIN. Reportaje-información para la BBC Radio 4 y la BBC World Service.

decirles". En su libro de la memoria, Irene cuenta a sus hijos cómo murió su padre de sida. "Mis hijos me dicen que voy a morir como el papá", me comentó Irene, "pero mediante el libro puedo decirles que no voy a morir todavía".

Los libros de la memoria son un acto de amor y valentía. Las mujeres explican en ellos cómo se contagiaron, lo enfermas que en ciertos momentos se sienten y el tiempo que aún les queda. Las que no saben leer o escribir son ayudadas por sus propios hijos. Una mujer murió después de haber escritos sólo unas cuantas páginas. Su hijo está intentado ahora concluir su relato.

"A mi hijo, Esdras, le gusta jugar al fútbol", me dijo Irene. "Y a su hermano Ediga le encanta la música. Así que ahora les estoy diciendo por escrito que conserven sus aficiones cuando yo ya me haya ido, aunque también deben estudiar. A mi hija le digo 'No quiero que te cases demasiado joven, aun cuando no puedas continuar en el colegio'. Si vivimos bastante podemos decir personalmente a nuestros hijos lo que queremos para ellos, y si no es posible por lo menos dejamos constancia de ello en el libro que les legamos".

Rebeca N. tiene sólo veinticuatro años, pero ya ha terminado el libro de la memoria que dejará a su hijo de nueve años Julius L. Esta atractiva, esbelta y joven mujer, con un cabello perfectamente trenzado y unos pendientes de oro en forma de pequeñas estrellas, me pareció que estaba rebosante de salud. Pero cuando se sentó a mi lado y comenzó a enseñarme su libro, pude ver que su vida se estaba desvaneciendo. "Ésta soy yo", me dijo, señalando a una chica de amplios hombros con rostro redondo y unas tersas mejillas. No podía ver huella alguna de esta chica en la delgadísima mujer que estaba a mi lado.

"Julius, estuve de parto toda la noche", estaba escribiendo, "y pesaste 4,3 kg cuando llegaste al mundo. Eras un bebé gordito y muy pronto te ponías de pie. Te encantaban las gachas de cereales sin leche y nunca llorabas antes de ir al colegio. Te encantaba ir. Siempre te gustaba jugar solo. Te encantaba criar conejos y montar en bicicleta. Guardo con enorme satisfacción el recuerdo de cuando una vez alguien trajo comida a casa y me guardaste una parte, así como también cuando te quedaste junto a mí varios días después de la muerte de mi hermano".

La sonrisa de un niño lleno de vida y seguro emerge de las fotografías del libro de Rebeca. Julius parece un niño realmente feliz, pero en las instantáneas familiares de las excursiones y fiestas hay muchos

seres queridos que ya han muerto. Su padre, Patrick, su joven prima, Brenda, su tía, Betty, todos muertos de sida.

En el libro se encuentran precisas instrucciones de cómo llegar hasta la casa de su abuela. "No sé qué pariente se hará cargo de él tras mi muerte", me dijo Rebeca. "Así que quiero asegurarme de que pueda siempre encontrar su camino de vuelta a la casa de mi madre". "Puedes encontrarte con problemas", escribe a Julius, "pero quiero que los afrontes. Si tienes la oportunidad de ir al colegio, quiero que seas responsable con tus deberes. Quiero que vayas a la universidad y te cases cuando seas adulto." Pero es posible que Julius no viva lo suficiente para cumplir estos sueños. En el libro, Rebeca le cuenta, con toda delicadeza, que se le hizo la prueba del sida cuando sólo tenía cuatro años y dio positivo.

Por muy simples que parezcan, estos libros son más costosos que lo que muchas de estas mujeres pueden permitirse. Sin embargo, todas quieren escribir el suyo. "Es lo último que podemos hacer para nuestros hijos", afirma Irene.

Carol Lindsay-Smith, una trabajadora social jubilada, puso en marcha este proyecto y habitualmente visita la casa de Kampala. "Les ayuda mucho a estas mujeres saber que sus hijos están preparados", comenta. "Y los niños no sólo llegan a conocer a sus madres como alguien que está muriendo, sino como alguien que ha dejado toda una vida tras de sí."

(Traducido del inglés por José Pérez Escobar)

4. JUSTICIA GLOBAL Y SIDA

Lisa Sowle Cahill *

SIDA, JUSTICIA GLOBAL Y LA ÉTICA SOCIAL CATÓLICA

En este artículo examinaremos la crisis global provocada por el sida mediante la doctrina social católica, y viceversa. La doctrina social, fundada en la dignidad de la persona, el bien común y la opción por los pobres, ofrece una sólida base sobre la que podemos defender los derechos de todos cuantos padecen el sida. La interdependencia entre la persona y el bien común nos ofrece una gran cantidad de razones para combatir la pobreza, la falta de acceso a la atención sanitaria, la opresión de las mujeres, la promiscuidad y la drogadicción por vía intravenosa, que son las principales causas que extienden el VIH y el sida. Por otra parte, sin embargo, la crisis global protagonizada por el sida presenta toda una serie de desafíos a la ética social católica. Ésta ha de repensarse de modo que suministre una respuesta al sida y las políticas sobre el sida que sea realmente global y efectiva, y que potencie a las personas y las comunidades que están afectadas.

En concreto, la amenaza y la realidad del sida pone de manifiesto lo siguiente:

* Lisa Sowle Cahill es profesora de Ética cristiana en el Boston College (Massachusetts) desde 1976, y profesora invitada en las universidades de Georgetown y Yale. Es especialista en Historia de la ética cristiana, Nuevo Testamento y ética, ética social católica, teología feminista y ética sexual y de género, bioética, ética de la guerra y de la paz.

Publicaciones recientes: *Theological Bioethics: Participation, Justice and Change* (Georgetown University Press, 2005); *Genetics, Theology, Ethics: An Interdisciplinary Conversation* (Crossroad, 2005).

1) La doctrina católica sobre el sexo y el género debe integrarse con la ética social católica de modo que el criterio de la justicia se aplique coherentemente.

2) La llamada a la justicia, la solidaridad y la participación debe potenciar la toma de decisiones en beneficio de, y, al mismo tiempo, por aquellos que sufren las injusticias.

3) Las teorías sobre el bien común deben generar acciones sociales prácticas.

4) El marco del "bien común" debe desplazarse más allá de su centralización en los gobiernos nacionales para incluir los organismos y las redes locales y transnacionales.

5) La terminología de la doctrina social de la Iglesia ha de ser más ecuménica y flexible.

El sida como fenómeno global: Algunos datos[1]

La pandemia del sida ha causado ya 25 millones de muertos y casi otros 40 millones están actualmente infectados por el VIH o han desarrollado el sida, incluyendo 2,3 millones de niños. El 95% viven en países de renta baja o media, y la mayoría de los infectados no saben que lo están. Los pueblos subsaharianos de África han sido los más severamente afectados por el sida, junto al rápido crecimiento de la tasa de infección en las islas del Caribe. Haití ocupa el segundo lugar del número de adultos infectados después de los países africanos. Además, aumenta la preocupación por la extensión de la enfermedad en Europa del este y Asia, en donde se ha pronosticado una "próxima oleada" de infecciones en Rusia, China e India. Unos 15 millones de niños se han quedado ya huérfanos por el sida.

Las niñas y las chicas constituyen el sector de población en el que más rápidamente se está extendiendo el sida; en el África subsaha-

[1] "HIV/AIDS Policy Fact Sheet: The Global AIDS Pandemic", Henry J. Kaiser Family Foundation, Menlo Park CA, Mayo 2006, www.kff.org, visitada 11.5.2006. Cf. también "International Assistance for HIV/AIDS in the Developing World: Taking Stock of the G8, Other Donor Governments and the European Commission", Kaiser Family Foundation, www.kff.org, visitada 1.5.2005; UNAIDS 2006 Report on the Global AIDS Epidemic, Mayo 2006, www.data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR-ExecutiveSummary_en.pdf, visitada 11.7.2006.; y "The Global HIV? AIDS Pandemic, 2006", United States Centers for Disease Control, Agosto 2006, www.cdc.gov, visitada 11.5.2006.

riana, por cada chico infectado hay tres chicas infectadas. Las desigualdades de género en el estatus socioeconómico y en el acceso a la prevención y la atención sanitaria, someten a las mujeres a un riesgo desproporcionado, como también a la violencia sexual. Además de esto, las mujeres son las que más cargan con el pesado fardo colateral del sida. Las mujeres atienden a los enfermos de la familia, asumen mayor responsabilidad con respecto a los huérfanos, pueden verse expulsadas de la familia o la comunidad y perder sus propiedades si quedan viudas o están infectadas, e incluso ser pasto de la violencia si se descubre su condición de infectadas.

El VIH y el sida tienen un impacto prácticamente sobre todos los sectores de la vida nacional y cultural. El desarrollo económico y la garantía de la alimentación se ven impedidos cuando desaparece la población en edad laboral; la muerte de adultos en la flor de la vida socava la educación, pues los maestros van desapareciendo. La enfermedad y la falta de ingresos y alimentos en la familia erosionan la matriculación y la asistencia a la escuela. La demanda de servicios sanitarios es inversamente proporcional a la pérdida de profesionales de estos servicios, lo que provoca tensiones insoportables en las infraestructuras de salud pública de los países en vías de desarrollo. Para 2010, la esperanza de vida en varios de los países altamente afectados caerá por debajo de los cuarenta años, dándole así la vuelta a los logros del siglo pasado.

La devastación global causada por el sida ha atraído la atención de toda la comunidad internacional. Naciones Unidas ha pedido un compromiso conjunto para poner fin a la crisis. Entre las iniciativas internacionales podemos incluir la sesión especial sobre el VIH y el sida de la Asamblea General de Naciones Unidas y la Declaración de Compromiso sobre el VIH y el sida de 2001; la Fundación Global para la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (con su cuartel general en Ginebra bajo la Organización Mundial de la Salud); el proyecto "3x5" de la Organización Mundial de la Salud (para suministrar medicamentos contra el sida a tres millones de personas en 2005) y el "President's Emergency Plan for AIDS Relief" (PEPFAR) de los Estados Unidos de América. Las fundaciones mundiales se están incrementando. La mayor parte de la ayuda procede de donativos internacionales, principalmente del Grupo G8 y de la Comisión Europea, mediante programas bilaterales y contribuciones específicas a la Fundación Global. No obstante, los gobiernos nacionales y los esfuerzos locales de la sociedad civil en las regiones afectadas están aumentando su contribución en todos los frentes.

Los Estados Unidos es el país que más contribuye en donaciones, que canalizan mediante un programa federal en lugar de cooperar

con la multinacional Fundación Global, que tiene un carácter público y privado simultáneamente. En 2003, el presidente George W. Bush prometió una cantidad de 15.000 millones de dólares para un proyecto de cinco años, estipulando que un tercio del gasto de prevención estaría dedicado a la educación en la abstinencia y la fidelidad (más que en la utilización del preservativo). Unos 200 millones se destinaron a iglesias y organizaciones de base. En 2006, se esperaba que la contribución federal de Estados Unidos contra el sida para los países en vías de desarrollo ascendiera a un total de 3.200 millones de dólares, incluyendo las partidas para la prevención, la atención, el tratamiento y la investigación, así como la donación de 545 millones de dólares a la Fundación Global. El gasto internacional para combatir el VIH y el sida ha pasado de 300 millones de dólares en 1996 a casi 9.000 millones de dólares en 2006 (una cifra proyectada cuando se escribió este artículo). Sin embargo, los recursos disponibles siguen estando por debajo de lo que realmente se necesita. La ONUSIDA estimó que se requerirían unos 15.000 millones de dólares para dar una respuesta efectiva en 2006 y que en 2008 la cantidad necesitada ascendería a 22.000 millones.

Ciertamente, la falta de recursos ha afectado a la capacidad de los países para promover la prevención, suministrar la atención necesaria para prolongar la vida de los afectados y hacer posible que las familias y las comunidades tuvieran lo necesario para sobrevivir, permanecer inmunes y funcionar bien. Los programas de prevención sólo llegan a uno de cada cinco de los que los necesitan y sólo un 20% de la población infectada o con sida en los países de renta baja y media tiene acceso a la terapia antirretroviral. Con respecto a este particular, es importante el dato del reciente avance en el control de las patentes sobre los medicamentos relacionados con el sida. Según los acuerdos de comercio internacional, las compañías pueden "segmentar" el mercado para sus productos, poniéndoles diferentes precios según los países. En 1998 la atención mundial se hizo eco del hecho de que la fijación de los precios de los medicamentos para los mercados del "primer mundo", al igual que la protección de las patentes prohibiendo la elaboración de genéricos para los pueblos en vías de desarrollo, estaba impidiendo que millones de personas tuvieran acceso a los medicamentos necesarios para salvar sus vidas[2].

[2] Para un informe más exhaustivo, cf. David Barnard, "In the High Court of South Africa, Case No. 4138/98: the Global Politics of Access to Low-Cost AIDS Drugs in Poor Countries", *Kennedy Institute of Ethics Journal* 12 (2002) 159-74; y Lisa Sowle Cahill, "Biotech and Justice: Catching Up with the Real World Order", *Hastings Center Report* 33 (2003) 34-44.

El gobierno de Sudáfrica aprobó una ley en 1998 que permitía la importación de medicamentos más baratos, violando así las normas sobre las patentes establecidas por el Acuerdo de la Organización Mundial del Comercio sobre los Aspectos del Comercio que afectan a la Propiedad Intelectual (TRIPS). Sudáfrica tenía unos cuatro millones de personas afectadas de sida. El coste normal del "cóctel del sida", formado por tres medicamentos, oscila en el mundo occidental entre los 10.000 y 15.000 dólares por año. Las compañías propietarias de las patentes habían acordado cobrar 1.000 dólares al año por cada paciente africano, una cantidad que superaba con creces lo que los países de aquel continente podían pagar.

El pleito que contra el gobierno nacional interpuso un consorcio sudafricano de compañías farmacéuticas multinacionales provocó la movilización de los activistas locales y las redes internacionales de lucha contra el sida, de las ONG, los funcionarios de Naciones Unidas, los fabricantes de genéricos competitivos y otras voces de los medios de comunicación. Entre estos grupos se encontraban Médicos sin Fronteras, Oxfam, la Unión Europea, la Organización Mundial de la Salud y el Consejo Nacional de Francia sobre el sida, como también representantes del más alto nivel de las principales denominaciones cristianas, incluida la Iglesia católica. En junio de 2001, Naciones Unidas aprobó una "Declaración de Compromiso para luchar contra el VIH y el sida" y creó el Fondo Global dotado con una cantidad entre 7.000 y 10.000 millones de dólares para prevenir y tratar el sida y otras enfermedades[3].

Al final, se flexibilizaron las restricciones sobre el comercio, que comenzaron con el encuentro de la Organización Mundial del Comercio en Doha (Qatar) en 2001. Los países que necesitaban urgentemente una respuesta al problema del sida son actualmente capaces de fabricar o importar medicamentos antirretrovirales mucho más baratos, aunque persista la resistencia de los países y las compañías del "primer mundo". Sin embargo, todavía hay países que no pueden pagar ni siquiera estos precios más bajos o que no administran de modo efectivo los medicamentos a los más necesitados aun cuando disponen de ellos, pero hay otros, como por ejemplo Brasil, Tailandia y Uganda, que han logrado importantes avances.

Un dato positivo es que el número de adultos infectados o con sida ha descendido en muchos países entre los años 2003-2005. Los cambios en la conducta sexual son en parte responsables de este des-

[3] "From the U.N.'s Statement on AIDS: 'Prevention Must be the Mainstay'", *New York Times* 29.6.2001, A8.

censo, aunque también la mortalidad de los afectados puede haber influido. Según Peter Piot, director ejecutivo de ONUSIDA, los jóvenes de Uganda, Kenia y Zimbabwe están teniendo relaciones sexuales en edades más adultas, tienen menos promiscuidad sexual y utilizan más el preservativo. Atribuye estos avances a las fundaciones contra el sida, a una comunicación más abierta sobre la realidad de la enfermedad y al aumento de programas basados en las propias comunidades. No obstante, sostiene que los países africanos necesitan asumir una mayor responsabilidad económicas para el tratamiento del sida, si quiere lograrse que el tratamiento pueda sostenerse[4]. En diciembre de 2005, dieciocho países en vías de desarrollo habían logrado el objetivo del "3x5" y el número de personas que recibían el tratamiento antirretroviral había ascendido de 400.000 en 2003 a 1,3 millones. Sin embargo, sólo una quinta parte de los que necesitaban el tratamiento en los países en vías de desarrollo lo estaban recibiendo en 2005, y poco más de una de cada diez embarazadas seropositivas recibieron las terapias que podían prevenir la transmisión del virus al bebé.

Recursos de la doctrina social de la Iglesia

Los dos pilares sobre los que se cimienta la doctrina social de la Iglesia son la dignidad de la persona y el bien común. Comenzando con la primera encíclica social, la *Rerum novarum* de León XIII (1891), estas dos premisas han fundamentado los esfuerzos de la Iglesia por llamar la atención sobre la condición de los pobres en diferentes épocas y culturas, y hacer todo lo posible en su favor. El Concilio Vaticano II reafirmó que todas las personas están hechas a imagen de Dios y tienen el derecho a participar en el bien común, que incluye a "toda la familia humana" y "todo lo necesario para vivir una existencia verdaderamente humana" (GS 24-26). Desde mediados del siglo XX, el bien común ha sido reconocido como expresión del bien común universal con respecto al cual existe una responsabilidad internacional política y económica a menudo vinculada a un gobierno internacional tal como se encarna en Naciones Unidas (Pablo VI, *Populorum progressio* 76-78).

La solidaridad es un tema central en el pensamiento de Pablo VI, y Juan Pablo II subraya reiteradamente esta virtud social. La solidaridad

[4] "UNAIDS Piot Says Young Africans Are Abstaining From Sex For Longer, Reducing Number Of Partners, Increasing Condom Use", *Medical News Today,* 5.11.2006, www.medicalnewstoday.com/medicalnews.php?newsid=43136, visitada 11.5.2006.

es el antídoto necesario para el pecado estructural. Las naciones y las clases ricas deberían poner freno al capitalismo mercantilista y adoptar una mayor preocupación por la justicia internacional. La solidaridad "no es un sentimiento superficial por los males de tantas personas, cercanas o lejanas. Al contrario, es la determinación firme y perseverante de comprometerse por el bien común…" (Juan Pablo II, *Sollicitudo rei socialis* 38). Aunque el centro de atención para Juan Pablo II son las responsabilidades de los gobiernos de las naciones, también reconoce que las comunidades locales, especialmente las que sufren opresiones, tienen el derecho a "hacer valer sus propias necesidades y derechos frente a la ineficacia o la corrupción de las autoridades públicas" (*Sollicitudo* 39). Juan Pablo II también condenó la violencia contra las mujeres, incluyendo el tráfico sexual y la violación, y aseveró con firmeza que tienen el mismo derecho a ser respetadas y a participar en el bien común igual que los hombres (cf. *Familiares consortio* 22-24). En la "Carta a las mujeres", escrita con motivo de la Conferencia de Naciones Unidas sobre las Mujeres que se celebró en Pekín en 1995, condenó los crímenes cometidos contra las mujeres y se lamentaba de que "la dignidad de las mujeres ha sido frecuentemente no reconocida y distorsionadas sus prerrogativas; a menudo se han visto relegadas a los márgenes de la sociedad e incluso reducidas a la esclavitud" (n. 3).

Juan Pablo II entendía que el bien común incluye la atención sanitaria y la protección ante el riesgo de contraer enfermedades. Y aplica esta idea especialmente al sida, afirmando que "los centros de atención y ayuda para los enfermos de sida" pueden "dar a todos nuevas razones para la esperanza y posibilidades prácticas para la vida" (*Evangelium vitae* 88). Antes de que la gran mayoría de la población se diera cuenta de la magnitud del sida como crisis internacional, Juan Pablo dijo:

> "El sida no sólo amenaza a algunas naciones o sociedades, sino a toda la humanidad. No conoce fronteras geográficas, ni de raza, edad o condición social. La amenaza es tan enorme que la indiferencia de gran parte de las autoridades públicas, la condenación o discriminación de los que están afectados por el virus o las egoístas rivalidades en la búsqueda de una solución médica, deberían considerarse como formas de colaboración con este terrible mal que ha sobrevenido a la humanidad"[5].

[5] Juan Pablo II, Tanzania, 1990, según cita de "Live and Let Live", en The statement of CAFOD (Catholic Agency for Overseas Development, part of Caritas Internationalis) for the World AIDS Campaign 2003-4, www.cafod.org.uk/policy_and_analysis/policy_papers/hivaids.

En 2004, el Papa exhortaba en los siguientes términos: "La humanidad no puede cerrar los ojos ante una tragedia tan atroz"; y un representante del Vaticano denunció a las compañías farmacéuticas internacionales por mantener el precio de los medicamentos necesarios fuera el alcance de los pobres[6].

En fechas recientes (noviembre de 2006), se reunió en Sudáfrica un grupo de católicos y judíos, bajo la presidencia del cardenal Walter Kasper y el rabino David Rosen (Gran Rabino de Israel), para estudiar el problema del sida. Reafirmaron que todas las personas son imagen de Dios. A pesar de las diferencias sobre "las posibles estrategias de prevención", el grupo estaba de acuerdo en los siguientes puntos: "la educación, el tratamiento, la atención, especialmente la destinada a los huérfanos y los afectados del sida, y la necesidad de eliminar la estigmatización y la marginación". Instaron a la responsabilidad con respecto a "todos aquellos que sufren, amenazados y víctimas de esta trágica pandemia. Una llamada que se dirige especialmente a los gobiernos y a cuantos tienen el poder, los medios y la influencia para ponerla en acción"[7]. Así pues, la doctrina social de la Iglesia nos ofrece abundantes recursos para hacer frente a la crisis del sida y para favorecer la protección de los pobres, especialmente mujeres y niños, con una ética agresiva de intervención y de justicia. Sin embargo, a la Iglesia católica no se le percibe en general como un partidario destacado de aquellos que están en peligro de contraer el sida, y mucho menos como líder en la creación de unas justas políticas globales sobre esta enfermedad.

Replanteamiento de la respuesta católica al VIH y el sida

Mientras que la ética católica de la dignidad humana y el bien común tiene un discurso realmente elocuente sobre la crisis del sida, esta crisis también pone de manifiesto los defectos de esta tradición.

La tradición enseña la dignidad e igualdad universales y defiende la opción preferencial por los excluidos del acceso a los bienes materiales y sociales. Sin embargo, esta enseñanza no se aplica coherente-

[6] Vatican Condemns Aids Drug Firms", BBC News, 1.29.2004, news.bbc.co.uk/2/hi/europe/3442217.stm, visitada 11.8.2006.

[7] International Catholic-Jewish Liaison Committee 19th Meeting, "Joint Declaration", Capte Town, South Africa November 4-7, 2006, www.bc.edu/research/cjl/meta-elements/texts/cjrelations/resources/documents/interreligious/ILC_joint_communique_06.htm, visitada 11.9.2006.

mente a los que sufren el sida. La Iglesia católica defiende fieramente a los niños afectados, pero no a los que se juzga responsables de su enfermedad (homosexuales, heterosexuales monógamos y drogadictos). Por lo que respecta a las mujeres, incluso aquellas que son víctimas inocentes de la enfermedad reciben una respuesta tibia. El compromiso con la dignidad universal es socavado por la politización de la respuesta al sida con respecto a cuestiones adyacentes, como la igualdad sexual de las mujeres, la homosexualidad y el preservativo.

La Iglesia "oficial" insta a los dirigentes y los gobiernos a atender a las víctimas del sida, pero invierte pocas energías en hacer que las víctimas se movilicen. El resultado es que las soluciones propuestas y excluidas reflejan más los planes eclesiásticos y políticos de los que controlan el *statu quo* que las necesidades reales de las víctimas.

Las soluciones que se recomiendan se plantean de acuerdo con el magisterio oficial en materia sexual, pero no se someten a prueba alguna de viabilidad y efectividad, ni se acompañan con planes concretos para llevarlas a cabo. A los individuos se les acusa de haber cometido pecado, pero a las estructuras globales de pecado no se les insta de igual modo a dar cuenta de sus acciones. En consecuencia, la respuesta de la Iglesia no conecta con las situaciones de la gente real y hace poco por cambiar las condiciones en que se encuentran. A las víctimas no se les atenderá verdaderamente hasta que los poderosos no cambien sus propios modelos destructivos de comportamiento.

Una dimensión relevante del sida es que se trata de una crisis global que va más allá de la responsabilidad de los individuos e implica a entidades transnacionales como las compañías farmacéuticas, la OMC, las ONG internacionales, los donantes internacionales y la ONU. La tradición del bien común no puede ya seguir limitándose al marco del Estado nación o incluso de la ONU como forma de cooperación entre los gobiernos nacionales, sino que debe afrontar el pecado estructural global e instar a una respuesta global. El bien común universal depende tanto de actores locales como transnacionales que trabajen cooperando entre sí, pero no necesariamente bajo la supervisión de una entidad gubernamental global.

Para afrontar la pandemia del sida, la doctrina social católica tiene que cooperar con miembros de otras tradiciones y culturas. No todas las culturas africanas asumen la moderna separación occidental entre religión y política. Términos como el bien común, los derechos humanos, el principio de subsidiariedad, etc., son útiles en Europa y

Norteamérica, donde la separación entre la Iglesia y el Estado es un principio asimilado hace tiempo por el discurso sobre lo público. Pero en otros contextos, estos términos no tienen tanto poder como las imágenes bíblicas o la apelación a las religiones y las costumbres tradicionales.

En aquellos contextos en que los católicos, bien individualmente o mediante instituciones, se hallan trabajando en programas concretos para mitigar el VIH y el sida, se están llevando a cabo toda una serie de revisiones de la doctrina social de la Iglesia. La lección más importante es que el sida es un problema global que requiere una respuesta religiosa, teológica, eclesial y ética que no proceda "desde arriba hacia abajo" sino "desde abajo hacia arriba". En este contexto son muy importantes los conceptos católicos de la subsidiariedad y la participación. Todas las personas y las comunidades tienen el derecho y el deber de participar en el bien común, ayudando a definir qué entendemos por éste. El principio de subsidiariedad se refiere a la reciprocidad entre grupos sociales más pequeños y más grandes y las fuentes de la autoridad. En su origen, este principio fue utilizado por Pío XI para definir la autonomía que las comunidades o las instituciones locales deberían tener con respecto a los gobiernos estatales (*Quadragesimo anno* 79). Posteriormente, Juan XXIII dio la vuelta al principio para defender el deber que tienen los gobiernos de intervenir "para el beneficio de todos los ciudadanos" (*Mater et magistra* 52-53). Con respecto al sida, los gobiernos nacionales y las instituciones globales y transnacionales tienen el deber de trabajar para el bienestar común. Sin embargo, también es igualmente importante que las comunidades locales tengan su propia voz, diseñando sus propias soluciones y exigiendo los cambios necesarios. Las instituciones y los individuos que trabajan en los niveles locales, intermedios y globales, necesitan cooperar entre sí para mitigar las condiciones socioeconómicas y culturales que incrementan la vulnerabilidad a la infección.

Un excelente documento de la Catholic Agency for Overseas Development (Agencia Católica para el Desarrollo) de Inglaterra y Gales, expone estos desafíos de un modo concreto[8]. La CAFOD tiene más de dos décadas de experiencia en el desarrollo de programas de tratamiento del VIH y el sida basados en comunidades concretas a lo largo de todo el mundo. Un punto clave es que centrarse en la "pre-

[8] Ann M. Smith, Jo Maher, Jim Simmons, Monica Dolan (CAFOD, London, England), "An Understanding of HIV Prevention from the Perspective of a Faith-Based Development Agency", artículo desarrollado a partir de una comunicación en el International AIDS Conference, Bangkok, Julio 2004, www.cafod.org.uk, visitada 11.8.2006.

vención" o el "tratamiento" es algo inadecuado a menos que se tengan en cuentan todos los factores sociales que ponen en peligro a los individuos y las comunidades. Con demasiada frecuencia, las iniciativas basadas en la fe se desplazan desde el compromiso básico de ayuda a los pobres y los oprimidos, a la exigencia de un "cambio de conducta" (abstenerse de los comportamientos de riesgo). No consiguen darse cuenta de que el comportamiento está frecuentemente influido por las circunstancias sobre las que la gente tiene poco control. Han de eliminarse los bloqueos a un auténtico cambio del comportamiento y de las circunstancias. La conformidad total e inmediata con un determinado ideal de conducta puede resultar imposible.

El informe de la CAFOD hace un esmerado análisis de la estrategia de prevención "ABC" desarrollada en Uganda. Algunos han dado una gran publicidad a esta estrategia triádica, "Abstinencia-Fidelidad-Preservativo", por su efectividad, mientras que otros la han denostado porque confía de forma simplista en la abstinencia. CAFOD sostiene que los tres puntos son interdependientes y que deben interpretarse de modo matizado y delicado. De hecho, los testimonios presentados por ONUSIDA y otras fuentes muestran que la reducción en el número de intercambios sexuales ha sido una estrategia más efectiva en la lucha contra el sida que la exclusiva utilización del preservativo, puesto que éstos no siempre se utilizan consistentemente ni correctamente[9]. El concepto de abstinencia tiene varios significados: retrasar la edad para tener relaciones sexuales, confinar éstas a una relación estable, realizarlas en el marco de una relación duradera o en el seno del matrimonio[10]. De forma semejante, la fidelidad puede referirse a la fidelidad en único matrimonio o en una serie de matrimonios monógamos, o simplemente a la reducción de los casos de sexo esporádico o del número de personas con quien se tienen relaciones sexuales. La CAFOD se opone tanto a los defectuosos programas que se basan "solamente en la abstinencia" como también a las dogmáticas campañas que rechazan toda referencia a la abstinencia por considerarla demasiado moralista. Todas y cada una de las tres partes del programa ABC son necesarias y complementarias. Sólo en unas condiciones adecuadas pueden los individuos realizar una auténtica opción.

Las siglas ABC [abstinence, being faithful, using condom] se aplican por igual a los gobiernos y a los dirigentes públicos, e incluso a las comunidades de fe, como una obligación social: "**A**dvocate for

[9] *Ibíd.,* p. 10

[10] *Ibíd.,* p. 8.

change, **B**reak the silence, and **C**hallenge discrimination and injustice", es decir, "apoyar el cambio, romper el silencio, desafiar la discriminación y la injusticia". CAFOD presenta su informe sobre Uganda como un estudio de un caso práctico. Desde mediados de los ochenta hasta mediados los noventa, Uganda hizo un gran progreso en la reducción de los índices de infección y las terapias de prevención. Entre los factores esenciales que contribuyeron a este cambio destacamos los siguientes: el hecho de que se hablara públicamente de la epidemia; la reducción de su carácter de estigma; la inversión de fondos y recursos; la pronta disposición a someterse a la prueba y a tomar en serio los consejos; los servicios de atención y apoyo; el "desarrollo de respuestas localmente orientadas, basadas en la comunidad, culturalmente aceptables e 'incluidas en el ámbito doméstico', utilizando expertos locales y con la mínima intervención por parte de los donantes, los políticos o los consejeros occidentales"; los cambios culturales con respecto a las viudas y sus derechos de propiedad; la creación de Comisión Ugandesa del Sida; el clima de paz y creación de puestos de trabajo tras quince años de guerra, y el desarrollo de oportunidades económicas, educativas y de una mayor protección legal para las mujeres[11].

Permítaseme concluir con una ilustración. En enero de 2005 tuve la oportunidad de viajar con una institución cristiana internacional, con sede en los Estados Unidos, que se dedica a la ayuda de los niños y las familias, concretamente la Holt International Children's Services. Observamos el trabajo realizado por una institución cristiana ugandesa a la que concede ayudas la Holt, a saber, la Action for Children[12]. Fundada en 1995 por Monseñor Jolly Nyeko, la Action está dirigida totalmente por ugandeses (39 empleados y 45 voluntarios). Trabajando en siete distritos de Uganda, la Action atendió a unos 10.000 niños de 6.000 familias en su primera década, con un presupuesto de sólo 150.000 dólares. Entre la ayuda internacional que actualmente recibe la Action se encuentra una subvención concedida por la USAID con el objetivo de que "se eduque en la abstinencia". Pero el trabajo de esta institución dirigida por mujeres va más allá de aconsejar a decir simplemente "no". Su atención prioritaria es ayudar a las mujeres (y a unos pocos hombres) que están criando a sus hijos, a sus nietos y a otros huérfanos en las aldeas devastadas por el sida. La Action ayuda a las familias para que éstas identifiques sus necesidades y elaboren planes para mejorar su situación. Con pequeñas subvenciones

[11] *Ibíd.*, p. 12.

[12] Cf. la web de Action, www.actionforchildren.or.ug/index.html, visitada 11.5.2006.

consiguen cultivar hortalizas que venden en los mercados cercanos, y criar cabras, pollos y conejos; de este modo, poco a poco, consiguen los alimentos y las ayudas escolares necesarias para todos los niños que están a su cuidado. El objetivo de la Action es que cada uno sea "autosuficiente" en la comunidad con la ayuda de redes de familias y aldeas cooperantes apoyadas por los trabajadores sociales y los voluntarios formados de esta institución. La AFC también trabaja con jóvenes con sida en las aldeas y en los campos de refugiados ("desplazados internos") que huyen de la violencia del Lord's Resistance Army ("Ejército de Resistencia del Señor"). Algunos niños que antes habían sido soldados o "mujeres" de soldados reconstruyen sus vidas fabricando ladrillos, criando pollitos en lodo seco o en incubadoras calentadas con carbón, o fabricando ropa y productos artesanos con instrumentos muy simples y máquinas de coser.

El objetivo de la Action no se centra en la abstinencia de relaciones sexuales, sino en la construcción de una vida significativa en la que las mujeres posean dignidad y autoconfianza, y en la que el sexo pueda integrarse de forma constructiva y responsable. La esperanza para el futuro es salvar a los adolescentes y a los jóvenes de la necesidad de tener que hacer sexo por dinero o de utilizar el sexo como sustituto para sentirse seguros, así como de la tentación de expresar la desesperación y la furia mediante la violencia sexual. La Action enfoca el problema del sida desde el ámbito local, se centra en la mujeres, es apoyada por socios internacionales que no controlan políticas ni programas, y se orienta hacia la población más vulnerable. Representa los valores africanos de la comunidad, la familia y el apoyo local. Está interconectada con los recursos y las políticas globales, como también con las manifestaciones transnacionales de la "sociedad civil", para renovar la vida de las aldeas y las familias, y fortalecer la dignidad de las personas.

Una ética cristiana global que afronte el problema del sida ha de respetar la dignidad y potenciar la acción de las víctimas reales o potenciales; ha de pasar de forma contundente del ámbito de los ideales al de la acción; debe involucrar a todos los niveles en concurrencia, el local, el regional, el nacional, el internacional, el transnacional y el global, y ha de hablar con el lenguaje de los diferentes destinatarios, recurriendo al bien común, a los derechos humanos, a la opción por los pobres, a la convicción del ser humano como imagen de Dios, o a cualesquiera otros símbolos locales importantes de la dignidad y la unidad.

(Traducido del inglés por José Pérez Escobar)

Gillian Paterson *

LIBRARSE DE LA TRAMPA DEL GÉNERO. EL DESMONTAJE DEL PATRIARCADO EN TIEMPOS DE SIDA

"El sida tiene actualmente el rostro de una mujer joven."
Kofi Annan 2002

La trampa del género

Hace ya un cuarto de siglo que el sida salió de las sombras y se catalogó inicialmente como una enfermedad de la homosexualidad masculina (Gay Related Immunodeficiency Disease o GRIS = Enfermedad de inmunodeficiencia relacionada con los gays). Sin embargo, hoy día se transmite en todo el mundo mediante relaciones heterosexuales. En 2005, las mujeres constituían casi el 50% de los adultos infectados, y en el África subsahariana la cifra se elevaba al 60%. Las jóvenes son en particular las

* Gillian Paterson es consultora independiente y escritora de temas relacionados con el desarrollo, especializada en VIH y sida. Trabajó para Christian Aid durante muchos años, y posteriormente para la Churches' Commission on Mission, y más recientemente, como *free lance*, para el Consejo Mundial de las Iglesias, la Ecumenical Advocacy Alliance, y para organizaciones eclesiales o relacionadas con la fe en India, Estados Unidos, Noruega y en varios países africanos.

Ha escrito artículos y libros sobre salud, mujeres y sida, siempre en el contexto de la Iglesia global. Actualmente está terminando un doctorado, en el Heythrop College de Londres, sobre las implicaciones teológicas del estigma vinculado al sida. Es católica, vive en North London y tiene tres nietos.

Dirección: 215 Highbury Quadrant, Londres N5 2TE (Inglaterra).

más afectadas: tanto en el África subsahariana como en los países del Caribe, las chicas con edades comprendidas entre los quince y los veinticuatro años tienen un 2,5% más de probabilidad de contraer el VIH que los chicos. Incluso en países en que es avivado por el consumo de droga por vía intravenosa, el número de mujeres infectadas es mayor, como, por ejemplo, en la Federación Rusa, donde el número de mujeres entre los nuevos diagnosticados se ha incrementado más del 50% desde 2001[1]. Un reciente estudio con mujeres embarazadas entre veinticinco y veintinueve años en Swazilandia ha puesto de manifiesto la presencia del virus en el 56,3% de los casos. En el Reino Unido se ha duplicado desde el año 2000 el número de mujeres infectadas y se ha cuadruplicado el número de bebés de madres portadoras del virus[2]. Dado el gasto de miles de millones de dólares en la investigación sobre el sida, resulta un verdadero escándalo internacional que se haya tardado tanto tiempo en desarrollar métodos de protección tales como geles microbicidas y medicamentos profilácticos previos.

Por una parte, esto se debe a que las mujeres son *biológicamente* más vulnerables al virus. La probabilidad de que una mujer sea infectada por un solo acto sexual sin protección es el doble que la de un hombre, e incluso más si ha contraído otras infecciones de transmisión sexual. Pero las mujeres también son *socialmente* más vulnerables que los hombres. Es muy escaso o nulo el control que tienen sobre dónde, cuándo, cómo y con quién tienen una relación sexual. El estigma relacionado con la enfermedad es más virulento en el caso de las mujeres, a las que se culpa más que a los hombres, aun cuando hayan cogido el virus por culpa de sus maridos infieles. Tienen más probabilidad de ser condenadas por la Iglesia, así como de ser objeto de violencia, abusos y desahucios por parte de su familia, y tienen menos probabilidad de que alguien las cuide si contraen la enfermedad. Sobre ellas cae el peso de cuidar de los demás enfermos a consecuencia del virus y de los niños que han quedado huérfanos por culpa del sida. Son víctimas de las costumbres locales que les impiden tener el derecho a sus propiedades, aun cuando éste se encuentre protegido por las leyes nacionales. En ciertas partes del mundo, los rituales culturales normativos y religiosamente admitidos implican el ejercicio de la violencia sexual contra las mujeres, sobre todo si son viudas o jóvenes.

El África subsahariana es actualmente el epicentro de la epidemia. “Es imposible atravesar el continente africano”, afirma Stephen Lewis, un delegado de Naciones Unidas, “sin sentir el horror y la desespera-

[1] UNAIDS AIDS Epidemic Updates 2004 y 2005.

[2] Cifras del UK Public Health Laboratory Service.

ción ante la carnicería que sufren las mujeres". El aterrador predominio del VIH entre las jóvenes es "un terrible recordatorio de lo que significa la desigualdad de género", que está originando una verdadera avalancha de huérfanos". La historia del sida representa "una antología de la vulnerabilidad de las mujeres: violaciones y violencia sexual, incluyendo la violación por parte del marido y la violencia doméstica"[3]. Lo que Lewis no dice es que también representa una "antología" de la baja autoestima que tienen los varones. Una serie de estudios recientes han mostrado que la violación, las violaciones colectivas o los comportamientos de riesgo están más extendidos en contextos que carecen de cohesión social o cuando los varones se ven empobrecidos, humillados, menospreciados u oprimidos, es decir, todo un conjunto de factores que constituyen una de las razones por las que la herencia del imperialismo, y del *apartheid* en Sudáfrica, ha creado un terreno tan fértil para la epidemia[4].

No podrá controlarse el VIH hasta que las mujeres se vean mejor equipadas para ejercer su influencia en las relaciones sexuales. En una conferencia dictada en Pretoria en 1998, la teóloga nigeriana Teresa Okure provocó una gran conmoción entre su auditorio cuando afirmó que había dos virus más mortíferos que el sida. El primero es el que estigmatiza y menosprecia a las mujeres en la sociedad, provocando que los hombres abusen de ellas y asegurando que el casamiento de una mujer es, en muchos países africanos, la condición que constituye el riesgo más elevado de infección por VIH. Para una mujer que vive en el seno de una sociedad patriarcal, y que apenas controla lo que ocurre con su cuerpo, este "virus" puede tener consecuencias fatídicas.

Pero la reducción de la vulnerabilidad de las *mujeres* no es en sí misma una medida suficiente, puesto que en último término es el comportamiento de los *hombres* el que extiende la epidemia. Éstos son más propensos a inyectarse drogas y al alcoholismo. Tradicionalmente, los hombres tienen el poder económico y dominan las relaciones sexuales según sus intereses[5]. Pero tanto la sexualidad masculina como la femenina están conectadas con las formas, profundamente enraizadas y culturalmente incrustadas, de entender la identidad y con lo que

[3] Stephen Lewis en una rueda de prensa tras su visita a África del sur, marzo 2006, en www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=17847&Cr=hiv&Cr1=aids

[4] T. Barnett y A. Whiteside, *AIDS in the Twentyfirst Century: Disease and Globalisation*, Palgrave Macmillan, Nueva York 2002.

[5] Los resultados de la investigación de la agencia Panos sobre el sida y los hombres se encuentran en M. Foreman, *AIDS and Men: Taking Risks or Taking Responsibility?*, Panos Institute & Zed Books, Londres 1999.

implica ser un "verdadero hombre" o una "verdadera mujer" en un determinado contexto. Las instituciones que comparten este contexto reflejan, por lo general, estas formas de comprensión; un hecho que es especialmente cierto en el caso de las instituciones religiosas, cuya función, desde un punto de vista antropológico, consiste en ritualizar las construcciones culturales del género otorgándoles un estatus sobrenatural o divino[6]. Existen dos modos para irrumpir en este contexto: mediante un cambio institucional y social de lo que está profundamente arraigado, o mediante programas dirigidos a cambiar las actitudes y el comportamiento de los varones. Ahora bien, no parece probable que se pueda llevar a cabo ninguno de estos dos medios, al menos en el lapso temporal de los actuales objetivos de prevención o hasta que muera mucha más gente. Y en esto reside, en dos palabras, "la trampa del género" que el sida ha puesto de manifiesto.

Una bendición mortal

La epidemia del sida, afirma Kevin Kelly, es una lente que nos ha forzado a tomar conciencia de "ciertos males que han extendido entre los seres humanos durante siglos y a los que como Iglesia parece que nos hemos ido adaptando a lo largo del tiempo. En cierto modo, la pandemia del sida está visualizando estos males con sus verdaderos colores, y su horror y capacidad de destrucción se están haciendo claros, *si tenemos ojos para ver*"[7].

En la reunión de Nairobi de 2002, los dirigentes eclesiales hicieron pública una declaración en la afirmaban que las Iglesias "han contribuido, aunque involuntariamente, tanto activa como pasivamente a la extensión del virus", comprometiéndose, por tanto, a "desafiar los tradicionales roles de género y las tradicionales relaciones de poder en el seno de las Iglesias y las instituciones eclesiales que han contribuido a despojar de sus derechos a las mujeres y, en consecuencia, a extender el VIH y el sida". "Abordarían los roles y las relaciones de género en las familias que contribuyen a la vulnerabilidad de las mujeres y las chicas a la infección por el VIH" y "apoyarían a las organizaciones que ayudan a las jóvenes a tener relaciones sexuales más seguras"[8].

[6] Hay algunas instituciones religiosas que, ciertamente, constituyen una reacción *contra* las costumbres de género dominantes.

[7] K. Kelly, *New Dimensions in Sexual Ethics: Moral Theology and the Challenge of AIDS*, Geoffrey Chapman 1998, pp. 12-13.

[8] Consejo Mundial de las Iglesias, *Plan of Action: An Ecumenical Response to HIV and AIDS in Africa*, Ginebra 2002.

Ahora bien, esto es mucho más fácil decirlo que hacerlo. El poder absoluto del patriarcado es de tal calibre que penetra la enseñanza, la pastoral y la liturgia de nuestras Iglesias, especialmente de la Iglesia católica, con su sacerdocio exclusivamente masculino y su estructuración jerárquica formada por hombres célibes que viven, en su mayor parte, en comunidades masculinas. Pero no sólo es un problema que afecta a los católicos. Los cristianos no pueden permanecer ciegos ante el sexismo institucional, la homofobia y el patriarcado que han caracterizado la historia de todas nuestras iglesias. Hoy día se trata de cuestiones que afectan a los derechos humanos (aunque es frecuente que las religiones afirmen que están exentas de los principios que están en la base de los derechos humanos contemporáneos); y que constituyen un impedimento para gozar de una humanidad plena, no sólo en el caso de las mujeres sino también de la Iglesia, sus jerarquías y sus miembros. En el contexto dominado por el sida, están minando la capacidad de las iglesias para "elegir la vida" y crear las condiciones en las que sus miembros puedan realizar esta opción.

Poco dispuestos a afrontar su propia necesidad de una transformación estructural, los dirigentes de la Iglesia se encierran en sí mismos, condenan a la sociedad y piden que sea ésta la que cambie. En su *Carta a las mujeres,* Juan Pablo II esperaba (dijo) que la mayor implicación de las mujeres en la sociedad "ha de forzar a que se reformulen los sistemas de un modo que favorezcan los procesos de humanización" [9]. Como Tina Beattie observa, es lamentable que esta visión no parece, hasta ahora, "extenderse a la vida pública y las instituciones del Vaticano" [10].

El patriarcado occidental se ha visto exacerbado en las iglesias de Asia, África e Iberoamérica, donde las tradiciones iglesias "misioneras" han dejado frecuentemente de lado su deber de criticar o cambiar las culturas locales que allí encontraron. Como afirma la teóloga china Kwok Pui-Lan: "Muchos misioneros, hombres y mujeres, acusaban a las tradiciones indígenas de ser opresoras de las mujeres sin el más leve reconocimiento de la ideología sexista del cristianismo" [11]. En este sentido comenta Mercy Oduyoye:

> "Los elementos sexistas de la cultura occidental han empeorado el sexismo cultural de la sociedad africana tradicional. La teología cris-

[9] Juan Pablo II, "A Letter to Women", *The Tablet* 5 julio 1995, Londres, p. 918.

[10] T. Beattie, *Woman*, Continuum, Londres 2003, p. 42.

[11] P.-L. Kowk, en U. King (ed.), *Feminist Theology from the Third World: A Reader*, Geoffrey Chapman, Londres 1994, p. 68.

> tiana ha contribuido claramente a ello. Los varones africanos, en sintonía con el sistema androcéntrico y patriarcal de las culturas bíblicas, han visto ratificados sus puntos de vista con el cristianismo. Las iglesias cristianas no han animado ni tampoco han acogido a las mujeres que han levantado sus voces de protesta"[12].

¿Por qué han sido tan inaudibles estas voces? Es posible que se deba a que en algún momento de la conversación sobre el género tengas que decir algo (o al menos *pensar*) sobre la sexualidad. Y, efectivamente, se trata de un problema que se ha planteado una y otra vez en mis investigaciones. En las lenguas coloniales, como el inglés, el francés o el español, se puede hablar de la sexualidad con el vocabulario de la medicina (demasiado técnico para la Iglesia); con el lenguaje de la pasión (demasiado íntimo, demasiado emocionalmente desconcertante); o el lenguaje del mercado, del bar o del corrillo (demasiado grosero). Algunas lenguas locales carecen de palabras específicas para los órganos sexuales o para los actos sexuales. "Es tan importante que la gente de aquí tuviera una visión realista de la sexualidad", afirma un sacerdote keniano, "pero no sé qué palabras he de utilizar para hablar de ello, sobre todo en la iglesia"[13].

Nuestros problemas no terminan ahí. Para Luce Irigaray, el discurso objetivo sobre *cualquier cosa* está comprometido, porque los sistemas culturales y epistemológicos mediante los que articulamos nuestra experiencia son altamente subjetivistas dado que se han construido en relación con el punto de vista del varón. Nuestra propia lengua, afirma, es falocéntrica y proyecta, en consecuencia, un simbolismo que "consagra la potencia masculina mientras silencia lo femenino"[14]. Para Julia Benjamin, el individuo se concibe exclusivamente como sujeto varón. Si la lengua que hablamos forma parte de la aventura amorosa del varón consigo mismo, ¿dónde queda la diferenciación que implica la relación erótica?[15]

Las dificultades que los cristianos encuentran con respecto a estos asuntos, en un tiempo marcado por el sida, pueden encontrar cierto

[12] M. Oduyoye, *Daughters of Anowa: African Women and Patriarchy*, Orbis, Maryknoll Nueva York 1995, p. 183.

[13] G. Paterson, *AIDS adn the African Churches*, Christian Aid, Londres 2001, p. 13.

[14] L. Irigaray, *The Ethics of Sexual Difference*, trad. de C. Burke y G. C. Gill, Cornell University Press, Ithaca 1993, p. 13.

[15] J. Benjamin, *The Bonds of Love,* Random House, Nueva York y Toronto 1988.

consuelo en la idea de que participan en un debate que es puntero en nuestros tiempos. Y ciertamente es un trabajo arduo. Consideremos por ejemplo la estrategia de prevención conocida como ABC (abstinencia, fidelidad, preservativo). Procedente del discurso biomédico (actualmente dominante), es un clásico ejemplo de un mantra que afirma tener valor universal pero que, en realidad, está estructurado en torno al concepto de varón occidental adulto y autónomo. *¿Abstinencia?* Para una gran mayoría de mujeres en todo el mundo, la abstinencia no constituye una opción. El matrimonio es una necesidad cultural, como también lo son los hijos; el matrimonio a una edad temprana es algo común y con frecuencia deseado; las mujeres dependen económicamente de sus maridos; por lo general, éstas no controlan las circunstancias en las que tienen relaciones sexuales. *¿Fidelidad?* Muchas mujeres son realmente fieles; si se infectan con el VIH es debido a la infidelidad de su pareja o a que ésta se inyecta drogas. *¿Utilización del preservativo?* ¿Qué mujer o chica ha convencido alguna vez a un hombre reacio a usarlo?

La teóloga ghanesa Mercy Oduyoye es cofundadora del influyente Círculo de Teólogas Africanas Comprometidas. Dice que, efectivamente, el lenguaje constituye un problema, pero que no se trata solamente de un problema de lenguaje ni del uso del preservativo. Es el modo en que nos relacionamos unos con otros lo que crea las condiciones para la transmisión. "*Acogemos* activamente el sida cuando la identidad de una persona se define en los términos de cómo corresponda positivamente a los deseos de la familia y la cultura. *Acogemos* activamente el sida al poseer una cultura en la que los jóvenes no pueden decir no a los más adultos, donde existe la pobreza y en la que a las mujeres se les enseña que no pueden decir no"[16]. En tiempos de sida, esto es un tema de salud pública, así como de derechos morales y humanos. Para las mujeres que viven bajo esta amenaza, la bendición que la Iglesia otorga puede ser mortal.

La opción de conocer

En las recientes décadas, muchas Iglesias han avanzado bastante abordando los prejuicios de género en los ámbitos estructurales, litúrgicos y pastorales. El hecho de que los cristianos se resistan a estos cambios se debe frecuentemente a que creen que su teología confiere

[16] M. Oduyoye, *Address to University of LaVerne Community,* octubre 2005.

autoridad a los supuestos patriarcales sobre el género, a que la "bendición mortal" sigue inalterable porque está apoyada en presupuestos sinceramente aceptados sobre la naturaleza de Dios y de la Iglesia. Otro problema añadido reside en que muchos cristianos (incluidos los católicos) *admiten* actualmente el carácter patriarcal de la iconografía eclesial y el daño que provoca. Pero no sabemos qué hacer, ni tampoco queremos convertir la vida eclesial en un campo de batalla, por lo que simplemente archivamos este conocimiento en la carpeta mental de los asuntos "extremadamente complicados" y seguimos como antes. Es en el seno de esta arquitectura de género, perversa y tétrica, donde hemos de hacer un hueco para avanzar más allá de la negativa que tan insidiosamente ha facilitado el avance del sida.

Las presiones "por no saber" proceden de todos los lugares, incluyendo el sector femenino, y es comprensible en parte. El patriarcado no es totalmente malo para las mujeres. En efecto, como afirma Tina Beattie, para muchas mujeres

> "el patriarcado ofrece una forma más benigna y protectora de organización social que la economía de libre mercado. Ha fijado unos roles para ambos sexos con una distribución de derechos y responsabilidades que, con frecuencia, es más efectivo y justo que lo que las feministas creen" [17].

Además, las culturas y las instituciones cambian, pero no de la noche a la mañana. No es el nuestro un tiempo para aportar soluciones simplistas o ideológicamente ingenuas. Si consideramos que los problemas de los desposeídos pueden únicamente solucionarse por un "desmantelamiento" total del patriarcado (o el capitalismo, o las emisiones de carbono, o de cualquier otra cosa), entonces deberíamos darnos por vencidos, porque todo esto no se logrará en el futuro inmediato. En una época en la que el prejuicio de género está matando a personas, lo que necesitamos, según mi parecer, es seleccionar inteligentemente algunas de las estrategias teológicas que se utilizan para justificar el patriarcado. Entre éstas se encuentran ciertas interpretaciones gravemente distorsionadas de las figuras de Eva y María; los supuestos imperialistas y patriarcales de gran parte de las interpretaciones bíblicas, y la carencia de un lenguaje apropiado para articular una resistencia al patriarcado.

Veamos en primer lugar la figura de Eva [18]. En las habituales interpretaciones de la caída, Eva es presentada como la tentadora. Los hombres se sienten atraídos por ella, pero también la temen, pues ella –la

[17] T. Beattie, *op. cit.,* pp. 60-61.

[18] Se trata de una reflexión sobre las actitudes populares, no de un estudio científico del significado de Eva y María en la tradición cristiana.

mujer– es la fuente del pecado humano, y específicamente del pecado sexual. Esta interpretación ha tenido una influencia fuertemente negativa en las actitudes cristianas con respecto a la sexualidad y, en particular, con respecto a las mujeres, haciendo a Eva responsable de la constante ira divina contra la humanidad. Y, sin embargo, la actitud de Dios hacia Adán y Eva es más de compasión que de ira. La expulsión del Edén no es un castigo, sino que simplemente expresa que para los seres humanos, una vez que poseen el conocimiento del bien y del mal, el Edén, lamentablemente, *no puede* ser suyo. Eva, comenta Beattie, simboliza "la experiencia de alienación que inevitablemente acompaña a la adquisición del conocimiento", forzando al teólogo a "abandonar el paraíso de la incondicional intimidad y unión con Dios, para perseguir la cuestión de Dios a través del extraño desierto de la cultura y el aprendizaje"[19]. Es un doloroso y complejo asunto que se enfrenta al prejuicio de género de nuestras Iglesias. Pero *elegir el conocimiento* es la herencia de Eva. Forma parte de la elección para ser humanos. *Tenemos que* conocer el problema del sida; *no podemos* continuar negando el prejuicio de género que mata.

Pero esto no es el final de la historia. En la tradición cristiana, la Eva que cae en el pecado es redimida por la casta María. Según la interpretación de Beattie, la Madre de Cristo se convierte en la "Nueva Eva": una Eva renovada en María, que por fin puede cambiar su conocimiento dirigiéndolo al servicio de la vida en lugar de a la muerte. Y si esto es cierto, entonces tanto los hombres como las mujeres son llamados a dejar de esconderse en la trampa del género y a tirar de la manta del *desconocimiento* para poder caminar conjuntamente hacia la verdad.

Reivindicación de la Biblia

La biblista Musa Dube, de Botswana, dejó en 2001 su actividad académica para ejercer durante cuatro años de asesora teóloga regional de la Iniciativa sobre el VIH y el sida en África del Consejo Ecuménico de las Iglesias. "No percibí inmediatamente la conexión inmediata entre mi actividad como profesora de Nuevo Testamento y la lucha contra la enfermedad", comenta Dube. Un día se encontraba impartiendo una lección sobre los evangelios sinópticos a una clase de unos 200 estudiantes, hombres y mujeres, cuyas edades, en general, oscilaban entre los 18 y los 40 años. La tasa de infección en Bots-

[19] T. Beattie, *op. cit.,* pp. 74-76.

wana era de un 38% en la población sexualmente activa. De repente, se sintió conmocionada al pensar que "era probable de que la mitad de mi clase no siguiera con vida dentro de diez años"[20]. Pisándole los talones a este pensamiento le llegó otro: que esta situación de vida y muerte *nunca había sido abordada en el contexto de las corrientes principales de los estudios teológicos.*

En su obra anterior, Dube había abordado los complejos desafíos que conllevaba abrir la Biblia como texto salvífico a las africanas y a otras mujeres colonizadas. En su trabajo sobre el sida se dio cuenta de la urgencia de esta tarea. La cuestión clave en los estudios feministas de la Biblia es la que planteó Elisabeth Schüssler Fiorenza: "¿Cómo se puede realizar una interpretación feminista de la Biblia sin reescribir el discurso patriarcal de la subordinación y la obediencia?"[21]. En África y otros países en vías de desarrollo, a esta cuestión se le añade otra (que afecta tanto a hombres como a mujeres), a saber: "¿Cómo puede apartarse la interpretación bíblica postcolonial del discurso imperialista de opresión?". Librarse de la trampa del género en estos tiempos del sida implica responder a ambas cuestiones recurriendo a la sabiduría local y reconociendo la relevancia social y religiosa de las voces que se habían silenciado anteriormente. Sin embargo, eran pocos los clérigos y dirigentes laicales que estaban escasamente equipados para trabajar con estas interconexiones, por lo que se requería un replanteamiento de todo el currículo teológico, nuevos enfoques metodológicos en la formación cristiana dentro de las Iglesias locales, y también, para una profesora de universidad como Dube, poner punto final a los días de "bombardeo dentro de la Iglesia para luego retirarse al espacio seguro de la academia"[22]. Finalmente, todo esto originó una influyente red de seminarios y departamentos de educación que están desarrollando los modos de integrar las cuestiones suscitadas por VIH y el sida en el currículo teológico para África.

Llevar a la práctica este programa implica necesariamente instar a la gente a que afronte lo que está *realmente* sucediendo en lugar de lo que *les gustaría pensar* que está sucediendo. Comenta que la resistencia al conocimiento puede ser encarnizada y que las mujeres pue-

[20] M. Dube (ed.) *HIV//AIDS and the Curriculum*, WCC Publications, Ginebra 2003, pp. 12-13.

[21] E. Schüssler Fiorenza, *But She Said: Feminist Practices of Biblical Interpretation*, Beacon Press, Boston 1992, pp. 5-6.

[22] M. Dube, "HIV and AIDS related stigma: Implications for theological education, research, communication and community", en UNAIDS (ed.), *A Report of a Theological Workship Focusing on HIV and AIDS related Stigma*, UNAIDS, Ginebra 2005, p. 57.

den llegar a enfadarse bastante cuando se ven confrontadas con su impotencia en cuanto género. Con respecto a los hombres cita lo que dice Tinyiko Maluleke:

> "Los hombres han respondiendo (a) diciendo, de varios modos, que 'a nuestras mujeres no les gusta eso, así que deben ser las influencias extranjeras las que hacen que hablen y actúen de ese modo', y (b) huyendo del diálogo con las mujeres porque dado que ellos no son mujeres no quieren comentar nada que tenga que ver con el género"[23].

Pero el hecho es que el VIH no se controlará a menos que la gente afronte su realidad. Como Dube comenta, "todo teólogo, profesor, dirigente o trabajador que… quiera contribuir positivamente a la lucha contra el VIH y el sida… no sólo ha de tratar de comprender cómo se construye social y culturalmente el género, cómo quita el poder a la mitad de la humanidad o cómo impulsa la extensión del VIH y del sida, sino que también debe cambiar la construcción del género de tal modo que potencie tanto a los hombres como a las mujeres[24].

El hallazgo de una voz

Para las mujeres, afirma Denise Ackermann, la prioridad más urgente es romper el silencio que envuelve la cultura de alto riesgo sexual de Sudáfrica. El sida ha convertido a este país en un lugar que, como la Antioquía de Juan Crisóstomo, es "pasto de la muerte".

En la obra *Tamar's Cry,* utiliza la historia de Tamar en 2 Sm 13,1-22 como lente hermenéutica para realizar un comentario de género sobre la epidemia de VIH en Sudáfrica. Tamar simboliza a *todas* las mujeres *de cualquier parte del mundo* que son víctimas de abusos porque se les percibe solamente como un añadido a los hombres. A punto de ser violada por su hermanastro (y por tanto, perdida), Tamar grita diciendo: "Esto no debería hacerse en Israel". Su grito es ignorado porque el sistema es patriarcal y en él no se escuchan o se consideran normales los gritos de dolor de las mujeres[25].

---

[23] T. Maluleke, "African Ruths, Ruthless Africas", en M. Dube (ed.), *Other Ways of Reading: African Women and the Bible*, WCC Publications, Atlanta y Ginebra 2001, p. 238.

[24] M. Dube, *HIV and the Curriculum*, p. 95.

[25] D. Ackermann, *Tamar's Cry: Re-reading an Ancient Text in the Midst of an HIV/AIDS Pandemic*, edición revisada London Catholic Institute of Internacional Relations, Stellenbosch 2002, p. 21.

Ackermann sostiene que en nuestro mundo necesitamos un lenguaje de la lamentación. Tamar se echa ceniza en su cabeza, rasga sus vestidos y se marcha llorando. Se encuentra sola, violada y deshecha: la misma condición de innumerables mujeres y niños a lo largo del tiempo. Sin embargo, el grito de Tamar de que eso no se hace en Israel es también un grito de resistencia, es decir, de su no aceptación de la situación en la que, en la práctica, se hacen estas cosas. Los salmistas lograron expresar mediante el lenguaje de la lamentación sus preguntas sobre el mal en el mundo. La lamentación surge "de lo profundo", por lo que nos permite desarrollar nuestra capacidad para intentar resolver los problemas del sufrimiento y el mal, tanto el nuestro como el que se encuentra en las estructuras de nuestra sociedad. Una vez expresada, la lamentación puede asumir una forma estructurada, colonizando "los espacios contenidos por los límites y los ritmos litúrgicos" y convirtiéndose, en el proceso, en una forma de queja individual y comunitaria en la que pueda expresarse el dolor del *conocimiento* y la perversión paralizante de la trampa del género.

Conclusión

En este artículo hemos descrito la "trampa del género" que está minando las estrategias preventivas del sida, una trampa en la que caen tanto las mujeres como los hombres. Oímos el grito de Tamar ("esto no debería hacerse en Israel") y, sin embargo, seguimos haciendo lo que no debería hacerse. Cuando las Iglesias operan imperceptiblemente con las costumbres y los presupuestos patriarcales a partir de los que se construye la trampa, están sencillamente reforzándola. Las estrategias que adoptamos para *no saber/no enterarnos de* los prejuicios de género de nuestras iglesias constituyen una negación de la verdad y una elección de la muerte en lugar de la vida. "Elegir la muerte" es algo que no debería hacerse en las iglesias o en las comunidades que se denominan cristianas. El reconocimiento de la propia connivencia con este *no saber/no enterarse* comunitario, al combinarse con el amor que cada uno tiene a su iglesia, constituye una experiencia dolorosa y alienante, una verdadera causa para lamentarse, porque la trampa parece robustamente construida y el mal una realidad irresoluble. Pero también es el camino que conduce a la redención.

(Traducido del inglés por José Pérez Escobar)

Regina Ammicht-Quinn y Hille Haker

HIV/SIDA: UN COMENTARIO

I

Había esperado para decírselo a Jamal. Él sólo tenía cuatro años cuando ella recibió la noticia […]

Jamal tenía siete… cuando Zoe decidió que no podía esperar más tiempo. Le preparó un bocadillo y se sentó con él a la mesa. […]

Le dijo,

–Jamal, cariño, sabes lo que es el sida, ¿verdad?

Jamal mordió su bocadillo mientras lo sostenía con ambas manos, como lo haría un niño menor de siete años. Estaba necesitando un corte de cabello. Unos rizos sueltos de desgreñado cabello negro le caían sobre la frente y por detrás de la nuca. Ella se quedó con la mirada fija en las pestañas del muchacho.

Él asintió con la cabeza […]

–Bueno, pues lo he contraído. Se me ha metido en la sangre, y podría ponerme enferma. Probablemente me enferme.

–¿Cuándo?

–No lo sé. Podría pasar en cualquier momento. Pensé que debía decírtelo ahora [...]

–¿Morirás? –preguntó él.

–No lo sé. Espero que no. Pero podría morir […]

–Yo no lo tengo, ¿verdad?

–No, te llevé a hacer un examen hace unos años, probablemente no lo recuerdes. El doctor te extrajo un poco de sangre y tú lloraste durante media hora. Pero estás sano.

–¿Puedo subir a lo de Ernesto? […]

Él se levantó y fue hacia la puerta

Michael Cunningham, *Flesh and Blood,* Nueva York 1995, 313s.

–Cuando ya no esté, Aida deberá asumir una gran responsabilidad. Por ella intento vivir todo el tiempo que pueda.

–¿Sabrá del asunto?

Christine me miró con gesto de interrogación.

–Por supuesto que sabe.

–¿Qué le dijiste?

–Lo que hay que decir. Ella tendrá que ser la madre de sus hermanos cuando yo ya no esté, y si mis padres viven todavía, ella será su nueva hija.

–¿Cómo reaccionó ella?

–Se entristeció. ¿Qué otra reacción podría haber tenido?

Henning Mankell, *Ich sterbe, aber die Erinnerung lebt,* Múnich 2006, 30.

El fenómeno "infancia" está en movimiento en el mundo entero.

En los países ricos del Norte, el ámbito de protección de la "infancia" se está estableciendo por una parte como ámbito comercial, mientras que, por la otra, se lo cuestiona como ámbito para los medios.

En los países más pobres del Sur, los niños son alcanzados de varias maneras por la catástrofe del sida.

Son los lactantes infectados con el VIH cuyas madres no tenían acceso alguno a los medicamentos; son los niños infectados con el VIH que han estado y siguen estando expuestos a la violencia sexual; son los niños que han debido superar la muerte de sus padres; y son los niños a los que no se permitió ser niños, pues son ellos los que reciben el impacto del fracaso de la comunidad mundial.

El sida genera vacíos. No sólo destruye a los que se infectan sino también las estructuras familiares, que se basan en la sucesión de las generaciones. Hoy en día, en los países especialmente afectados por el VIH/sida, abuelos crían a nietos, hermanos a otros hermanos, tíos y tías a sus sobrinos y sobrinas. Huérfanos de padre, de madre o de ambos padres son desarraigados por la pandemia. No sólo su situación económica y social es a menudo precaria, sino que, además, se los secciona de la estructura social de la edad y de la sucesión de las generaciones: secretamente, la infancia pasa a ser un tiempo para atender a otros y para asumir responsabilidades; los niños asumen como tales la función de padres; los abuelos, también.

El tener conocimiento de que no se verá crecer a los propios hijos y de que no se podrá atender sus necesidades es lo que ha hecho tan importante en los últimos años el proyecto de los libros de recuerdos. Ellos muestran qué importante es continuar la tradición de una familia, dejar a los descendientes, que por el sida son los parientes más cercanos, historias de vida que resulten comprensibles y que mantengan la continuidad de una historia.

¿Qué significará para las sociedades futuras la erosión de las estructuras sociales y generacionales de las familias? Todavía hay pocas investigaciones sobre los efectos psíquicos y sociales de ese proceso. Lo único seguro es que la responsabilidad que pesa sobre los que tienen que tratar con la enfermedad, la muerte y la orfandad de miembros de familias representa a menudo una sobrecarga. El hecho de narrar da sobre todo a los padres un lenguaje que transporta hacia el futuro su historia, sus sentimientos y su relación con sus hijos. Los libros de recuerdos no representan solamente el intento de grabar en la memoria la propia persona o la propia familia, sino también el de paliar por medio del mantenimiento del lazo de unión familiar la soledad y el aislamiento anticipados de aquellos que seguirán viviendo después de la propia muerte.

II

A aquellos con quienes hablé en Uganda les formulé una misma pregunta […]

Les pregunté cuál era, según su opinión, el origen de la enfermedad.

Las respuestas fueron diferentes.

Sorprendentemente, muchos consideraron que bien podría tratarse de una enfermedad propagada ocultamente por el mundo occidental en el continente africano a fin de reducir el número de pobres. En ese caso, el virus sería un refinado instrumento para cometer un asesinato en masa. […] Estaban convencidos de que la muerte que caía sobre ellos había sido planificada conscientemente. El mundo occidental en su conjunto estaba formado para ellos por un gran número de brujas o curanderos que cometían un genocidio.

También estaban los que veían en el destino que les tocaba una dimensión religiosa. […] En esas personas podía observarse un desprecio de sí mismas que redoblaba aún su tormento. […]

Pero en lo que todos parecían coincidir era en que el dolor había golpeado con extrema dureza justamente al continente africano.

Christine dijo:

Es como si nunca fuese suficiente. Leo cosas sobre este continente. Es como si los africanos nos ocupáramos solamente de morir, no de vivir.

Henning Mankell, *Ich sterbe, aber die Erinnerung lebt,* Múnich 2006, 63s.

Hay dos contextos que deben tenerse en cuenta en la pregunta por las causas del sida: el primer contexto, el más estrecho, tiene que ver con la propagación epidémica del VIH/sida y con las causas de los nuevos contagios que se producen en la actualidad. El segundo contexto tiene que ver con la historia de África y de Europa, una historia que está siempre presente como trasfondo del surgimiento de la pandemia del sida y que tiene que ver con la ética de la globalización. En el primer contexto, remitir a la historia de la colonización y a los revolucionarios cambios sociales de las últimas décadas es insuficiente; pero, en el segundo contexto, la perspectiva histórica tiene su lugar justificado (véase más abajo). Por tanto, la pregunta de Mankell tenemos que encararla en dos pasos.

Con la ayuda de una visión actual de conjunto queremos arrojar por lo menos una breve mirada a las causas concretas del VIH/sida: en el año 2005 se infectaron nuevamente con el VIH cerca de cuatro millones de personas, y cerca de 2,8 millones murieron de sida. Mientras que, en los primeros decenios, ocupaban el centro de la discusión y de los programas de prevención los factores de riesgo individual, hoy hay que visualizar cada vez más los factores estructurales y sociales que favorecen las nuevas infecciones y la propagación de la

enfermedad. Estos factores están estrechamente entrelazados con los de orden individual y, por esa razón, hay que tenerlos mucho más en cuenta en los programas de prevención.

Así, por ejemplo, la criminalización de los drogadictos desempeña un papel en la utilización reiterada de jeringas. A fin de cuentas, dejando fuera de consideración el sur de África, un tercio de las nuevas infecciones que se producen a nivel mundial provienen del abuso de drogas. Sobre todo los países del Este de Europa y los países asiáticos tienen enormes problemas por el aumento del abuso de drogas que se ha dado en los últimos años, aumento que se ve favorecido, por ejemplo, por el creciente cultivo de amapola en Afganistán y por el tráfico de opio y heroína[1]. Las terapias controladas de sustitución son a menudo ilegales (por ejemplo, en Rusia y en muchos países de Europa del Este) o no se aplican de forma generalizada. Del mismo modo, los programas de prevención contra el sida se establecen de forma poco sistemática.

Aparte de estas causas institucionales, otros factores causales estructurales de los porcentajes de nuevas infecciones y de propagación del sida, que siguen siendo altos, son las marginaciones y discriminaciones sociales. También puede observarse la marginación, estigmatización y discriminación tanto social como institucional de los varones homosexuales. En más de la mitad de los países africanos, la homosexualidad está prohibida por ley. Por ejemplo, los estudios sobre la prevención del sida se han realizado durante mucho tiempo sin tener en cuenta el comportamiento de los varones homosexuales, a pesar de que tenerlo en cuenta sería un requisito para la elaboración de programas de prevención consecuentes[2]. En países asiáticos como Tailandia y Camboya no se incluye tampoco en los estudios epidemiológicos nacionales sobre el sida la práctica del sexo entre varones como factor de riesgo, a pesar de que el porcentaje de nuevas infecciones es dramático precisamente en el grupo de los varones homosexuales.

A pesar de ello, la pregunta por el continente africano se plantea con especial agudeza: la tercera parte de los infectados con el VIH en el

[1] Véase Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD / UNODC), *2005 Informe mundial sobre las drogas*, Publicaciones de las Naciones Unidas, Ginebra 2006. El informe puede descargarse de Internet en http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report_2005.html.

[2] Véase Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA / UNAIDS), *2006 Informe sobre la epidemia mundial de sida*, Ginebra 2006 El informe puede descargarse de Internet en http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/GR06_es.zip

mundo entero, al igual que aproximadamente la mitad de las mujeres infectadas o inmediatamente amenazadas por una infección con el virus, viven en los países situados al sur del Sahara[3]. Entretanto es posible mencionar las causas individuales de la alta tasa de infecciones: al contacto homosexual y el consumo de drogas por medio de inyecciones se agrega como causa la infección con el virus del *herpes simplex*, la no circuncisión en los hombres, la falta de utilización de preservativos, la temprana edad en que se realiza el primer encuentro sexual y, al parecer, también la vida sexual matrimonial sin protección.

La limitación de la vida sexual a la relación conyugal no se ha demostrado de forma automática como una garantía contra el sida, sino que, dadas las circunstancias, ofrece justamente la apariencia de una seguridad que no está dada en modo alguno –cosa que habría que decir también de forma más clara en el acompañamiento eclesiástico y el trabajo diacónico en África[4]–. Pero también la alta tasa de movilidad en el sur de África se encuentra entre las causas de la propagación del sida. Casi siempre, las causas de orden individual señalan hacia problemas estructurales situados en un nivel más profundo: este hecho se presenta con claridad en la falta de disposición de medios preventivos: así, el Global HIV Prevention Working Group ha calculado que, en la actualidad, en los países situados al sur del Sahara sólo pueden repartirse 3 preservativos por hombre al año, con lo cual faltan casi 2.000 millones de preservativos al año[5]. Aquí, las causas individuales –por ejemplo, la falta de cuidado en la práctica sexual– y las causas estructurales –falta de información y acceso insuficiente a los medios de prevención– se fortalecen unas a otras. Además, hay que tener en cuenta también otras causas estructurales que deberían combatirse justamente no sólo a través de la lucha contra el VIH/sida, sino a través de transformaciones sociales y culturales de alcance general. Entre tales causas se cuentan la violación de los derechos de las mujeres, por ejemplo la discriminación de las mujeres a través de las relaciones sexuales forzadas, las relaciones sexuales desprotegidas forzadas o la violencia sexual dentro y fuera del matrimonio, como del mismo modo la desigualdad en las oportunidades de formación y la negligencia para con ellas en programas de prevención con objetivos determinados. A fin de poder combatir con eficacia las causas y la propagación del sida se necesitan: primero, una preven-

[3] Ibídem.

[4] Beyrer, Chris, "HIV Epidemiology Update and Transmission Factors: Risks and Risk Contexts - 16th International Aids Conference Epidemiology Plenary", en *Clinical Infectious Diseases* 44 (2007), 981-987.

[5] Global HIV Prevention Working Group, *HIV Prevention in the Era of Expanded Treatment Access*, Kaiser Family Foundation, San Francisco 2006.

ción consecuente (y la correspondiente investigación); segundo, programas de vacunación (y la debida investigación); tercero, la investigación de formas de tratamiento para encarar también las formas resistentes del virus; y, cuarto, sistemas de distribución que lleguen hasta los afectados[6].

El contexto más amplio para la visualización de las causas tiene que ver con el continente africano en el marco de la globalización. El mundo globalizado es un mundo desordenado, entrelazado de manera injusta. Ese desorden tiene a su vez una historia.

En la primera fase de la globalización –desde fines del siglo XVII–, los territorios "nuevos", "incivilizados" o también "deshabitados" desde la perspectiva europea fueron establecidos como países dependientes. Los hombres, las culturas y las tradiciones de esas regiones o bien no llegaron a hacerse visibles o fueron hechos invisibles a través de una enérgica represión. En una segunda fase de la globalización –que es imposible delimitar cronológicamente–, los países dependientes lucharon con una nueva autoconsciencia por su independencia y la adquirieron de diferentes maneras. La tercera fase de la globalización, que vivimos actualmente, se caracteriza por *nuevos mercados* (mercados de divisas y de capitales interrelacionados a escala mundial) y *nuevos actores* (una organización de comercio mundial que tiene autoridad para emitir indicaciones frente a los gobiernos nacionales, grupos empresariales multinacionales cuyo poder económico es mayor que el de muchos Estados, y redes de organizaciones no gubernamentales que actúan más allá de las fronteras nacionales). También es nueva la *compresión del espacio y del tiempo*, en la que el tiempo se acelera mientras los espacios se contraen. Medido con la velocidad con la que nos movemos en el mundo –en el mundo real, no en el virtual–, desde Colón este mundo se ha hecho cincuenta veces más pequeño.

Para muchos países con una historia de independencia signada por la violencia, esto significa el establecimiento de dependencias nuevas y no menos violentas. Dentro de estos procesos de dependencia, independencia y nueva dependencia, la convicción de que "Occidente" creó el virus del sida para África se muestra como un intento de explicar lo doloroso e inexplicable de tal manera que la explicación se adecue por un lado a la propia experiencia histórica y, por el otro, restituya un poco de dignidad.

Semejante intento de restituir la dignidad es problemático e inestable. Separa la humanidad en víctimas definitivas y criminales definitivos y se opone a lo que es urgentemente necesario y que los países

[6] Véase OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2004*, Ginebra 2005.

del Norte deberían tener como primera inquietud: iniciar una nueva fase de la globalización en la que las luchas entre dependencia e independencia cedieran paso a una fuerte consciencia política y cultural de interdependencia. Es una consciencia de interdependencia basada en la experiencia de la vulnerable humanidad que se comparte, y que establece estructuras de justicia que da espacios a esa vulnerable humanidad compartida.

III

> *Volvamos a Christine. Los medicamentos que habría necesitado costaban exactamente el doble de lo que recibía de sueldo mensual como maestra. Calculando el cambio, ganaba unas cuatrocientas coronas por mes. Los medicamentos, en su variante más barata, costaban ochocientas coronas [...]*
>
> *En libros de historia del futuro habrá un capítulo dedicado a la acción de los grandes monopolios farmacéuticos y a sus accionistas y directores cuando la epidemia del sida hacía estragos. Pero no habrá tribunales que puedan pedir responsabilidades a los empresarios muertos.*
>
> Henning Mankell, *Ich sterbe, aber die Erinnerung lebt,* Múnich 2006, 70.

En bioética, el problema de Christine, que Henning Mankell determina con precisión, se comprende como el problema de la igualdad de oportunidades de acceso a los bienes de la salud o a los medicamentos. Lo que suena tan simple acerca de una posición ética abstracta se complica cuando la teoría de la justicia tiene en cuenta los aspectos económicos: sobre todo la investigación, el desarrollo y la producción farmacéutica están sometidas a las condiciones generales (globales) del mercado, es decir, a la competencia entre los oferentes, que han invertido previamente en investigación y desarrollo de medicamentos y que, por eso, reciben la protección de su propiedad intelectual a través de las patentes como compensación por dar acceso a las informaciones. La aplicación del principio de igualdad de tratamiento en igualdad de circunstancias, que subyace al concepto de justicia[7], necesita la orientación de la competencia, pero al mismo

[7] Para un enfrentamiento crítico con este requisito de igualdad véase A. Krebs (ed.), *Gleichheit oder Gerechtigkeit. Texte der neuen Egalitarismuskritik,* Fráncfort del Meno 2000.

tiempo no debe ponerla en peligro en el sistema económico globalizado. El problema de la injusticia en la lucha contra las enfermedades, y no sólo contra el VIH/sida, no estriba en falta de *conocimientos* sino en falta de *conducción*. Eso mismo es lo que se afirma en el informe de la OMS del año 2005 con relación a los grupos de madres, recién nacidos y niños dramáticamente subatendidos (que, en el contexto del sida, representan un grupo problemático cada vez mayor):

> No cabe ninguna duda de que se dispone de los conocimientos técnicos necesarios para responder a muchos, si no a la mayoría, de los principales problemas y riesgos relacionados con la salud y la supervivencia de la madre, el recién nacido y el niño.

Ahora bien, se ha demostrado que, con una guía mínima de la investigación sobre la salud, en las últimas décadas sólo el 1% de los fondos para investigación fueron dedicados a las enfermedades infecciosas, a pesar de que las mismas representan aproximadamente el 12% del total de las enfermedades y de que, además, la investigación ha sido ampliamente promovida por las instancias públicas. El modo en que puede plasmarse un equilibrio entre el derecho a "medicamentos esenciales", el derecho a la preservación de la libertad de investigación y la preservación de la propiedad intelectual es objeto de controversia[8]. Con urgencia se plantea la pregunta acerca del modo en que las teorías de la justicia y las teorías políticas pueden responder a la indignación que con justa razón manifiesta Mankell por la injusticia en el acceso a los medicamentos. Pero de lo que aquí se trata es que el principio de igualdad hace necesario un tratamiento de desigualdad correctiva, por ejemplo, a través de la práctica ya introducida de aplicar diferentes sistemas de precios para medicamentos.

Un ejemplo destacado puede mostrar los efectos que tiene el conflicto entre diferentes derechos en el tratamiento del sida en razón de que no se reflexiona –o no se lo hace en la medida apropiada– sobre la *relación* que existe entre derechos de libertad y derechos sociales así como sobre la *valoración* que se da a los derechos humanos.

Después del llamado Acuerdo TRIPS (Trade-Related Intellectual Property Rights) del año 1994, se regularon nuevamente los derechos

[8] Véase al respecto el Informe de la OMS sobre la propiedad intelectual, en el que se mencionan también con claridad los déficits que se generan en la atención sanitaria a través del sistema de patentes: http://www.who.int/ intellectualproperty/report/en/index.html Documento en español: http://www.who.int/entity/intellectualproperty/documents/thereport/SPPublicHealthReport.pdf

de propiedad intelectual para los Estados miembros de la OMC, de donde resultaron favorecidas las empresas farmacéuticas que querían ver compensados los costes del desarrollo de medicamentos por medio de patentes. En el año 2001, con la denominada Declaración de Doha sobre salud pública, se dio despacho a una declaración adicional con amplias consecuencias para la investigación y provisión de recursos relativas al sida[9]. Según esa declaración, en situaciones de gran necesidad está permitida la concesión de licencias obligatorias. Esa disposición fue confirmada en el año 2003 y, con ello, se allanó el camino para una mejor provisión de medicamentos, es decir, sobre todo para una provisión menos costosa. Por una parte, los Estados miembros de la OMC deben aplicar los lineamientos referidos a las patentes, o sea, por principio, colocar las innovaciones bajo la protección de las patentes. Por otra parte, sin embargo, en ese acuerdo interviene también el principio de tratamiento desigual, que forma parte de la teoría de la justicia y que exige medidas correctivas y compensatorias para el caso de un *statu quo* injusto. Este principio está contenido en el acuerdo TRIPS en cuanto se admiten licencias obligatorias que, en primer lugar, permiten la *elaboración* de genéricos para la provisión propia y, segundo, favorecen la *exportación* de genéricos a países menos desarrollados (véase el ejemplo de Brasil en este mismo número).

Pero en lugar de considerar esas disposiciones como parte integrante necesaria de una política basada en la justicia y en la compensación de las diferencias y de disponerse así a comulgar con ellas, se las consideró como concesiones a los países en desarrollo –o bien a las organizaciones no gubernamentales que abogan combativamente por ellos–. Así, se las vio más bien como un compromiso político que como una decisión orientadora basada en exigencias éticas y aplicada al plano político. Además, se ejercieron en la práctica presiones sobre los países que emplean las licencias obligatorias: las mismas se consideran como una regulación de excepción, a pesar de que la falta de provisión con bienes para la salud es la situación normal en la mayoría de las regiones afectadas por el sida. La OMS exige que el acuerdo de los Estados miembros sea implementado en lo posible en el sentido de una protección general de las patentes, lo que significa, por ejemplo, que el período de transición para licencias obligatorias expiró el 1.1.2005.

[9] Para un tratamiento extenso del tema resulta útil, por ejemplo: Frederick M. Abbott, "The WTO Medicines decision: World Pharmaceutical Trade and the Protection of Public Health", en *The American Journal of International Law* 99, nº 317 (2005) 317-358.

India es uno de los Estados que, desde el 1.1.2005, tienen un derecho de patentes que corresponde a los acuerdos TRIPS y de Doha. Este hecho está totalmente en interés del Estado, porque India tiene una pujante industria farmacéutica y posee la mayor cuota en el mercado de los genéricos exportados. Por eso, la organización "Médicos sin Fronteras" dice lo siguiente sobre la provisión con medicamentos para el sida en India:

> "Los medicamentos genéricos de India son la columna vertebral de nuestros programas contra el VIH/sida en 30 países. De los más de 80.000 pacientes a los que damos tratamiento, el 80 por ciento recibe fármacos de imitación de origen indio".

Consecuentemente, para la provisión de genéricos contra el sida sobre todo en países en desarrollo no hay problemas en la medida en que India otorgue licencias obligatorias. Ahora bien, el acuerdo TRIPS prevé un plazo de transición que ha expirado el 1.1.2005. A partir de ese momento, India está obligada a conceder la protección de patentes. Y aquí comienzan los problemas, sólo solucionados en apariencia por la declaración adicional del año 2003.

El año pasado se desencadenó un conflicto jurídico después que la Oficina de Patentes de India negara al grupo farmacéutico suizo Novartis una patente porque sólo contenía pequeñas modificaciones respecto del medicamento original[10]. En respuesta, Novartis interpuso un recurso para lograr que, a pesar de todo, se le concediera la patente. Pero una protección de patente podría hacer que el vital medicamento se tornara aún más inaccesible para la atención de pacientes como Christine:

> "Mientras que la feroz competencia en torno a los fármacos genéricos ha ayudado a que, desde el año 2000, el régimen de precios para medicamentos de primera línea contra el sida bajara en un 99% de 10.000 dólares a aproximadamente 130 dólares por paciente por año, los precios para los fármacos de segunda línea –que los pacientes necesitan cuando se desarrolla naturalmente una resistencia– siguen siendo elevados debido al incremento de las barreras de patentes en países clave en la producción de genéricos, como India.

[10] Se trata del fármaco Glivec, indicado contra la leucemia. No obstante, el proceso se considera como una suerte de modelo, puesto que tendrá también repercusión en la posibilidad de patentar medicamentos contra el sida. A propósito de la campaña de Médicos sin Fronteras véase: http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/Presse/Pressemitteilungen/2007/Pressemitteilung-2007-03-05.php (último acceso a la página: 14.3.07). Respecto de la documentación jurídica véase http://www.lawyerscollective.org/ (último acceso a la página: 14.3.07).

> En un país como Sudáfrica, donde Médicos sin Fronteras ha estado suministrando terapia antirretroviral durante cinco años, el tratamiento de 58 pacientes con fármacos de segunda línea cuesta lo mismo que el de más de 550 con fármacos de primera línea. Además, los medicamentos más recientes contra el VIH que han sido recomendados por la OMS pueden costar hasta cincuenta veces más, incluso si se los puede conseguir en esos países. Será imposible utilizar esos fármacos a no ser que la competencia de los genéricos haga descender los precios y ayude a incrementar la posibilidad de conseguirlos"[11].

Novartis argumenta de forma exactamente inversa también con el acceso a los medicamentos: para el grupo empresarial, tal acceso está garantizado justamente *a través* de la patente, y casi todos los pacientes de India tienen acceso gratuito a la terapia anticancerosa con Glivec a través del programa de ayuda para pacientes financiado por Novartis.

Independientemente del resultado que tenga este litigio, el ejemplo muestra que las personas que dependen de forma más urgente de los medicamentos pueden convertirse fácilmente en la pelota con la que juegan los intereses económicos de aquellos de quienes ellas dependen literalmente con necesidad vital. Si los grupos empresariales reciben alicientes en todos los pasos: desde la investigación y el desarrollo, pasando por la protección de patentes y, por último, en las condiciones de producción, muestran un interés comercializable por los justificados reclamos de los seres humanos de recibir un tratamiento en principio disponible. Pero si los sistemas de aliciente no resultan, los derechos quedan sin atender. Como tan a menudo ocurre, en el caso mencionado Novartis responde con el gesto de la *generosidad* (programas de ayuda para pacientes) en lugar de reconocer los *derechos* de los pacientes a recibir atención. En terminología ética, aquí se utiliza la justicia para oponerse al amor, y la obligación de virtud, no exigible, suplanta la obligación del derecho.

La indignación de Mankell se dirige en especial contra este costado de la pandemia del sida, porque los intereses económicos de las empresas no *deben* ser utilizados en contra de los derechos de los pacientes. Sólo que Mankell se queda corto cuando cita en su crítica a los "accionistas" y "directores" que no tienen que responsabilizarse ante los tribunales, personalizando de ese modo el problema. Tal personalización resulta poco útil puesto que no estamos ante un pro-

[11] Médicos sin Fronteras: http://www.accessmed-msf.org/prod/publications.asp?scntid=1411200692472&contenttype=PARA&, del 14.11.2007 (último acceso a la página: 12.3.07)

blema estructural de política económica. Lo necesario, en cambio, es una investigación y un desarrollo de medidas preventivas, de medicamentos y de acompañamiento y atención sociales realizados por la esfera pública y guiados según perspectivas éticas, es decir, una *promoción económica con exigencias orientadas por el principio de la justicia*. El hecho de que, hasta ahora, eso mismo no se realice por motivos políticos, en concreto para no poner en peligro el posicionamiento en la competencia, es *el* escándalo que la teología y la Iglesia deberían tematizar con buenos motivos *y* recurriendo a su propia tradición de doctrina social (véase el artículo de L. Cahill en este número)[12].

Los principios antropológicos reducidos a máximas de teología moral que siguen sosteniendo un ordenamiento de los sexos que reconoce como fundamento de su moral sexual la disposición fundamental de los cónyuges a la procreación y que ve su aportación más importante en la crítica de las prácticas de vida desarrolladas por los afectados, no son apropiados para reflexiones de ética política o ética social. Estas reflexiones están más interesadas en la solución de los problemas que en el sostenimiento de un orden moral abstracto. Lo que se requiere de la teología es más bien una respuesta a la injusticia estructural en forma de una teoría de la justicia motivada teológicamente, fundamentada filosóficamente y para ser implementada políticamente. La Iglesia debe urgir a respetar y promover el derecho de todo ser humano al tratamiento de su enfermedad en la medida en que se pueda contar en principio con medidas preventivas, vacunas y formas de tratamiento. Este derecho no se limita solamente a la disponibilidad *fáctica*: la carencia de posibilidades financieras no puede esgrimirse seriamente –o, por lo menos, no como argumento ético– para justificar la falta de programas. Si así fuese, el derecho humano quedaría subordinado a las condiciones económicas (y a los intereses de los actores de una determinada rama de la economía).

A largo plazo, la "opción por la justicia" significa primero la investigación, llevada a cabo con imposición de condiciones, que debe

[12] Por supuesto, en este contexto no hay que omitir la referencia al hecho de que, durante largo tiempo, la Iglesia no se ha ocupado justamente de manera crítica con las estructuras de la economía, de que, en el siglo XIX, la pregunta por la propiedad era un elemento central de la lucha contra el comunismo, y de que, en el Compendio de la Doctrina Social de la Iglesia, la pregunta por la atención sanitaria ocupa un lugar penosamente secundario. En esta última obra, la ética social se ve por el contrario tan fuertemente determinada por la perspectiva de la teología moral que su carácter genuinamente socioteórico corre peligro de desaparecer.

orientarse al estudio de las enfermedades descuidadas y de medicamentos esenciales; segundo, a medio plazo significa la revisión del sistema de patentes en la línea del informe de la OMS, que considera necesarias amplias correcciones; pero, a corto plazo, significa la fijación y, dado el caso, incluso la ampliación de las posibilidades de las licencias estatales obligatorias para la producción de fármacos genéricos; y, tercero, ayudas estructurales en el sentido del objetivo del milenio, a fin de poder combatir de manera efectiva la pobreza como un factor del surgimiento de las enfermedades y de su falta de tratamiento

IV

> *Ella había comenzado a unirse a su enfermedad y miraba a su hermana y a su hermano desde la distancia, como si estuviese en un tren y ellos en una plataforma viéndolo partir. Y, como si estuviese en un tren, sentía una mezcla de tristeza y alivio, una sorprendente y perversa satisfacción por el solo hecho de ir a alguna parte mientras que los otros quedaban atrás. […] Podía unirse a su enfermedad y no preocuparse por nada más. […]*
>
> *Cuando Zoe vio a Jamal, se fue y regresó a la habitación porque no sentía placer alguno, ni el más secreto atisbo de placer, en dejar a su hijo. Él vaciló. La miró con un rabioso destello de no reconocimiento en los ojos. Ella intentó permanecer en la habitación para él. Intentó oler con su propio perfume. ¿Estaba sonriendo? Ella levantó la mano […] y la extendió hacia Jamal. Él retrocedió y, por primera vez, Zoe escuchó una voz que no era una voz, que no hablaba con palabras sino que la atravesaba como una piedra. Déjale su terror y su odio y todo lo que él elija para recordar el amor, y déjalo en paz.*
>
> Michael Cunningham, *Flesh and Blood,* Nueva York 1995, 416s.

El morir de sida es sobre todo una cosa: morir. Pero, a menudo, es más que eso: con frecuencia es un morir a destiempo. No un morir tras una vida plena sino un morir en el que los moribundos no pueden abandonarse sin más a la muerte porque, por ejemplo en el caso de las madres, dejan demasiadas cosas y a demasiadas personas en la vida.

Y con frecuencia es un morir con estigma, un morir cargado de culpa. No se trata de la culpa existencial de una vida humana sino sólo de la culpa subjetivamente sentida de abandonar a otros. Se trata de la estigmatización social de una enfermedad "inmoral" de la que, en última instancia, a los ojos de los otros –reales o imaginados– "uno mismo es culpable".

A ambas cosas hay que poner freno.

El morir a destiempo en un mal para el que, en principio, se cuenta con remedios: está relacionado con injusticia y tratamiento desigual, un escándalo que debe ser tematizado y al que hay que poner fin.

Semejante a él es el escándalo de la estigmatización de la enfermedad y de las personas que la sufren.

Para que se produzcan estos cambios decisivos necesitamos algo más, aparte de estructuras políticas, justicia económica, fondos para la investigación y otras cosas: necesitamos historias.

Todos nosotros estamos "enredados en historias" (Schapp); las historias forman el texto y el contexto de una vida, y en el proceso hermenéutico de comprender la historia en historias, los acontecimientos se tornan experiencias.

En las historias se hacen visibles los seres humanos, que, de otro modo, permanecen ocultos detrás de números, estructuras, resultados de laboratorio.

En el gran drama que se desarrolla en el escenario del mundo y que se denomina "VIH/sida", las historias son la posibilidad de dejarnos "infectar".

Nos dejamos infectar, pero no para darle a la enfermedad una última palabra, un último derecho y una última victoria. Nos dejamos infectar por las historias de nuestros prójimos, a fin de reconocerlos como tales y, por fin, actuar.

V

> *La verdad sobre el sida es naturalmente una verdad general sobre cómo está el mundo en la actualidad. O, con otras palabras, sobre cómo permitimos que esté.*
>
> Henning Mankell, *Ich sterbe, aber die Erinnerung lebt,* Múnich 2006, 80.

(Traducido del alemán por Roberto H. Bernet)

DOCUMENTACIÓN

MENSAJE SOBRE LA CRISTOLOGÍA DE JON SOBRINO

Para nosotros, los directores de *Concilium,* y para muchas personas de todo el mundo, Jon Sobrino reflexiona sobre el mensaje cristiano de salvación de un modo que es relevante para nuestra vida de fe. Admiramos sinceramente y damos las gracias a nuestro colega y amigo, así como alabamos a Dios porque en 1989 no fuera asesinado como sus compañeros jesuitas y dos mujeres que servían en su casa de San Salvador.

Todo discurso teológico se queda corto al tratar del misterio del amor de Dios revelado en y mediante Jesucristo. Por esto, todo teólogo se encuentra siempre en proceso de aprender la plenitud de la verdad. Jon Sobrino posee una actitud teológica ejemplar, en la enseñanza y en el aprendizaje de otros, para comprender la verdad liberadora de Jesucristo, testimoniada por la comunidad de la Iglesia.

La reciente Nota emitida por la Congregación para la Doctrina de la Fe (26.11.2006, y publicada en marzo de 2007) no tiene en cuenta el desarrollo que la teología ha experimentado en los últimos cincuenta años y utiliza una argumentación deductiva que no puede hacer justicia al enfoque contextual y hermenéutico de Jon Sobrino ni tampoco a su compromiso académico con el avance exegético y teológico.

Estamos convencidos de que la Cristología de Jon Sobrino es fiel al Evangelio y de que fomenta el crecimiento teológico en la Iglesia. La Nota afirma que sus escritos contienen "notables discrepancias con la fe de la Iglesia". Podríamos preguntarnos quiénes son los teólogos cuyos puntos de vista son tomados como fundamento de esta Nota, así como el tipo de hermenéutica que quieren imponer. El caso de

Jon Sobrino tiene sus implicaciones sobre el modo en que el magisterio de la Iglesia se relaciona con los teólogos, así como también sobre el modo en que los teólogos se relacionan con la fe de los pobres del mundo. Nos hallamos comprometidos en el servicio a nuestra Iglesia, en los necesarios debates teológicos y en la solidaridad con todos los seres humanos que luchan por la justicia, la paz y la integridad de la creación.

Damos sinceramente las gracias a Jon Sobrino por sus desafiantes contribuciones y como directores de la revista *Concilium* proseguiremos nuestro diálogo con todos los que buscan la verdad y la justicia.

Firmado: Los directores de *Concilium*, Revista Internacional de Teología

Regina Ammicht-Quinn	Francfort-Alemania
Maria Clara Bingemer	Río de Janeiro-Brasil
Erik Borgman	Nimega-Países Bajos
Lisa Sowle Cahill	Boston-EE.UU.
Eamonn Conway	Limerick-Irlanda
Dennis Gira	París-Francia
Hille Haker	Francfort-Alemania
Diego Irarrazaval	Santiago-Chile
Solange Lefebvre	Montreal-Canadá
Daniel Marguerat	Lausana-Suiza
Éloi Messi Metogo	Yaoundé-Camerún
Paul D. Murray	Durham-Reino Unido
Susan Ross	Chicago-EE.UU.
Silvia Scatena	Reggio Emilia-Italia
Luiz Carlos Susin	Porto Alegre, RS-Brasil
Andrés Torres Queiruga	Santiago de Compostela-España
Marie-Theres Wacker	Münster-Alemania
Elaine Wainwright	Auckland-Nueva Zelanda
Felix Wilfred	Madrás-India

(Traducido del inglés por José Pérez Escobar)

REACCIONES A LA NOTIFICACIÓN DE LA CONGREGACIÓN VATICANA PARA LA DOCTRINA DE LA FE SOBRE LA OBRA DE JON SOBRINO

Comité Ejecutivo de la Asociación Europea de Teología Católica

Este Comité Ejecutivo ha recibido con tristeza y pesar la Notificación sobre las obras de nuestro colega salvadoreño Jon Sobrino. La Asociación se pregunta si su publicación era necesaria o deseable, puesto que parece que no sólo hace daño a un teólogo de reputado prestigio internacional, sino que también afecta negativamente a la misma disciplina de la teología.

A primera vista, el texto parece estar escrito con gran prudencia y evita claramente toda condenación de la persona. Sin embargo, una lectura más atenta pone de manifiesto algunos aspectos problemáticos, de entre los cuales el más grave y perturbador es, sin duda alguna, el hecho de que hace caso omiso de los avances teológicos de los últimos cincuenta años. Independientemente de los resultados de las investigaciones exegéticas, histórico-teológicas y de teología sistemática, el texto desarrolla una destacada argumentación deductiva que sufre de una notable carencia de toda consciencia hermenéutico-teológica. Por ejemplo, las citas de la Escritura, los documentos conciliares y las recientes intervenciones papales se unen indiscriminadamente a conceptos y argumentos teológicos de diversa procedencia. (…)

La Asociación Europea de Teología Católica teme que con esta Notificación no sólo se desacredite la obra teológica de uno de los grandes teólogos católicos, sino que también, y una vez más, se perjudique a la causa de la teología de la liberación, que, precisamente por su persistente fuerza crítica, sigue siendo relevante para la Iglesia en su totalidad.

Facultad de Teología católica, Universidad Wilhelm de Westfalia, Münster

La Facultad de Teología católica de la Universidad Wilhelm de Westfalia toma conocimiento con consternación de la sanción del teólogo salvadoreño de la liberación Jon Sobrino por parte de la Congregación para la Doctrina de la Fe. La Facultad otorgó a Sobrino en 1998 el doctorado honoris causa en razón de su obra teológica, de su compromiso por una Iglesia que viva de forma decidida la opción por los pobres así como por su testimonio personal. La Facultad no ve motivos para someter a revisión en modo alguno la alta valoración de la obra teológica y del testimonio de fe de Jon Sobrino expresada en el citado reconocimiento, y remite expresamente a la *Laudatio* pronunciada con ocasión de la promoción al doctorado de Sobrino por el Prof. Dr. Giancarlo Collet. En la misma se reconoce con énfasis la ejemplar unión de trabajo científico y compromiso valiente por la justicia y la paz.

(…)

La *Notificatio* no pronuncia tales sanciones, sino que deja la decisión al respecto en manos de las instancias eclesiásticas competentes. Cabe esperar que esas instancias den precedencia a la continuidad de la libre discusión teológica por encima de medidas que irritan más a los fieles que algunas formulaciones de aguda acentuación. De una teología que se sabe comprometida con la proclamación del reino de Dios por parte de Jesús se exige de todas maneras parcialidad. ¿De qué otro modo podría hacerse valer teológicamente tal proclamación como no fuese en la solidaridad con los pobres y oprimidos en América Latina y en el mundo entero? La Facultad de Teología católica tratará en momento oportuno de forma más extensa la sanción dictada contra Jon Sobrino.

Directiva de la Sociedad de Teología y Ciencias de la Religión (SOTER), Brasil

(…)

Nos solidarizamos con Sobrino en este momento de perplejidad y dolor. Sus escritos cristológicos no sólo han sido apreciados por el amor que revelan hacia Jesucristo y a los pobres de nuestro continente latinoamericano y caribeño, sino también porque se ve en ellos un trabajo, reconocido y ejemplar, de recorrer un camino metodoló-

gico que convierte el Evangelio de Jesucristo en algo significativo de cara a nuestra realidad. Sobrino nos quiere mostrar que, partiendo de la lectura de la plena humanidad de Jesús de Nazaret se abre el camino para reconocer de forma más profunda la dimensión divina de su ser más íntimo, que viene del Padre. El Hijo de Dios recorre ese camino desde el escondimiento, en la humildad, en su propia entrega y en la muerte solidaria con el sufrimiento del mundo, que se revela en el sufrimiento del pobre.

Lamentamos que la noción de Jesucristo "desde arriba", descendente, la que se manifiesta en la Notificación, se pretenda antagónica al esfuerzo de la teología actual, en especial de la teología de la liberación latinoamericana, de recorrer el camino "desde abajo", de forma ascendente, recuperando así el rostro histórico de Jesús y su práctica, que lo lleva a la cruz, para reconocer en él a aquel que el Padre envió como Predicador del Reino y el gran sacramento de su amor hacia nosotros.

(...)

Universidad Centroamericana de El Salvador (UCA)

Hemos recibido la Notificación, el padre Sobrino también, y lo hacemos con serenidad, respeto. (...) Ahora es conveniente repasar seis puntos positivos que recogemos desde esta experiencia.

1. No se trata de silenciar a nadie (...)
2. No hay una condena de la teología de la liberación (...)
3. No hay una condena de la teología de Jon Sobrino (...)
4. No repercute contra la teología de Mons. Romero (...)
5. No repercute contra la opción preferencial por los pobres (...)
6. La experiencia ha solidificado la solidaridad (...)

El día después de la diseminación de la Notificación sobre Jon Sobrino, varios representantes de diversas comunidades laicas expresaron su solidaridad en torno al P. Sobrino en medio de los momentos difíciles que experimentaba. Sus hermanos jesuitas también rodearon a su venerado teólogo y lo protegieron en medio de un abrazo acogedor. (...)

Junta Directiva de la Asociación de Teólogos yTeólogas Juan XXIII

1. Consideramos que la reflexión de Sobrino sobre Jesús de Nazaret es una de las más importantes e influyentes en la teología cristiana del siglo XX, que ha iluminado la fe de los creyentes e inspirado su compromiso solidario con los pobres y excluidos, al tiempo que ha contribuido a dar significación y relevancia a la figura de Jesús.

2. Una de las principales aportaciones de la cristología de Sobrino es la de recuperar la humanidad y el carácter histórico de Jesús de Nazaret, acentuando al mismo tiempo su condición divina, dentro de la mejor tradición cristiana, desde el Nuevo Testamento hasta nuestros días, como reconocen muy cualificados teólogos que han analizado minuciosamente la obra del teólogo hispano-salvadoreño.

(...)

5. La Notificación del Vaticano olvida principios teológicos oficialmente asumidos por el magisterio papal, como la Iglesia de los pobres, que fue principio inspirador de la convocatoria del concilio Vaticano II por Juan XXIII: "La Iglesia –dijo– se presenta, para los países subdesarrollados, tal como es y quiere ser, Iglesia: como iglesia de todos y, particularmente, Iglesia de los pobres".

(...)

8. Valoramos positivamente la ausencia de sanciones en la Notificación. Ahora bien, si ésas se produjeran posteriormente, las consideraríamos injustas y contrarias al Evangelio.

Nuestra solidaridad con el teólogo Jon Sobrino

Los abajo firmantes, teólogos/as, biblistas, científicos sociales, asesores/as de comunidades y pastorales de Iglesias cristianas de Brasil, manifestamos nuestra solidaridad con Jon Sobrino, teólogo residente en El Salvador, integrado en la conflictiva realidad de Centroamérica. Sobrino es autor de importantes libros que alimentan nuestra fe en Jesucristo y en el Reino de Dios. En este momento en el que el Vaticano censura su teología, expresamos públicamente nuestra confianza en el carácter evangélico de su vida y obras; nuestra tristeza por las sombras del fundamentalismo y nuestra esperanza de que prevalezcan el respeto y el espíritu de diálogo.

Claude Geffré, O.P.

Siempre he admirado a Jon Sobrino por su reinterpretación de la cristología a partir del sufrimiento inocente de los pobres de Iberoamérica. Me siento feliz y orgulloso de haber publicado hace ya veinte años su libro *Jesús en América Latina* en la colección "Cogitatio Fidei", una obra que sigue siendo actual a escala mundial. Esta Notificación tardía de la Congregación para la Doctrina de la Fe sobre la obra original de Jon Sobrino es totalmente inoportuna, pues, tras la caída del muro de Berlín, la ideología marxista ha dejado de ser una tentación para los teólogos cristianos. La gran crisis de credibilidad que atraviesa la Iglesia actual tiene más bien otras causas. En lugar de afrontar directamente la fractura cada vez mayor que se está creando en el interior de la Iglesia católica en el mundo, parece que la única urgencia del Vaticano es solucionar su contencioso con los teólogos de la liberación y reducir el *cisma* provocado por algunos miles de discípulos retrasados de Mons. Lefebvre (…).

Cristianisme i justícia

Queremos compartir con nuestros amigos y amigas unas primeras reflexiones, puesto que Jon Sobrino desde siempre ha colaborado estrechamente con nuestro Centro de Estudios Cristianisme i Justícia, y que una docena de miembros de Cristianisme i Justícia han sido o son profesores habituales de teología en el "Centro Monseñor Romero" de la Universidad Centroamericana de El Salvador, que Jon Sobrino dirige.

1. Un documento de la Congregación de la Fe no significa la desautorización total de un autor. (...)

2. No es ahora momento para entrar en todo el contenido del extenso documento romano. (...)

3. En circunstancias que pueden ser para muchos fuente de sufrimiento y hasta de escándalo, nos mueve a hacer estas reflexiones el mandato del profeta bíblico: "Consolad a mi pueblo, dice el Señor". (...)

4. Agradecemos que el documento de la Congregación de la Fe, tal como aparece hoy, no contenga, además de esas precisiones, ninguna sanción o prohibición de escribir para el P. Sobrino. (...)

5. Sentirse hoy Iglesia. (...)

Un documento como éste es un hecho que los cristianos hemos de recibir como una realidad dolorosa que forma parte de nuestra vida en la Iglesia. Como sencilla ayuda, entre otras, a esta reflexión, recomendamos la lectura del Cuaderno de nuestra colección Ayudar, de Víctor Codina: "Sentirse iglesia en el invierno eclesial".

Participantes del II Foro Mundial de Teología y Liberación www.wftl.org

Jon Sobrino, que cambió de lugar social cuando encontró al pueblo pobre y los sufrimientos de El Salvador, es nuestro maestro mayor en teología. Su obra escrita, sobre todo su cristología, resulta de una experiencia evangélica, de su "ruptura epistemológica" y su descubrimiento del "lugar teológico" que son los pobres. Y los pobres son la gran mayoría del Pueblo que es Iglesia. (...)

En términos rigurosamente cristológicos, Sobrino es el maestro que está ayudando a más de una generación a hacer el salto del dogma abstracto, del sueño dogmático, al encuentro del Cristo vivo en su contexto, en su "lugar teológico" que es el pueblo pobre.

Estamos convencidos de que si la cristología de Jon Sobrino causa alguna perturbación, ello tiene menos que ver con doctrinas dogmáticas que con actitudes prácticas. (...)

La turbación puede ser ocasión de ruptura con el formalismo dogmático que sirve al formalismo eclesiástico. Puede ser ocasión de conversión al lugar teológico de la revelación, del Reino de Dios, de la salvación. (...)

Laicos de El Salvador se solidarizan con Jon Sobrino

Agradecemos el aporte de la reflexión teológica del padre Jon, reconocemos su identificación con el testimonio de los mártires y nos solidarizamos con él, en este momento difícil (...) Celebramos que no haya ninguna amonestación, porque eso habría sido una injusticia contra quien nosotros consideramos un teólogo de la misericordia y la justicia, pero nos preocupa que estas noticias se divulguen sin tomar en cuenta el impacto que pueden causar.

Secretaría ejecutiva de la Comunidad de Educación Teológica Ecuménica Latinoamericana y Caribeña (CETELA)

(...) De cierta forma, Sobrino ha pasado a ser ahora, involuntariamente, el símbolo de un mensaje del Vaticano a los que aún recuerdan bien el Vaticano II (1962-1965) y de los encuentros de los obispos en Medellín (1968) y Puebla (1979) (...) Si la Iglesia cristiana espiritualiza así el evangelio del Crucificado que se identifica con los crucificados de nuestro tiempo, cabe preguntar si ha entendido lo que dice Mateo en su evangelio, reproduciendo las palabras de Jesús: "Tuve hambre y me disteis de comer, tuve sed y me disteis de beber, era emigrante y me acogisteis, estaba desnudo y me vestisteis, estaba enfermo y me visitasteis, estaba encarcelado y acudisteis" (Mateo 25,35s). (...) Para Sobrino, la misericordia está en el origen de lo divino y de lo humano.

Equipo de Reflexión Teológica (ERT) de la Conferencia de Religiosos de Brasil (CRB)

El Equipo de Reflexión Teológica (ERT) de la Conferencia de Religiosos de Brasil (CRB) se siente llamado a manifestarse, en el marco de la participación eclesial, tras la Notificación de la CDF respecto a la cristología de Jon Sobrino. Como religioso jesuita y teólogo vitalmente comprometido con el camino de la Vida Religiosa en América Latina, Jon Sobrino nos ha ayudado de forma considerable con sus meditaciones y elaboraciones teológicas y, de forma concreta, cristológicas. Basta recordar su iluminadora reflexión sobre la presencia de la Vida Religiosa "en el desierto, en la periferia y en la frontera", en la línea de la "vanguardia" misionera reconocida por la *Evangelii Nuntiandi.*

Conocemos la cristología de Jon Sobrino desde sus inicios, y ha reforzado el realismo del misterio de Dios presente en Jesús y en la experiencia de su seguimiento en circunstancias de inserción y solidaridad humana. Nos enseñó a ser realistas en el reconocimiento del rostro de Dios en el rostro humano del Hijo de Dios, sin problemas con el dogma cristológico (...). Por eso nos sorprende lo que menciona la CDF sobre "daños", "errores y peligros" y "discrepancia con la fe de la Iglesia" en los textos de Jon Sobrino. Porque sus escritos, por el contrario, nos han incentivado en la fe en Jesús, verdadero Dios y verdadero Hombre, así como en la coherencia de esta misma

fe ante la realidad victimadora y antievangélica a la que nos enfrentamos. Así, el régimen de "urgencia" expresado en la Notificación nos lleva a pensar que desde el principio se hizo un juicio negativo y que se pretende influir en la próxima V Conferencia General del Episcopado latinoamericano, recordándonos al mismo tiempo ciertas estrategias autoritarias de nuestra historia.

Nos gustaría entender la Notificación, en la que nos sentimos implicados, como una invitación a un debate abierto y participativo. (...)

Facultad de Teología católica de la Universidad de Viena

La condena de las obras cristológicas principales de Jon Sobrino ha causado profunda consternación en la Facultad de Teología católica de la Universidad. La Facultad ha aprendido a valorar a Jon Sobrino como un teólogo cuya vida y pensamiento están totalmente imbuidos de la experiencia de que Cristo está presente en los pobres. También la Congregación para la Doctrina de la Fe reconoce en su Notificación la "preocupación por los pobres y por los oprimidos" y las intenciones subjetivas de su obra teológica. Tanto más extraño resulta que, frente a la obra teológica de uno de los teólogos más descollantes de la actualidad, se formulen en un procedimiento acelerado gravísimos reproches. En el actual pontificado se pone una y otra vez de relieve la especial relación de la fe cristiana con la Ilustración europea. Sin embargo, la toma de posición a favor de la razón –que forma parte de la insoslayable herencia de Europa– se comprueba en el diálogo argumentativo en el que todos los implicados se exponen a la crítica. Por eso, en el trato de la Iglesia para con la teología está en juego nada menos que la credibilidad de su toma de posición a favor de la razón. En tal sentido, la Facultad de Teología católica apela enfáticamente a la Congregación para la Doctrina de la Fe y a los dignatarios eclesiásticos que se ocupan con la causa de Jon Sobrino que no recurran a medidas disciplinarias y lleven adelante el enfrentamiento con la teología de Sobrino y con la teología de la liberación en general, entre cuyos representantes principales se cuenta Sobrino, en el marco de un diálogo serio y paciente. Eso es lo que exigen, por una parte, el respeto ante la persona de Sobrino, cuyo testimonio de fe está fuera de discusión, como también, por la otra, el respeto frente a las adquisiciones de las ciencias teológicas de los últimos decenios, que son incorporadas en el trabajo de Sobrino.

Pedro Casaldáliga: La verdad, Pilatos, es...

(...)

Le escribí a Jon Sobrino recordándole que somos millones los que le acompañamos y que es, sobre todo, Jesús de Nazaret quien lo acompaña. (...) Por tu santa culpa, le decía a Jon, muchos estamos escuchando, llena de actualidad, la pregunta decisiva de Jesús: "Y vosotros, ¿quién decís que soy Yo?" Porque es al verdadero Jesús a quien queremos seguir.

Pilatos pregunta a Jesús con desdén prepotente qué es la verdad, pero no espera a la respuesta y lo entrega a la muerte y se lava las manos. Maxence van der Meersch responde a Pilatos y nos responde a todos: "La verdad, Pilatos, es estar al lado de los pobres". La religión y la política tienen que adoptar esa respuesta hasta sus últimas consecuencias. Toda la vida de Jesús es, justamente, esa misma respuesta. La opción por los pobres define toda política y toda religión. Antes era "fuera de la Iglesia no hay salvación"; después, "fuera del mundo no hay salvación". Jon Sobrino nos recuerda, una vez más, que "fuera de los pobres no hay salvación". Juan XXIII abogaba por "una Iglesia de los pobres, para que fuese la Iglesia de todos". Lo cierto es que los pobres definen, con su vida prohibida y con su muerte "antes de tiempo", la verdad o la mentira de una Sociedad, de una Iglesia. Dice nuestro Jon Sobrino: "Quien no sepa explícitamente de Dios, ya lo habrá encontrado si amó al pobre"; y eso dice repetidamente el Evangelio en la palabra y en la vida de Jesús, en su pesebre y en su calvario, en las bienaventuranzas, en las parábolas, en el juicio final.

(...)

Prof. Dr. Peter Hünermann:
El caso Jon Sobrino y la situación actual de la teología

(…) El precedente esbozo de los reproches así como la consideración de las afirmaciones y de los modos de argumentación de Jon Sobrino deberían haber aclarado al lector teológicamente formado que, con Jon Sobrino, están sentados en el banquillo de los acusados los más renombrados exégetas y teólogos sistemáticos, tanto católicos como evangélicos. En efecto, en sus escritos, Jon Sobrino desarrolla también –cosa que no ha podido ser debidamente expresada más arriba– un intenso diálogo con los colegas evangélicos y católicos del ámbito de la teología sistemática.

La Notificación establece contra su proyecto de Sobrino una cristología en la que las afirmaciones de la teología de los concilios hay que encontrarlas con identidad ya en los textos del Nuevo Testamento. Las argumentaciones se mueven completamente en los esquemas conceptuales "metafísicos" que utilizan también los concilios. Los conceptos decisivos son: la naturaleza divina y humana de Jesucristo, la unión hipostática, la doctrina de la ausencia de hipóstasis de la naturaleza humana de Jesucristo, la doctrina aristotélica de las causas en su forma escolástica. Se trata de un concentrado de cristología neoescolástica como criterio para la teología actual. De allí se explica el impacto que la *Notificatio* ha producido en los teólogos. En ese esquema no caben ni los hallazgos exegéticos elaborados ni tampoco las afirmaciones sistemáticas más recientes. Queda por responder la inquietante pregunta: ¿es ese tipo de teología –verdaderamente un "ojo de aguja"– el "portal" por el que pasa el camino del trabajo y de la investigación teológica en el futuro? Por último, esta *Notificatio* representa el primer gran acto público del nuevo prefecto de la Congregación para la Doctrina de la Fe y de su equipo de colaboradores. Pero ¿es ella también el nuevo modelo para la política de Benedicto XVI con la teología?

¿Qué surge como conclusión? Dos son las consecuencias que se imponen:

1. La relación entre el papa y los obispos por un lado y los teólogos por el otro es de una importancia insoslayable para el camino de la Iglesia hacia el futuro. La Congregación para la Doctrina de la Fe desempeña hoy la función más importante en el aseguramiento de la calidad de la teología. Ella debe cuidar de que la teología desarrolle verdaderamente la *ratio fidei.* Si desde la segunda mitad del siglo XIX se han producido una y otra vez en este punto graves conflictos que perjudican el prestigio de la Iglesia y su camino en la fe, ello no depende solamente de las personas que trabajan en ella, de su formación teológica, completa o menos profunda. Tales deficiencias intervienen como potencial de conflictos. El motivo reside esencialmente en que la Congregación para la Doctrina de la Fe, organización sucesora del Santo Oficio, sigue teniendo en el fondo la estructura de una oficina de censura de comienzos de la Edad moderna tal como las mismas existían en todos los Estados europeos. El aseguramiento moderno de la calidad en el ámbito de las ciencias tiene otra estructura, trabaja esencialmente en común con las ciencias y, en lo posible, da participación a las autoridades científicas en los procesos de decisión de la política y la administración científicas. La *ratio fidei* debe elaborarse hoy en día en una "sociedad de la formación" alta-

mente compleja, con sus graves problemas y fallos sociales, económicos y humanos. Por eso, tiene un grado de complejidad para el cual la oficina de censura del tipo antiguo no está preparada en el plano de la técnica organizacional. La Congregación para la Doctrina de la Fe necesita una inteligente reconfiguración.

2. En vista del caso particular del que aquí se trata –la condena de los escritos de Jon Sobrino–, sería más que apropiado, sería necesario, hacer que a la actual *Notificatio* siguiese una segunda –de manera semejante a lo sucedido con los pronunciamientos sobre la teología de la liberación– con una grafía diferente.

(Textos traducidos del inglés y del francés por José Pérez Escobar, del alemán por Roberto H. Bernet y del portugués por Jaione Arregi)