
Ensayo 1

Discurso profético en la era del sida

Margaret A. Farley

La Dra. Margaret A. Farley es Catedrática Emérita Gilbert L. Stark de Ética Cristiana en la Escuela de Divinidad de la Universidad de Yale.

Cuando se me pidió escribir sobre el ‘discurso profético’ en esta colección, me sentí un tanto preocupada respecto a si el término ‘profético’ ayuda a describir la tarea de prevenir la propagación del VIH o a brindar orientación para ese trabajo en nuestro mundo hoy día. El discurso profético tiene muchos significados, aun cuando de manera paradigmática se encuentra en las tradiciones de los profetas bíblicos. Estos profetas eran individuos que fueron llamados y encargados por Dios, usualmente para llevar un mensaje al pueblo de Dios, tal como Cathleen Kaveny señala en su nuevo trabajo sobre los valores y peligros del lenguaje profético en contextos éticos y políticos contemporáneos.¹ Con frecuencia, el mensaje divino tomaba la forma de crítica y reforma sociales. ‘El profeta’, aseveró el teólogo judío Abraham Heschel, ‘era un individuo que decía “No” a su sociedad, condenando los hábitos y suposiciones de ésta, su complacencia [y] voluntariedad. . . El objetivo fundamental del profeta consistía en reconciliar [a los seres humanos con] Dios.’²

¹ Cathleen M. Kaveny analiza los significados del término ‘profético’ en su ensayo “Prophecy and Casuistry: Abortion, Torture, and Moral Discourse” [“Profecía y casuística: Aborto, tortura y discurso moral”], *Villanova Law Review* 51 (2005): 499-579. Al apoyarse en eruditos bíblicos y especialistas en ética, la autora trata de llegar al corazón del asunto a fin de que el término ‘profético’ pueda corresponder a las personas y los ministerios de los profetas de la Biblia Hebrea o el Antiguo Testamento, pero cobrando nuevos matices que son relevantes en la actualidad.

² Heschel, Abraham J., *The Prophets [Los profetas]*, Vol. 1 (1969), citado en Kaveny, 506.

Desde los tiempos bíblicos, no obstante, personas y grupos han tenido un discurso ‘profético’ sin pretender ser profetas en el sentido de la Biblia Hebrea o el Antiguo Testamento – es decir, sin afirmar que de hecho poseen un mensaje o una comisión proveniente directamente de Dios. Sin embargo, al igual que los profetas bíblicos, su lenguaje y retórica suelen expresar sentencias religiosas o morales; abordan preocupaciones morales fundamentales; apelan al ‘corazón’, no sólo a la ‘cabeza’, y ofrecen la visión de un futuro que es mejor que el presente.³ El discurso profético, por consiguiente, no adquiere la forma de lo que hoy llamaríamos ‘diálogo’; pretende generar cambios profundos por el solo poder de su mensaje.

Dado que esas caracterizaciones del discurso profético son precisas, tengo algunas reservas acerca de la utilidad de éste como principal forma de promoción y defensa en lo concerniente a la prevención del VIH y el sida. Integrar múltiples enfoques a la prevención, y resolver los desacuerdos tanto respecto a los medios como a los fines, requiere de más que sentencias, de más que palabras que frenen la conversación y más (si bien no menos) que apelaciones al corazón. Aun así, dado que la prevención del VIH y sida debe por fin encarar algunas de las cuestiones más profundas de la vida y la experiencia humanas, quizás inevitablemente exista la necesidad y el potencial de que llegue a ser profética. Ninguna persona en los tiempos bíblicos ‘decidió’ ser profética; eso tampoco se puede hacer en la actualidad. Lo que sí podemos hacer es dar forma a los objetivos y acciones de prevención de tal manera que despierten y transformen a las personas en respuesta a la pandemia del VIH y sida.

En la medida en que las personas que trabajan en prevención puedan hacer esto, podrían de hecho ‘descubrir’ que han sido y son proféticas. Lo que ofreceré aquí, entonces, son tres consideraciones para el uso del discurso profético en lo concerniente a la prevención del VIH y sida de modo que realmente sea ‘profético’. Estas consideraciones se relacionan, en primer lugar, con el contexto, luego con la manera y finalmente con el contenido de tal discurso.

³ Ver Gustafson, James M., *Varieties of Moral Discourse: Prophetic, Narrative, Ethical, and Policy* [*Varietades del discurso moral: Profético, narrativo, ético y político*] (1988), citado en Kaveny, 502-507.

1. Contexto

El discurso profético tiende a surgir en contextos donde las necesidades son masivas y la injusticia impera. Indudablemente, la pandemia del VIH es tanto el resultado como el generador de esos contextos. En todas partes tenemos hermanas y hermanos a quienes les amenazan graves enfermedades o cuya enfermedad ya les llevó al borde de la muerte. Las vidas se trastornan, las familias quedan devastadas y las esperanzas comunes se ven desafiadas en todo sentido. No necesito explicar en detalle los problemas multifacéticos e interrelacionados de los que ya somos tan desgarradoramente conscientes. Abundan los problemas de justicia – desde aquéllos que tienen sus raíces en aspectos de la globalización, hasta los arraigados en patrones de género y sexuales de las relaciones; desde la pobreza local e internacional y los sufrimientos que ocasiona, hasta las terribles desigualdades por motivos de raza, geografía y clase en el acceso a medicamentos que salvan la vida.

Prevalencia del VIH

El informe *Situación de la epidemia de sida*, publicado en diciembre de 2007 por ONUSIDA y la OMS, trae buenas noticias para quienes están luchando en todos los frentes contra el VIH y el sida.⁴ La cantidad de personas que están viviendo con el VIH en el mundo parece haberse estabilizado; se calcula que el número de nuevas infecciones por VIH alcanzó su punto más alto a finales de la década de 1990 y se redujo en 2007. A simple vista, esto podría dar la impresión de que la prevención ha funcionado, al menos hasta cierto punto, y que los fuegos avasalladores de la pandemia han sido controlados. Pero al darle una mirada más minuciosa, la noticia es confusa y no lo suficientemente buena.⁵ Es confusa

⁴ ONUSIDA, *Situación de la epidemia de sida*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida y Organización Mundial de la Salud, diciembre de 2007; <http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2007/default.asp> (acceso: 31 de octubre de 2008).

⁵ La *Hoja Informativa* que acompaña al informe de ONUSIDA señala que las revisiones a la baja del número estimado de personas con VIH 'son debidas principalmente a mejoras en la metodología y la vigilancia epidemiológica en los países y a cambios en los supuestos epidemiológicos básicos que se utilizan para calcular las estimaciones'. Eso supuestamente significa que las estimaciones anteriores fueron un tanto exageradas debido a una investigación epidemiológica y demográfica menos adecuada. Ver la *Hoja Informativa* en http://data.unaids.org/pub/Report/2007/2007_fs_hiv_estimates_es.pdf (acceso: 31 de octubre de 2008).

porque puede reflejar mejores métodos de investigación epidemiológica y demográfica, pero no una reducción real de la prevalencia. Y no es lo suficientemente buena porque, sin importar cómo se presenten los datos, el hecho es que en 2007 por lo menos 33.2 millones de personas estaban viviendo con el VIH, 2.1 millones murieron a causa del sida y 2.5 millones más adquirieron la infección. Para quienes han sufrido la pandemia en el Sur global, sobre todo en el África subsahariana, la noticia sobre una menor prevalencia e incidencia es importante, pero no cambia la experiencia concreta de una situación que continúa siendo calamitosa. Cuando una mujer de Kenia con quien trabajé se enteró de la reducción de la prevalencia del VIH sugerida por el nuevo informe, movió perpleja la cabeza y dijo simplemente: ‘Podría ser porque tanta gente ha muerto’.

La Iglesia universal

El contexto para el discurso profético en lo concerniente a la prevención del VIH abarca no sólo a las sociedades sino también a las iglesias. Después de todo, los profetas bíblicos hablaron más con pueblos a los cuales pertenecían que con otros que pudieran haber estado oprimiéndolos. No hay duda de que las iglesias (así como templos y mezquitas) han estado a la vanguardia de las respuestas al VIH y sida – en algunos casos brindando más del 40 por ciento del cuidado de personas enfermas y agonizantes, además de dar pasos significativos en educación, asesoramiento y múltiples formas de apoyo. Por supuesto, se necesita más. Sin embargo, como contexto para el discurso profético, quizás el elemento más importante que apuntala cualquier respuesta amplia de las tradiciones e instituciones religiosas sea el desarrollo de una comprensión de su propia realidad. Esto implica, para las iglesias cristianas en particular, una nueva reflexión en torno al significado del cristianismo como ‘iglesia universal’. Lamentablemente, muchas personas cristianas todavía creen que ‘iglesia universal’ significa que el evangelio cristiano ha sido llevado a todos los rincones del mundo. Pero nuestro tiempo es uno en el cual el concepto de ‘iglesia universal’ tiene un contenido distinto y hace un llamado diferente. Hoy día, cada vez más personas cristianas reconocemos que el evangelio cristiano nunca tuvo el propósito de ser sólo o incluso primordialmente un evangelio europeo occidental o norteamericano exportado, como el resto de la cultura occidental, a otras partes del mundo. Por fin debemos

darnos cuenta de que la auto-revelación de Dios puede no sólo ser *recibida* en cada idioma y cultura, sino también *dada*, expresada en cada idioma y cultura. Sofocamos sus posibilidades cuando cualquier cultura alega tener un control casi total sobre sus formas.

Dos consecuencias se derivan a una mayor comprensión acerca de lo que significa ser 'iglesia universal'. La primera se vincula al hecho de que la iglesia no siempre se ha visto a sí misma de esta manera. En el pasado, el cristianismo *occidental* exportó enseñanzas (en relación, por ejemplo, a la sexualidad y la condición de las mujeres) que hoy son parte del problema con el VIH y el sida en países anteriormente misioneros. La imposición de actitudes y prácticas cuyo modelo fue la cultura occidental tuvo el efecto de desestabilizar culturas tradicionales, por ejemplo, en África. Hoy día, estas actitudes y prácticas interactúan en forma confusa con prácticas tradicionales y prácticas modernas seculares (y en gran medida occidentales), contribuyendo todas juntas a la propagación del VIH y reforzando el estigma y la vergüenza. Reconocer esto es un llamado de advertencia a todas las personas cristianas para que reexaminemos ciertas enseñanzas y actitudes, teniendo en cuenta lo que se necesita para frenar las implacables enfermedades y muertes. Dado que algunas enseñanzas de la iglesia son parte del problema, todas las personas somos responsables de una parte de la solución.

La segunda consecuencia de desarrollar comprensiones acerca de lo que significa ser 'iglesia universal' es o puede ser una mayor claridad entre todas las personas cristianas – ya sea en África, Europa, la China o los Estados Unidos – de que *todas compartimos por igual* la vida única de la iglesia, todas somos copartícipes de la Vida del Espíritu de Dios. Por lo tanto, todas estamos llamadas a sobrellevar las cargas de unas y otras cuando la iglesia en una parte del mundo se enfrenta a una terrible necesidad. Si la iglesia vive con sida, si el Cuerpo de Cristo vive con sida, entonces ninguna persona cristiana se libra de esta devastación. Siendo el VIH y el sida un problema para las iglesias de África (o de Australia, Asia Oriental, Europa o los Estados Unidos), lo es también para todas las personas. El evangelio nos llega y lo recibimos todas – todas juntas en el mundo entero; y nos llama no sólo a ayudarnos unas a otras, sino a ser solidarias con

todas, especialmente con aquellas personas cuya vulnerabilidad es mayor o que sufren más. Esta verdad caracteriza al contexto para el discurso profético, el contexto en el cual co-creyentes necesitamos una palabra profética tanto de desafío como de alivio.

2. Manera del discurso profético

Paso ahora a mi segunda consideración: la ‘manera’ de involucrarnos en un discurso profético. Lo que aquí ofrezco son declaraciones abiertas, aseveraciones en vez de argumentos completos. No presupongo que todos sean evidentes, pero los coloco sobre la mesa en una forma que sugiere que por lo menos son plausibles.

En primer lugar, aunque se conoce a las personas profetas por sus fuertes y claros llamados al arrepentimiento, sus críticas sociales e incluso sus condenas, su éxito depende de que también puedan *energizar y ofrecer esperanza*.⁶ Los profetas bíblicos se pronunciaban fuera y dentro de sus propias comunidades. Sus palabras eran transmitidas en humildad pero con convicción; finalmente, aspiraban no a condenar sino a recordarle a la gente de un futuro que dependía de memorias comunes, esperanzas compartidas y acciones presentes. La comunidad de profetas en el contexto del VIH y el sida es la comunidad humana, así como la comunidad de la iglesia.

En segundo lugar, el discurso profético en la era del sida no puede arrogarse plataformas únicas, silenciando a otras voces, como si él solo fuera suficiente. De hecho, la eficacia del discurso profético en la actualidad, sobre todo en el contexto de la prevención del VIH, podría depender de su respeto por otros modos de discurso y de la inclusión de éstos – por ejemplo, el análisis social, la evidencia empírica y el razonamiento práctico. En un contexto donde todavía nadie ha tenido éxito en descubrir la política perfecta, el remedio acertado, las personas profetas harían bien en *llamar al diálogo* y no sólo a la obediencia.

⁶ Ver Brueggemann, Walter, *The Prophetic Imagination [La imaginación profética]*. Philadelphia: Fortress Press, 1978, p. 14.

En tercer lugar, no es tan difícil despertar a muchas personas a las demandas de la calamitosa situación del VIH y el sida en el mundo. Pero sí es difícil lo que viene luego de ese despertar. Porque la compasión, cuando despierta, puede verse abrumada por el problema de 'demasiado o muy poco'. Tal como lo sintió Eliseo, la montaña puede parecer sumamente alta; o según lo vio Naamán, el Río Jordán podría parecer muy ordinario. Ante la 'montaña' del VIH y el sida, la prevención puede perfilarse como un problema inmenso, difícil, y cualquier cosa que ha de hacerse podría parecer muy poco. La paralización acecha en cada esquina. Por lo tanto, el discurso profético debe resguardar a sus oradores y a quienes lo escuchan contra la desesperación que les llama al árbol de retama y el escepticismo que desdeña a un pequeño río en una tierra extraña. Debe, por consiguiente, incluir la *especificación de formas concretas*, o acciones particulares que sean lo suficientemente actuales y posibles para que personas y grupos puedan emprenderlas.

En cuarto y último lugar, las personas profetas son moldeadas por su propia experiencia. Pero exactamente *¿de quién es la experiencia* que se necesita para tener un discurso profético en tiempos del VIH y sida? Gustavo Gutiérrez preguntó una vez: *¿Pueden las personas pobres hacer teología?*⁷ *¿Tiene la gente oprimida y creyente el derecho a pensar y hablar?* *¿Acaso no son las propias personas pobres quienes pueden re-imaginar el evangelio y reapropiarse de él?* Por supuesto, no es posible decir de dónde surgirán las y los profetas, pero se debe considerar la pregunta: *quienesquiera que lleven una palabra profética al contexto del VIH o sida, ¿no deberían estar entre esas personas las más fatalmente infectadas y afectadas?* *¿Son necesarias sus reflexiones acerca de la no necesidad de la presente situación para que el discurso profético marque una diferencia?* En caso afirmativo, *¿cómo encontrarán su voz y junto a quiénes pueden pararse al profetizar frente a los poderes de la iglesia y del mundo?*

⁷ Gutiérrez, Gustavo, "The Voice of the Poor in the Church" ["La voz de los pobres en la Iglesia"], en Sociedad Teológica Católica de Estados Unidos, *Proceedings* 33 (33a. Convención, 1978), 30-34.

3. Contenido del discurso profético en la era del VIH y sida

Llego, finalmente, a la consideración sobre el contenido del discurso profético, especialmente en lo que concierne a la promoción y defensa de la prevención. Permítanme empezar diciendo que ya tenemos personas y organizaciones proféticas en nuestro medio, por lo que no tengo la intención de tratar ya sea de replicar o sustituir su arduo trabajo ni la elocuente profecía que nos han dado. Me refiero a las contribuciones, por ejemplo, de Michael Kelly, Robert Vitillo, Alison Munro, Kevin Dowling, Musa Dube y muchas otras personas que han ponderado los requisitos de la prevención del VIH a la luz de las necesidades concretas y del panorama más amplio. También me refiero a los diseños de los programas preventivos a través de la reducción de riesgos y el remedio de vulnerabilidades que han sido desarrollados, por ejemplo, por el Consejo Mundial de Iglesias, la Alianza Ecu­ménica de Acción Mundial, CAFOD, Cáritas Internacional y Servicios Católicos de Socorro (CRS), así como ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud.⁸ Muchos de estos esfuerzos y documentos estuvieron a nuestra disponibilidad previo a que nos encontráramos en esta consulta. En conjunto, todos ellos refuerzan la necesidad de especificidad, pero también de integración y coordinación; además, se complementan mutuamente al proporcionar piezas esenciales sin las cuales la imagen no estaría completa.

Como ya dije, no quiero repetir, y ciertamente tampoco reemplazar, estos esfuerzos. Lo que haré es algo mucho más simple, más sugestivo que programático, pero señalando algo sobre el contenido para el discurso profético en la era del VIH y sida. Propongo, por lo tanto, tres observaciones un tanto distintas.

⁸ Ver especialmente "HIV Prevention From the Perspective of A Faith-Based Development Agency" ["La prevención del VIH desde la perspectiva de una agencia de desarrollo religiosa"]. Londres: Agencia Católica para el Desarrollo (CAFOD), 2004, <http://www.cafod.org.uk/resources/policy-papers/hiv/panels/resources-to-download/hiv-prevention>; "Marco de acción: Campaña de VIH y sida (2005-2008), Ginebra: Alianza Ecu­ménica de Acción Mundial (AEAM), 2005, especialmente la Meta II, <http://www.e-alliance.ch/media/media-6037.doc>; "Intensificación de la prevención del VIH. Documento de posición de política del ONUSIDA", Ginebra: ONUSIDA, 2005, http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc585-prevention%20paper_es.pdf; "Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal", Ginebra: ONUSIDA, 2007, http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2007/20070306_Prevention_guidelines.asp. (Acceso a todos los documentos: 31 de octubre de 2008.)

La primera tiene que ver con el enfoque al discurso profético siguiendo el modelo de los profetas de la Biblia Hebrea o el Antiguo Testamento. Ellos empiezan por articular su propio *pesar* y el de su pueblo – el anuncio primordial de que ‘las cosas no están bien.’⁹ La sustancia de lo que estos profetas dicen no es principalmente una reprimenda, sino una articulación del pesar y la aflicción a causa de la muerte. Su pesar está arraigado en historias del sufrimiento humano. Ésta es la clase de sufrimiento que continúa por generaciones. ‘Se oye un grito en Ramá, lamentos y amargo llanto’ (Jeremías 31:15); pueblos subyugados por otros pueblos; mujeres violadas en sus propios cuerpos y, en todas partes, las muertes incesantes.¹⁰ En las Escrituras cristianas y el Nuevo Testamento, también Jesús habló de este tipo de sufrimiento: ‘¿Pueden acaso beber el trago amargo de la copa que yo bebo?’ (Marcos 10:38). La copa es un reflejo del sufrimiento de todas las personas; por lo tanto, de toda clase de sufrimientos. Pero en el centro de esa imagen están los sufrimientos que son la consecuencia de la injusticia – los sufrimientos que no tienen por qué ocurrir, los sufrimientos que claman por un fin, no en la muerte sino en el cambio.

El discurso profético en relación a la pandemia del VIH y sida puede también empezar con nada más que el pesar. Inicia con las historias reales de personas y familias reales, de aldeas, ciudades y naciones reales, de iglesias reales. Tras estas narrativas debe venir la crítica social, si es que una gran parte del sufrimiento no tiene por qué ocurrir. ‘No más’, deben clamar las y los profetas. ‘No más’ falsos juicios, estereotipos, inculpación ni avergonzamiento. ‘No más’ explotación, indiferencia ni dominación. ‘No más’ a las condiciones de falta de libertad y de negación de dignidad y derechos. ‘No más’ a las infecciones, enfermedades y muertes que no tienen por qué ocurrir. Y las personas que escuchan ese discurso no se desesperarán siempre y cuando las y los profetas puedan imaginar con ellas el ‘siguiente paso’, la ‘nueva posibilidad’ que harán posible el cambio.

⁹ Ver Brueggemann, pp. 20-21 y otras partes del libro.

¹⁰ Ver Farley, Margaret A., *Compassionate Respect [Respeto compasivo]*. Nueva York: Paulist Press, 2002, pp. 69-71.

Mi segunda observación es que, si bien las y los profetas deben hablarles a sus propias comunidades, el trabajo de prevenir la propagación del VIH también cruza fronteras; se ha tornado esencialmente **multicultural e interreligioso**. El trabajo transcultural siempre ha sido difícil, y al intentarlo se han cometido muchísimos errores en el pasado. Por lo tanto, el discurso profético puede incluir, como parte de su tarea, tender un puente entre divisiones que han sido insuperables – culturales, raciales, de género, geográficas, religiosas, de clase. Se necesitan nuevas formas de aprendizaje y acción. Los discursos proféticos de sanación y esperanza cuestionan las asociaciones basadas en dominación y sumisión; fomentan relaciones fundamentadas en el respeto mutuo, una búsqueda de comprensión mutua y la confianza en la interdependencia. El discurso profético puede ejemplificar los aprendizajes de que: (a) no es posible simplemente transplantar las creencias y prácticas de una cultura a otra; (b) ninguna cultura debería emitir juicios generales acerca de otra; y, sin embargo, (c) nadie puede respetar de manera irreflexiva e incondicional cada práctica cultural – ya sea de su propia cultura o de otra; por lo tanto, (d) personas de diversas culturas podemos ser solidarias hacia quienes critican, en su propia cultura o una ajena, prácticas que provocan muertes humanas; y (e) todas las personas tenemos responsabilidades, cada una hacia otra y por todas las demás. Las y los profetas de la prevención deben contar historias que articulen y den vida a las esperanzas de las personas, a las posibilidades de unirse para llorar por tragedias que todas reconocen, de reír ante incongruencias que también todas reconocen, de maravillarse unas de otras y de trabajar por metas comunes.

Mi tercera observación se relaciona con aspectos de la promoción y defensa para la prevención del VIH que más comúnmente se aceptan como controversiales. Las controversias, como tantas otras personas lo han señalado, no se refieren sólo al uso del condón o al intercambio de hipodérmicas. Sus raíces son mucho más profundas. Tomando un ejemplo primordial, me centraré aquí en asuntos de la **sexualidad**. Cada vez más teólogas africanas aseveran que las tradiciones de las religiones mundiales en las que muchas de ellas están inmersas deben encontrar mejores formas de abordar los problemas del estigma, la discriminación y los prejuicios de género relacionados con la sexualidad. Con suma frecuencia, la respuesta favorita de líderes religiosos ha sido simple y vehementemente reiterar

normas morales rígidas que, de ser obedecidas, pueden proteger a las personas contra los riesgos implicados en las actividades sexuales. Resulta irónico que la mera repetición de las normas morales tradicionales a menudo sólo ha servido para aumentar la vergüenza y el estigma asociados al sida y promover juicios indebidos sobre personas y grupos (en especial las mujeres). La perpetuación de una moralidad basada predominantemente en tabúes (que por definición no son reflexivos) refuerza el patrón de castigo divino al cual el libro de Job se oponía e ignora los requisitos genuinos de justicia y verdad en las relaciones sexuales.

La crisis del VIH y sida, como ya lo señalé, presenta una situación clara en la cual las tradiciones de fe deben encarar sus propias enseñanzas sobre la sexualidad y repensar los prejuicios por motivos de género que continúan profundamente arraigados en sus enseñanzas y prácticas. Sería ingenuo creer que los patrones culturales que hacen a las mujeres vulnerables al VIH y sida no están influenciados por religiones mundiales (y viceversa) cuya presencia data de mucho tiempo en sus países. El fundamentalismo cobra diversas formas, pero muchas de éstas son peligrosas para la salud femenina. Se debe seguir cuestionando el rol que juegan las religiones patriarcales en la invisibilización de las mujeres a pese a que las responsabilidades de las mujeres son masivas y a que la propia acción de ellas puede ser crucial y fuerte.

Hace mucho tiempo llegué a la convicción de que la esfera sexual de la vida humana debe ser regida no por tabúes sino por consideraciones de justicia. También me he convencido de que lo que la justicia significa en el terreno sexual no es muy diferente a lo que significa en otros ámbitos de la vida humana, ya sean sociales, políticos o económicos. Las cuestiones de las relaciones entre personas de un mismo sexo, los condones o las relaciones maritales son cuestiones de justicia y deben ser medidas por los criterios de justicia que rigen a las relaciones humanas a nivel más general. Éstas no son cuestiones aisladas e individualistas; van a las raíces mismas de la moralidad – incluida la moralidad cristiana.¹¹ La

¹¹ Ver en Farley, Margaret A., *Just Love: A Framework for Christian Sexual Ethics* [*Amor justo: Un marco para la ética sexual cristiana*] (Nueva York: Continuum, 2006), una explicación de esto a lo que sólo puedo aludir aquí.

pregunta que debe hacerse no es si este o aquel acto sexual en lo abstracto es moralmente bueno sino, más bien, cuándo es la expresión sexual apropiada, moralmente buena y justa, en una relación de cualquier tipo. ¿Con cuáles motivos, bajo qué clase de circunstancias y en cuáles formas de relaciones entregamos nuestra persona sexual a otra en maneras que son buenas, verdaderas, correctas y justas?

El discurso profético en lo concerniente a la prevención del VIH y sida debe incorporar nuevas comprensiones acerca de la sexualidad humana y los requisitos de la justicia. Las normas para las relaciones y actividades sexuales deben tener en cuenta la realidad concreta de las personas humanas, en particular sus capacidades para la libertad y las relaciones. Es sólo dentro de un nuevo marco (por supuesto, con raíces en la tradición, aunque no claramente reconocido en ésta) que la sexualidad humana en su conjunto puede ser comprendida y es posible resolver cuestiones específicas tales como la justificación del uso de los condones.¹²

Una ética sexual que con suma frecuencia continúa cobrando la forma de una moralidad fundamentada en tabúes ha conducido a una interpretación y un rechazo de ciertos algunos para prevenir el VIH y el sida – en particular, el uso del condón – porque se los considera métodos de anticoncepción. Ello, sin embargo (y de manera trágica), pierde de vista el punto de que el uso de tales medios en este contexto no tiene nada que ver con una meta anticonceptiva; su único objetivo es evitar que la gente muera.¹³ Aplaudo el trabajo de teólogos como James Keenan acerca del uso del condón.¹⁴ Sus apelaciones a principios muy arraigados en la tradición cristiana (como la cooperación material, la tolerancia, el principio ético

¹² Ver Farley, 2006, ob. cit.

¹³ Los condones son una estrategia necesaria y no deberían constituir un problema moral. Son una estrategia necesaria pero insuficiente. Éste es un asunto que se exagera, como al que también se le resta importancia en detrimento de numerosos esfuerzos encaminados a la prevención del VIH y el sida.

¹⁴ Ver Keenan, James F. (ed.), *Catholic Ethicists on HIV/AIDS Prevention [Especialistas en ética católicos sobre la prevención del VIH/sida]*. Nueva York: Continuum, 2002. Nota de la traductora: Ver también: Catholics for a Free Choice, *El sexo en los tiempos del VIH/sida: Una guía para católicas y católicos*. Washington, DC: Catholics for a Free Choice, 2003; 1a. edición en español: 2004; <http://www.condoms4life.org/facts/pdf/elsexoentiemposdevih.pdf> (acceso: 31 de octubre de 2008).

de *epikeia*¹⁵ y el efecto doble¹⁶) revisten una enorme importancia y son, a mi criterio, sólidas. Sin embargo, debemos avanzar más. Los asuntos acerca del condón no pueden reducirse a la cuestión de ‘el menor de los males’ o incluso a la del ‘efecto doble’. Surgen sólo porque marcos más grandes para la ética sexual cristiana no han sido cuestionados – como deben serlo. Mi propia propuesta a este respecto es que las normas de la justicia para las relaciones sexuales incluyan el requisito de tratar a las personas como fines en sí mismas y el de no provocar daños injustos. También requieren, más específicamente, del libre consentimiento de ambas personas, así como de mutualidad, igualdad, cierto nivel de compromiso y alguna forma de fecundidad (aunque no necesariamente hijas e hijos biológicos). Finalmente está un requisito de justicia social en cuanto a los derechos de las personas en sus decisiones sexuales y en relación a la sociedad humana en general.¹⁷

Permítanme concluir afirmando que si las tradiciones religiosas tienen algo que decir respecto a situaciones como la pandemia del VIH, deben hablar de Dios; y deben hablar de las responsabilidades que las personas tenemos unas por otras en relación a Dios. Las palabras de esperanza y los actos de amor serán ‘verdaderos’ en la medida en que sean moldeados por la exactitud de las comprensiones acerca de la situación y por la plausibilidad en la identificación de los reclamos de justicia. Las grandes metas humanas y religiosas del respeto mutuo, la solidaridad, la justicia y la compasión llegan lentamente. Pero en algunos contextos, donde las respuestas al sufrimiento humano se tornan urgentes, donde el abandono y la muerte hacen que un lento progreso sea ‘demasiado tarde’, el rol del discurso profético se expande.

¹⁵ Nota de la traductora: Principio según el cual una ley puede ser desobedecida para alcanzar un bien mayor.

¹⁶ Nota de la traductora: La distinción entre lo considerado directamente voluntario y lo indirectamente voluntario.

¹⁷ Ver Farley, 2006, ob. cit., especialmente los capítulos 5-7.

Ensayo 2

Necesitamos intervenciones integrales y multifacéticas

Johannes Petrus Heath

El Reverendo Johannes Petrus (Japé) Heath es un sacerdote anglicano con VIH en Sudáfrica. En noviembre de 2002 co-fundó la Red Africana de Líderes Religiosos con VIH y Sida o personalmente afectados (ANERELA+). Actualmente trabaja para expandir respuestas y mensajes positivos aprendidos en África hacia otras partes del mundo.

1. No existe una cura mágica

En mis cinco años con la Red Africana de Líderes Religiosos con VIH y Sida o personalmente afectados (ANERELA+), he descubierto que existen algunos asuntos tan esenciales para la identidad de la Red que debemos enfrentarlos cada día. En primer lugar, por ejemplo, siempre ha sido un enfoque central de la misión de ANERELA+ cuestionar el estigma, la vergüenza, la discriminación, la inacción y las acciones erróneas (una combinación que ha llegado a conocerse como SSDDIM, por sus siglas en inglés). En segundo lugar, la prevención (incluyendo el desarrollo de mensajes preventivos eficaces) continúa siendo una preocupación constante de ANERELA+ y sus integrantes. Ninguno de estos asuntos ha sido resuelto. En 2007, otros 2.5 millones de personas adquirieron la infección por VIH. Los mensajes y estrategias de prevención no están llegando a la gente con tanta eficacia como debieran, e incluso algo tan poco polémico como el tratamiento para prevenir la transmisión de madre a hijo (PTMH) sólo está alcanzando al 11 por ciento de las mujeres que lo necesitan.

El carácter de largo plazo de estos retos, así como el progreso relativamente escaso que hemos hecho en el curso de los años,

constituyen una advertencia para toda persona que esté esperando que el proceso actual o cualquier otro rinda soluciones rápidas al desafío de la prevención del VIH. Por el contrario (y me duele compartir esto con ustedes), *no existe una cura mágica*. La prevención del VIH es un reto complejo y matizado que va al corazón de la identidad humana, las relaciones familiares y la vida comunitaria. Por lo tanto, en este ensayo abordaré cuatro factores separados y distintos que contribuyen a los desafíos que la prevención enfrenta. Éstos son:

- mensajes de prevención;
- factores que aumentan la vulnerabilidad;
- la pequeña proporción de personas con VIH que conocen su estado; y
- la complejidad de los retos involucrados en el cambio de conductas.

El estigma en torno al VIH y al sida es un problema de enorme importancia que socava las respuestas a estos cuatro retos; también ayuda a explicar por qué los mismos han resultado ser tan difíciles. Y ésa es la razón por la cual el primer asunto que mencioné, en el primer párrafo de este ensayo, fue el estigma.

2. Mensajes de prevención

Durante mucho tiempo, ANERELA+ ha sostenido que uno de los principales problemas con la prevención del VIH es que tiende a centrarse en sexo, sexo y más sexo. Un ejemplo de ello es el uso generalizado y muy bien publicitado del enfoque ABC a la prevención, con su orden descendente de aceptabilidad. Esta sigla, que en inglés se refiere a *Abstinence, Being faithful and Condom use*, significa ‘abstinencia, fidelidad y uso del condón’. Lo que este enfoque parece decir es: ‘Practica la abstinencia, porque cero relaciones sexuales es lo mejor; o si no puedes abstenerte de ellas, por lo menos sé fiel; y si te rehúsan a ser fiel, al menos ten la decencia de usar un condón’.

En la práctica existe una variedad de problemas con el enfoque ABC. En primer lugar, intensifica el estigma en torno al VIH y al sida al centrarse sólo en las relaciones sexuales. En segundo lugar, infunde en las personas una falsa sensación de seguridad, ya que el mensaje se convierte en: “Mientras estés en una relación fiel, no es necesario que te preocupes – tienes protección contra el VIH’. Tristemente, las cosas no son así. El Dr. Hannu Harponen, quien trabaja y enseña en Uganda, analiza información relacionada con los modos más comunes de transmisión del VIH. Las actuales cifras en Uganda, dice él, sugieren que el área de mayor transmisión es el matrimonio: el 42 por ciento de todas las nuevas infecciones por VIH en este país ocurre dentro de la santidad y seguridad del lecho matrimonial. Esto significa que la conducta de mayor riesgo posible en Uganda hoy día es el matrimonio. Por lo tanto, merece la pena examinar qué queremos decir cuando hablamos de riesgo.

Mi amigo y compañero integrante de ANERELA+, el Reverendo Canónigo Gideon Byamugisha, quien también escribió un ensayo para esta colección, ha enfatizado que existe una importante diferencia entre la *conducta* de riesgo y un *ambiente* de riesgo. Lo que esto significa, básicamente, es que si te encuentras en un ambiente donde hay una alta prevalencia de VIH, aquella conducta que en otras circunstancias habría sido considerada segura de repente adquiere un nuevo riesgo. Por lo tanto, si te centras sólo en un elemento de la cadena de transmisión, sin brindar información completa sobre todos los factores, estás desinformando a las personas y ellas no serán capaces de estimar el riesgo por sí mismas. Si la meta es prevenir la transmisión del VIH, no tiene sentido alguno hablar de ser fiel en una relación sexual sino hasta que las personas se hayan hecho conscientes de la importancia de conocer su propio estado de VIH y el de sus parejas. Esa información le posibilita a cada una tomar decisiones informadas acerca de la mejor manera de protegerse a sí misma y proteger a sus seres queridos.

3. El modelo SAVE

Es por estas razones que ANERELA+ desarrolló el modelo SAVE para la prevención del VIH. La sigla se refiere a cuatro principios clave.

S = Safer practices = prácticas más seguras

Al hablar de prácticas más seguras tratamos de abordar todas las vías de transmisión del VIH. Los factores que reducen la transmisión del virus incluirían la PTMH, la profilaxis post-exposición (PPE) y la abstinencia, pero también el retraso del inicio de las relaciones sexuales, la fidelidad mutua dentro de una relación de compromiso, el uso de microbicidas vaginales, el intercambio de agujas y jeringas esterilizadas, la terapia de sustitución oral para quienes se inyectan drogas, la circuncisión masculina, el uso del condón, sangre limpia y segura para transfusión, así como implementos estériles – no sólo para cirugías en hospitales y clínicas, sino también para escarificación cultural.

A = Available medication = disponibilidad de medicamentos

Uno de los métodos de prevención más eficaces es el uso de terapias antirretrovirales (TARV). Esto se debe a que, en aquellos casos en que la carga viral de la persona con VIH se reduce a niveles indetectables, las probabilidades de transmisión descienden a menos de 1 en 25,000. Pero no estamos hablando sólo de esta intervención médica. Es necesario tratar eficazmente las infecciones oportunistas y todas las demás infecciones de transmisión sexual (ITS). Asimismo, la buena nutrición puede considerarse una intervención médica. Las intervenciones médicas también incluyen el acceso crucial (pero raras veces proporcionado) a todos los exámenes sanguíneos necesarios. Sin una adecuada vigilancia de la eficacia de la TARV mediante pruebas de carga viral, la persona podría haber desarrollado una resistencia indetectable a los medicamentos, comprometiendo no sólo su propia salud sino la de su pareja sexual. La disponibilidad de pruebas de carga viral para bebés también es importante. En su mayoría, bebés que mueren a causa del VIH fallecen antes de cumplir dos años de edad porque la herramienta diagnóstica más comúnmente utilizada es la prueba de recuento de células CD4, que no puede determinar si un bebé está infectado por el VIH sino hasta que cumple los 18 meses. Con la prueba de carga viral, esto puede hacerse al momento del nacimiento.

V = Voluntary counselling and testing = asesoramiento y pruebas voluntarias

Es crucial que todas las personas conozcan su estado de VIH. Debemos pasar de las 'congregaciones amigables al sida' a las 'congregaciones que conocen su estado de VIH'. Que esto ocurra a través de asesoramiento y pruebas voluntarias o mediante pruebas por iniciativa de proveedores es menos importante que lograr que las personas conozcan su estado de VIH.

E = Empowerment = empoderamiento

Uno de los retos más grandes que enfrentamos en cuanto a incrementar el impacto de nuestros mensajes de prevención del VIH es la limitada capacidad de muchas personas para responder a ellos. Por ejemplo, de nada sirve decirle a una mujer que se proteja en su relación sexual si al mismo tiempo no la ayudamos a superar desigualdades de género claramente definidas en su ambiente doméstico, religioso o cultural que le impiden protegerse. Por otro lado, la mayor parte de la información sobre la prevención del VIH viene en forma escrita, a pesar de que en numerosas áreas todavía existen altos niveles de analfabetismo y, aun cuando las personas pueden leer, muchas de las publicaciones utilizan un lenguaje estigmatizador, engañoso y a menudo incorrecto. Estos dos ejemplos de la necesidad de empoderamiento me llevan al siguiente de los cuatro retos clave para la prevención.

4. Factores que aumentan la vulnerabilidad

En octubre de 2007 tuvo lugar en Ámsterdam una Reunión de Espacio Abierto para discutir la arquitectura global de la respuesta al VIH y sida. Uno de los impactos más significativos de la reunión para mí fue el modelo presentado por Gracia Violeta Ross Quiroga en relación a las corrientes de vulnerabilidad. En su modelo, ella dibujó un panorama que incrementaba la vulnerabilidad de las personas en general. Los elementos de este panorama son:

- leyes / marco legal;
- pobreza;
- marginación;

- conflictos;
- desigualdades de género;
- migración;
- violencia (sexual, psicológica, física);
- desigualdades económicas;
- falta de educación;
- homofobia; y
- racismo.

En este modelo, tales factores de vulnerabilidad son como corrientes del magma que fluyen juntas para formar esa descarga de presión que es el volcán. Tan pronto como la presión suba hasta cierto nivel, el volcán explotará. En la actualidad, la explosión del volcán son el VIH y el sida. Si por algún medio logramos taponar el volcán llamado VIH y sida, sencillamente hará efervescencia y explotará en otro lugar. La única solución efectiva a largo plazo consiste en secar el flujo de magma, y eso sólo puede ocurrir si afrontamos eficazmente los factores que incrementan la vulnerabilidad de las personas.

Permítanme ofrecer algunos ejemplos de cómo esto funciona. En enero de 2008, 40 personas que vivimos con el VIH nos reunimos en la conferencia VIH+ en Mónaco. Llegamos allá con el propósito de examinar la agenda de promoción y defensa en torno al VIH, no sólo a fin de prepararnos para la Conferencia Internacional sobre el Sida que se celebraría en agosto de ese mismo año en la Ciudad de México, sino también para ir más allá de este evento. Identificamos cuatro temas para promoción y defensa:

- prevención positiva;
- acceso universal a tratamiento, apoyo y cuidados;
- derechos a la salud sexual y reproductiva; y
- discriminación y criminalización.

Durante toda la conferencia hicimos énfasis en que ninguno de estos temas está separado de los demás. Todos tienen una fuerte interrelación. No se puede hablar de una prevención positiva sin

hablar de la disponibilidad de ‘acceso universal a tratamiento, apoyo y cuidados’, ya que el tratamiento es parte integral de la prevención. También debemos subrayar la necesidad de que estos mismos servicios sean evaluados de acuerdo a normas universales (de ahí el lema de promoción y defensa: ‘acceso universal – normas universales’).

La necesidad de normas universales parece ser tan obvia y, sin embargo, no se acepta universalmente. Daré apenas dos ejemplos. El primero proviene de la sección de ANERELA+ en Nigeria, donde tristemente perdimos a nuestro coordinador hace muy poco tiempo. Una de las razones fue que en Nigeria, como en el resto de África, no se proporcionan pruebas de carga viral. En el caso de Boniface esto significó que, aun cuando estaba tomando correcta y consistentemente sus medicamentos, él había desarrollado resistencia a los fármacos y nadie pudo percatarse de ello porque no todas las pruebas necesarias estaban disponibles. La consecuencia es que una familia ha quedado sin padre, con lo cual se incrementa la vulnerabilidad de la familia entera.

El segundo ejemplo sería el problema de la criminalización. En algunos países se está penalizando la transmisión del VIH. En primer lugar, esto significa que la salud sexual es una carga que se coloca sólo sobre la persona con VIH. Pero lo más preocupante es que, en países donde esto ocurre, surge una tendencia: las personas se están resistiendo a someterse a la prueba del VIH, sabiendo que no se les puede responsabilizar si no conocen su estado de VIH.

5. A lo sumo, sólo el 15 por ciento de las personas con VIH conoce su estado

El principal factor que contribuye al reto de frenar la transmisión del virus es que alrededor del 85 por ciento de las personas con VIH no sabe que tiene la infección, por lo que continúa llevando una vida normal y cree ser inmune al virus que está en su entorno. La mayoría de las personas se somete a la prueba del VIH sólo cuando ya está gravemente enferma. Ello significa, en la mayoría

de los casos, que estas personas habrán tenido el VIH ya durante ocho a diez años, tiempo en el cual, simplemente por no conocer ellas su propio estado, otras podrían haber sido expuestas al riesgo de adquirir la infección. Uno de los compromisos que las personas que viven positivamente con el VIH siempre están dispuestas a asumir es: '¡El VIH se detiene aquí!' Ésta es prevención positiva en acción – pero es imposible llevarla a la práctica cuando no conoces tu estado de VIH, o si no tienes acceso a los medicamentos, la nutrición, los cuidados y el apoyo que te ayudan a vivir positivamente.

Algunos de los factores que impiden que la gente se someta a la prueba son:

- *Desigualdad de género:* Una esposa tiene miedo ya sea de ir a realizarse la prueba o de pedirle a su marido que se someta a ésta porque a ella se le podría sacar de su hogar si resulta tener la infección por VIH, aunque es probable que haya sido su esposo quien le transmitió el virus.
- *Estigma, discriminación y criminalización:* Un ejemplo es que, en las cárceles, a las personas les atemoriza someterse a la prueba. Temen que las 'autoridades' lo vayan a saber, que otros reclusos se enteren y ya sea que se les aisle o incluso sus vidas corran peligro.
- *Falta de acceso a tratamiento, cuidados y apoyo:* En lugares donde éstos no están disponibles, puede haber poco incentivo para conocer tu estado de VIH pues lo único que recibirás es rechazo.
- *Restricciones de viaje:* Es mejor no someterte a la prueba del VIH porque así no tendrás que mentir sobre tu estado de VIH para obtener una visa.

Resulta evidente que una de las principales razones por las cuales la gente no procura conocer su estado de VIH es el temor al rechazo, el

aislamiento, la discriminación y todo lo demás que viene con ello. Si en verdad queremos superar este obstáculo a la prevención del VIH, tendremos que trabajar más arduamente para mejorar las condiciones en el campo de juego.

6. Los complejos retos del cambio de conductas

Uno de los más grandes retos para nuestros mensajes de prevención es la creencia tan clásicamente humana: 'Soy inmune. ¡Esto no puede ocurrirme a mí!' Por ejemplo, quizás yo crea que no necesito preocuparme de hacerme la prueba antes de contraer matrimonio porque esto no podría pasarme a mí; o que el VIH afecta sólo a jóvenes, así que no me preocupo pues soy mayor; o que el VIH afecta únicamente a personas negras, de modo que no necesito preocuparme porque soy blanco o blanca; o que el VIH afecta sólo a hombres homosexuales, y como soy heterosexual no tengo por qué preocuparme. En cada uno de estos ejemplos, una sensación de invulnerabilidad se ha convertido en nuestro principal obstáculo para tomar las decisiones acertadas. Uno de los mayores retos a la prevención del VIH es ayudar a las personas a comprender que son vulnerables al VIH *simplemente porque son humanas* (después de todo, estamos hablando del virus de inmunodeficiencia *humana*).

Creo que fue Anthony de Mello, entre otros, quien dijo que lo más inútil que podemos tratar de hacer como humanos y humanas es modificar patrones de conducta ya establecidos. Por el contrario, deberíamos procurar ir más adentro del corazón de Dios, profundizar nuestra relación con Dios, y entonces será Dios quien cambie en nuestro interior lo que Él quiera modificar. Desde una perspectiva espiritual, esto siempre me ha resultado útil. Si yo fuera capaz de cambiarme o salvarme a mí mismo, no habría habido necesidad de que Jesús viniera y me salvara.

Ello podría también ayudar a explicar por qué el cambio de conductas es tan difícil para la gente. Creo que la respuesta a este reto consiste en ayudar a las personas a adoptar conductas acertadas desde el inicio, lo que significaría involucrarnos más en enseñar sobre el VIH y el

sida, las relaciones sexuales, la sexualidad, etc., no sólo en escuelas dominicales y clases de confirmación, sino también en estudios bíblicos, sermones y cualquier foro de enseñanza que esté abierto para nosotros y nosotras.

La presión de alentar a la gente joven a desarrollar patrones de conducta deseables desde el principio no nos absuelve de trabajar más arduamente para ayudarnos no sólo a nosotros/as mismos/as sino también a otras personas a modificar los patrones de conducta existentes. Sin embargo, la clave para confrontar el comportamiento no es tener una actitud sentenciosa sino más bien compasiva, aceptadora, ayudando a las personas a ver su inmensurable valor ante los ojos de Dios. En realidad, no será posible que yo me ame sino hasta que pueda aceptar a plenitud el amor incondicional de Dios por mí; no es realmente posible mostrar amor a nuestro prójimo – con todo lo que eso requeriría en la prevención del VIH y la vida positiva – sin primero aceptar y vivir el ‘amor a mí mismo’ que la aceptación del amor de Dios significaría.

En conclusión, espero, si no he logrado otra cosa, haber sido capaz de resaltar para ustedes el hecho de que no existe una cura mágica. Por el contrario, el VIH es un asunto complejo que nos exige intervenciones integrales y multifacéticas. Una de las personas participantes en la Reunión de Espacio Abierto describió así a la sociedad civil: ‘Somos un bosque tropical, no un jardín cultivado formal’. Para mí, desde mi lugar dentro de la respuesta de la comunidad de fe al VIH, esto significa que no todas las personas tenemos que hacer todo, pero sí todas las personas debemos hacer algo.

También es más útil que nuestras intervenciones se complementen unas a otras. Si yo creo en un árbol con un pájaro posando en una de sus ramas, pero tú prefieres un árbol sin pájaro, eso no significa que derribes mi árbol o yo corte el tuyo – existe no sólo el espacio sino también la necesidad de ambos árboles en este bosque tropical nuestro. Ésta sigue siendo, para mí, una de las principales fortalezas de un mensaje de prevención como el de SAVE. Dentro de las prácticas más

seguras puede haber algunas intervenciones que desde tu particular perspectiva de fe no podrás respaldar, pero sí puedes enseñar sobre las prácticas más seguras en las que crees, de modo que podemos de consuno hablar del modelo SAVE en vez de atacarnos por nuestros diferentes enfoques. El Dr. Peter Piot, de ONUSIDA, ha dicho: 'No superaremos el VIH sin el apoyo de las comunidades de fe'. Nuestra contribución como comunidades de fe para superar los efectos del VIH en las vidas de las personas no es sólo valiosa sino también crucial para el éxito final. Y a medida que desarrollamos y refinamos aun más nuestras respuestas individuales y colectivas a la prevención del VIH, nos resultaría útil tener en mente algo muy importante:

El VIH es un virus, no una condición moral.

Ensayo 3

Cambio de conductas y el papel de la Iglesia: hacia la reducción y eliminación de riesgos

Peter Okaalet

El Dr. Peter Okaalet es Director Principal de Políticas sobre Salud, VIH y Sida en MAP Internacional.

1. No hay solución mágica

La epidemia del VIH ha puesto a prueba nuestra fe en la ciencia médica (que a menudo parece tener una cura o vacuna para todo) y también en algunas de las moralidades y estilos de vida tradicionales en que se ha dependido – en todas partes del mundo – para mantener a las comunidades y sus integrantes libres de daños. En lo que concierne a la prevención del VIH, ninguna medicina o tradición puede ofrecer una ‘cura mágica’. Ninguno de los nuevos métodos preventivos que hoy día están siendo probados tiene probabilidades de ser un cien por ciento eficaz, y todos deberán ser usados en combinación con los enfoques existentes si han de reducir la carga global de VIH y sida.

Las intervenciones que apoyan la prevención del VIH incluyen programas para cambio de conductas, pruebas de VIH, uso del condón, circuncisión masculina, tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual y los pocos métodos de prevención actualmente disponibles que pueden ser iniciados y controlados por las mujeres. No obstante, a pesar de toda la energía que se ha invertido en promover e implementar estas intervenciones, el número de nuevos casos de infección por VIH continúa aumentando. Es importante

considerar por qué ello ocurre, antes de que pasemos a reflexionar en torno al rol que juega la iglesia en este dilema.

2. Motores de la epidemia

Quiero examinar aquí tres grupos de factores que podría decirse que ‘impulsan’ a la epidemia del VIH y se agrupan bajo estas categorías: *impulsores biológicos, conductuales y culturales*. (En la siguiente sección abordo los importantes impulsores que hacen a las mujeres particularmente vulnerables.)

Los ‘impulsores biológicos’ son factores que incrementan el riesgo de que un determinado acto o episodio pueda conducir a la transmisión del VIH. Éstos incluyen la presencia de otra infección de transmisión sexual, el embarazo o un tracto genital inmaduro o lastimado. El VIH se transmite por vía sexual más fácilmente en algunas etapas del progreso de la infección; por ejemplo, durante los meses inmediatos después de haber contraído el virus, cuando la carga viral es elevada. Al parecer, algunos subtipos del virus se transmiten con mayor facilidad. Sin medicamentos apropiados, el VIH puede transmitirse de la madre a su bebé durante el embarazo y el parto. Además, una nutrición deficiente hace a las personas más susceptibles a la infección.

Los ‘impulsores conductuales’ se vinculan a las conductas de riesgo individuales. Las personas se exponen al riesgo de contraer la infección si no se protegen en su actividad sexual o tienen múltiples parejas sexuales sin protección. Las relaciones sexuales intergeneracionales conllevan un alto riesgo de transmisión del virus, así como el matrimonio precoz, una iniciación sexual temprana (o primera experiencia sexual) y el ‘coito a cambio de dinero’. El abuso del alcohol y el uso de drogas inyectables pueden conducir a prácticas sexuales riesgosas o a la utilización de otras drogas. Asimismo, se puede considerar que las situaciones de violencia contra mujeres, niñas y niños conllevan un alto riesgo de transmisión del VIH.

Al hablar de ‘impulsores culturales’ intento identificar prácticas que se presuponen tanto en grupos o comunidades particulares que

llegan a parecer una parte inmutable de una identidad cultural. En mi propio contexto africano, los impulsores culturales que ponen a la gente en un riesgo particular de adquirir el VIH incluyen la herencia de viudas, las relaciones sexuales intergeneracionales, las ceremonias de purificación o limpieza y la mutilación genital femenina. El coito en seco y otras prácticas riesgosas conducen a que aumente la probabilidad de transmisión del VIH. Varios factores especialmente explosivos pueden estar presentes en áreas donde la poligamia es común.

Estas listas de impulsores no son exhaustivas. El propósito del ejercicio es más bien resaltar que nuestros esfuerzos individuales por frenar la epidemia siempre tienen lugar en un contexto que es ya sea *hostil* o *acogedor* hacia la transmisión del VIH, y que estos factores hostiles o acogedores (que podrían variar de un contexto a otro) deben formar parte de cualquier enfoque eficaz a la prevención del VIH.

3. Mujeres y niñas

En algunas regiones severamente afectadas, dice Stephen Lewis, ex Enviado Especial de las Naciones Unidas para el VIH/Sida en África, la epidemia ha causado una ‘matanza de mujeres y niñas’.¹ Hoy día generalmente se acepta que la capacidad de una cultura o comunidad para resistirse a la transmisión del VIH se asocia a la posición que dentro de ella ocupan las mujeres.

A nivel mundial, las mujeres conforman alrededor del 46 por ciento de las personas con VIH. En África, la prevalencia del VIH en mujeres es de aproximadamente 60 por ciento y, en hombres, cerca del 40 por ciento. Además, las mujeres realizan la mayor parte del trabajo de cuidar a personas con VIH o que están muriendo debido al sida;

¹ Centro de Información de las Naciones Unidas, “AIDS scourge in Africa shows urgent need for new women’s agency: UN envoy” [“Calamidad del sida en África muestra urgente necesidad de nueva agencia para mujeres: enviado de la ONU”], 17 de marzo de 2006. Entrevista de prensa a Stephen Lewis tras una visita al sur de África; <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=17847&Cr=hiv&Cr1=aids>.

también se hacen cargo de mantener unidas a las familias y cuidan a sus propios hijos e hijas o a niños y niñas que quedan en la orfandad.

A pesar de ello, las mujeres tienen un acceso más limitado que los hombres a la información; el modelo de prevención 'ABC' no es una ayuda real para que ellas eviten contraer el VIH; la violencia contra las mujeres parece estar aumentando, y hay evidencias provenientes de todas partes del mundo de que a las mujeres con VIH se las estigmatiza mucho más que a los hombres. Si bien los hombres a menudo son el objetivo por defecto de las políticas públicas, las encuestas centinela, en las cuales se basan los datos nacionales e internacionales, son llevadas a cabo en clínicas prenatales y, por lo tanto, dan cuenta sólo de las mujeres.

Sin embargo, para las mujeres y las niñas – que son singularmente vulnerables al VIH, tanto en el plano biológico como a nivel cultural – puede ser imposible protegerse a sí mismas en un contexto particular. A pesar de los miles de millones de dólares que se han invertido en el desarrollo de tratamientos y vacunas, es indignante que aún no esté disponible para las mujeres una opción preventiva barata, eficaz y fácil de usar.

Existen numerosos factores culturales que hacen a las mujeres particularmente vulnerables. Ellas están bajo una enorme presión de mantener unido su matrimonio a toda costa. Los hombres son libres de tener relaciones sexuales extramaritales (y a menudo se espera que las tengan), pero las mujeres no pueden hacer lo mismo. Muchas personas perciben que las infecciones de transmisión sexual son enfermedades de mujeres. Y en numerosas culturas las mujeres enfrentan tabúes respecto a hablar de las relaciones sexuales y usar el tipo de lenguaje que es imposible evitar cuando se aborda la prevención del VIH.

Las mujeres y las niñas pueden ser *singularmente* vulnerables, pero no son *inevitablemente* vulnerables. En 2005, en la 14a. reunión de ICASA que tuvo lugar en Abuya, Nigeria, la Dra. Joy Ezeilo habló sobre las posibilidades de una intervención legislativa para apoyar opciones preventivas iniciadas y controladas por las mujeres, específicamente:

- afrontar la pobreza, ya que ésta exacerba el VIH/sida y viceversa;
- promover una legislación que cubra la ‘conducta’;
- asegurar que los programas de asesoramiento y pruebas voluntarias se vinculen a la disponibilidad de tratamientos antirretrovirales; y
- los gobiernos deberían seguir los ‘procesos de tres etapas’ en lo concerniente a elaborar leyes:
 - Etapa 1: formulación y promulgación
 - Etapa 2: aplicación
 - Etapa 3: evaluación.²

4. Entendiendo a la Iglesia

Entonces, ¿dónde deja esto a la Iglesia? De hecho, ¿qué podríamos decir que ‘impulsa’ a la iglesia en esta era del VIH? Y ¿cómo terminan también esos impulsores (o modificadores) de la conducta y la cultura ‘eclesiásticas’ impulsando o modificando el comportamiento de las personas? Permítanme enumerar algunos principios generales con los cuales espero que podamos estar de acuerdo.

En primer lugar, la Iglesia existe para honrar a Dios. No es un proyecto de VIH ni está ahí para honrar a un grupo de donantes.

En segundo lugar, el deseo de llevar cuidados y prevención al contexto de la relación de la Iglesia con su Creador no debería verse como un enfoque dual o uno que implique una ruptura entre lo sagrado y lo seglar.

En tercer lugar, la Iglesia sí juega un rol en moldear las actitudes y conductas de sus integrantes, tanto con su ejemplo como promoviendo la comprensión del contexto y los valores.

² Dra. Joy Ezeilo, Presentación en plenaria, “HIV/AIDS, Gender and Human Rights: How Far is Africa” [“VIH/sida, género y derechos humanos: Cuánto ha avanzado África”]. 14a. reunión de ICASA. Abuja, Nigeria, diciembre de 2005.

En cuarto lugar, la fe reviste una enorme importancia, no sólo en África sino también en el resto del mundo. Esto la convierte en una potente fuente de apoyo para aquellas personas afectadas por la necesidad de cambios, como también en una central de energía que ha de generar oración y mensajes de esperanza.

Entonces, ¿qué es la Iglesia?

En África, de donde vengo, la Iglesia cristiana está creciendo cada vez más y desarrollando una identidad africana independiente. Más aun, ahora tenemos en el continente un grupo de iglesias que entran bajo el paraguas de 'Iglesias Africanas Independientes (o Instituidas)', indicando que no están afiliadas al grupo 'regular' de iglesias que llevaron el cristianismo al África subsahariana. También debemos tomar a éstas en cuenta al tratar de definir a la 'Iglesia' en África y de acercarnos a ella.

Vemos a la Iglesia en una variedad de formas, o a través de una gama de 'lentes' distintos. Podemos pensarla sacramentalmente, como 'el Cuerpo de Cristo' (1 Corintios 12:27). Tal vez la consideremos la congregación a la cual pertenecemos. O quizás la veamos como un cuerpo administrativo y coordinador que 'lidera' a las y los fieles o juzga en cuestiones de fe. Podemos encontrarla como una organización cristiana de base comunitaria, un servicio para el desarrollo o una organización no gubernamental (ONG) apoyada por una iglesia o un grupo de iglesias cristianas. Pero sin importar cuáles de estos 'modelos' institucionales tengamos en mente al hablar de la 'iglesia', todos poseen una característica: están aquí para quedarse. Las ONG empacan su trabajo cuando los programas concluyen; las iglesias nunca dejarán la comunidad.

La Iglesia, por virtud de su presencia perdurable y multifacética, tiene un gran potencial de apoyar a las personas a que respondan a cuestiones que para ellas revisten una importancia crucial (tal vez de vida y muerte). Las iglesias moldean las actitudes de la gente y brindan servicios. Tienen la capacidad de influir en los poderosos. Unen a las personas en la oración. Se involucran en ministerios que a menudo

son proféticos. Dado que siempre están ahí, son capaces de caminar junto a las personas en el viaje de sus vidas; un viaje que no puede ser apresurado y en el cual hay, para todo, una estación. Más que nada, la Iglesia está comprometida con su gente; no sólo con algunas personas sino con todas, regularmente dejando atrás a 99 de ellas para salir en busca de la oveja perdida (Juan 10:1-18).

5. El rol de la Iglesia en la reducción de riesgos

Específicamente, entonces, ¿cuál puede ser el aporte de la Iglesia al proceso de la prevención del VIH?

La Iglesia puede sensibilizar a las personas acerca de la existencia del VIH y los riesgos que el virus presenta; también puede compartir con ellas sus mensajes educativos. Más importante aun, puede darle a la gente el regalo más habilitador; es decir, información exacta, científica y correcta. Puede hacer esto por medio de ministerios de púlpito y predicación; mediante música, danza y teatro, así como a través de canciones y testimonios. Puede alentar a las personas a que hablen abiertamente sobre las relaciones sexuales, sin lo cual es imposible una educación eficaz sobre el VIH. Puede utilizar los materiales de estudio bíblico que hoy día están disponibles. Puede y debe involucrar a las personas con VIH o sida o que están afectadas por la epidemia.

Adicionalmente, las iglesias cristianas (como ocurre con otras religiones) son instituciones basadas en valores. La prevención del VIH no es sólo cuestión de encontrar las intervenciones técnicas apropiadas: tiene que ver con los valores que la gente abraza y la eficacia con que éstos se transmiten a jóvenes. El celibato y la abstinencia fuera del matrimonio y la fidelidad marital mutua son las formas más confiables de prevenir el VIH; también son parte de las enseñanzas de la Iglesia. Es por nuestra convicción de que cada persona es creada a imagen y semejanza de Dios que procuramos erradicar el estigma y la discriminación e incluir en el nivel del liderazgo a las personas con VIH y sida.

Es porque creemos que las relaciones sexuales son parte del plan de Dios para los seres humanos que queremos ser capaces de

hablar abiertamente en nuestras iglesias y que el tema no esté cubierto bajo un manto de silencio bochornoso y culpable. Es porque creemos en la dignidad fundamental de cada hombre y mujer que procuramos eliminar la ignorancia, el analfabetismo y la pobreza. Por lo tanto, al igual que Job, empezamos con *información* y pasamos a *la comprensión, la inspiración, el discernimiento y la sabiduría* (Job 28:28).

6. ¿Qué es una ‘Iglesia competente en materia de VIH y sida’?

Teniendo todo esto en mente, ahora deberíamos estar en posición de considerar la pregunta: ¿Qué, entonces, es una ‘Iglesia competente en materia de VIH y sida’?

Una ‘Iglesia competente en materia de VIH y sida’ es, en primer lugar y más que nada, una que da la espalda a la negación y reconoce la realidad y enormidad del problema del VIH y sida. Es una Iglesia que conoce sus propias fortalezas y debilidades, y utiliza sus fortalezas como punto de partida para una respuesta más amplia. Es una iglesia que reconoce la vulnerabilidad y los riesgos y que trabaja para reducirlos. Es una Iglesia en constante aprendizaje que escucha y comparte; una Iglesia que tiene cero tolerancia del estigma y la discriminación; una Iglesia en cuyo ministerio las personas con VIH o sida están jugando un papel central. Es una Iglesia que está poniendo en práctica todo su potencial, como organización y también como congregación.

Regresamos, por lo tanto, a la imagen de la Iglesia como el Cuerpo de Cristo que responde al VIH y al sida. Debemos convertirnos en iglesias que escuchan con *orejas más grandes*, prontas a oír los retos que la gente enfrenta; iglesias compasivas, de *corazones cálidos*; iglesias con *pies veloces* que responden rápidamente a la necesidad, e iglesias que tocan con *manos ungidas*. En el Cuerpo de Cristo, las iglesias tendrán *voces fuertes*, alzadas en nombre de la gente marginada. Se orientarán por la investigación: iglesias con *mentes agudas* que buscan la verdad, plantean preguntas pertinentes y buscan respuestas relevantes.

Por esa razón utilizamos la palabra 'CRITICAL'³ como sigla para la clase de enfoque integral que debe caracterizar a una iglesia competente en materia de VIH y sida en cualquier contexto particular. En África, que es mi hogar, este tipo de enfoque unifica lo siguiente:

- Comunidad – cómo influye en nuestra sociedad;
- Religión – en qué formas permea nuestras acciones;
- Involucramiento – su significado para nosotros y nosotras;
- Técnica – capacidad técnica y lo que significa en una crisis global de salud;
- Infraestructura – qué nos plantea retos en el África rural y urbana y en otros lugares;
- Capital – por qué esto es más que dinero;
- Acceso – cómo la globalización puede impulsar a África;
- Liderazgo – qué se necesita para el éxito en todos los niveles: local, nacional, regional e internacional.

7. La necesidad y el rol de un currículo sobre VIH y sida en la educación teológica

La Iglesia ha continuado ofreciendo la muy necesaria mitigación. En una reunión realizada en Kampala, Uganda, en abril de 1994, líderes de iglesias de toda África elaboraron principios y directrices bíblicos a fin de ayudar a la Iglesia a emprender acciones para afrontar los retos planteados por la pandemia del VIH y sida. Aunque sus puntos de vista acerca del VIH y el sida pueden haber cambiado desde entonces, los principios que propusieron parecen perdurar. En la *Declaración de Kampala*, las y los líderes de iglesias afirmaron:

La iglesia es el instrumento [de Dios] para proclamar y promover la vida. [...] Creemos que Dios nos ha llamado, en este momento único

³ Nota de la traductora: Se utiliza aquí la palabra 'CRITICAL' en inglés, que significa 'crítica', con el fin de incluir también la última sigla, correspondiente al 'Liderazgo'.

en la historia, a ser instrumentos de Su esperanza y vida eterna. Su vida y esperanza pueden ser vistas aun cuando la enfermedad consume nuestros cuerpos y un virus deseca la fuerza de las personas a quienes amamos.

Rogamos al pueblo de Dios que:

- entable un diálogo a todos los niveles sociales y estructurales y
- afronte los asuntos, de modo que podamos comprender y aplicar principios de verdad en una manera que haga posible un cambio apropiado, [lo cual] debe incluir algunas prácticas culturales tradicionales, así como ciertas tendencias modernas que afectan a la familia.

Somos vigías de pie en la brecha y mayordomos de la esperanza que Dios ofreció en Cristo. El dolor y aislamiento del sida nos obligan a mostrar y ofrecer la plenitud e integralidad que se encuentran únicamente en Él. En este tiempo nuestro de debilidad, que el canon del amor de Cristo traiga sanación a las naciones.⁴

Una de las recomendaciones emanadas de la consulta sobre el VIH y sida a líderes de iglesias de toda África,⁵ organizada por el Consejo Mundial de Iglesias en 2001, fue que las personas participantes desarrollaran planes de estudio sobre el VIH y sida para instituciones teológicas cristianas. Después de todo, los colegios teológicos y bíblicos en África son el semillero de pastores y clérigos. MAP Internacional, la organización en la cual trabajo, respondió a ese clamor, por ejemplo, desarrollando *Escoger la esperanza: Ocho módulos para el currículo sobre VIH y sida*, cuyo público objetivo son las escuelas teológicas y bíblicas africanas.

⁴ Dortzbach, D. (ed.), *AIDS in Africa: The Church's Opportunity* [*Sida en África: La oportunidad de la Iglesia*]. Nairobi: MAP Internacional, 1996.

⁵ Consejo Mundial de Iglesias, Plan de acción: La respuesta ecuménica al VIH/sida en África. Ginebra: CMI, 2001; <http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-pdf/kenya-plan-of-action-esp.pdf>.

Escoger la esperanza: Ocho módulos para el currículo sobre VIH y sida

1. Comprender la esperanza a través de conocer los hechos sobre el VIH y el sida.
2. Descubrir la esperanza en la epidemia del VIH por medio de nuestra fundación bíblica.
3. Propagar la esperanza movilizándolo a la iglesia hacia ministerios de VIH y sida.
4. Generar esperanza a través del cambio de sentimientos y actitudes respecto al VIH y el sida.
5. Compartir la esperanza proporcionando cuidado pastoral a familias y comunidades afectadas por el VIH y el sida.
6. Ofrecer esperanza mediante asesoramiento pastoral sobre el VIH y el sida.
7. Dar esperanza a madres, padres y jóvenes para una vida libre de VIH y sida.
8. Ministran esperanza brindando cuidados en los hogares a personas con sida.

MAP Internacional⁶

Es importante que las personas usuarias de estos módulos, y al final las receptoras de estas enseñanzas, interpreten dichas enseñanzas y las adapten a su propio contexto cultural, organizacional, económico y educativo, bajo la autoridad de las Escrituras.

Con el paso de los años, otras organizaciones e instituciones – incluyendo el Consejo Mundial de Iglesias, la Iniciativa Ecuménica sobre el VIH/Sida

⁶ MAP Internacional, *Choosing Hope: Eight HIV and AIDS Curriculum Modules [Escoger la esperanza: Ocho módulos para el currículo sobre VIH y sida]*. Nairobi: MAP Internacional, 2003.

en África (EHAIA) y la Universidad de KwaZulu Natal – han desarrollado materiales adicionales para ser utilizados en instituciones teológicas y colegios bíblicos.

Es una obligación dotar de conocimientos y habilidades en materia de VIH y sida a futuros clérigos y pastores en las instituciones teológicas, previo a que se les asigne un puesto y al trabajo que lleguen a desempeñar en sus respectivas congregaciones y comunidades. Creo que esto ayudará mucho a diseñar respuestas eficaces a la pandemia a nivel de base – y fomentar un posible cambio de conductas – para beneficio de todas las personas.

8. Factores individuales

En esta última sección quiero decir algo sobre las respuestas individuales, personales, al reto de la prevención del VIH. Necesitamos ayuda; precisamos acompañantes en el camino; necesitamos a nuestras familias y comunidades de fe. Pero al final del día, con la ayuda de Dios, cada uno y cada una debemos asumir responsabilidad por nuestra propia persona.

El Dr. Creflo Dollar ha propuesto que veamos nuestra propia conducta en el contexto de ocho factores que determinan nuestro comportamiento y destino individuales.⁷ Éstos son:

- las *palabras* que escuchamos o leemos: ya sean en medios de comunicación, libros o la Biblia;
- nuestras *actitudes* y si son congruentes con a la actitud de Cristo (Filipenses 2:5-11);
- nuestras *emociones* y el grado al cual están influenciadas por factores externos o internos;
- la manera en que tomamos *decisiones*: si están motivadas por impulsos del momento o por metas y valores a largo plazo;

⁷ Dr. Creflo Dollar, *Entrevista*, CBN, enero de 2008.

- nuestras *acciones* y si éstas promueven o reducen el riesgo de contraer o transmitir el VIH;
- nuestros *hábitos*: con quiénes nos juntamos y qué debe cambiar;
- nuestro *carácter*, incluyendo una evaluación de quiénes somos o de lo que otras personas dicen de nosotros y nosotras;
- nuestro *destino* final: la meta hacia la cual nos está llevando el viaje de nuestra vida;

Pero esta lucha no tiene valor alguno sin Aquél que es el Fundador y la Cabeza de la Iglesia. ‘Separados de mí’, dice Jesús, ‘no pueden ustedes hacer nada’ (Juan 15:5). Jesús no tuvo sirvientes y, sin embargo, le llamaban Amo. No tenía un título, pero le llamaban Maestro. Carecía de medicinas y, no obstante, le llamaban Sanador. Aunque no tenía un ejército, los reyes le temían. No ganó batallas militares, pero conquistó al mundo. No cometió crimen alguno y, sin embargo, lo crucificaron. Fue enterrado en una tumba, pero hoy Él está vivo...

Entonces, para concluir, nunca olvidemos que es en las familias, las comunidades y las relaciones humanas, no en la soledad de nuestro propio corazón, donde se pierde o se gana la tarea de la prevención del VIH.

Ensayo 4

¿Entorno que incrementa los riesgos... o conducta individual?

Gideon Byamugisha

El Reverendo Canónigo Gideon Byamugisha es Embajador de Buena Voluntad de Christian Aid (Reino Unido) para el VIH y el sida en Sudán, África Oriental y el Cuerno de África, como también miembro de ANERELA+, la Red Africana de Líderes Religiosos con VIH y Sida o personalmente afectados.

1. La pregunta fundamental

Ustedes son testigos de nuestra desgracia. Jerusalén está en ruinas, y sus puertas han sido consumidas por el fuego. ¡Vamos, ánimo! ¡Reconstruyamos la muralla de Jerusalén para que ya nadie se burle de nosotros! *Nehemías 2:17*

Al hablar de la prevención del VIH, la pregunta que debemos hacer es: '¿Por qué la gente adquiere la infección?' Con todo lo que ya sabemos y los miles de millones de palabras que se han dicho o publicado sobre el tema, ¿por qué sigue siendo tan difícil el reto de la transmisión del virus? ¿Cómo es posible que el mundo, en su sabiduría, aún no haya encontrado una forma de frenar el VIH y sida? ¿Cómo podemos 'reconstruir la muralla de Jerusalén' y decir un '¡No!' decidido a la 'desgracia' que sufren quienes viven en ella?

En este ensayo planteo que una respuesta importante radica en la manera en que *vemos y entendemos* la transmisión del VIH y en lo que el virus ha llegado a significar. Porque la forma en que veamos y entendamos la epidemia afectará la clase de respuestas que tratemos de alentar. Afecta la manera en que vemos nuestro propio lugar en la epidemia. Y afecta a qué le atribuiremos la responsabilidad por el cambio.

De modo que la pregunta por hacer es: Al hablar de prevención, ¿deberíamos indagar acerca de la conducta individual, sobre la cual un hombre o una mujer, un niño o una niña podría no tener control alguno (en vista de los factores socioeconómicos, culturales, educativos, políticos, psicológicos, inductivos, de servicios y de habilidades que le rodean)? ¿O estamos hablando del entorno general en el que un hombre o una mujer, un niño o una niña se encuentra – el ambiente que le hace más fácil adoptar y mantener conductas y prácticas seguras, o que le dificulta adoptarlas y mantenerlas? ¿Deberíamos hablar de la *conducta* de riesgo, o más bien de los *entornos* que incrementan los riesgos? ¿O tendríamos que prestar igual atención tanto a los comportamientos riesgosos como a los contextos de riesgo?

Quiero plantear que no es posible tratar de responder estas preguntas sin antes comprender algo sobre el estigma (o lo que el profeta Nehemías llamó ‘desgracia’); es decir, sin primero aprender a percibir la forma en que el estigma sabotea y silencia un diálogo honesto sobre las dimensiones contextuales de la transmisión del VIH, así como la manera en que paraliza a aquellas personas temerosas de que ellas mismas o uno o más de sus seres queridos pudieran tener la infección por VIH.

Una dificultad para la prevención del VIH es que apenas cerca del 15 por ciento de todas las personas con VIH conoce su estado. Debido a que temen a la posibilidad de enfrentarse a una muerte rápida y angustiada, o bien de sufrir estigma, rechazo, discriminación, aislamiento o abandono, muchas no quieren saberlo. Y por las mismas razones, numerosas personas que se atreven a averiguarlo sienten una gran renuencia respecto a revelar que tienen la infección. Aquéllas que se aventuran a revelar su condición lo hacen muy tarde como para que pueda haber una prevención, un cuidado y tratamiento eficaces del VIH, a menudo porque no buscan ayuda sino hasta que es tan tarde que las intervenciones médicas no pueden marcar una diferencia en impedir nuevas transmisiones del virus ni en prevenir y postergar la muerte.

El temor al estigma conduce a la negación individual y colectiva de que existe un problema. Como resultado de ello, las personas que secretamente temen estar infectadas por el VIH (y las sociedades que

tienen suficientes razones para creer que podrían estar en riesgo) no toman las medidas necesarias para prevenir que el virus se transmita de una persona a otra. Esto incluye, por ejemplo, a las mujeres embarazadas, quienes pueden temerle más al estigma que a la posibilidad de transmitir el virus a un hijo no nacido; y abarca a las naciones o comunidades que podrían temer la pérdida de orgullo y negocios más que la posibilidad de perder millones de personas a causa de una enfermedad que, en ausencia del estigma, es prevenible y manejable.

Las familias, comunidades y naciones que estigmatizan a las personas que viven con VIH o sida o se ven afectadas por la epidemia no están haciendo sólo eso: en la práctica también están silenciando, dentro de la comunidad, todo el diálogo a partir del cual podría surgir y desarrollarse una cultura de prevención.

El estigma social puede basarse en el irracional temor al contagio, o bien en preocupaciones por los recursos, las cuales es posible manejar de manera racional y fundamentada en hechos. Puede basarse en una asociación entre la infección por VIH y la conducta, juzgada 'inmoral' o 'desviada' por integrantes de la comunidad, como ocurre con las relaciones sexuales antes o fuera del matrimonio, la prostitución, el abuso de drogas o la homosexualidad. El sida puede asociarse a la falta de fe en Dios y en los milagrosos poderes sanadores de Dios; a la incapacidad de orar o de orar bien; o al castigo por haber pecado, sobre todo a castigos vinculados a las relaciones sexuales y la sexualidad.

Comprender las fuentes y manifestaciones del estigma a nivel individual, familiar, comunitario local, nacional y global es esencial para lo que este ensayo plantea. El estigma conduce a que las personas y las sociedades emitan juicios morales simplistas, carentes de reflexión y análisis serios, acerca de la capacidad de la gente para cambiar sus conductas. Vista desde la lente del estigma, que surge de asociar la infección por VIH a la inmoralidad, ligereza y degradación sexuales, la realidad posible de que una persona pudiera haber '*sido incapaz* de optar por una conducta segura' se traduce, rápida y erróneamente, en la percepción de que '*se rehusó* a optar por una conducta segura'. Pero la diferencia clave es que esa *incapacidad* de cambio es el resultado de variables restrictivas

dentro del *ambiente* socioeconómico, cultural, educativo y político de la persona. A fin de comprender por qué esto sucede, es necesario empezar a explorar lo que entendemos por ‘comunidad’.

2. ¿Qué es la comunidad?

Usamos mucho la palabra ‘comunidad’, pero no está en absoluto claro qué queremos decir con esto. ¿Es un lugar ‘donde se reúnen dos o tres personas’? ¿Puede cualquier forma de asociación humana clasificarse como una ‘comunidad’? ¿Es mi comunidad definida por mi ciudad, o mi barrio, o mi iglesia, o mi familia extensa? ¿O la define algo enteramente diferente? ¿Pertenezco a más de una comunidad, cada cual con sus propias normas sociales y culturales, como mi grupo de pares o el lugar donde trabajo?

El objetivo de esta reflexión sobre la ‘comunidad’ es que las personas que integran una comunidad aprendan a:

- sopesar y reducir, a nivel individual y colectivo, su riesgo de adquirir el VIH y su vulnerabilidad a la infección;
- promover una prevención positiva entre personas, familias, comunidades y naciones que viven con el VIH;
- integrar asuntos relacionados con el VIH y el sida a la liturgia y la adoración de modo tal que se faciliten (o incrementen) la reflexión teológica, la oración centrada en tareas y una acción práctica encaminada a agilizar la prevención del VIH; y
- reflexionar en torno a cómo esa práctica eclesial / comunitaria puede ser fortalecida y ampliada para una mayor prevención del VIH.

Entonces, antes de definir qué queremos decir cuando hablamos de una ‘comunidad que incrementa los riesgos’ o de empezar a discutir sobre cuáles riesgos conlleva la cultura de nuestras comunidades, debemos tener la certeza de saber de qué estamos hablando, como

también de que todos y todas estamos hablando de una misma cosa. Luego, habiendo hecho eso, es necesario que reflexionemos – en el contexto de la comunidad particular que nos ocupa – sobre las prácticas, tradiciones, valores, actitudes y acontecimientos comunitarios que se suman a la problemática del VIH y cómo éstos podrían utilizarse a fin de cambiar situaciones en la comunidad. La pregunta es: ¿cómo puede aumentarse la actividad comunitaria para poder enfrentar los retos? Y al abordar esta cuestión también debemos preguntarnos: ¿cuáles (otras) actividades comunitarias deben *reducirse* si es que se han de afrontar esos retos eficazmente?

Por supuesto, cada comunidad es única; pero también existe una serie de factores a nivel comunitario que puede ayudar a explicar la rápida propagación del VIH o la dificultad de frenar la epidemia. Por lo tanto, cualquier examen de los factores que influyen en la competencia o incompetencia individual o colectiva de la comunidad en materia de prevención del VIH debería reflejar lo siguiente:

- a) *La disponibilidad o escasez de información precisa, adecuada y no prejuiciosa* acerca del VIH y el sida y de cómo el virus se propaga y no se propaga; información sobre todas las vías posibles de transmisión del virus y de todos los métodos de prevención posibles, como también de lo que las personas, familias, comunidades y naciones pueden hacer para minimizar los riesgos y frenar al VIH.

- b) *Las actitudes de las personas que integran la comunidad* tanto respecto al VIH como hacia las personas con VIH. ¿Son actitudes positivas o negativas? ¿Empoderan o inhabilitan? ¿Alientan vigilancia y una acción vigorosa para agilizar la prevención, el cuidado y tratamiento del VIH o, por el contrario, ocasionan miedo paralizador, estigma, vergüenza, negación, discriminación, inacción o acciones desacertadas? ¿Fomentan la apertura, el asesoramiento, las pruebas diagnósticas, la revelación del estado de VIH y una prevención positiva, o promueven los tipos de rechazo, acoso, maltrato y discriminación que empujan la epidemia a la clandestinidad?

- c) *La presencia o ausencia de habilidades* para que las personas que integran la comunidad pueden protegerse. ¿Saben las personas cómo negociar la abstinencia o prácticas sexuales seguras con sus parejas sexuales actuales o futuras? ¿Saben cómo almacenar, utilizar y desechar los condones correctamente? ¿Son capaces de leer y verificar la fecha de expiración de éstos? ¿Poseen la competencia, convicción y motivación personales para exigir asesoramiento y pruebas voluntarias, inyecciones estériles, circuncisión segura, transfusión sanguínea segura o la participación de las mujeres en programas para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo?
- d) *La disponibilidad o escasez de servicios de salud* para la protección personal. ¿Hay disponibilidad de servicios de prevención del VIH y, en caso afirmativo, son éstos accesibles? Los ejemplos incluyen asesoramiento y pruebas voluntarias, tratamiento para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo, suministro de condones, servicios de maternidad y parto seguros, cirugía segura, servicios dentales seguros, transfusión sanguínea segura y circuncisión segura.
- e) *La presencia o ausencia de entornos que brindan apoyo.* Los ejemplos serían aquellos ambientes que hacen que las conductas y prácticas seguras sean ampliamente aceptables, populares, fáciles de adoptar y rutinarias, a la vez de hacer que los comportamientos inseguros sean inaceptables, impopulares, difíciles de practicar e inusuales. Los factores involucrados serían psicológicos, socioeconómicos, espirituales, culturales, educativos o políticos; se los expresaría en las políticas a nivel familiar, comunitario local, nacional y global, como también en programas y asociaciones que se dirigen a propiciar relaciones más seguras, saludables, justas y prósperas.
- f) *La cantidad de VIH que circula en la comunidad.* La prevalencia del VIH en una comunidad dada podría determinar si la conducta o práctica individual (que puede parecer ‘aceptable’,

‘legal’ o ‘correcta’) es, de hecho, ‘insegura’ en ese contexto. Por otro lado, la prevalencia local podría determinar si una conducta o práctica que la comunidad considera ‘ilegal’, ‘inaceptable’ o ‘incorrecta’ es en realidad ‘de bajo riesgo’ o está ‘libre de riesgos’.

- g) *La frecuencia o infrecuencia de la exposición de integrantes de la comunidad al VIH* a través de relaciones sexuales inseguras, servicios inseguros de maternidad y parto, circuncisión insegura, inyecciones inseguras, prácticas inseguras de perforación, penetración o cortes de la piel y otros acontecimientos inseguros (voluntarios o involuntarios) que tengan lugar a nivel comunitario.
- h) *La condición de los órganos sexuales*; por ejemplo, si existen o no lesiones, cortes o abrasiones; si un hombre fue circuncidado o no, y si los órganos sexuales (sobre todo de las niñas) han madurado lo suficiente como para soportar / manejar el desgaste durante las relaciones sexuales.
- i) *El sexo de la persona* que se encuentra en riesgo de adquirir la infección (los hombres seropositivos pueden transmitir más eficientemente el VIH a las mujeres que las mujeres seropositivas a los hombres).
- j) *La salud y competencia generales del sistema inmunitario y otras variables de las personas en riesgo.*¹

A partir de lo anterior podemos apreciar a qué nos referimos al hablar de una comunidad ‘propensa’ o ‘vulnerable’ al riesgo del VIH, donde

¹ La ciencia aún está explorando el misterio de las personas que no adquieren la infección por VIH a pesar de su exposición regular al virus. Hoy día es un común conocimiento científico el hecho de que personas con VIH y cargas virales indetectables en su corriente sanguínea debidas a un tratamiento antirretroviral eficaz y de impacto no pueden transmitir el virus a otras – incluso si se vieran tentadas a hacerlo.

sus integrantes no simplemente *se rehúsan* a adoptar conductas y prácticas más seguras y saludables, sino que en la mayoría de los casos *no son capaces* de hacerlo debido a los factores ambientales que entran en juego en el contexto de la adquisición de información precisa, la formación de actitudes apropiadas, el desarrollo de habilidades y la prestación de servicios para una protección personal eficaz contra el VIH y el sida.

3. Contextualizando la prevención del VIH y el sida en la Diócesis de Namirembe, Uganda

En la sección final de este ensayo me centraré en el entorno que mejor conozco: la comunidad eclesial en la Diócesis Anglicana de Namirembe, en Uganda. Aquí hemos llegado a percatarnos de que ampliar la prevención del VIH y el sida requiere, *además* del empoderamiento de las personas para que sus conductas estén libres de riesgos o sean menos riesgosas, *también* de un minucioso análisis de los factores, vigentes en nuestras comunidades, que aumentan los riesgos (y también de aquéllos que los reducen).

Al hacer esto hemos aprendido a utilizar la Biblia en formas particulares, especialmente como lente para ‘ver’ la realidad de nuestras vidas en comunidad: empezamos con lo que de hecho está sucediendo en nuestro medio, para luego buscar la resonancia y disonancia entre la realidad y la Palabra de Dios. Hemos descubierto que existe una gran diferencia entre lo que conocemos como ‘aceptable, correcto, legal y fiel’ ante los ojos de Dios y lo que se sabe que es ‘seguro’ en el contexto del VIH y sida. Dicho de otra manera, estamos descubriendo y frustrando los planes del Maligno, documentados para nuestra conciencia, y prestando atención a lo que está escrito en Nehemías 4:11: ‘Y nuestros enemigos maquinaban: “Les caeremos por sorpresa y los mataremos; así haremos que la obra se suspenda”’.

¿Qué estamos haciendo en Namirembe para intensificar la prevención del VIH?

Estamos educando, alentando y apoyando a las personas de la comunidad para que adopten prácticas más seguras a través de:

- talleres, seminarios y sermones que generan conciencia comunitaria;
- eventos de capacitación en cambio de actitudes;
- sesión de desarrollo de habilidades para cambio de conductas, vida positiva, etc.;
- asesoramiento en contextos pre-maritales y pre/post-prueba;
- testimonios de personas de la comunidad que viven con el VIH y otras personalmente afectadas por la epidemia;
- interpretación y reinterpretación de las Escrituras a fin de aumentar su comprensión, en particular acerca de las relaciones sexuales (ver recuadro); y
- comprensión de que, cuando la Biblia dice “Bebe el agua de tu propio pozo, el agua que fluye de tu propio manantial”, no pasa luego a preguntar: ¿Qué clase de agua hay en ese pozo o manantial? ¿Es agua segura o insegura?

Estamos apoyando en la comunidad a personas con VIH o que son vulnerables a la infección para que vivan positivamente, tengan acceso a tratamiento y cuidados y participen en programas y actividades de prevención del VIH por medio de:

- un trato amoroso, cuidados y ser iglesia
- creación y fortalecimiento de clubes post-prueba del VIH, programas de cuidado en el hogar y servicios de referencia dirigidos y patrocinados por la iglesia

- campañas por una mayor cantidad de programas de tratamiento y fondos, a través de días de oración para aumentar la solidaridad; y
- oferta de tratamiento en clínicas y hospitales dirigidos y apoyados por la iglesia

Estamos alentando, financiando y multiplicando pruebas y asesoramiento voluntarios, de rutina y libres de estigma a través de:

- patrocinio de servicios móviles de asesoramiento y pruebas a comunidades alejadas de los centros de diagnóstico
- subsidio al costo de las pruebas de VIH; y
- oferta de servicios de pruebas y asesoramiento en clínicas y hospitales dirigidos por la iglesia

Estamos potenciando a niñas, niños, jóvenes, familias y comunidades con VIH o vulnerables a la infección por medio de:

- educación de pares por niñas y niños, 'Juventud Viva', 'Hijas del Rey', 'Menos Uno',² programas en escuelas dominicales, Becas para Jóvenes, Sindicato de Madres, Becas para Mujeres Cristianas y actividades en las parroquias
- apertura de espacios de liderazgo para personas con VIH o sida; y

² Nota de la traductora: El primer lunes de cada mes, desde 1998, el programa de becas 'Menos Uno', iniciado por Allen Ssekadde, esposa del Obispo de la Diócesis de Namirembe, entrega dinero a viudas de sacerdotes y líderes laicos de esta diócesis. Ellas lo han invertido en proyectos generadores de ingresos que les han hecho posible mejorar su bienestar, tales como crianza de aves, cultivo de vegetales, confección de ropa, artesanías y pequeños negocios. Algunas han regresado a la escuela formal, mientras que otras se han incorporado al Programa de Alfabetización de Personas Adultas.

- participación en la agenda nacional, regional e internacional de acción, promoción y defensa para agilizar la prevención del VIH.

Vírgenes prudentes e insensatas/os de estos tiempos

No sólo las relaciones sexuales extramaritales son 'insensatas' y 'mortales', como se enseña en Proverbios 5 y 7. En el contexto del riesgo del VIH, lo son *todos los episodios de coito desprotegido, ya sea dentro o fuera del matrimonio, con una persona de quien no se sepa con certeza que su estado de VIH es negativo*. En el contexto de Mateo 25:1-13 y en el entorno del VIH, puede haber 'vírgenes insensatas/os' que se casan sin haberse sometido a la prueba; que no insisten en el uso de condones en una situación en que no saben si el estado de VIH de su cónyuge es negativo; que no se protegen contra otras formas de adquirir la infección por VIH más allá de las relaciones sexuales, ni abogan por políticas, programas y prácticas más seguras, saludables y justas en sus ambientes socioculturales, económicos, espirituales y políticos. Por otro lado, hay 'vírgenes prudentes' que saben y aprecian que, en el contexto del riesgo y la vulnerabilidad frente al VIH, la '*fidelidad*' (como correctamente la enseña Proverbios 5:15 con la metáfora del pozo y el manantial) no siempre se traduce en '*seguridad*'; también saben que, en países y comunidades con una elevada prevalencia del VIH y ambientes de salud pública inseguros, la conducta sexual '*aceptable*' y '*correcta*' (es decir, tener relaciones sexuales sólo dentro del matrimonio) puede no ser lo *suficientemente* acertada o segura como para que una persona se proteja contra todas las vías posibles de infección y transmisión del VIH.

Creemos que este enfoque multifacético, integral y verdadero a la prevención combate los ambientes inseguros y riesgosos que reducen la vida en los ámbitos familiar, comunitario local, nacional y global. Los afronta tan agresivamente como aborda las conductas inseguras y riesgosas que disminuyen la vida a nivel individual. De esta manera infunde en las mentes, los corazones y las manos de las personas la comprensión, las habilidades y la competencia que necesitan – como hombres, mujeres, niños y niñas individuales – a fin de prevenir la propagación del VIH en sus propios entornos; pero, además, este tipo de abordaje tendrá como resultado la transformación de culturas que incrementan los riesgos en culturas que los reducen en todos los sectores, niveles y dimensiones de nuestras vidas. Y con fe decimos, junto al profeta Isaías:

Presten atención, que estoy por crear un cielo nuevo y una tierra nueva. No volverán a mencionarse las cosas pasadas, ni se traerán a la memoria.

– Isaías 65:17

Cómo el hecho de vivir con el VIH ayuda a la iglesia a interpretar la Biblia

Adrian Thatcher

El Dr. Adrian Thatcher es Catedrático de Investigación en Teología Aplicada, Universidad de Exeter, Reino Unido.

Teólogos y teólogas de todo el abanico de puntos de vista han instado a las fuentes de la teología (Biblia, tradición, razón y experiencia) a que faciliten una mejor comprensión de la pandemia del VIH. Sin embargo, a cualquiera que escarbe en la mayor parte de los materiales teológicos en torno al VIH producidos en las últimas dos décadas podría asombrarle la frecuente carga de actitudes negativas y moralistas, tanto fuera como dentro de las iglesias, hacia las personas con VIH. Tales actitudes están profundamente arraigadas y no desaparecerán por el solo hecho de ignorarlas. Lo que se necesita, por el contrario, es un análisis autocrítico honesto y una confrontación caritativa. En este ensayo intentaré dos tareas: explorar formas en que lecturas particulares de la Biblia y la tradición se han confabulado para oprimir a personas con VIH o sida, y sugerir cómo podríamos utilizar estos preciados recursos de manera más sabia al servicio de todo el pueblo de Dios.

1. ¿Cuáles silencios debemos romper?

Este ensayo fue originalmente un discurso dado en una conferencia denominada 'Rompiendo el silencio'. En efecto, es necesario preguntarnos cuáles silencios debemos romper. La literatura teológica basada en cuidar y ministrar a personas con VIH contiene numerosos

informes acerca de los obstáculos que deben ser superados antes de que el cuidado y ministerio puedan darse eficazmente. En 2003 ONUSIDA inició un 'seminario teológico' cuyo objetivo fue 'identificar los aspectos de la teología cristiana que refrendan o fomentan actitudes y comportamientos estigmatizadores hacia las personas que viven con el VIH y con sida y hacia quienes las rodean'.¹ El informe de esta reunión señala: 'Históricamente, las iglesias han utilizado a menudo la Biblia con fines de exclusión'.² En el caso de las mujeres, el riesgo de contraer la infección se incrementa sobremanera debido a 'las generalizadas desigualdades de género teóricas y prácticas [...] la desigualdad en las relaciones de poder colocan a las mujeres en una posición subordinada y las hacen sumisas a los hombres'.³

Es necesario que nos preguntemos cómo llegamos a esta situación, ya que la admisión de errores no debe impedirnos indagar en aquello que la ha ocasionado. Por ejemplo, un informe sobre mujeres religiosas en Malawi concluyó que 'los grupos religiosos hacen muy poco o nada por cambiar las desigualdades de género estructuradas socialmente'. Las instituciones religiosas 'hace poco por ayudar a las mujeres' o aliviar sus 'múltiples cargas'. De hecho, el 'trabajo pesado' de las mujeres, que es tolerado y de manera indirecta apoyado por actitudes, creencias y prácticas religiosas relacionadas con las actividades sexuales, tiene como consecuencia una conducta sexual de riesgo, en particular el trabajo sexual como medio de supervivencia.⁴

Esto mismo podría decirse de muchos otros países. Se asevera que la inflexibilidad de las enseñanzas de las iglesias en cuanto a la abstinencia sexual prematrimonial y la fidelidad marital ha subrayado

¹ ONUSIDA, *Informe de un seminario teológico enfocado al estigma relacionado con el VIH y el sida*, 8 a 11 de diciembre de 2003, Windhoek, Namibia. Ginebra: ONUSIDA, 2005, p. 11 (ONUSIDA/05.01S); http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/JC1119-Theological_es.pdf.

² ONUSIDA, p. 12.

³ Kelly, Michael J., SJ, *HIV and AIDS: A Justice Perspective [VIH y sida: Una perspectiva de justicia]*. Lusaka, Zambia: Centro Jesuita para Reflexión Teológica, 2006, p. xiv (y ver pp. 26-31).

⁴ Rankin, Sally H., Lindgren, Teri, Rankin, William W. y Ng'oma, Joyce, "Donkey Work: Women, Religion, and HIV/AIDS in Malawi" ["Trabajo pesado: Mujeres, religión y VIH/sida en Malawi"], *Health Care for Women International*, 26 [4-16], 2005, pp. 14, 13; <http://www.informaworld.com/smpp/content~db=all?content=10.1080/07399330590885803>.

la falsa suposición de que la infección por VIH es un castigo divino a la desobediencia de la ley de Dios, sin importar cómo se haya adquirido el virus.⁴ La teóloga nigeriana Teresa Okure compara al VIH con otros dos virus metafóricos, que en su opinión son incluso más peligrosos (asumiendo que eso fuera posible): uno de ellos ‘asigna a las mujeres una posición inferior a la de los hombres en la sociedad’ y el otro es la ‘injusticia económica global’.⁶

Las iglesias son unánimes (y a mi criterio tienen razón) en ensalzar el matrimonio, pero éste (como Isabel Phiri nos recuerda) ‘es también el centro del patriarcado, que construye la posición subordinada de las mujeres africanas’.⁷ Estamos fallando lamentablemente si en nuestro entusiasmo por el matrimonio no celebramos al mismo tiempo la transición de un matrimonio patriarcal a uno igualitario ni permitimos que esa ‘nueva vida en Cristo’ que proclamamos transforme de raíz nuestras desigualdades de género.

2. La Biblia como fuente de sufrimiento

Ya no podemos pasar por alto la cuestión de por qué las iglesias deben superar tanto en su propia práctica. Éste es un tema inmenso y multifacético. Planteo que parte de la respuesta es que la Biblia y nuestra tradición están profundamente implicadas en estas múltiples opresiones. La falta de poder de las esposas frente a sus maridos es una enseñanza bíblica directa, pese al hecho de que es una enorme fuente de aflicción para millones de mujeres. ‘Así como la iglesia se somete a Cristo, también las esposas deben someterse a sus esposos en todo’

⁵ Scarborough, Dorothy, “HIV/AIDS: The Response of the Church of Christ” [“VIH/sida: La respuesta de la Iglesia de Cristo”], *Journal of Constructive Theology*, 7.1, julio de 2001, pp. 3-16.

⁶ Ver Foster, Claire, “Disease, Suffering, and Sin: One Anglican’s Perspective” [“Enfermedad, sufrimiento y pecado: Una perspectiva anglicana”], *Christian Bioethics*, 12 [157-63], 2005. p. 160, resumiendo el ensayo de Okure en Golliher, J. (ed.), *Healing God’s Creation: the Global Anglican Congress on the Steward of Creation [Sanando la Creación de Dios: El Congreso Anglicano Global sobre la Mayordomía de la Creación]*. Morehouse: Harrisburg, Pensilvania, 2004; <http://www.medscape.com/medline/abstract/16864133>.

⁷ Phiri, Isabel Apawo, “HIV/AIDS: An African Theological Response in Mission” [“VIH/sida: Una respuesta teológica africana en las misiones”], *The Ecumenical Review*, 56.4 [422-31], 2004, p. 425; http://findarticles.com/p/articles/mi_m2065/is_4_56/ai_n15944461.

(Efesios 5:24). La tradición se confabula con las Escrituras al negarles a las mujeres un lugar apropiado en la liturgia, las ordenaciones sagradas o el episcopado (1 Timoteo 2:8-15). La exclusión es suficientemente mala para las personas excluidas, pero hay algo peor. Cuando el mundo percibe la insuficiencia de los argumentos a favor de un sacerdocio exclusivo y dotado de pene, ¿cómo puede la Iglesia resultarle atractiva, o incluso digna de que se le tome en serio? Peor aun, ¿cómo se ha de combatir la desigualdad entre los sexos en sus raíces teológicas cuando las propias iglesias no practican la equidad de género (aparentemente porque no creen en ella)?

Isabel Phiri asevera: 'El principal problema de la gente cristiana en África es su lectura acrítica de la Biblia'.⁸ Son lecturas bíblicas que refuerzan estas y otras lamentables políticas y prácticas. Desafortunadamente, éstas han sido las lecturas que han predominado durante tanto tiempo. Es hora de que las personas protestantes (a quienes se nos ha enseñado que el 'sentido llano' de las Escrituras puede leerse en sus páginas) aprendamos a repensar lo que hacemos con la Biblia.⁹

La literatura sobre el VIH muestra intentos considerables por leer la Biblia de manera diferente. En KwaZulu-Natal, por ejemplo, un grupo de mujeres (contando con la inspiradora orientación de Beverley Haddad) creó un sitio 'seguro y aislado', lejos de 'la vigilancia y el control del patriarcado', en el que el 'discurso oculto' de la violación, la violencia, la pobreza y la exclusión pudiera por fin llegar a filtrarse hacia 'el dominio público'. Entonces fue posible un 'estudio bíblico contextual', que requería 'el compromiso de leer la Biblia *críticamente* desde una perspectiva particular'.¹⁰ Los relatos, por ejemplo, sobre la violación de Tamar (2 Samuel 13:1-22) y la mujer que padecía hemorragias (Marcos

⁸ Phiri, p. 427.

⁹ Hoy día, a nivel mundial, el anglicanismo se está debatiendo por un asunto relacionado. A una mayoría le parece obvio que las Escrituras prohíben el amor homosexual. Para el resto de nosotros/as, estas interpretaciones son una traición al Espíritu de Cristo.

¹⁰ Haddad, Beverley, "Living It Out: Faith Resources and Sites as Critical to Participatory Learning with Rural South African Women" ["Llevarlo a la práctica: Recursos y sitios de fe, cruciales para el aprendizaje participativo con mujeres rurales sudafricanas"], *Journal of Feminist Studies in Religion*, Primavera de 2006, Vol. 22, No. 1, pp. 136, 145; <http://www.fsrinc.org/jfsr/volumes.htm>.

5:21-43) pudieron luego propiciar una extraordinaria comprensión teológica por parte de las propias participantes.¹¹

Como recurso a ser utilizado en grupos de discusión y talleres sobre la sexualidad y el VIH, Manoj Kurian aboga por un modelo de tres características para la interpretación de la Biblia: 'literal, conveniente y contextual'.¹² A él le parece que el simple uso del modelo ayuda a relativizar la literalidad y luego articular una interpretación responsable. La teóloga coreana Hyunju Bae describe la doble función 'de Jano' de la Biblia en Asia como una (bienvenida) fuente de salvación y liberación y como una (profundamente inútil) colección de textos que brindan información 'para promover el desdén cristiano hacia las religiones y culturas indígenas del "Otro"'.¹³ Bae propone 'una hermenéutica de compasión sin sesgos [...] que involucra una evaluación crítica de lo que la Biblia hizo y hace, así como una recuperación comprensiva de los significados que una persona puede construir a partir de una interpretación creativa' de ella.¹⁴ Estas micro-prácticas son admirables. Liberan del patriarcado a la Biblia. Permiten que la experiencia de sus lectores interroge al texto.

En mi más reciente libro, *El texto salvaje*, hago un esquema del mal uso de la Biblia en contra de las minorías.¹⁵ La lista incluye a homosexuales, esclavos y esclavas, personas de color, mujeres, niñas y niños, brujas, personas con discapacidad, personas judías, etc. Dos breves ejemplos deben ser suficientes. El primero es la narrativa, en Génesis, que describe la maldición de Cam/Canaán (Génesis 9:18-27). En 1862,

¹¹ Haddad, pp. 146-53.

¹² Kurian, Manoj, "The HIV and AIDS Pandemic: Changing Perceptions on Sexuality in Faith Communities" ["La pandemia del VIH y del sida: Percepciones cambiantes acerca de la sexualidad en las comunidades de fe"], *The Ecumenical Review*, 56.4, octubre de 2004 [432-6], p. 435; http://findarticles.com/p/articles/mi_m2065/is_4_56/ai_n15944464.

¹³ Bae, Hyunju, "Dancing around Life: An Asian Woman's Perspective" ["Bailando alrededor de la vida: Perspectiva de una mujer asiática"], *The Ecumenical Review*, 56.4, octubre de 2004 [390-403], pp. 390-1; http://findarticles.com/p/articles/mi_m2065/is_4_56/ai_n14919372.

¹⁴ Bae, p. 391 (las cursivas son del autor).

¹⁵ Thatcher, Adrian, *The Savage Text: The Use and Abuse of the Bible [El texto salvaje: Uso y abuso de la Biblia]*, Malden, Massachusetts, y Oxford, Reino Unido: Blackwell-Wiley, octubre de 2008; <http://www.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-1405170174.html>.

un nombre nacido en los Estados Unidos, hijo de esclavos liberados, aseveró que la maldición divina sobre la gente negra era la ‘opinión general, casi universal, del mundo cristiano’. Él la encontró:

...en libros escritos por hombres instruidos; y se repite en disertaciones, discursos, sermones y conversaciones comunes. Tan fuerte y tenaz es el asimiento que ha hecho de la mente del mundo cristiano, que parece casi imposible desarraigarla. De hecho, una conclusión casi inevitable es que la raza negra es una raza maldita, vencida, incluso en el presente, bajo la carga de una maldición ancestral.¹⁶

Éste es un aterrador testimonio del poder de la Biblia, entendido inadecuadamente, de respaldar lecturas vergonzosas que justifican actos horribles de crueldad, injusticia y asesinato. El segundo ejemplo es la matanza de brujas en Escocia por presbiterianos escoceses. En este pueblo pequeño y subpoblado, entre 1590 y 1670 la Iglesia Protestante aseguró la muerte de más de mil víctimas (sin contar centenares más que se suicidaron o murieron a la espera de un juicio).¹⁷ Uno de los ‘motores’ de esta persecución fue el texto bíblico ‘No dejes con vida a ninguna hechicera’ (Éxodo 22:18).

El trato estigmatizador hacia las personas con VIH responde a una larga y triste tradición de exégesis bíblica, hallada en el lado más oscuro del cristianismo, que convierte a la Biblia en un texto salvaje. Esa tradición contra-cristiana habita en el corazón mismo del cristianismo. Al encararla, es necesario que volvamos a discernir entre, por un lado, el Dios-Verbo hecho carne en Jesucristo Su Hijo unigénito (Juan 1:14) y, por el otro, las palabras de las Escrituras. Dios viene al mundo, en Persona, en la carne de Cristo. Ésa es *de hecho* la fe cristiana. Es Cristo quien es la Palabra de

¹⁶ Crummell, Alexander, “The Negro Race Not under a Curse: An Examination of Genesis IX. 25” [“La raza negra no está maldita: Un examen de Génesis IX. 25”], en *The Future of Africa, being Addresses, Sermons, etc., etc., Delivered in the Republic of Liberia [El futuro de África, en discursos, sermones, etc., etc. Dados en la República de Liberia]*. Nueva York: 1862, pp. 327-8, citado en Goldenberg, *The Curse of Ham – Race and Slavery in Early Judaism, Christianity, and Islam [La maldición de Cam – Raza y esclavitud en el judaísmo, cristianismo e islam tempranos]*. Princeton: Princeton University Press, 2003, p. 176.

¹⁷ Y ésta es una estimación conservadora. Ver MacCulloch, Diarmaid, *Reformation: Europe’s House Divided – 1490 – 1700. [Reforma: La Casa de Europa dividida. 1490 – 1700]*. Londres: Penguin Books, 2004, pp. 563-75.

Dios, e incluso el hábito bienintencionado de referirnos devotamente a la Biblia como 'la Palabra de Dios' oculta la posición preeminente de Jesucristo como la revelación final e inalterable del Dios Trinitario.

En sus más recientes intentos por debatir sobre la sexualidad, la Casa de los Obispos de la Iglesia de Inglaterra plantea dos maneras de ver la Biblia que coexisten en la feligresía anglicana: como *libro guía* y como *testimonio*. Las personas anglicanas – explican – consideran que la Biblia 'les brinda orientación normativa para su conducta sexual'. Y la ven así por el estatus que le otorgan 'a la Biblia en su conjunto como apuntando hacia Cristo, a través de quien Dios le ha revelado a su pueblo cómo Él es, lo que ha hecho por ellos/ellas y cómo ellos/ellas deberían responderle'.¹⁸ Pero si la Biblia ya es nuestra guía, ¿qué necesidad tenemos de Jesucristo? Es por esto que la mirada a la Biblia como *libro guía* es finalmente idólatra y se hace necesario volver a reestablecer el punto de vista *testimonial*.

En 1600, el teólogo anglicano Richard Hooker estimó necesario combatir la 'bibliolatría' (o adoración de la Biblia) de puritanos que deseaban una justificación bíblica para todo. Esto incluía la abolición de la Navidad, una fiesta papista sin justificación bíblica. Hooker (acertadamente) adoptó el 'punto de vista testimonial'. Enseñó que ambos Testamentos son parecidos en dar testimonio de Cristo, pero difieren en cómo lo hacen:

De modo que el fin general tanto del Antiguo como del Nuevo es uno, siendo la diferencia entre ambos que el Antiguo enseñó la salvación a través del Cristo que debía venir y el Nuevo enseña que Cristo el Salvador ya vino.¹⁹

¹⁸ Grupo de la Casa de los Obispos sobre Cuestiones de la Sexualidad Humana, *Some issues in human sexuality: A guide to the debate* [Algunos asuntos de la sexualidad humana: Una guía para el debate]. Londres: Church House Publishing, 2003, 2.1.1 y 2.1.2, p. 37. Ver antecedentes en http://www.cofe.anglican.org/news/news_item.2004-10-19.9714756141. La Guía está a la venta en <http://www.cofe.anglican.org/info/socialpublic/marriagefamily/humanrelationships/humansexuality/>.

¹⁹ Hooker, Richard, *Ecclesiastical Polity Books I – IV* (ed. E. Rhys), Volume 1 [Libros del gobierno eclesiástico I – IV, Volumen 1]. Londres: J.M. Dent, 1907, reimpresso en 1925, Everyman's Library, 1.14.3, p. 217 (las cursivas son del autor).

Este reposicionamiento de la Biblia en relación a Cristo será difícil de lograr; pero en el siglo 21, cuando la revelación del amor abundante está continuamente en peligro, es esencial que las personas cristianas seamos conscientes de la necesidad de alcanzarlo. Al hacerlo, creo que el método de estudio bíblico contextual, o la práctica de la compasión sin sesgos, es el enfoque acertado. Por ejemplo, Renita Weems, una mujer mayor de la Iglesia Metodista Africana, describe cómo los esclavos africanos en los Estados Unidos diseñaron una hermenéutica simple y, no obstante, sofisticada. Los amos de esclavos le temían especialmente al potencial revolucionario de las Escrituras, por lo que el conocimiento de éstas fue arreglado a través de los propios amos y también por medio de iglesias que habían sido creadas específicamente para los esclavos.²⁰ En términos generales, los esclavos (con toda razón) se mostraban cautelosos ante cualquier interpretación de los Evangelios que los oprimiera. Weems explica: “Lo que los amos de esclavos no previeron, sin embargo, fue que ese mismo material que les prohibieron a los esclavos tocar y estudiar con sus manos y ojos fue el que los esclavos aprendieron a recuperar y estudiar a través de los poderes de la escucha y la memoria.”²¹

Para las personas afroamericanas, continúa Weems, no son los textos *per se* los que funcionan fidedignamente. Por el contrario, son las estrategias de lectura y, de manera más precisa, las lecturas *particulares* lo que de hecho resulta ser fidedigno.²² Ante la cacofonía de voces protestantes que proclamaban sus respectivas narrativas de conversión, los esclavos sabían que no todas estas voces podían estar en lo cierto. Así, antes de que ellos mismos pudieran leer la Biblia, su experiencia les condujo al Éxodo y a otras narrativas, como también a una sensación de liberación que continúa viva hasta el día de hoy.

²⁰ Weems, Renita J., “Reading Her Way through the Struggle: African American Women and the Bible” [“Ellas interpretan la lectura a su manera durante la lucha: Las mujeres afroamericanas y la Biblia”], en Felder, Cain Hope (ed.), *Stony the Road We Trod: African American Biblical Interpretation*. [Escabroso es el camino que transitamos: La interpretación bíblica afroamericana]. Minneapolis: Fortress Press, 1991 [57-80], p. 60.

²¹ *Ibíd.*, p. 61.

²² *Ibíd.*, p. 64.

De modo que la Biblia no ha sido leída de una manera centrada en Cristo, y todas nuestras iglesias (en un momento u otro) la han utilizado con fines de exclusión. Éstos son los antecedentes de la observación en el marco teológico surgido del seminario teológico de ONUSIDA sobre el estigma, el cual señaló: ‘Dado que la preocupación permanente de Dios es nuestro bienestar y la plenitud de nuestra vida, *ningún pasaje de las Escrituras debería utilizarse para menoscabar estos aspectos en otro ser humano*’.²³ ‘Las lecturas de la Biblia deben centrarse en Cristo’, continúa, ‘y relacionarse con el contexto en el que nos encontramos ahora’. El hábito de leer la Biblia para justificar el rechazo o la exclusión tiene sus raíces en varios tipos de cristianismo conservador, y es inevitable confrontarlos de manera caritativa.

3. La tradición como carga

Entonces, no será sorpresa que yo proponga tratar la tradición en forma similar.²⁴ Aquí menciono sólo dos ejemplos y en las secciones finales sugiero una manera de manejar tanto la Biblia como la tradición que nos prepara mejor para una vida fiel.

El primer ejemplo es la asociación entre la enfermedad y el castigo al pecado. En el Libro de Oración Común de la Iglesia de Inglaterra, la Orden para la Visitación de Personas Enfermas contiene la siguiente exhortativa:

Amados hermanos y hermanas, sepan esto, que Dios Todopoderoso es el Dios de la vida y la muerte, y de todas las cosas concernientes a ellas, como la juventud, la fuerza, la salud, la edad, la debilidad y la enfermedad. Por lo tanto, sea cual fuere su enfermedad, *sepan con certeza que es la visitación de Dios. Y cualquiera sea la causa* por la que esta enfermedad les ha sido enviada, ya sea con el fin de *poner a prueba su paciencia para ejemplo de otras personas* y que *su fe*, en el día del Señor, sea hallada *loable, gloriosa y honorable*, para una mayor gloria y felicidad eterna;

²³ Weems, ob. cit., p. 13 (las cursivas son del autor).

²⁴ Por supuesto, quedan en el aire muchas preguntas, siendo dos de ellas: qué es esa forma y cómo se piensa que habría de desarrollarse.

o bien *les haya sido enviada para que corrijan y enmienden* en ustedes todo aquello que haya *ofendido a los ojos de su Padre celestial*, sepan con certeza que, si realmente *se arrepienten de sus pecados y sobrellevan su enfermedad pacientemente*, confiando en la misericordia de Dios, por el bien de su amado Hijo Jesucristo, y le dan humildes gracias por Su *visitación paternal*, sometiéndose por completo a Su voluntad, esto será para beneficio de ustedes y les ayudará a seguir adelante por el camino correcto que conduce a la vida eterna.²⁵

Mi segundo ejemplo es la anticoncepción. Según la tradición cristiana,²⁶ no sólo la anticoncepción es *mala*, sino además su práctica equivale a *homicidio*. Esta doctrina, que se encuentra en Chrysostom,²⁷ Aquinas²⁸ y el canon católico romano *Si aliquis*²⁹, ha sido reestablecida especialmente por nuevos teóricos de la ley natural en el presente.³⁰ La Carta Encíclica *Humanae vitae* es de hecho una liberalización de esta tradición, al basar la incorrección de la anticoncepción no en el cargo de homicidio sino en 'la inseparable conexión que Dios ha querido y que el hombre no puede romper por propia iniciativa, entre los dos significados del acto conyugal: el significado unitivo y el significado procreador'.³¹ Cuarenta años después de que *Humanae vitae* fuera concebida, ¿no es ya hora de llevar a una etapa más avanzada el desarrollo del pensamiento acerca de la anticoncepción?

²⁵ Las cursivas son del autor. Ver la Orden para la Visitación de Personas Enfermas (en inglés) en http://justus.anglican.org/resources/bcp/1786/Visitation_Sick_1786.htm.

²⁶ Nota de la traductora: Ver Antón, José María, L.C., "La anticoncepción como acto contra la vida en la tradición cristiana y en el Magisterio reciente. Breves consideraciones" (*Alpha Omega*, Vol. VIII, No. 3, 2005, pp. 423-449, http://www.upra.org/archivio_pdf/ao53-anton.pdf) y Antón José María, L.C., "El concepto de G. Grisez sobre la anticoncepción: un acto contra la vida", *Alpha Omega*, Vol. VI, No. 3, 2003, pp. 419-456; http://www.upra.org/archivio_pdf/anton_2.pdf).

²⁷ Crisóstomo, San Juan, *Homily 24 on the Epistle to the Romans* [*Homilía 24 sobre la Carta a los Romanos*], PG 60, 626-627. Traducción en Noonan, John T., *Contraception: A History of Its Treatment by Catholic Theologians and Canonists* [*Anticoncepción: Una historia de su tratamiento por teólogos y canonistas católicos*]. Cambridge, Massachusetts: The Bellknap Press of Harvard University, 1965, p. 96.

²⁸ *Summa contra gentiles*, 3, 122; http://www2.nd.edu/Departments/Maritain/etext/gc3_122.htm.

²⁹ Texto en Richter, A. L. y Friedberg, A. (eds.), *Corpus iuris canonici*. Leipzig: Tauchnitz, 1881, 2, 794.

³⁰ Grisez, Germain, Finnis, John, Boyle, Joseph y May, William E., "Every Marital Act Ought to Be Open to New Life: Toward a Clearer Understanding" ["Cada acto marital debería estar abierto a una nueva vida: Hacia una comprensión más clara"], *The Thomist* 52.3 (1988), pp. 365-426.

³¹ Su Santidad Pablo VI, Carta Encíclica *Humanae vitae* (1968), 12; http://www.vatican.va/holy_father/paul_vi/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae_sp.html.

Pero las personas protestantes no podemos darnos el lujo de sentirnos complacidas respecto a la anticoncepción. Después de todo, Calvino reafirmó la condena de cualquier forma de anticonceptivo.³² También tengamos claro que la tradición condena la masturbación por motivos similares. Calvino enseñó que Onán merecía morir por el crimen de descargar semen sin fines reproductivos (no simplemente la práctica del *coito interrumpido*).³³ ¿Semen desperdiciado? ¡Hay más que suficiente semen en el mundo! Mientras que Calvino utiliza la narrativa sobre Onán para acusar a quienes se masturban de un crimen digno de muerte, la Congregación para la Doctrina de la Fe, de la Iglesia Católica, observa: ‘tanto el Magisterio de la Iglesia, de acuerdo con una tradición constante, como el sentido moral de los fieles, han afirmado sin ninguna duda que la masturbación es un acto intrínseca y gravemente desordenado’.³⁴ Éste es otro caso de una vertiente de la tradición que clama por un mayor desarrollo.

4. La espiral y la partitura

En el ejemplo del Libro de Oración Común debería quedar claro que la tradición cristiana sí afirma la estrecha asociación entre la enfermedad y el pecado. La enfermedad es ‘la visitación de Dios’. Existen razones por las cuales Dios la envía (conocidas sólo por Dios) e incluyen el aprendizaje de una paciencia ejemplar, el aumento y el testimonio de la fe, así como oportunidades para el arrepentimiento y la purgación de los pecados. Por un lado, la asociación entre la enfermedad y el pecado es justificable; ¡después de todo, así lo dice

³² Calvin, John, *Commentaries on the First Book of Moses Called Genesis* [Comentarios sobre el primer libro de Moisés llamado Génesis], Capítulo 38: 9,10; citado en Provan, Charles D., *The Bible and Birth Control* [La Biblia y el control de la fecundidad]. Monongahela, Pensilvania: Zimmer Printing, 1989, p. 15.

³³ ‘El derrame voluntario de semen fuera del coito entre un hombre y una mujer es una cosa monstruosa. Retirarse deliberadamente del coito a fin de que el semen caiga sobre el suelo es doblemente monstruoso’. Provan, *The Bible and Birth Control* [La Biblia y el control de la fecundidad], p. 15 (las cursivas son del autor).

³⁴ Congregación para la Doctrina de la Fe, *Persona humana: Declaración Persona humana sobre algunas cuestiones de ética sexual* (1975), 9; <http://es.catholic.net/sexualidadybioetica/370/63/articulo.php?id=23179>. Reafirmado en el Catecismo de la Iglesia Católica (1994), 2352; http://www.vatican.va/archive/ESL0022/_INDEX.HTM.

el Libro de Oración! Pero recordemos que en 1549, cuando éste fue escrito, la gente creía en espíritus malignos; creía que la enfermedad y toda suerte de malevolencia sobrevendrían como resultado de un hechizo, de la mirada de un 'ojo maligno' o por invocar a la magia. Las personas no tenían idea alguna de los virus, ni acceso a la comprensión médica que hoy día damos por cierta. En esas circunstancias, habrán sentido un genuino alivio por la certeza de que Dios había enviado una enfermedad y que ésta no era consecuencia de una maldición o un espíritu maligno. Lo que esos devotos autores estaban haciendo era intentar encontrarle un sentido teológico a la enfermedad en un mundo pre-científico. Por otra parte, esta oración es casi inútil para fines pastorales. El mundo conceptual de sus autores desapareció hace mucho tiempo y no puede, concebiblemente, ser el nuestro.

En el caso de la anticoncepción, lo que ha ocurrido es que una tradición cuyo propósito era promover la vida se ha convertido en la actualidad en un obstáculo a la supervivencia. Los enfoques cristianos a la anticoncepción se forjaron en tiempos en que nadie sabía de dónde venían los bebés; un tiempo en que el coito se justificaba sólo por la propagación de la especie (a menudo en periodos de intensas preocupaciones por la supervivencia humana); y tiempos en que la preocupación cristiana por niñas y niños vivos se extendía naturalmente a quienes aún no habían nacido. Hoy día, ¿cómo puede una Iglesia que ante el mundo se dice 'pro-vida' negarles a las personas vulnerables uno de los medios que necesitan para mantenerse vivas? ¿Cómo puede oficialmente denegar el placer y el alivio de la masturbación, por lo menos a quienes están intentando mantenerse libres del VIH y practicar la castidad premarital de conformidad con las enseñanzas eclesiológicas? Éste es otro caso de disyunción, no sólo de mundos conceptuales sino también de siglos.

5. La espiral...

En su espléndido trabajo Arguyendo sobre las relaciones sexuales, Joseph Monti aboga por un modelo de desarrollo doctrinal que aborde adecuadamente esta disyunción entre el pasado y el presente:

Las denominaciones están olvidando cómo la obligación de la fidelidad [a la tradición] debe estar dialécticamente vinculada a la igual obligación de la contemporaneidad – cómo la vida cristiana debe tener sentido en su propio tiempo, debe ser verdadera y hacer lo correcto, y promover el bien en cualquier mundo en que nos encontremos.³⁵

Dado que es un cuerpo trans-histórico, la Iglesia abarca a más de un 'mundo cosmológico', y por tanto no puede permanecer identificada con algún periodo particular, o una manifestación cultural de sí misma, y en especial no con nuestro propio mundo contemporáneo.³⁶ No somos meros *receptores* pasivos de tradición, sino *creadores* activos de tradición, ya que problemas sociales, culturales y globales enteramente nuevos nos llevan a examinar la tradición que ya hemos recibido y darle una nueva forma en vista tanto de nuestras propias preguntas como de la orientación del Espíritu, de modo que porte el sello de nuestra propia identidad cristiana cuando la transmitamos a nuestros hijos e hijas, quienes podrán apropiarse de ella en forma diferente para sí mismos/as. Recordar, leer y afirmar la tradición cristiana es como ser parte de:

Una espiral en movimiento que constantemente gira hacia atrás como una precondition para avanzar. Esta memoria circular establece una continuidad con el pasado que es internamente necesaria para la forma de la espiral y su avance hacia un futuro anticipado. Sin embargo, cuando se las pone en movimiento, esas espirales que avanzan crean centros y radios nuevos y discontinuos. Con esta permanente recombinación de las dimensiones de la continuidad y la discontinuidad que marcan la experiencia histórica se llega a una base y un modelo históricos para un discurso y un argumento críticos.³⁷

6. ...y la partitura

Las personas cristianas no seremos fieles si aplicamos las respuestas del pasado a las preguntas de hoy y del mañana, especialmente cuando

³⁵ Monti, Joseph, *Arguing about Sex: The Rhetoric of Christian Sexual Morality* [Arguyendo sobre las relaciones sexuales: La retórica de la moralidad sexual cristiana]. Nueva York: State University of New York Press, 1995, p. 5.

³⁶ Monti, p. 21.

³⁷ Monti, p. 61.

éstas se relacionan a un problema tan grave como la pandemia del VIH. Derivado del Norte global, un modelo diferente de lectura de la Biblia puede encontrarse en la pregunta de Stephen Barton:

¿Y si la Biblia es más como el texto de una obra teatral de Shakespeare o la partitura de una sinfonía de Beethoven, en la que una interpretación verdadera involucra una actuación colectiva y una puesta en escena práctica, y en la que el significado del texto o de la partitura variará hasta cierto grado de una actuación a otra...?³⁸

El énfasis en ‘una actuación colectiva y una puesta en escena práctica’ puede traducirse fácilmente a diferentes contextos. Subraya nuestra responsabilidad activa por lo que hacemos con la Biblia, así como el horrible desorden que nosotros/as y nuestra orquesta o elenco de actores, no habiendo ensayado, podemos hacer de ella.

A nosotros y nosotras, la comunidad de lectores, nos moldean las Escrituras y la tradición. Pero leeremos nuestras Escrituras y nuestra tradición en nuestro contexto actual, y éste también moldeará la manera en que leamos las Escrituras y la tradición. Ser fieles a Cristo en la era del VIH implica decir ‘No’ a todas las acreciones y suposiciones que ponen en peligro ese gran amor que fue vertido sobre el mundo a través de Su Cruz. Visto a la luz del flujo y reflujo de la historia, el VIH se constituye en una de esas discontinuidades que hacen inadecuadas a todas las teodiceas, y por esa sola razón nos requiere esperar de nuevo al Espíritu que nos ‘guiará a toda la verdad’ (Juan 16:13).

Todos los comentarios críticos en este ensayo van dirigidos a que se eliminen los obstáculos e inhibidores que impiden el flujo pleno de ese amor divino que las iglesias están procurando encarnar en su ministerio y misión entre las personas con VIH y sida. El presidente

³⁸ Barton, Stephen C., “Is the Bible Good News for Human Sexuality? Reflections on Method in Biblical Interpretation?” [“¿Es la Biblia una buena nueva para la sexualidad humana? Reflexiones acerca del método en la interpretación bíblica”], en Thatcher, Adrian y Stuart, Elizabeth (eds.), *Christian Perspectives on Sexuality and Gender* [*Perspectivas cristianas sobre la sexualidad y el género*]. Leominster, Herefordshire: Gracewing / Grand Rapids, Michigan: Eerdmans: 1996 [4-13], p. 6 (las cursivas son del autor).

de la Comisión de Salud de la Conferencia de Obispos Católicos de la India dijo:

Todas las instituciones sanitarias católicas, como servicio al Señor en los abandonados y afligidos, admitirán y cuidarán a las personas que viven con el VIH o con sida. Tal como acostumbraba a decir santa Teresa de Calcuta: 'Una persona afectada por el VIH y el sida es Jesús entre nosotros. ¿Cómo podemos decirle "no"?'³⁹

¿Quién puede no conmoverse por ese cuidado, que no se confina al catolicismo, y por la simple pero profunda teología que lo inspira y sostiene? Jesús dijo: 'Les aseguro que todo lo que hicieron por uno de mis hermanos, aun por el más pequeño, lo hicieron por mí' (Mateo 25:40). Al ministrar a quienes sufren pobreza y enfermedad, las personas cristianas descubren que están sirviendo al Cristo que ya está entre ellas a la espera de ser reconocido. Pero eso no es todo: también ministran en nombre de Cristo a teólogos y teólogas, a guardianes de las tradiciones, a las y los líderes de iglesias, a intérpretes de la Biblia y a todas aquellas personas que se aferran a usos dañinos de las Escrituras y la tradición prestando poca atención a las consecuencias de lo que hacen.

³⁹ Citado en el *Informe de un seminario teológico enfocado al estigma relacionado con el VIH y el sida* (ver nota 1), p. 24.

Ensayo 6

Jesús, compasión comunitaria y prevención del VIH

Robin Gill

El Catedrático Robin Gill ocupa la Presidencia Michael Ramsey de Teología Moderna en la Universidad de Kent y es Canónigo Provincial de Canterbury en el Reino Unido.

1. La salud, la sanación y los Evangelios

En los últimos años, las historias de sanación en los Evangelios me han parecido particularmente importantes al pensar en los cuidados de salud de la actualidad. Ayudan a orientarnos hacia valores y profundidades que a veces pasamos por alto en la vida cotidiana. En estas historias, Jesús muestra niveles de compasión, cuidado, fe y humildad que aún pueden, creo yo, informar a quienes trabajan junto a personas necesitadas.

Consideremos, por ejemplo, esta historia relatada en el primer capítulo de Marcos:

Un hombre que tenía lepra se le acercó, y de rodillas le suplicó: 'Si quieres, puedes limpiarme'. Movido a compasión, Jesús extendió la mano y tocó al hombre, diciéndole: 'Sí quiero. ¡Queda limpio!' Al instante se le quitó la lepra y quedó sano. Jesús lo despidió en seguida con una fuerte advertencia: 'Mira, no se lo digas a nadie; sólo ve, preséntate al sacerdote y lleva por tu purificación lo que ordenó Moisés, para que sirva de testimonio. Pero él salió y comenzó a hablar sin reserva, divulgando lo sucedido. Como resultado, Jesús ya no podía entrar en ningún pueblo abiertamente, sino que se quedaba

afuera, en lugares solitarios. Aun así, gente de todas partes seguía acudiendo a él. (Marcos 1:40-45)

Fue 'un hombre que tenía lepra' quien se acercó a Jesús. Excepto, por supuesto, que casi ciertamente no era 'leproso' en un sentido médico. *Sara'at* en la Biblia Judía o *lepra* en el Nuevo Testamento no han de identificarse simplemente con la infección bacteriana denominada enfermedad de Hansen, o con *elephantiasis graecorum* (como la lepra se identificaría hoy).¹ Ninguna de las cruciales características de la enfermedad de Hansen (entumecimiento en áreas de la piel, ulceración indolora y progresiva de las extremidades, así como nódulos faciales) se menciona alguna vez en la Biblia.² Más bien, el hombre que se acercó a Jesús ya había sido estigmatizado por su comunidad como 'leproso', un hombre a quien se le debía separar de esa comunidad por ser profundamente 'impuro'.

Este 'leproso' que se acercó a Jesús 'le suplicó' y (según algunos textos) 'de rodillas'. En respuesta, Jesús fue 'movido a lástima / compasión' (ciertos textos indican 'ira'). En Marcos, a diferencia de otros Evangelios, Jesús fue de nuevo movido a compasión al ver a las cinco mil personas y luego las cuatro mil que carecían de alimentos. Aquí, la compasión (o incluso la ira) no es solamente empatía, ponerte en la posición de otra persona, sino identificar a alguien que está pasando por una auténtica necesidad, 'sufrir junto a' ella y decidirte a ayudarla si te es posible hacerlo. La compasión es apasionada y al mismo tiempo se centra en la ayuda. Después de todo, fue el Buen Samaritano en la parábola de Jesús quien también se compadeció (Lucas 10:33) e hizo cuanto pudo por ayudar a un hombre al que unos ladrones despojaron de su ropa y golpearon en el camino hacia Jericó.

¹ Ver, por ejemplo, Taylor, Vincent, *The Gospel According to St Mark [El Evangelio según San Marcos]*, Londres: Macmillan, 1959, p. 186; Davies, W. D. y Allison Jr., Dale C., *A Critical Commentary on The Gospel According to Saint Matthew [Un comentario crítico sobre el Evangelio según San Mateo]*, Vol. II, Edinburgh: T & T Clark, 1991, pp. 10-11; Noth, Martin, *Leviticus [Levítico]*, Londres: SCM Press, 1965, p. 106; y Wenham, Gordon J., *The Book of Leviticus [El Libro de Levítico]*, Londres: Hodder and Stoughton, 1979, p. 195.

² Browne, S. G., *Leprosy in the Bible [La lepra en la Biblia]*. Londres: Christian Medical Fellowship, 1970, p. 8.

Luego Jesús ‘extendió la mano y tocó’ al ‘hombre que tenía lepra’, mostrando así una impresionante desconsideración por las consecuencias de impureza involucradas.³ En esto fue muy diferente a Elías, quien se quedó en su casa, manteniéndose a distancia de Naamán, el ‘leproso’ que estaba afuera, y a través de un mensajero le envió la orden de zambullirse en el Río Jordán para curarse de la lepra (2 Reyes 5:10-11).⁴ ¡Vaya cuidado compasivo!

En la historia paralela de los diez hombres enfermos de lepra, relatada sólo en Lucas, Jesús utilizó una frase que se repite en otras historias de sanación: ‘tu fe te ha sanado’ (Lucas 17:19). Si la compasión y el cuidado ocurren con frecuencia en los relatos de sanación, lo mismo se aplica a la fe, algunas veces en el sentido de ‘confianza’ (sobre todo, la confianza en que Jesús de hecho puede sanar), otras veces más como ‘creencia’, y usualmente la fe de la persona que será sanada, pero en ocasiones la fe de otras personas. En cierto sentido, la fe puede incluso ser un requisito para la sanación o, cuando menos, su ausencia podría ser una explicación de por qué no fue posible la sanación (Marcos 6:6).

De manera característica, la historia del ‘hombre que tenía lepra’ también involucra discreción y humildad, o más bien una falta de discreción por parte de aquél que fue sanado. Jesús le advirtió firmemente, como lo hizo con otras personas:

‘Mira, no se lo digas a nadie’ ... Pero él salió y comenzó a hablar sin reserva, divulgando lo sucedido. Como resultado, Jesús ya no podía entrar en ningún pueblo abiertamente...

La compasión, el cuidado, la fe y la humildad están profundamente inmersas en las historias de sanación y pueden enseñarnos mucho

³ Dunn, James D. G., “Jesus and Purity: An Ongoing Debate” [“Jesús y la pureza: Un debate en curso”]. *New Testament Studies*, 48, 2002, p. 461.

⁴ Ver mi artículo “AIDS, Leprosy and the Synoptic Jesus” [“Sida, lepra y el Jesús sinóptico”], en Gill, Robin (ed.), *Reflecting Theologically on AIDS: A Global Challenge [Reflexionando teológicamente sobre el sida: Un reto global]*. Londres y Ginebra: SCM Press y ONUSIDA, 2007, p.110.

acerca de un buen cuidado de la salud.⁵ Además, al igual que mucha gente, he llegado a ver fuertes afinidades entre la manera en que las personas 'leprosas' en la Biblia eran estigmatizadas por su comunidad local (pero sin duda alguna no por Jesús) y la forma en que hoy día con suma frecuencia se estigmatiza a las personas con VIH. Por supuesto, la enfermedad de Hansen y la infección por VIH son médicamente muy diferentes una de la otra, pero tienen mucho en común a nivel de percepciones desacertadas y estigma. Quienes seguimos a Jesús debemos responder de manera manifiesta a las personas con VIH, así como Jesús le respondió a la gente percibida como 'leprosa' – es decir, con compasión, cuidado, fe y humildad.

2. La compasión comunitaria en contraste con la cohesión comunitaria

Todo esto simplemente lo estoy suponiendo aquí. Pero hay más por descubrir, en esa historia de Marcos, acerca de la compasión *comunitaria*. Éste es, después de todo, un relato que ejemplifica una tensión central dentro de la teología contextual. En él, las normas de la comunidad local son simultáneamente desafiadas y afirmadas. Los complejos requisitos de las leyes de pureza judías se desobedecen y se sostienen en una misma historia. A eruditos bíblicos que ven a Jesús como alguien que quebrantó las leyes judías, el hecho de que haya tocado al 'leproso' impuro les confirma un patrón que se evidencia en que Jesús se sentó a la mesa con pecadores, no observó el sábado y fue tocado por la mujer cuya sangre menstrual la había hecho impura. Sin embargo, quienes ven en Jesús a un judío por lo general obediente de la ley recuerdan Su mandato: 'preséntate al sacerdote y lleva por tu purificación lo que ordenó Moisés', tal como se requiere en Levítico 13 y 14. Confusamente, la historia puede leerse de una manera o la otra.⁶

Mi propia sugerencia es ver esta historia como una que defiende las normas comunitarias cuando no entran en conflicto con las demandas

⁵ Ver mi libro *Health Care and Christian Ethics* [Cuidados de salud y ética cristiana]. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.

⁶ Dunn, James D. G., "Jesus and Purity: An Ongoing Debate" ["Jesús y la pureza: Un debate en curso"]. *New Testament Studies*, 48, 2002, p. 49-467.

de compasión (es decir, las demandas del Reino de Dios), pero las cuestiona cuando sólo hacen. Esa compasión incluso tiene preeminencia sobre escrúpulos firmemente defendidos y basados en principios. De modo que Jesús obedeció los requisitos formales de Levítico 13 y 14 pero, como sanador 'movido a compasión, ... extendió la mano y tocó' al 'hombre que tenía lepra'. Se sustentaron los requisitos de la comunidad local, pero la práctica personal fue muy diferente.

Es patrón se muestra aun más claramente en la siguiente historia, esta vez de Lucas:

Un sábado Jesús estaba enseñando en una de las sinagogas, y estaba allí una mujer que por causa de un demonio llevaba dieciocho años enferma. Andaba encorvada y de ningún modo podía enderezarse. Cuando Jesús la vio, la llamó y le dijo: 'Mujer, quedas libre de tu enfermedad'. Al mismo tiempo, puso las manos sobre ella, y al instante la mujer se enderezó y empezó a alabar a Dios. Indignado porque Jesús había sanado en sábado, el jefe de la sinagoga intervino, dirigiéndose a la gente: 'Hay seis días en que se puede trabajar, así que vengan esos días para ser sanados, y no el sábado'. '¡Hipócritas!', le contestó el Señor. '¿Acaso no desata cada uno de ustedes su buey o su burro en sábado, y lo saca del establo para llevarlo a tomar agua? Sin embargo, a esta mujer, que es hija de Abraham, y a quien Satanás tenía atada durante dieciocho largos años, ¿no se le debía quitar esta cadena en sábado?' Cuando razonó así, quedaron humillados todos sus adversarios, pero la gente estaba encantada de tantas maravillas que él hacía. (Lucas 13:10-17)

Desde el punto de vista de la comunidad de la sinagoga, su jefe obviamente estaba en lo correcto: 'Hay seis días en que se puede trabajar, así que vengan esos días para ser sanados, y no el sábado'. La mujer había estado lisiada durante 18 años. Un día más, después de todo ese tiempo, habría importado poco para los intereses de mantener las normas comunitarias en cuanto al sábado.

La respuesta de Jesús fue impresionantemente dura: '¡Hipócritas!'

En los Evangelios Sinópticos, la acusación de hipocresía con frecuencia es hecha por Jesús (13 veces en Mateo) y se caracteriza por ir dirigida

a quienes observan la religión y a sus líderes. En esta historia, al líder religioso y a su congregación se les denuncia como hipócritas, como 'actores' que dicen una cosa pero hacen otra.⁷ O, para expresarlo en términos de teología pastoral, rompen la relación entre la fe y la práctica. Aseveran ser religiosamente superiores, pero en el proceso ignoran los requisitos acompañantes de la práctica compasiva.

3. Compasión, verdad y humillación

En el contexto del VIH, la hipocresía por parte de líderes de la comunidad ha sido demasiado evidente. Quizás sea la hipocresía de líderes que ocultan información sobre la prevalencia del virus, niegan el vínculo entre el VIH y el sida o afirman que el VIH sólo afecta a la población homosexual. O tal vez, y más horrenda en líderes religiosos, sea la hipocresía de negar que su comunidad misma y sus propios pastores están viviendo con el VIH. La fidelidad comunitaria y decir la verdad son componentes esenciales de la prevención del VIH; sin embargo, la trayectoria de las iglesias ha estado, con suma frecuencia, plagada de hipocresía.

Si Jesús respondió a las personas vulnerables con compasión, cuidado, fe y humildad, su reacción a la gente religiosa que ignoró la difícil situación de ellas fue una dura acusación de hipocresía. Y 'cuando razonó así, quedaron humillados todos sus adversarios'.

El asunto de la 'humillación' es especialmente delicado en el contexto del VIH. El 'estigma' y la 'humillación' guardan una estrecha relación, pero no siempre son idénticos. La gente tiene la deplorable tendencia a estigmatizar a otras personas, pero puede apropiadamente sentir vergüenza de esta tendencia y, por lo tanto, de su propia conducta. Con suma frecuencia las comunidades, incluso las eclesiales, han considerado aceptable estigmatizar a las personas con VIH. Estigmatizar (e incluso humillar) a quienes no pueden revertir su condición es cruel en particular y profundamente dañino. Muy a

⁷ Ver Evans, C. F., *Saint Luke [San Lucas]*. Londres y Filadelfia: SCM Press y Trinity Press, 1990, p. 338.

menudo, las personas con discapacidades han sido estigmatizadas de esta manera. La historia de la 'lepra' lo demuestra con gran claridad. Enfáticamente, Jesús no le hizo eso a la mujer de esta historia, pero sí 'humilló' a la comunidad que no mostró compasión por ella.

Quizás las comunidades que estigmatizan a las personas con VIH, o toleran la conducta sexual masculina depredadora que ayuda a propagar el virus, puedan apropiadamente ser humilladas. Esto parece ser posible en la tercera historia, de Juan:

Al amanecer se presentó de nuevo en el templo. Toda la gente se le acercó, y él se sentó a enseñarles. Los maestros de la ley y los fariseos llevaron entonces a una mujer sorprendida en adulterio, y poniéndola en medio del grupo le dijeron a Jesús: 'Maestro, a esta mujer se le ha sorprendido en el acto mismo de adulterio. En la ley Moisés nos ordenó apedrear a tales mujeres. ¿Tú qué dices?' Con esta pregunta le estaban tendiendo una trampa, para tener de qué acusarlo. Pero Jesús se inclinó y con el dedo comenzó a escribir en el suelo. Y como ellos lo acosaban a preguntas, Jesús se incorporó y les dijo: 'Aquel de ustedes que esté libre de pecado, que tire la primera piedra'. E inclinándose de nuevo, siguió escribiendo en el suelo. Al oír esto, se fueron retirando uno tras otro, comenzando por los más viejos, hasta dejar a Jesús solo con la mujer, que aún seguía allí. Entonces él se incorporó y le preguntó: 'Mujer, ¿dónde están? ¿Ya nadie te condena?' 'Nadie, Señor'. 'Tampoco yo te condeno. Ahora vete, y no vuelvas a pecar'. (Juan 8:2-11)

Por lo general se reconoce que ésta es de hecho una antigua historia sobre Jesús, pero que originalmente no formó parte del Cuarto Evangelio.⁸ El relato resulta particularmente importante en el contexto de comprender la compasión, aunque requiere de una interpretación sensible.

De nuevo, son aquéllos que observan la religión quienes adoptan una postura moral superior, pero finalmente son humillados por Jesús. Esta

⁸ Barrett, C. K., *The Gospel According to St John: An Introduction with Commentary and Notes on the Greek Text* [*El Evangelio según San Juan: Una introducción con comentario y notas sobre el texto griego*]. Londres: SPCK, 1967, pp. 490-3.

vez no estaban defendiendo el sábado. Encontraron a una mujer que al parecer había violado las normas sexuales: 'Maestro, a esta mujer se le ha sorprendido en el acto mismo de adulterio'. Al igual que ocurre en muchas comunidades religiosas hoy día, es la actividad sexual lo que se identifica como especialmente pecaminoso.

En la historia, Jesús no niega el rol del pecado. A la mujer le dice 'no vuelvas a pecar'. Él no pasa por alto lo que ella haya hecho. Sin embargo, explícitamente Jesús no la condena, y al resto de la gente le recuerda que no está 'libre de pecado'. A la mujer no se la estigmatiza como 'adúltera', pero al parecer la comunidad religiosa es humillada: se retiran 'uno tras otro, comenzando por los más viejos'. Jesús ha desafiado en público a los maestros de la ley y los fariseos y, como resultado directo de ello, quedan humillados.

A modo de conclusión, estas tres historias, vistas en conjunto, sugieren que Jesús estaba listo tanto para afirmar como para cuestionar a las comunidades religiosas. En esos relatos afirmó las prácticas de la comunidad cuando no entraban en conflicto con las demandas de la compasión comunitaria, pero las cuestionó duramente cuando sí lo hacían. Las virtudes identificadas a nivel individual en las historias de sanación (compasión, cuidado, fe y humildad) son complementadas en la esfera comunitaria con duros cuestionamientos, o incluso censuras.

En el contexto del VIH, incluso las comunidades eclesiales pueden tristemente actuar muy mal. Si hemos de llegar a ser genuinamente compasivos y compasivas, como Jesús nos lo sigue requiriendo, y de hecho si hemos de convertirnos en agentes eficaces en la prevención del VIH, necesitamos que se nos cuestione con dureza. La fidelidad, la veracidad y, sobre todo, la compasión deberían ser, acertadamente, sellos de la Iglesia.

Cambio social y el rol de la Iglesia: los recursos de las personas para comprender y reducir la vulnerabilidad

Lisandro Orlov

El Reverendo Lisandro Orlov es miembro de la Iglesia Evangélica Luterana Unida en Argentina y Uruguay. Es el Coordinador Regional para América Latina y el Caribe del Plan de Acción en VIH y Sida de la Federación Luterana Mundial y coordina la Pastoral Ecuménica VIH-SIDA en Buenos Aires.

1. Una peregrinación

En este ensayo no hallarán ustedes grandes propuestas. Lo que sí han de encontrar es pasión. Porque ésta es la historia del camino recorrido por un militante de la causa de los derechos humanos en el contexto de la epidemia del VIH. En el último cuarto de siglo, mi compromiso prioritario ha sido caminar junto a personas y grupos vulnerables al VIH, un peregrinaje que me ha brindado elementos para descubrir que eran posibles otra espiritualidad y una nueva forma de ver la realidad. Simplemente deseo que tomen esta reflexión como el gesto de abrir el corazón y la mente para compartir lo que a nivel personal se me ha impuesto como una epifanía evangélica en el contexto de la pandemia del VIH.

Desde su aparición, la epidemia del VIH produjo, en el marco de las iglesias, una división teológica sumamente clara. A lo largo de estos 25 años, las numerosas voces que se escucharon procedentes de líderes y comunidades de fe nos han mostrado muy diversas actitudes y reacciones, posicionamientos que revelan también diferentes enfoques teológicos y, en consecuencia, distintas acciones en lo concerniente a promoción y defensa de derechos, actividad pastoral, prevención y asistencia.

Por ejemplo, dentro de las comunidades de fe han sido muchas las personas que han querido limitar el tema del VIH sólo al área médica. Quieren evitar de esta forma enfrentar los temas conflictivos y les incomodan las respuestas alternativas (quizás más relacionadas con la fe). Aun así, para las comunidades de fe y su liderazgo responsable, el VIH no puede ser un tema predominantemente médico. Si lo fuera, no tendrían ningún problema con él pero, de hecho, en repetidas ocasiones se ha demostrado que el centro del debate no es el virus de inmunodeficiencia humana. Existen otros virus y enfermedades con similares características, que en algunos casos afectan a muchas más personas; sin embargo, pero las comunidades de fe no han sentido la necesidad de reflexionar teológicamente (como aquí lo estamos haciendo) en torno a esas enfermedades o darles otra respuesta singular.

Desde 1981, cuando empezamos a percatarnos de la existencia de esta epidemia, se ha puesto de manifiesto, una y otra vez, que el problema central y la causa de tantas divisiones y mensajes contradictorios no son el virus en sí o el sida como síndrome médicamente descrito. Lo que hace diferente al sida, y lo que aquí nos convoca, es el estigma y la discriminación que transforman un diagnóstico médico en un juicio moral. La tarea de las comunidades de fe y su liderazgo consiste en dar respuestas transformadoras al tema del estigma y la discriminación, como también reconocer que hemos sido muchísimas veces sus promotores.

Con frecuencia, a las iglesias les ha resultado más fácil trabajar en el área asistencial que generar mensajes educativos y de prevención. Sin embargo, enfrentar el estigma asociado al VIH requiere de respuestas teológicas. Por lo tanto, la teología tiene que venir en nuestra ayuda para construir un mensaje que sea fiel a una hermenéutica renovada de las Escrituras y propicie una mirada alternativa a nuestras identidades confesionales. Porque la teología es justamente una estructura de pensamiento relativo a nuestra idea de Dios y su acción en el mundo. Una hermenéutica basada en este entendimiento significa que nunca podemos tener una aproximación neutra a ninguno de los temas críticos que la epidemia del VIH y del sida han suscitado.

2. Una teología de gloria

Intentaré clasificar y nombrar estos diferentes modos de hacer teología con relación al VIH (e, incidentalmente, también a muchos otros temas).

Tenemos, por un lado, a quienes quieren dar una respuesta al sida y hablar de éste, pero no decir nada sobre los temas conflictivos. Pueden ser organizaciones y personas que se enorgullecen de los hospitales sostenidos por las comunidades de fe pues un alto porcentaje de las camas está ocupado por personas con VIH o sida; pero, al mismo tiempo, no asumen la responsabilidad que les corresponde por las innumerables tumbas en los cementerios del mundo.

Una hecho lamentable es que, a menudo, las comunidades de fe y su liderazgo han sido parte del problema en lugar de ser parte de la solución. La sociedad en general ha observado nuestras estrechas posiciones bíblicas, teológicas, de promoción, defensa y asistencia, llevándola a vernos como un obstáculo y no como aliados y aliadas en el logro de metas y objetivos acordados a nivel mundial. En años recientes, nuestros propios documentos confiesan abiertamente que como instituciones hemos sido muy lentas en romper los silencios, pero en calidad de personas hemos sido muy rápidas en condenar y juzgar.

De una u otra manera, todas las personas somos teólogos y teólogas. Hacemos teología porque tenemos ideas y convicciones sobre la naturaleza de Dios y su acción en la creación, pero eso no significa que necesariamente sea una buena teología. Con frecuencia, nuestros miedos, limitaciones culturales, prejuicios o compromisos políticos son obstáculos a la permanente actitud de apertura que nos liberaría para hacer una genuina revisión de nuestra hermenéutica teológica y pastoral. Por lo tanto, debemos reconocer que muchas veces hemos sido teólogos y teólogas deficientes, que hemos sucumbido a la tentación de usurpar la gloria de Dios al colocar nuestros esfuerzos como fundamento de nuestra dignidad, y que tendemos a refugiarnos en una teología que nos presenta a un Dios sin paradojas, un Dios que cumple todas nuestras expectativas de prestigio y poder.

Quienes promueven una 'teología de gloria' creen que la naturaleza de Dios tiene como modelos sus propios parámetros de jerarquía, sus propias comprensiones de la pureza y de la sabiduría humana. Piensan que el logro de una vida cómoda, del éxito y victorias profesionales son signos de una acción favorable de Dios; creen que Dios está complacido con lo que hacen y, por lo tanto, recompensa sus esfuerzos humanos.

3. La teología de la Cruz

En realidad, ser buen teólogo y teóloga cristianos en el contexto de la epidemia del VIH no tiene nada que ver con una teología de gloria. La teología cristiana toma la Cruz de Cristo (no nuestro propio éxito) como su herramienta hermenéutica y pastoral fundamental. Es esa cruz la que nos hace posible comprender la dimensión y la profundidad profética de vivir en el contexto de la epidemia del VIH. La teología de la Cruz es el antídoto a toda teología de gloria o de prosperidad.

El texto fundamental de la teología de la Cruz se encuentra en la primera carta a los corintios. En ella el apóstol Pablo afirma:

El mensaje de la cruz es una locura para los que se pierden; en cambio, para los que se salvan, es decir, para nosotros, este mensaje es el poder de Dios. Pues está escrito: 'Destruiré la sabiduría de los sabios; frustraré la inteligencia de los inteligentes'. [...] Pues la locura de Dios es más sabia que la sabiduría humana, y la debilidad de Dios es más fuerte que la fuerza humana. [...] Pero Dios escogió lo insensato del mundo para avergonzar a los sabios, y escogió lo débil del mundo para avergonzar a los poderosos. También escogió Dios lo más bajo y despreciado, y lo que no es nada, para anular lo que es, a fin de que en su presencia nadie pueda jactarse. Pero gracias a él ustedes están unidos a Cristo Jesús, a quien Dios ha hecho nuestra sabiduría – es decir, nuestra justificación, santificación y redención – para que, como está escrito: 'Si alguien ha de gloriarse, que se gloríe en el Señor'. (1 Corintios 1:18-31)

En este texto fundamental tenemos un paradigma de contenido y de metodología de la acción pastoral. Es una hoja de ruta para quienes quieren establecer un diálogo y un acompañamiento con personas y

grupos vulnerables a la epidemia del VIH. Este pasaje nos hace posible comprender que las mujeres y los hombres que hacen teología de la Cruz creen que la forma y modalidad en que Dios se manifiesta y revela siempre son paradójicas y están ocultas a la razón humana.

El Nuevo Diccionario Universitario de Merriam-Webster define la **paradoja** como ‘contrario a la expectativa, un principio contrario a la opinión recibida, una aserción que parece contradictoria u opuesta al sentido común y que, sin embargo, podría ser cierta’. De modo que nuestra comprensión de la acción de la comunidad de fe y su liderazgo tiene que guiarse por esa paradójica manifestación de un Dios que está oculto (y por lo tanto ha de revelarse) en algo que es lo opuesto de lo que podría esperarse racionalmente. La epidemia del VIH se manifiesta en quienes son vulnerables al VIH y al sida. Ésa es nuestra nueva llave hermenéutica que nos permite ubicar nuestra presencia, así como nuestras acciones en el contexto de la epidemia del VIH, desde una perspectiva diferente que trasciende la mera provisión de asistencia social.

Dios siempre se oculta en todo aquello que vemos como vulnerable, débil e impuro. Desde la perspectiva de una teología de gloria, seguimos esperando que Dios se revele en medio de truenos y relámpagos, desde el poder, lo maravilloso, el milagro y todo lo que consideramos políticamente correcto. Pero la manifestación de Dios es siempre una paradoja: algo totalmente contrario a nuestras expectativas, contradictorio y opuesto al sentido común.

Teólogos y teólogas de la gloria podrían expresar una opinión como ésta: ‘Dios no se puede manifestar en aquello que consideramos vulnerable al VIH o al sida, porque Dios es poderoso y en él no encontramos debilidad ni locura’. Sin embargo, como lo vemos en el pasaje de Corintios, conocer a Dios tal como nos lo revela Jesús de Nazaret es conocerlo *en todos los estigmas y en todas las discriminaciones*. Al tratar de discernir la disposición de Dios, teólogos y teólogas de la Cruz no especulan sobre la vida de su comunidad de fe o las circunstancias de su propia vida. Lo que hacen es centrar su atención en el sufrimiento de Jesús de Nazaret por la causa de la justicia, en su vida de pasión, en las comuniones y amistades que lo llevaron a la cruz.

No es la abstinencia ni la monogamia lo que agrada a Dios. Tampoco lo es el cumplimiento de cualquier ley. Lo que complace a Dios es la fe en aquél que murió en una cruz y que (incluso después de resucitar) nos muestra que es el resucitado quien lleva en sus manos y su costado las marcas de todos los estigmas. Esa fe es lo que santifica todas las leyes y permite cumplirlas, ya que nos apropiamos del cumplimiento realizado por Jesús de Nazaret en su vida de pasión. En el contexto de la epidemia del VIH, el centro de cualquier mensaje proveniente de las comunidades de fe debería ser ese amor incondicional del cual sólo podemos apropiarnos a través de la fe que busca justicia.

Debemos, sin embargo, reconocer que no somos inmunes a la teología de gloria. En todos nuestros mensajes de prevención y educación, tendemos a poner nuestros éxitos y virtudes en el centro. Construimos mensajes fundamentados en la gloria humana y personal, y en nuestros logros, porque tememos a las paradojas de Dios tal como nos lo revela Jesús de Nazaret.

En Jesús – encarnado, crucificado y resucitado – Dios se manifiesta como una pasión por la justicia, la equidad, la promoción de los derechos y la dignidad de todas las personas. Dios se preocupa especialmente por aquéllas que son estigmatizadas y excluidas por consideraciones sociales y culturales. De hecho, la Cruz es una consecuencia directa de las amistades de Jesús, de las personas con quienes compartía su mesa. Porque la elección de amistades de Jesús fue subversiva. La cruz, después de todo, era un instrumento de castigo a todos aquellos a quienes se les consideraba peligrosos o probablemente subversivos para los sistemas de poder, tanto político como religioso. Los dos hombres que fueron crucificados junto a Jesús de Nazaret no eran ladrones, sino individuos que habían sido juzgados peligrosos para las estructuras sociales, culturales y religiosas opresivas, como también para los poderes imperiales.

Cuando hablamos de medidas de prevención del VIH debemos recordar que Dios se complace *solamente* en Jesús de Nazaret. En el contexto del VIH y sida, *solo Christo, sola fide, sola gratia* (sólo Cristo, sólo fe, sólo gracia) deben ser el centro en nuestras propuestas de prevención, educación, promoción de derechos y asistencia. Muchas de nuestras respuestas a cuestiones críticas suscitadas por la epidemia del VIH han colisionado con las estrategias de prevención propuestas por la

sociedad y las personas con VIH o sida, porque hemos olvidado esta centralidad de la Cruz de Jesús de Nazaret y convertido en dogmas elementos circunstanciales que no son centrales.

4. Ley y Evangelio

Un tema muy delicado para las comunidades de fe ha sido la prevención de la transmisión del VIH. Es uno de los núcleos conflictivos que dificultan 'romper los silencios' en torno a ciertos asuntos de los que muchas personas prefieren no hablar. En esto resulta útil la teología luterana. Con su mirada bifocal sobre la realidad, la distinción entre ley y evangelio nos podría ayudar a abordar el tema de la prevención, posibilitándonos asumir posiciones variadas y diversas sin por ello crear divisiones. Esa mirada 'bifocal' hace una distinción básica entre ley y evangelio: como en la distinción entre letra y espíritu; entre el reino o régimen de Dios y el reino o régimen secular; entre fe y obras; la idea de que una persona es, al mismo tiempo, justa y pecadora, y así sucesivamente.

De hecho, el principal objetivo de la proclamación cristiana es evitar que el evangelio sea transformado en ley. Porque la ley no redime ni salva. Más bien, el uso teológico de la ley tiene como finalidad llevar a todas las personas a la humilde toma de conciencia de su estado de esclavitud a sistemas opresivos y a la necesidad liberadora de la mediación de Cristo. La ley es el espejo en el cual nos miramos, y en la mirada que devuelve a nuestros ojos siempre nos encontramos en falta, sabiendo que (frente a Dios) nunca hemos hecho lo suficiente. Ése es exactamente el objetivo de la ley: llevar a la persona creyente a un estado de humildad que conduce a los brazos de esa gracia totalmente inmerecida ofrecida por Jesús, el Cristo.

Es interesante observar que los principales documentos de las iglesias sobre VIH y sida, en particular los del Consejo Mundial de Iglesias y la Federación Luterana Mundial,¹ se inician con una confesión de los propios

¹ Consejo Mundial de Iglesias (CMI), *AIDS and the Churches as a Healing Community* [El sida y las iglesias como una comunidad de sanación], declaración del Comité Ejecutivo del CMI, Ginebra: CMI, septiembre de 1986; Federación Luterana Mundial (FLM), *El trabajo pastoral con relación al sida*, informe de la consulta internacional realizada en Kaisersweth (República Federal Alemana), del 21 al 25 de marzo de 1988, Ginebra: Departamento de Comunicación de la FLM, No. 25, septiembre de 1988 (disponible en http://www.pastoralsida.com.ar/documentos/trabajo_pastoral.htm).

pecados de la comunidad de fe. Al contemplar lo que exige la ley, sabemos que su objetivo es ayudarnos a ver que no podemos ser quienes arrojen la primera piedra. Es por ello que la ley nunca debería constituirse en un código moral o un paradigma de conducta, pues en el momento que esto ocurre la obra redentora de Cristo pierde su centralidad y pasa a ser una simple ayuda a lo que podemos hacer por nuestra propia cuenta.

Quiero rescatar un texto básico de Lutero que nos puede ayudar en la construcción de una propuesta educativa para la prevención en VIH y sida:

[...] no debes hacer de Cristo un Moisés, pensando que no hace otra cosa que impartir enseñanza y ejemplo, cosa que hacen los demás santos, como si el evangelio fuese código de doctrina y de leyes. [...] Debes llegar todavía mucho más lejos, si bien hasta ahora, durante mucho tiempo, ha sido la mejor forma, aunque poco común, de predicar. Lo principal y fundamental en el evangelio, antes de tomar a Cristo por dechado, es recibirlo, reconociéndolo como un don y obsequio que te ha sido dado por Dios y que te pertenece. [...] Mira, esto significa percibir debidamente el evangelio, a saber, la superabundante bondad de Dios, que ningún profeta, ningún apóstol, ningún ángel ha podido expresar cabalmente; y ningún corazón jamás ha sido capaz de admirarla y captarla suficientemente. Éste es el gran fuego del amor de Dios para con nosotros, por el cual el corazón y la conciencia llegan a tener alegría, firmeza y serenidad. Esto significa predicar la fe cristiana.²

Al comprender la verdadera significación de la ley, la comunidad de fe tiene la posibilidad de abrirse a su propia conversión. Este entendimiento es el piso igualitario desde el cual se establecen relaciones humanas de solidaridad. También es importante distinguir entre el uso teológico de la ley (que pertenece al reino de Dios) y su uso civil (que gobierna al régimen secular). En el régimen secular se admiten cambios, así como una diversidad de opiniones y conductas. Muchos de los malos entendidos y los defectuosos mensajes de prevención de nuestras comunidades de fe han sido resultado de confundir ley y evangelio y confundir el reino de Dios con el reino secular.

² Obras de Martín Lutero, Volumen 6, "Lo que se debe buscar en los evangelios (1521)". Buenos Aires: Editorial La Aurora, 1979. Nota de la traductora: Las obras del autor de los años 1521 a 1525 pueden descargarse en http://www.escriturayverdad.cl/martin_lutero.html. La versión en inglés del párrafo citado se encuentra en <http://www.modernreformation.org/default.php?page=article&var1=ArtRead&var2=553&var3=main#top1>.

En la teología luterana, el corazón de toda acción cristiana es el anuncio del Evangelio y vivir el Evangelio, lo cual consiste en abrirse a recibir el perdón de Dios y su reconciliación. Al ponernos bajo la mirada de Dios, la sola fe en Jesucristo nos hace justos y justas: una justificación que no se consigue a través de ningún acto de parte nuestra, sino aceptando un regalo incondicional que se nos ofrece, totalmente gratuito, a todas las personas.

Confundir la ley con el evangelio es despojar a la ley de su función 'acusadora' a fin de transformarla en una sistema moral que nada tiene que ver con la obra de Jesucristo. Es convertirla en una guía para pecadores que intentan (básicamente por sus propios esfuerzos) ajustarse a las demandas de la ley y, al hacerlo, recibir ayuda supletoria de Dios. De esta manera perdemos la centralidad de la promesa de salvación, como también de la justificación por el Dios que nos libera, exclusivamente en Jesucristo, de las acusaciones de la ley. Se puede transformar la promesa radical y salvadora del Evangelio en una mera ayuda para suplir nuestras deficiencias e imaginar que somos capaces de agradar a Dios transitando por caminos ajenos a Jesucristo.

5. La teología de la Cruz en los documentos de las iglesias sobre el VIH

Es significativo que algunos de los primeros documentos de las iglesias redactados en respuesta a la epidemia del VIH ubicaron el tema firmemente en esta perspectiva de la teología de la Cruz. El primer documento publicado por el Consejo Mundial de Iglesias (CMI) en 1986, titulado *El sida y las iglesias como una comunidad de sanación*,³ fue fundamental. Afirmó que si la Iglesia en verdad ha

³ Consejo Mundial de Iglesias (CMI), *AIDS and the Churches as a Healing Community [El sida y las iglesias como una comunidad de sanación]*, declaración del Comité Ejecutivo del CMI, Ginebra: CMI, septiembre de 1986. Nota de la traductora: Ver también del CMI: "AIDS: a challenge for Christians and theological education" [Sida: Un reto para la educación cristiana y teológica], en Ministerial Formation [Formación Ministerial], No. 102, enero de 2004, p. 35, en http://www.oikoumene.org/fileadmin/files/wcc-main/documents/p5/Ministerial_formation/mf102.pdf; *The Impact of HIV/AIDS and the Churches' Response [El impacto del VIH/sida y la respuesta de las iglesias]*, declaración adoptada por el Comité Central del CMI en septiembre de 1996, en <http://www.oikoumene.org/en/resources/documents/central-committee/geneva-1996/09-1996-the-impact-of-hiv-aids-and-the-churches-response.html>); y *La misión de sanación de la Iglesia*, en <http://www.oikoumene.org/es/documentacion/documents/other-meetings/mission-and-evangelism/athenas-2005-documentos/documento-preparatorio-no-11-la-mision-de-sanacion-de-la-iglesia.html>.

de ser un espacio sanador, entonces debe abrirse profundamente a los retos suscitados por la epidemia. Las posiciones apologeticas e integristas no pueden ayudar a la Iglesia a 'romper su propio corazón y arrepentirse de la inacción y del moralismo rígido'. La teología de la Cruz es la que paradójicamente reconoce que 'la propia comunidad de sanación necesita ser sanada por el perdón de Cristo'.

Siendo el pueblo de Dios que vive bajo la cruz de Cristo y quiere abrazar y apoyar a personas y grupos en situación de vulnerabilidad al VIH, lo debemos hacer 'sin barreras, exclusión, hostilidad ni rechazo' de ningún tipo. Como parte del proceso de nuestra propia sanación, es necesario que revisemos nuestra hermenéutica bíblica, nuestra identidad confesional y nuestras prácticas pastorales.

Solamente al adentrarnos en la realidad de una teología de la Cruz, y a consecuencia de ello encontrar a Dios en esta forma paradójica y oculta, podremos, según lo expresa este documento del CMI, confesar 'que las iglesias como instituciones hemos sido lentas en romper silencios y actuar [pero...] muchas personas cristianas hemos rápidamente condenado y emitido juicios'; o afirmar que debido a que Dios nos trata con amor y misericordia, también la comunidad cristiana debe hacerlo, así como desterrar las moralizaciones simplistas respecto a las personas con VIH o sida.

De igual manera, en su documento de 1988 denominado *El trabajo pastoral con relación al sida*,⁴ la Federación Luterana Mundial (FLM) asume una perspectiva desde la teología de la Cruz. En su publicación, la FLM declaró: 'La Iglesia debería abrir sus puertas a todas las personas, incondicionalmente ... sin tener en cuenta quiénes son o lo que hicieron. [...] Al excluir a alguien de esta fuente de vida, la Iglesia se hace culpable de la más grave forma de discriminación que existe'.⁵

⁴ Federación Luterana Mundial, *El trabajo pastoral con relación al sida*. Informe de la consulta internacional realizada en Kaisersweth (República Federal Alemana), del 21 al 25 de marzo de 1988. Ginebra: Departamento de Comunicación de la FLM, No. 25, septiembre de 1988; http://www.pastoralsida.com.ar/documentos/trabajo_pastoral.htm.

⁵ *Ibíd.*

Asimismo señaló: 'La Iglesia debería cuestionar seriamente su papel en el desarrollo que facilitó la difusión de la enfermedad y desafiar a sus propios miembros y a la sociedad a adoptar medidas que eliminen actitudes y acciones discriminatorias prevalentes en la sociedad'.⁶ Estas tareas, estos objetivos y este compromiso continúan pendientes aun 20 años después que tal documento fue adoptado por la FLM.

Debemos reconocer los cofactores que promueven la epidemia del VIH y ser una voz profética que los denuncia. Una de las funciones de las comunidades de fe es abogar por el desarrollo de políticas públicas, lo que nos lleva a entablar diálogo con los gobiernos. Por lo tanto, hemos participado en el seguimiento de las Sesiones Extraordinarias de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida (UNGASS) en 2001 y 2006, como también en la supervisión permanente de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Esto se debe a nuestro reconocimiento de que las estructuras socioeconómicas promueven la pobreza en ciertas comunidades y grupos, haciéndoles más vulnerables a la epidemia. En consecuencia, trabajar para erradicar el VIH y el sida es también cuestionar las estructuras que producen 'la pobreza, el analfabetismo, la prostitución, la drogadicción y todas las formas de desigualdad social'. Entre éstas debemos incluir las estructuras que producen y sostienen la desigualdad de género, uno de los principales factores que favorecen el crecimiento de la epidemia. Ello significa que el empoderamiento de las mujeres debe ocupar un lugar central en toda propuesta de prevención. Este compromiso político debería ser parte de nuestra teología de la Cruz y de todas las cruces que producen injusticias.

El documento de la FLM también asume que 'el Cuerpo de Cristo como una comunidad de reconciliación debe responder afirmativamente a las múltiples divisiones humanas'. El sida, asevera, 'nos desafía a liberarnos de la esclavitud del prejuicio y del egocentrismo' y, como Iglesia, 'llegar a ser una comunidad responsable y comprometida que libere a las personas y les conceda esperanza por medio de la fe'. Más recientemente,

⁶ *Ibíd.*

y en la misma perspectiva de la teología de la Cruz, líderes de la comunión luterana en África afirmaron lo siguiente:

Nos comprometemos a:

- *romper el silencio;*
- *confesar y reconocer públicamente que nosotros, más de una vez, hemos contribuido al estigma y la discriminación;*
- *hablar abierta y sinceramente de la sexualidad humana y el VIH/sida;*
- *que nuestras iglesias sean comunidades sanadoras mediante la oración y la acción. El silencio de quienes viven con el VIH/sida y sus familias sólo se puede romper cuando saben que no se les juzgará ni se les excluirá o discriminará;*
- *suprimir todas las formas de condena y rechazo;*
- *convertir el estigma y la discriminación en asistencia y acompañamiento pastoral;*
- *no oponernos al uso de ningún método eficaz de prevención.⁷*

En conclusión, distinguir entre ley y evangelio apoya el uso de la teología de la Cruz como una llave hermenéutica que nos posibilita construir una voz alternativa en el diálogo sobre el VIH y el sida, junto a las personas con VIH y sida. Es así como la epidemia se ha transformado en nuestro espacio para hacer teología, con el mandato de anunciar una promesa de inclusión a personas y grupos en situación de vulnerabilidad al VIH y al sida. Hacer teología ya no es una tarea aséptica. Confesamos un Dios que no está más allá de la epidemia, como tampoco de las personas con VIH ni de todas las demás a quienes se estigmatiza y excluye. Confesamos un Dios que – paradójicamente – está ahí mismo, en medio de ellas.

⁷ Federación Luterana Mundial, *Rompiendo el silencio: Compromisos de la Consulta Panafricana de Líderes de la Iglesia Luterana frente a la Pandemia del VIH/Sida*. Nairobi, 2 a 6 de mayo de 2002; http://www.lutheranworld.org/LWF_Documents/Breaking_Silence_Sp.pdf.