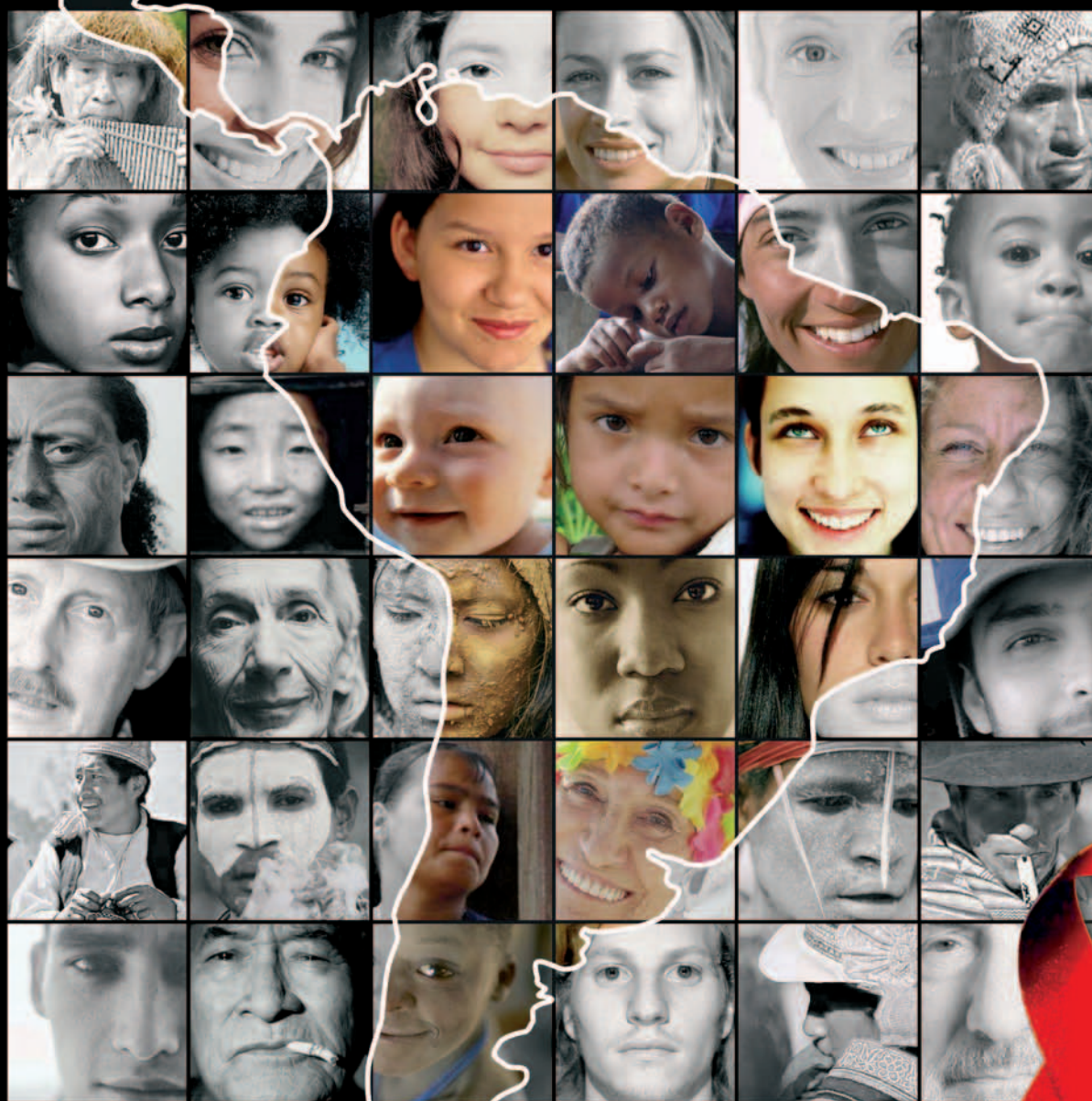


Conciencia

LATINOAMERICANA

VOL XIII No 10

DICIEMBRE 2004



VIH SIDA

UN LLAMADO A LA ACCIÓN

RED LATINOAMERICANA DE CATÓLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR

Carta de principios

Somos un movimiento autónomo de personas católicas, comprometidas con la búsqueda de la justicia social y el cambio de patrones culturales y religiosos vigentes en nuestras sociedades. Promovemos los derechos de las mujeres, especialmente los que se refieren a la sexualidad y a la reproducción humanas. Luchamos por la equidad en las relaciones de género y por la ciudadanía de las mujeres tanto en la sociedad como al interior de las iglesias. Estamos en un proceso de construcción colectiva trabajando de manera democrática y participativa.

Afirmamos:

- El derecho de las mujeres a la autonomía y el control sobre su propio cuerpo y la vivencia placentera de su sexualidad sin ninguna distinción de clase, raza, etnia, credo, edad y opción sexual.
- La capacidad moral que mujeres y hombres tienen para tomar decisiones serias y responsables sobre sus vidas y en particular en lo que se refiere a la sexualidad y la reproducción humanas.
- El pensamiento teológico que reconoce la validez moral de las decisiones tomadas por las mujeres en el campo reproductivo desculpabilizando a las mismas, incluso cuando deciden interrumpir un embarazo.
- El respeto por la diversidad, la diferencia y la pluralidad como necesarias a la realización de la libertad y la justicia.

Proponemos:

- Crear espacios de reflexión ético-religiosa en una perspectiva ecuménica desarrollando diálogos públicos, tanto en las sociedades como en las iglesias, con respecto de los temas vinculados a la sexualidad, reproducción humana y religión.
- Profundizar el debate en relación a la interrupción voluntaria del embarazo, ampliando la discusión en sus aspectos éticos, médicos y legales.
- Influir en la sociedad para que reconozca el derecho que tienen las mujeres a una maternidad libre y voluntaria con el propósito de disminuir la incidencia del aborto y la mortalidad materna.
- Luchar por la despenalización o legalización del aborto.
- Sensibilizar e involucrar a la sociedad civil, particularmente a los grupos que trabajan con servicios de salud sexual y salud reproductiva, educación, derechos humanos, medios de comunicación y legisladores, sobre la necesidad del cambio de patrones culturales vigentes en nuestra sociedad.

Exigimos a los Estados:

- El cumplimiento de los compromisos contrainformados por los gobiernos en las Conferencia sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994 y la Conferencia sobre las Mujeres en Beijing en 1995.
- La implementación de programas de educación sexual desde la perspectiva de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.
- La creación de leyes, políticas públicas y servicios de salud accesibles y de calidad, que garanticen a todas las mujeres, especialmente a las mujeres más pobres, el efectivo goce de su salud sexual y su salud reproductiva.

Caxambu (Brasil) diciembre de 1996

Índice

3

Editorial

4

La feligresía católica, la conciencia y el uso de condones/
Anthony T. Padovana

8

MULHERES, AIDS E RELIGIÃO. Uma análise da experiência religiosa de mulheres portadoras do vírus HIV e AIDS /Yury Puello Orozco

14

Mensaje de las Iglesias, organizaciones y programas en el día mundial del VIH-Sida 2004

20

Desigualdad social y Sida: el contexto neoliberal de la Epidemia/ Bernardo Uscache y Amalia Cabezas

28

Declaración de Compromiso de los Líderes Religiosos 15^o Conferencia Internacional de Sida. Bangkok, Tailandia 15 de julio del 2004

30

Reducir la vulnerabilidad de las mujeres. Campaña mundial contra el sida 2004/ Ricardo García Bernal

36

Como influye la violencia contra las mujeres en el incremento del VIH-Sida/ Peter Piot

Campaña... Campaña... Campaña...

40

Condomes por la vida: un esfuerzo mundial

Notas para la Acción

41

"Por amor a la vida usa preservativo" Una experiencia que une el teatro a la prevención/ María Teresa Bossio

44

En mi iglesia todos estamos viviendo con VIH/ Gracia Violeta Ross Quiroga

48

Integrando el VIH y la atención del aborto seguro

Consejo editorial:

Coca Trillini - CDD /Argentina

María José Rosado Nunes - CDD / Brasil

María Consuelo Mejía

Teresa Lanza - CDD / Bolivia

Edición:

Marcela Rodríguez Días y María Luisa Manotas A.
CDD/Colombia

Producción y Distribución:

CCD/Bolivia

Diseño editorial:

Fanny Stella Márquez

Ilustración de la portada:

Michel Abril

Impresión:

Creativa / Bolivia

La presente publicación es posible gracias al apoyo de HIVOS y la Fundación Ford.

Editorial

“La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara...”¹

Presentamos un número especial de Conciencia Latinoamericana sobre el VIH-SIDA, temática que ha adquirido un particular interés tras las declaraciones de la Cumbre Internacional sobre el SIDA en Bangkok, en la cual se reprocha “la indiferencia criminal de los gobiernos” y la “insensata actitud de los laboratorios” de fármacos antisida al limitar la venta y la producción con el pretexto de las patentes.

La Conferencia, más que reiterar las tradicionales alertas sobre el crecimiento del SIDA y sus peligros como gran enfermedad del siglo XXI, ha servido para sacar a la luz nuevos y sorprendentes hallazgos sobre sus víctimas –preocupante crecimiento entre mujeres de parejas estables– y sobre el impacto de posturas conservadoras como la de la Iglesia Católica frente a la prohibición del uso del condón.

Según el reporte anual, publicado en noviembre de 2004 por Naciones Unidas, el número de mujeres infectadas con el virus mortal ha crecido en los dos últimos años y las afectadas ya están llegando a la mitad de los casi 40 millones de personas que hoy viven con la infección.

Católicas por el Derecho a Decidir observa con preocupación la “feminización” de la epidemia y señala cómo la vulnerabilidad de las mujeres al VIH/SIDA no es únicamente fisiológica sino además es el resultado del manejo de las diferencias en las relaciones de poder entre mujeres y hombres, caracterizadas por la coerción y la violencia de género, la dependencia económica, la incapacidad de las mujeres de negociar relaciones sexuales más seguras y la ausencia de métodos de prevención del VIH controlados por las mujeres como los microbicidas.

Indudablemente, el obstáculo mayor es de carácter sociocultural ya que los hombres heterosexuales y bisexuales están llevando el virus a sus hogares, a sus esposas o compañeras sexuales por el machismo imperante en ellos y la falta de conciencia de las mujeres sobre sus derechos en el campo de la salud sexual y reproductiva.

La crisis del SIDA no es fundamentalmente médica: está indudablemente vinculada con la pobreza, la injusticia, la desigualdad, la ignorancia, y la cultura. El VIH-SIDA quita a los países su recurso más precioso: la gente. “Cuando ella se pierde en una enfermedad que la debilita y la mata, nuestras naciones quedan en condiciones aún peores para desarrollarse económicamente, mantener una cultura vibrante y una educación sana, gobernarse bien o respetar los Derechos humanos fundamentales”².

Para prevenir la expansión del SIDA es necesario enfrentarnos con el SIDA, y esta decisión nos exige volver la mirada sobre valores centrales y relaciones fundamentales entre personas, hombres y mujeres en sociedades que a menudo no son ni justas ni respetuosas.

La declaración política de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible en Johannesburgo reafirma uno de los principios de la Conferencia de Río, a saber, que cada ser humano tiene derecho a una vida sana y productiva en armonía con la naturaleza.

A causa de la pobreza, el subempleo, las grandes dificultades para asegurar condiciones de vida digna, millones de personas padecen enfermedades contagiosas como VIH-SIDA. A nuestro modo de ver, ninguna de las estrategias a favor del desarrollo humano integral que incluye las dimensiones económicas, sociales, políticas, culturales, religiosas tendrá un impacto duradero por las consecuencias devastadoras de la pobreza y de la pandemia del VIH-SIDA.

Es necesario entonces, que la lucha contra el VIH/SIDA pueda desarrollarse a una escala lo suficientemente alta que abarque cada vez a más amplios sectores de la población. Es un hecho que los gobiernos de América Latina no han realizado esfuerzos acordes para la lucha contra esta mortal epidemia, ni en cuanto a campañas masivas de información y prevención ni en lo que se refiere a la distribución masiva de condones.

Especialmente nos preocupa que en las escuelas y colegios de América Latina haya

poca información sobre el SIDA. Vale la pena destacar que se debe hacer un esfuerzo mayor para desarrollar procesos educativos que tengan como sujetos centrales a las mujeres y niñas, dado que éstas son objeto de discriminación de género y por lo tanto tienen menos acceso a educarse que los hombres y niños.

Nuestra opción, nuestra responsabilidad y nuestra decisión está ética y moralmente vinculada en el cómo adquirimos el VIH. Más allá de las campañas de prevención y de la medicina se necesita educación en una ética del cuidado.

La educación tiene múltiples beneficios ya que contribuye a la reducción de la pobreza, a la mejora de la salud de las mujeres y de sus hijos, al retraso de relaciones sexuales tempranas, a la disminución de prácticas de riesgo, e incrementa la confianza personal y el poder de decisión permitiendo la negociación en la intimidad de sexo seguro. Está tan directamente relacionada con un mayor conocimiento, una conducta más segura y una tasa menor de infección “que ha sido descrita como la vacuna social, si las mujeres y los jóvenes previenen la fuente del contagio, modifican los comportamientos de riesgo de manera efectiva, y se cree que esto es muy viable a través de la educación. La educación es nuestra mejor vacuna social contra el VIH-SIDA.”³

Esperamos contribuir en el debate actual con artículos que recogen los puntos centrales de la problemática y que sugieren el empoderamiento de las mujeres y de los jóvenes, la información y sensibilización de las iglesias y la necesidad de incidir en las políticas de los Estados para dar respuesta a los desafíos que señala la pandemia del SIDA.

- 1 Sontag Susan. *La enfermedad y sus metáforas y el sida y sus metáforas*. Santillana S.A Taurus, 1996. Impreso en Madrid, España.
- 2 Vandemwortele, Ji E. Delamonica. Education, “Vaccine” Against HIV/AIDS. 2000
- 3 Idem

La feligresía católica, la conciencia y el uso de condones

Anthony T. Padovano*

Una posición católica para contribuir a mitigar la pandemia del SIDA Presentada en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA

El apoyo de católicas y católicos al uso del condón para prevenir la infección del virus de inmunodeficiencia humana es abrumadoramente mayoritario. Dependiendo del estudio particular del que se trate, los porcentajes de aceptación alcanzan virtualmente la unanimidad. Sin embargo, la enseñanza oficial de la Iglesia católica sigue dividida.

En el núcleo del problema se plantean tres preguntas:

I. ¿Cómo promover la sexualidad madura?

Todas las comunidades religiosas respaldan el ejercicio maduro de la sexualidad. Este concepto se encuentra en el centro de la Ética General promulgada por el Parlamento de las Religiones del Mundo.

El desarrollo y la madurez sexuales son los medios mediante los cuales se transmite y se nutre la vida. El

respeto a uno mismo y los derechos humanos están, sin duda, íntimamente ligados a la manera como se define y se expresa la sexualidad y como se hace de ella una conducta responsable.

Autoridades religiosas de todo el mundo concuerdan en que la madurez sexual no puede lograrse únicamente mediante la práctica del sexo seguro, la prevención de las enfermedades ni el mejoramiento de la tecnología anticonceptiva. La madurez exige actitudes de respeto, responsabilidad y acatamiento de los derechos de las personas, todas las cuales trascienden las condiciones específicas de la práctica sexual. De hecho, puede sostenerse que si no se han desarrollado esas actitudes previas, hasta el sexo seguro puede implicar un ataque a la dignidad de los demás.

Las autoridades eclesásticas católicas tienden a ofrecer su apoyo a la difusión de medidas profilácticas, siempre y cuando ésta se base en

programas educativos que promuevan las enseñanzas de la Iglesia sobre la sexualidad responsable. Así, Monseñor Jacques Suaudeau, miembro del Consejo Pontificio para la Familia, escribe en *L'Osservatore Romano*, el periódico oficial del Vaticano, que «el uso de la profilaxis» en ciertas circunstancias «es, en realidad, un mal menor, pero no puede proponerse como modelo de humanización y desarrollo» (19 de abril de 2000).

El Consejo de los Obispos Franceses declaró en 1996 que el uso de condones “puede entenderse en el caso de personas para quienes la actividad sexual es un aspecto muy arraigado de su estilo de vida y para quienes (esa actividad) representa un riesgo serio; pero es preciso agregar que ese método no promueve la sexualidad madura.”

La Conferencia Episcopal Alemana produjo en 1993 un documento que afirmaba que “la conciencia humana constituye la autoridad decisiva en

materia de ética personal.” Añadía que “debe tomarse en cuenta el alto número de abortos entre madres solteras y el sufrimiento generalizado, aún cuando el comportamiento que subyace a esos fenómenos no pueda ser justificado en muchos casos...”

En declaraciones individuales, algunas autoridades eclesásticas importantes respaldan el uso de anticonceptivos en el contexto de la sexualidad responsable y de la prevención del SIDA.

Por ejemplo, el Cardenal Arzobispo de París, Jean-Marie Lustiger, declaró en 1989 que el amor y la castidad son virtudes esenciales de la madurez sexual, pero que si una persona es “seropositiva”, y “no puede vivir en castidad”, “debe usar los medios que se han propuesto” para evitar infectar a otras personas.

El Obispo Eugenio Rixen, de Goias, Brasil, añade que el principio del mal menor hace del “uso del condón algo menos grave, desde el punto de vista moral, que infectarse o infectar a otras personas con el virus del SIDA”. (Junio de 2000).

La mayoría de la gente se sorprendería si supiera que noventa por ciento de las y los teólogos que conformaban la Comisión Papal sobre el Control de la Natalidad al

concluir el Concilio Vaticano Segundo, sostenía que el control artificial de la natalidad no es intrínsecamente malo y que la enseñanza oficial contra la anticoncepción podía modificarse.

II. ¿Cómo salvar vidas?

La tradición católica es más flexible de lo que muchos creen cuando de resguardar la vida humana y su dignidad se trata.

Durante la mayor parte de su historia, la Iglesia condenó severamente la cremación como una violación a la dignidad del cuerpo humano y una agresión contra la doctrina católica central de la resurrección de los cuerpos. Su posición al respecto era tan definida, que prohibía los funerales católicos cuando los deudos optaban por la cremación. Pero incluso entonces no sólo permitía la cremación, sino que la consideraba como un deber moral en época de peste, cuando la infección era un riesgo y las vidas de otros seres humanos corrían peligro.

La doctrina católica que prohibía la usura o cobro de intereses por el préstamo de dinero fue constante a lo largo de siglos.

La usura es condenada en la Biblia y esta posición fue reafirmada por siglos de enseñanza católica. Sin embargo, cuando resultó claro que el nuevo orden económico del período moderno dependía de la usura para la salud financiera de la familia humana, el cargo de intereses sobre el dinero prestado no sólo se juzgó permisible para el mundo en general, sino que se convirtió en la norma del sistema bancario del propio Vaticano.

La teoría católica de la guerra justa prevaleció sin impugnaciones significativas desde la época de

Agustín, en el siglo quinto, hasta el siglo veinte. Esta teoría sostiene que existen razones legítimas e incluso moralmente válidas para comprometerse en la guerra, siempre y cuando se trate del último recurso, se utilicen medios proporcionales y no excesivos, y la población civil no se vea amenazada. Sin embargo, el advenimiento de las armas nucleares ha modificado el pensamiento católico en este ámbito. Hoy la guerra nuclear se considera injusta porque la desproporción de los medios y la matanza indiscriminada de personas inocentes, inclusive en todo el planeta, han modificado la educación moral.

El deber de proteger la vida, quizá toda forma de vida, ha llevado a las autoridades religiosas a concluir que la posesión misma de armas nucleares es moralmente cuestionable. La Conferencia Episcopal Católica de Estados Unidos escribió en su carta pastoral de 1983, titulada “El desafío de la paz”, que debemos asumir “una comprensión totalmente nueva de la guerra” y que resulta irresponsable “limitarnos a repetir lo que habíamos dicho antes” El documento juzga inmoral la guerra nuclear, y la posesión de armas nucleares se considera tentativamente válida desde el punto de vista moral sólo como medida provisional para minimizar el riesgo de un holocausto nuclear y como un paso “en la ruta del desarme progresivo.”

Así, el pensamiento de la Iglesia católica ha afirmado consistentemente la necesidad de tomar en cuenta el principio del mal menor. Este enfoque argumenta que, en ocasiones, la ambigüedad de las opciones hace necesario elegir un mal a fin de impedir otro de mayor magnitud. De este modo, una mujer embarazada puede optar por la remoción de su útero canceroso aunque ello implique la muerte del feto, puesto que la intención es la

preservación de su propia vida. Este razonamiento acepta el “mal” de la terminación de la vida prenatal como un mal menor, no procurado de manera directa.

Un paciente terminal puede optar, como el menor de los males, por renunciar a toda intervención quirúrgica y a la adopción de un sistema de prolongación artificial de la vida, y permitir su muerte mucho antes de que llegue el momento de que sea biológicamente imposible seguir con vida. El “mal” implícito en la elección de la propia muerte se considera como el menor de los males cuando la alternativa es la prolongación dolorosa e inútil de la vida, asequible sólo mediante métodos extraordinarios.

La crisis del SIDA cobra hoy más vidas humanas que todas las pestes o las armas nucleares en la historia. Esta crisis tiene el potencial de desestabilizar los sistemas financieros mundiales, con la consecuente desnutrición y muerte de millones de personas que no se han infectado de SIDA. La crisis económica por la que atravesamos es tan severa como la crisis de la usura de siglos anteriores. Y sin embargo, la anticoncepción no es condenada en la Biblia como lo fuera, explícitamente, la usura. Si una prohibición bíblica puede hacerse a un lado cuando las condiciones se transforman radicalmente, una prohibición que no tiene su origen en la Biblia puede ser desechada más fácilmente si sus consecuencias para la vida humana, así como el menor de los males, se sopesan en la balanza.

La Iglesia católica no puede y no estaría dispuesta a promover una “cultura de la muerte” si la vida de decenas de millones de personas puede salvarse recurriendo a las opciones morales que ofrece la tradición católica.

Tratándose de la anticoncepción y el SIDA, hemos llegado a un punto en el que la intención ya no es la prevención del embarazo, sino la de la muerte. En el contexto en el que nos situamos ahora, la anticoncepción no se orienta ya al control de la sobrepoblación, sino a evitar un holocausto.

III. ¿Cómo vivir en un mundo que no es ideal?

La Iglesia católica está convencida de que una acción intrínsecamente mala, corrupta hasta las raíces, no puede ejercitarse como un medio moral, incluso desde el punto de vista del menor de dos males. Por tanto, no es válido matar a civiles inocentes para ganar una guerra, ni siquiera cuando se combate contra un sistema tan maligno como el nazismo. Tampoco es válido controlar el crecimiento de la población

mediante el infanticidio o el aborto forzado, ni ordenar la violación de mujeres con el fin de desmoralizar al enemigo y apresurar el final de una guerra.

En consecuencia, la anticoncepción sólo puede ser universalmente prohibida si se le juzga intrínsecamente mala.

La encíclica del Papa Pablo VI, *Humanae Vitae* (1968) prohibía todos los medios de anticoncepción artificial. Sin embargo, el Papa aclaró que esta enseñanza no era infalible. Y no podría haberla declarado infalible a menos que no hubiera habido dudas acerca del mal intrínseco de la anticoncepción.

De hecho, la Comisión Papal sobre el Control de la Natalidad no hubiera sido convocada si no existieran dudas acerca del mal intrínseco de la anticoncepción.

La inmensa mayoría de católicos y católicas, incluyendo a los sacerdotes no ve ningún mal intrínseco en la anticoncepción. En realidad, inmediatamente después de la aparición de *Humanae Vitae*, las cartas pastorales oficiales que publicaron las conferencias episcopales de Bélgica, Canadá, Francia, Alemania, Holanda y Estados Unidos aclararon que el uso de los anticonceptivos era uno de los casos en los que la conciencia debía tener primacía sobre la prohibición papal. Se argumentaba que el ejercicio responsable de la sexualidad podía suponer que un matrimonio que respetase la enseñanza del Papa llegara, sin embargo, a la conclusión de que necesitaba limitar los nacimientos y, simultáneamente, preservar su vida sexual; eso podría inducirlo, en conciencia, a optar por la anticoncepción como el menor de los males.

Los teólogos católicos fueron más allá y comenzaron a considerar los

casos en los que la anticoncepción no era solamente el menor de dos males, sino un valor en sí mismo, siempre y cuando fomentara la madurez sexual y la responsabilidad.

Todos estos hechos ocurrieron mucho antes de que surgiera la crisis del SIDA, incluso antes de que el SIDA mismo existiera.

Frente a la magnitud del número de muertes que estamos presenciando, ante la realidad de naciones enteras de niñas y niños huérfanos y aún de culturas que han perdido a sus jóvenes, es imperativo adoptar un nuevo enfoque. El catolicismo puede

hallar en sus propios recursos y en su compromiso con la vida la flexibilidad necesaria para permitir y recomendar el uso del condón con el fin de prevenir una plaga sexual más catastrófica todavía que la peste bubónica que casi destruyó la civilización europea.

El mundo no siempre nos permite vivir en un ambiente ideal y de acuerdo con nuestras preferencias.

Nos pide, más bien, que vivamos en él de manera responsable y generosa. Detener el SIDA es una decisión a favor de la vida, una alternativa responsable, una acción

generosa. Una vez realizados todos los esfuerzos necesarios para promover la sexualidad madura, deberemos aceptar también el hecho de que no todas las personas son maduras. El realismo de la tradición católica sabe esto y se adapta a ello en otros casos. El uso del condón para prevenir el SIDA puede ser un paso en la promoción de la madurez y la responsabilidad sexuales.

A la luz de esta perspectiva,
existen evidencias suficientes
para afirmar que la mayoría
de católicas y católicos,
y sus autoridades en medida
creciente, afirman la vida
sobre la muerte y el deber de
proteger a los inocentes de la
peste del SIDA

* El Dr. Padovano es profesor de Literatura Americana y Estudios Religiosos, en el Ramapo College de New Jersey. Recibió el S.T.D. de la Universidad Gregoriana de Roma y un Ph.D. de la Fordham University. Es Vicepresidente de la Federación Internacional de Sacerdotes Casados, integrante de Voces Católicas. Voces Católicas, una iniciativa de Catholics for a Free Choice, es un foro internacional dedicado a temas de población y desarrollo, los derechos humanos de las mujeres, la sexualidad y la salud reproductiva. Compuestos por personalidades laicas, teólogas y teólogos, y clérigos católicos de diversas partes del mundo, el foro promueve la elaboración de políticas públicas y acuerdos sobre esos temas que fortalezcan la justicia social, respeten la dignidad humana y honren el derecho a la conciencia individual, con especial atención a los valores y la ética de la tradición católica.

Mulheres, AIDS e religião

Uma análise da experiência religiosa de mulheres portadoras do vírus HIV e AIDS

Yury Puello Orozco*

“A gente, quando casa, acredita mesmo na fidelidade, confia nas palavras dos maridos, do que eles falam na frente do padre; você acaba acreditando em tudo o que eles falam”. (Débora, 39)

Contexto

O conceito de vulnerabilidade nos abre as portas para analisar a relação existente entre religião e Aids, uma vez que permite compreender a epidemia como consequência da inter-relação de comportamentos e vivências individuais e subjetivas, e condições sociais mais amplas, como o acesso aos serviços de saúde e a existência de políticas públicas dirigidas às mulheres.

Através da história, muitos estudos se têm feito sobre o papel da religião na vida das pessoas, sobre os efeitos da religião nas vidas das pessoas, nas sociedades. Alguns autores a definem como um fenômeno cultural que permite a construção de significados, no sentido de compreender, explicar e controlar a vida das pessoas. Neste aspecto, a religião dá sentido às vivências humanas e permite que se construam as representações necessárias frente aos problemas. Para outros, a religião tem um papel significativo para a humanização do mundo como uma dimensão que dá sentido à vida e a situa frente a realidades humanas como o sofrimento e a morte; como uma

dimensão que dá elementos para que as pessoas interpretem a própria condição de vida, construam sua identidade e convivam com o próprio ambiente.

O panorama religioso brasileiro demonstra a importância da religião na vida das pessoas. Atualmente vemos o ressurgimento de religiões tradicionais, criação de novas igrejas e até, de novas religiões. Um número crescente de pessoas estão aderindo a novas formas de expressão religiosa.

Desde o aparecimento do vírus HIV e da AIDS, o universo simbólico valeu-se das mais diversas formas para tentar explicar a epidemia emergente: castigo divino, praga moderna, genocídio etc., para citar apenas algumas das expressões mais correntes. Porque o HIV e a AIDS aparecem questionando as bases profundas da existência humana, das relações sociais, das construções culturais e religiosas. Obrigam-nos a pensar sobre nossas crenças e certezas, ou seja, essa nova realidade nos leva a interpelar nossa visão religiosa.

A preocupação das instituições religiosas com esta epidemia, não se dá imediatamente. Esta demora se dá sobretudo porque a Igreja, como muitas outras instituições trataram o grave problema da Aids, desde o ponto de vista moral, como consequência da decadência moral do indivíduo.

A AIDS transformou-se em uma questão, não só de caráter ético e moral, mas também que abarca os aspectos profundos das religiões. As Igrejas cristãs sentiram-se desafiadas e chamadas a tomar uma posição. Em vários aspectos, este problema, fez com que as diferentes tradições religiosas repensassem as suas práticas tradicionais de serviço, assistência, tratamento e apoio espiritual.

A posição oficial da Igreja Católica recomenda às pessoas como forma de prevenção, optarem pela castidade e a abstinência dentro e fora do casamento, e não aceita o uso de preservativos. Outro discurso da Igreja Católica frente à AIDS, é o de estimular a fidelidade conjugal como um dos valores fundamentais dos(as)

cristãos(ãs), que deve ser levado em conta, sobretudo em tempos de AIDS. Por trás da postura da Igreja Católica está uma posição ambígua em relação à sexualidade.

A AIDS tem colocado em evidência as divergências internas da Igreja Católica, naquilo que se relaciona com os direitos reprodutivos e a sexualidade, na medida em que, diferentemente de outros assuntos, muitos membros da hierarquia católica, especificamente bispos, padres, freiras etc. que, por seu cargo ou função, deveriam ser os representantes e defensores legítimos do pensamento oficial da Igreja, têm apoiado publicamente campanhas que incentivam o uso da camisinha como forma de prevenção. Uma das primeiras e públicas manifestações religiosas contra a Aids, veio da Igreja católica, em 1985 Dom Eugênio de Araújo Salles, cardeal-arcebispo de Rio de Janeiro, escreveu um artigo "O mal e a e a covardia dos bons". Nele, o autor aborda a AIDS como um castigo divino, uma resposta da natureza contra as "inversões" que estavam ocorrendo no campo da sexualidade.

Apesar das contradições e posturas contrárias ao uso da camisinha, a Igreja Católica tem uma prática significativa de atenção ao problema da AIDS. Como falamos anteriormente, esta prática está atravessada pelas diferentes óticas presentes na Instituição.

Atualmente há, no Brasil, muitas ONGs ligadas à Igreja Católica, que trabalham com AIDS. Existe diversidade de posições dentro destas ONGs ou grupos, em relação à pregação oficial da Igreja Católica. Algumas pessoas aderem mais ao posicionamento oficial; outras, mesmo discordando, continuam seu trabalho, de forma cautelosa, como extensão de sua obra missionária. Um terceiro setor tem uma posição mais crítica em relação à Igreja, tendo elaborado argumentos para questionar a posição oficial.

A problemática do HIV/AIDS tem colocado em evidência uma realidade

que cresce cada vez mais em todo o mundo: o interesse das religiões em participar de espaços onde se discute ou se decide sobre políticas públicas. Quando a Igreja Católica pretende proibir o exercício dos direitos conquistados, como o uso de anticoncepcionais, a livre orientação sexual, a possibilidade de interrupção de uma gravidez, o uso da camisinha, está querendo impor restrições às decisões pessoais e desta maneira entrar no campo da vida privada, intervindo na intimidade. A Igreja tem todo o direito de opinar sobre estes assuntos, porém não pode impor à sociedade uma determinada norma moral. A não intervenção das Igrejas na elaboração de políticas públicas não significa limitá-las em seu direito de expressão. É necessário criticar a Igreja Católica pela pressão que exerce sobre as liberdades individuais e sobre as políticas públicas, mas também o desafio da democracia é o exercício de respeito e tolerância com as idéias e crenças religiosas.

O HIV, responsável pela AIDS, que no passado foi considerada uma enfermidade de homossexuais e usuários de drogas e, portanto, carregada de preconceitos, hoje representa uma grande ameaça para as mulheres sexualmente ativas, inclusive as monogâmicas. Na década dos anos noventa, a transmissão heterossexual predomina entre as mulheres.

Mulheres e Religião

Diferentes estudos estão mostrando a relação entre as mulheres e a religião. Alguns elementos de análises nos mostram que as mulheres devido seus papéis de esposa e mãe de família teriam maior afinidade com a religião, na medida em que são elas as que tem que buscar soluções para os problemas domésticos, são elas que fazem promessas, mesmo quando é para o marido ou os filhos cumprirem. As dificuldades cotidianas, as preocupações com a sobrevivência e com a qualidade de vida dos familiares são uns dos motivos que levam as mulheres a participarem mais intensamente da vida religiosa. O que

identificaria mais as mulheres com a religião, a saber, com a visão cristã do mundo, é o "ser para os outros", a "doação", o desprezo do próprio desejo frente aos desejos do marido e dos filhos; é a aceitação de um lugar secundário na distribuição de recursos e benefícios grupais. A fragilidade, a intuição, a abnegação, a docilidade, a sensibilidade, atribuídas à mulher, "passam a ser tomadas como parte da natureza feminina. Sendo assim, a natureza do trabalho feminino seria mais compatível com a participação religiosa do que com as atividades públicas".

Também a participação nos espaços religiosos seria uma busca, por parte das mulheres, de relações de amizade, compreensão, diálogo e comunicação. Lugar de realização pessoal; elas têm adquirido autonomia, segurança; elas se sentem valorizadas. Também os espaços religiosos seriam um dos poucos espaços extradomésticos que os maridos permitiriam às mulheres frequentar.

Estes dados nos ajudam a compreender o significado que a religião tem para as mulheres: em que medida reforça as atribuições que lhes são dadas na sociedade, tais como abnegação, submissão, culpa, fatalismo; em que medida lhes dá força para conviverem com seus problemas, para enfrentarem as dificuldades e a realidade da AIDS; em que as ajuda em seu processo de emancipação.

Para a maioria das mulheres pobres, a vida cotidiana é lugar das experiências mais profundas de solidão e abandono. Pensar em Deus, neste lugar, é pensar em alguém que vai proteger, que vai socorrer. Deus é tudo. Essas mulheres necessitam do Deus todo-poderoso para enfrentarem seus problemas e os de seus maridos. Deus as coloca como mediadoras para cuidar da família. A religião aparece legitimando seu papel de "cuidadoras" dos(as) outros(as), da família.

Quando o vírus chega às mulheres, em pouco espaço de tempo, elas têm que conviver com a imagem de uma doença que mata, que não tem cura,

mas também, com os benefícios das pesquisas e do tratamento. Como experimentar Deus nesta situação?

Elas vem o aspecto positivo das conquistas da ciência, os benefícios que estão recebendo. Em tudo isto, vem a presença de Deus que contribui para que todas estas coisas se façam presentes em suas vidas.

O fato de estar vivendo, enfrentando a vida, de ter sobrevivido a muitas doenças oportunistas, de estar se beneficiando dos programas sobre AIDS e alguns dos filhos não terem desenvolvido a doença, é algo que só tem explicação se se atribui a Deus, à sua intervenção.

Duas expressões constantes que usam as mulheres chamam a atenção: “confio muito em Deus”, “temos que agradecer a Deus”. Deus é o companheiro que está sempre “dando a mão”, que está sempre presente em todos os momentos, em todas as situações. Consideramos que estas mulheres têm uma experiência muito forte, a partir da AIDS, que as leva a confiar e a agradecer. Confiança na vida, em que tudo vai dar certo, confiança nos medicamentos, nos médicos, nas pessoas e instituições que as estão ajudando. Mas para elas, só Deus merece gratidão e confiança plenas.

Culpadas por que?

Ao falar da religião na vida das mulheres, emerge o problema da culpa. É como se os sistemas religiosos tivessem encontrado nela, a forma através da qual poderiam estar sustentandose, perpetuando as relações de dominação e subordinação, pela introjeção de regras vigentes.

No caso das mulheres portadoras do vírus HIV e da AIDS, não é diferente. Frente à nova realidade em que se encontram, faz-se necessário dar uma explicação a esse absurdo, essa contingência inexplicável que surgiu em suas vidas. O que primeiro aparece, tentando encontrar uma



explicação, é o caminho da culpa, revestida de elementos religiosos, que, como dizíamos anteriormente, são produto de uma elaboração teológica que criou um modelo de Deus inalcançável, perfeito, contrário à realidade humana. É muito comum ouvir, especialmente das mulheres, esta experiência religiosa que culpabiliza, que cria a sensação de sempre estar fazendo algo errado e desobedecendo.

Um sentimento predominante entre as mulheres portadoras, é a preocupação pela dor e sofrimento que podem causar a seus familiares.

O impacto do vírus HIV e da AIDS é maior nas mulheres. Os estereótipos relacionados com o HIV e com a AIDS têm reforçado a idéia de que as mulheres são as culpadas pelo avanço da epidemia, como também as cargas sociológicas e sociais são mais pesadas para as mulheres que para os homens.

A culpa que sentem as mulheres é resultado de uma forma de educação em que o catolicismo tem tido um papel fundamental, seja nas mitologias, seja nas tradições ou nas elaborações teológicas. Os corpos das mulheres aparecem representando a culpa, a tentação, o pecado, por isso não é de se estranhar que, quando se trata de encontrar explicação ou justificação para acontecimentos fortes, como é o caso do contágio por HIV e AIDS, muitas vezes aparecem os corpos femininos como os responsáveis por estes acontecimentos. Historicamente, o corpo da mulher tem significado



controle, suspeita e restrição. A partir de uma análise de gênero pode-se falar de uma culpa sem responsabilidade pessoal, resultado da própria cultura.

Família

Não podemos ignorar a grande contradição do espaço familiar, que, supostamente, deveria ser o espaço do afeto, da intimidade, o lugar do crescimento do amor conjugal. Contrariamente ao que dele se espera, tem-se convertido também, no lugar onde, escandalosamente, se cometem atos de violência contra seus membros, especialmente os mais desprotegidos, como mulheres, meninas(os), anciãs(ões), enfermas(os), deficientes físicas(os), etc. Sabese que, na grande maioria dos casos, entre 70% e 87%, o agressor é o marido ou parceiro, ou um ex-marido ou ex-parceiro.

Mas, é certo, também, que a AIDS aparece desvelando a vulnerabilidade das mulheres, revelando as suas contradições, seus medos, a grande complexidade das suas relações afetivas e sexuais. É no espaço da família, tradicionalmente definido como o lugar legítimo para a vivência do sexo, da procriação, das relações afetivas, da segurança, onde um número considerável de mulheres se tem encontrado com o vírus HIV e com a AIDS.

Os ensinamentos e normas católicos se impregnam a cultura, transcendendo seu espaço meramente religioso, para converter-se em valores comuns da cultura brasileira. Neste sentido, estes ensinamentos e normas têm causado,



muitas vezes, danos às consciências e no campo da saúde, conforme o revela a realidade da AIDS, danos na vida espiritual das pessoas católicas, especialmente na das mulheres, já que a Igreja Católica tem legislado bastante sobre elas.

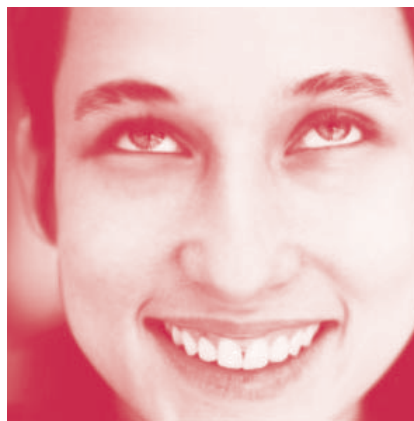
O discurso sobre a família, sobre a dona de casa, casada, reforçou a falsa crença de que estas mulheres estariam mais seguras, menos expostas ao vírus dentro de casa, que eram as(os) outras(os) que estariam mais propensas ao vírus.

A abordagem da família, referência importante do catolicismo, lugar que favorece a manutenção e a criação de valores, revelanos que, em geral, as mulheres, pelo que esta instituição representa para elas, não se sentem em situação de risco, porque não se consideram promíscuas, a casa lhes brinda segurança, o casamento é a prova do amor e respeito que o marido tem por elas.

Quando se fala de prevenção a partir dos valores atribuídos à família, temos que pensar se, de fato, as mulheres, dentro de suas casas, estão experimentando esses valores.

Casamento: segurança e risco para as mulheres

O casamento aparece como um tema importante, quando discutimos sobre família, segundo a Igreja Católica é um primeiro caminho para a constituição da mesma. O casamento representa, para as mulheres, uma aliança feita com um homem a partir de uma



experiência de amor e, segundo a Igreja, essa aliança de amor deve perdurar “até que a morte os separe”. É a partir de vivências concretas de casamentos que o ideário da Igreja vem sendo questionado. O problema não é a questão de o ideário da Igreja ser ou não levado à prática; o conflito se coloca no ocultamento que os valores propostos fazem das estruturas androcêntricas revestidas, neste caso, de pressupostos religiosos que fragilizam, muito mais, as mulheres, pelo desenvolvimento de relações desiguais e destrutivas.

Para as mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS que falam sobre este assunto, viver o sacramento do casamento supunha amor, respeito, união, sacrifício, abnegação, fidelidade, etc. que tentam incorporar na sua vida de casada. Não obstante, a realidade as decepcionou, as levou a perder a confiança e até a questionar a viabilidade do sacramento do casamento no qual elas acreditavam.

O que chama a atenção é que, apesar de a realidade estar mostrando que o casamento não é garantia de felicidade, ainda assim as mulheres acreditam nele, fortemente, como um ideal; elas o sabem a partir das próprias experiências e das experiências de outras mulheres.

Nas mulheres pesquisadas, o desejo de um “casamento feliz”, “com uma pessoa legal”, ainda é um ideal; e a AIDS, é um revelador concreto da não-realização desse ideal. Existe um sentimento de frustração generalizado nas mulheres, ao constatar a distância existente entre a representação que

elas têm, do casamento, e a realidade por elas vivida. Também constatamos a existência de uma aproximação entre o ideal das mulheres e a proposta que a Igreja Católica tem sobre o casamento.

Sexualidade: ruptura entre o dia e a noite

No catolicismo existe uma longa tradição de conflito com a sexualidade, conflito que se tem agudizado, ainda mais, com o aparecimento da AIDS. É o corpo o lugar de manifestação de nossos desejos, de nossa afetividade. É ele o lugar privilegiado onde se concretizaram os discursos negativos sobre a sexualidade. Foi o corpo da mulher que se desprezou com mais força e vigor, trazendo, como consequência, sobre ele, o desconhecimento e o silêncio.

Como afirmamos anteriormente, os estudos mostram que a tradição histórica da Igreja Católica tem apresentado uma visão negativa e restritiva da sexualidade. Com o aparecimento da AIDS, a Igreja Católica volta, com muito mais força, a pregar a necessidade da castidade e da abstinência como soluções radicais para enfrentar este problema, sem levar em conta estudos e pesquisas que revelam que o campo da sexualidade não é algo isolado na vida das pessoas, mas está condicionado por uma multiplicidade de fatores que o fazem muito mais complexo do que parece. Neste sentido, a proposta que faz a Igreja, da abstinência, como prevenção da AIDS, sem levar em conta a realidade concreta, pode levar ao contágio e à morte, especialmente das mulheres, que, como elas mesmas se percebem, estão muito mais abertas a receber seus ensinamentos:

O vírus HIV e a AIDS encontram, na sexualidade desprotegida, uma das principais vias de entrada no corpo feminino. Essa sexualidade situa-se num corpo construído por uma cultura, por crenças, valores e subjetividades.

As condições biológicas do corpo feminino são um fator de vulnerabilidade ao vírus HIV e à AIDS,

porém esta condição não implica em que as mulheres estejam, inevitavelmente, expostas ao vírus.

É nos âmbitos social, cultural e pessoal que devemos indagar sobre as fragilidades e dificuldades de proteção, âmbitos esses atravessados por mitos, crenças e preconceitos que criam o ambiente propício para que se desenvolvam relações desiguais, que condicionam as vidas das pessoas.

Na história da Igreja encontramos muitos debates e controvérsias em torno de assuntos relacionados com a sexualidade; temas como aborto, comportamento sexual dos casais, prazer, procriação, controle da natalidade, fazem parte destas controvérsias até hoje. Ao contrário do que parece, existe uma inter-relação entre os discursos religiosos e a forma de pensar da sociedade.

Após o Concílio Vaticano II houve abertura a uma visão positiva do exercício da sexualidade, desvinculando-o da procriação, porém, permanecem, contudo, o matrimônio e a família, como único espaço legítimo para a relação sexual.

A hierarquia da Igreja Católica condena a realidade de muitos católicos e católicas que fazem uso de métodos anticoncepcionais artificiais, de técnicas de procriação artificial, optam pelo divórcio e pela realização de abortos; considera que esta realidade contradiz o significado do amor conjugal, qualificando-a de “imoral”.

As condições desiguais que a sociedade destina às mulheres, aparecem com muito mais evidência quando se trata das suas relações sexuais; relações sem prazer, com medo, com raiva e com cansaços, com temor de reações violentas, com o abuso sexual, dentro e fora do casamento. São estas as situações concretas nas quais as mulheres se tornam ainda mais vulneráveis à epidemia da AIDS.

Silêncio, cansaço, risos, vergonha, são as atitudes que as mulheres freqüentemente utilizam para falar

sobre desejos, prazer. Estas atitudes podem estar relacionadas com uma visão negativa da sexualidade ou, também, podem estar relacionadas com a insatisfação das mulheres com a maneira como se dão as trocas sexuais em um contexto de relações de gênero desigual.

A maioria das mulheres expressa desacordo com a proposta da Igreja Católica sobre o uso dos métodos chamados naturais como formas de prevenção, e a proibição do uso dos métodos chamados artificiais, com o argumento de que estes estariam contrariando as leis naturais e, portanto, não são apropriados à moral sexual católica.

O distanciamento entre o que fala a Igreja e o que, realmente, acontece na vida das mulheres é uma realidade, porém a referência à doutrina da Igreja e à tradição familiar são como que um parâmetro para poder julgar o presente.

É cada vez mais comum encontrar, em diferentes estudos que abordam a epidemia da AIDS entre mulheres heterossexuais, que um dos fatos que torna as mulheres mais vulneráveis é a vivência de relações conjugais baseadas em uma concepção de gênero tradicional e rígida, e em representações sobre a sexualidade baseadas em pressupostos religiosos que complicam, ainda mais, a situação das mulheres.

Maternidade: repensando o mito

As concepções religiosas, culturais e sociais sobre a maternidade estão incorporadas, fortemente, nas vidas das mulheres, fazem parte da compreensão do mundo e da vida e, raras vezes são questionadas. Uma das figuras que a Igreja Católica tem reforçado através da história, junto com a da família, é a da mulher como mãe.

Uma idéia freqüente entre as mulheres é a relação entre sexualidade e reprodução, como “uma coisa

comum”. Isso significa que, para as mulheres, a sexualidade está, naturalmente, logicamente, direcionada para a produção da vida. E segundo elas, esse é o grande poder que têm nas suas mãos: a maternidade, a produção da vida; sem esse poder a humanidade acaba.

A maternidade é um assunto de muita importância, quando se trata da situação da AIDS entre as mulheres. A maternidade é um tema crucial, sobretudo quando se trata de discutir as relações de gênero, porque ainda, aparece como o atributo principal das mulheres. É, sobretudo, uma representação social, pelas qual se pensa que as mulheres devem ser mães porque, somente assim, podem ser verdadeiras mulheres.

Neste sentido, frente à constatação de que uma das principais vias de contágio do HIV e da AIDS são as relações heterossexuais, que a transmissão do vírus de mãe para filho é bastante preocupante, até que ponto as mulheres ainda acreditam na idéia de que, para serem mulheres de verdade, devem ser mães.

Existe um conflito entre a condição de portadoras do vírus HIV e da AIDS, e o desejo de serem mães; “(...) o conflito mítico e eterno entre a vida e a morte”. Para estas mulheres, a maternidade, além de ser uma forma de construir uma identidade, de ter um lugar social, preenche um anelo importante para elas, já que em nossas sociedades, especialmente nos espaços ocupados socialmente pelas mulheres dos setores populares, o seu valor social ainda reside, em grande parte, na sua capacidade reprodutiva. Estar grávidas, segundo elas, é uma forma de dar continuidade a seu ser além da morte; é uma forma de identidade e de sentido para suas vidas: “Sua condição de mulheres sem filhos representa um grande sofrimento psicológico que, inclusive, chega a piorar sua saúde, o que deve ser considerado quando se lhe oferecem cuidados à saúde”. (Cabral, 1998, p.101)

Fidelidade: minha história será diferente

O fator religioso aparece como uma referência importante. Quando se fala de fidelidade, o juramento feito no casamento é um fator importante que as mulheres mencionam quando têm que justificar a crença na fidelidade do marido, porém, em muitas ocasiões se constata um distanciamento e incredulidade entre o que diz a Igreja e o que realmente acontece.

As mulheres consideram a fidelidade como algo bom, positivo dentro da relação de casal. Elas acreditavam que levando a sério este valor, pensavam que sua experiência seria diferente. Com relação à AIDS, o que magoa mais as mulheres, não é o fato de os maridos saírem com outras mulheres, é o fato de eles não terem falado para elas que tinham contraído o vírus. Se falassem, poderia ter sido mais fácil para os dois, já que se cuidariam melhor, se preservariam do contágio.

O tema da infidelidade é um assunto importante quando se trata da prevenção do contágio do vírus HIV e da AIDS, tanto pelo significado social, como pelo diferente significado que representa para homens e mulheres.

Como expressavam as mulheres nos seus depoimentos, as relações extraconjugais não são exclusivas dos homens. Porém, por toda a concepção de gênero, pela dupla moral, pela visão que se tem da sexualidade feminina, determina-se que as mulheres sejam mais fiéis que os homens, e esta é uma das grandes dificuldades que têm as mulheres para perceberem o perigo e se protegerem.

As mulheres baseiam as suas relações em torno dos valores que se propõem como ideais para serem vividos e concretizados na instituição do casamento.

A frase usada no rito do casamento, “unidos na dor e na doença, até que a morte os separe”, que foi citada pelas mulheres nos seus depoimentos,

representa o ideal simbólico das mulheres casadas; mas também, é usada para controlar e julgar as suas práticas e os seus comportamentos.

A categoria do amor tal como aparece hoje, mascara os modelos hegemônicos de gênero, com os quais homens e mulheres convivem frequentemente

Em relação à problemática da AIDS entre as mulheres, o amor é uma categoria que ofusca o risco da contaminação. Existe uma incompatibilidade entre o amor (felicidade, prazer, alegria, entrega) e a AIDS (desvio, morte, dor, sofrimento, desvalorização) desde o ponto de vista cultural. A sexualidade fica no ponto mediano que une o amor e a doença, mediação entre essas duas realidades incompatíveis pela cultura. A AIDS não pode ser pensada num contexto individualizado e excluído das vidas das pessoas.

Nas falas das mulheres encontramos, fortemente ancorada, a categoria do amor, demonstrando claramente a incompatibilidade com a problemática da AIDS, enquanto prevenção. Longe de serem atitudes inconseqüentes por parte das mulheres, fazem parte de uma lógica social e religiosa que lhes dá legitimidade.

Conclusão

Percebemos o significado ambíguo e contraditório, para não dizer nocivo, que tem, para as mulheres, a crença no amor, da forma como é proposta na nossa sociedade; num contexto de desigualdade social, econômica e de gênero, em que as mulheres são mais propensas a levar a sério certos valores, que se tornam, na maioria das vezes, como é o caso da problemática da AIDS, num grave obstáculo para desvendar caminhos mais efetivos para a prevenção do vírus HIV e da AIDS. Desta forma, as relações sexuais realizadas dentro do casamento, as que estabelecem atitudes de confiança no marido, atravessadas pelo amor e a fidelidade, geram, nas mulheres, um sentimento de que estão protegidas e, portanto, não correm nenhum risco.

Para as mulheres entrevistadas, a experiência religiosa tem um grande significado. Podemos perceber que a religião tem estado presente nas suas vidas, ao lado de outros fatores, dando-lhes sentido à vida no meio da AIDS, fortalecendo-as, consolando-as, oferecendo-lhes, inclusive, oportunidades de realização pessoal. Dentro desta perspectiva, a religião, para elas, tem jogado um papel positivo e dinamizador.

Mas, também a religião, nas vidas destas mulheres, aparece como o elemento que as torna vulneráveis. Os valores propostos pela Igreja Católica na maioria dos casos, são incorporados como ideais de vida por estas mulheres. As mulheres nas suas falas afirmaram que suas vidas estavam regidas por estes valores.

Não obstante, elas mesmas descobrem, a partir do aparecimento da AIDS nas suas vidas, que não existem condições reais para sua realização. O lugar e as funções que a Igreja Católica propõe para as mulheres, de certa forma vêm reforçar as atribuições exigidas, socialmente, das mulheres, e que as colocam numa situação de inferioridade e submissão e por tanto em uma situação de risco.

* Yury Puello Orozco.
Colombiana, Teóloga,
Licenciada en Filosofía,
Magistra en Ciencias de la
Religión, en la actualidad
adelanta su doctorado en la
misma área. Miembro de
Católicas Pelo Direito de
Decidir, Brasil.

Mensaje de las Iglesias, Organizaciones y Programas en el día Mundial del VIH-SIDA 2004

Mujeres, Muchachas, VIH-SIDA

“Había allí muchas mujeres que miraban de lejos: eran las mismas que habían seguido a Jesús desde Galilea para servirlo” (Mateo 27: 55)

Introducción

El texto que presentamos a continuación corresponde al mensaje emitido por diversas comunidades cristianas en el Día Mundial del VIH-SIDA 2004. El documento, difundido en esta edición, da cuenta del compromiso de apoyar y reforzar acciones pastorales y de educación que contribuyan a reducir la vulnerabilidad de las mujeres y muchachas que viven o conviven con el VIH y SIDA.

1. Como representantes de diversas comunidades cristianas comprometidas en la educación para la prevención, en la promoción social y la defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por el VIH-SIDA y en el acompañamiento integral y solidario queremos hacer llegar estas palabras que pongan en acción nuestros sentimientos.

2. Desde el primer momento de la epidemia las mujeres, las muchachas y las niñas no miraron de lejos esta realidad sino que estuvieron de diversas maneras involucradas y siguiendo de muy cerca los avances de la enfermedad. Contrariamente a lo

que indican las estadísticas, las mujeres y las muchachas han estado al lado de la cama de muchos pacientes en un valiente testimonio de solidaridad y de desafíos a temores, prejuicios culturales, sociales y religiosos. Es por ello que hoy queremos unir nuestras voces y nuestras acciones para recordar y tomar como ejemplo a todos esos rostros de mujeres que como madres, esposas, hijas, enfermeras, doctoras, amigas, compañeras, voluntarias, acompañantes..., están comprometidas con la vida y la dignidad humana. Somos testigos de esas presencias que han iluminado un camino que parecía sembrado de dudas y temores.

3. Muchas mujeres que en un comienzo estaban al lado de la cama de una persona viviendo con VIH-SIDA, hoy, ellas mismas están ocupando esas camas. Reconocemos que las mujeres han reclamado “como una voz que clama en el desierto” (Mateo.3:3), tanto en la sociedad como en las iglesias, por justicia, educación, campañas de prevención y la implementación de medidas que hubieran evitado esta situación de crisis.

4. Las mujeres y las muchachas que viven con el VIH-SIDA experimentan las consecuencias de políticas inadecuadas y la inacción de muchas iglesias y

líderes religiosos, que no supieron prevenir ni el virus ni el estigma y la discriminación que vivieron y viven todas ellas. Hoy nos unimos con el ánimo de que juntos y juntas podamos construir conciencias responsables firmes y constantes que posibiliten un presente y un futuro digno y sano.

5. Es nuestro deseo y voluntad crear espacios tanto en las comunidades cristianas como en la sociedad, donde las voces y relatos de las mujeres que viven con VIH-SIDA puedan ser escuchados y que sus historias de vida sean oportunidades para convertir la mente y el corazón de nuestras iglesias y sociedades. Queremos escuchar las voces de las mujeres y de las muchachas para comprender que la prevención de la epidemia exige una mirada que supere los límites del virus. Al tomar conocimiento de los elementos de la vida cotidiana en que viven las mujeres y las muchachas entendemos por qué son más vulnerables.

6. Queremos reconocer que en la respuesta dada a esta epidemia, tanto la sociedad como las comunidades cristianas hemos colocado sobre los hombros de las mujeres y las muchachas cargas asistenciales injustas. Al lado de la cama de un varón siempre hemos encontrado la presencia de mujeres, que cumpliendo diversos papeles no abandonaron a sus seres queridos ni al prójimo en necesidad. Hoy sabemos que cuando ellas están enfermas no siempre los varones asumen las mismas responsabilidades. Queremos como comunidades pedir perdón y comprometernos en cambiar esta situación.

7. Las comunidades cristianas que adhieren a este mensaje, con voz profética denunciamos la falta de equidad de género y las responsabilidades estereotipadas impuestas a las mujeres y a las muchachas. No es suficiente reconocer que el rostro del SIDA es cada vez más joven, más pobre y más mujer, sino que debemos juntos implementar acciones que transformen esta situación.

8. Es por ello que en este Día Mundial del SIDA 2004 nos proponemos cooperar con las organizaciones de la sociedad civil, en una campaña que sensibilice a nuestras iglesias y a todos los hombres y mujeres de buena voluntad sobre la realidad que deben enfrentar las mujeres y las muchachas en el contexto de la epidemia del VIH-SIDA.

Muchas mujeres y muchachas son vulnerables al VIH a causa de los comportamientos de alto riesgo de otros.

9. Es por ello que con este mensaje queremos apoyar y reforzar acciones pastorales y de educación que contribuyan a reducir la vulnerabilidad de las mujeres y muchachas al VIH y el SIDA. Las comunidades cristianas debemos romper el silencio y hacer visible nuestro compromiso en erradicar en la sociedad y en las mismas comunidades cristianas, las prácticas culturales y sexuales que son frutos de una desigualdad de género y raíz de esta vulnerabilidad. Aquí se hace necesaria una clara voz profética de denuncia y de transformación.

10. Queremos reforzar los comportamientos masculinos positivos que desafían las pautas culturales, sociales y religiosas de

exclusión y que vulneran a las mujeres que viven o conviven con VIH y SIDA. Es importante encontrar modelos que sirvan para la construcción de una sociedad más justa, solidaria e igualitaria. Queremos resaltar los valores de dignidad, construyendo campañas de prevención centradas en la igualdad de los derechos humanos, el respeto por la diversidad de la vida y los sentimientos de todos y todas.

11. Queremos unir nuestras voces y acciones y no cerrar nuestros ojos y oídos ante el abuso y la violencia en que viven las mujeres y las muchachas en América Latina. Queremos que nuestras comunidades sean lugares seguros que protejan los derechos, la dignidad, la igualdad en la diversidad y la vida de todos y todas. Queremos decir basta a la impunidad ante la violencia física, psicológica, económica, social, cultural y religiosa en que viven muchas mujeres y muchachas, no sólo en la sociedad sino aún en el mismo contexto de nuestras comunidades cristianas.

12. Denunciamos que la dependencia económica, el comportamiento cultural y social de muchos varones y las limitaciones legales y religiosas en que viven muchas mujeres y muchachas, que no tienen otras opciones ni otros horizontes, las obliga a relaciones y prácticas tanto sexuales como humanas inseguras y de riesgo.

13. Queremos construir otra sociedad en donde las relaciones entre personas se encuentren revestidas de los valores del reino de Dios. Ese es el reino que cada día imploramos que venga y esa es la voluntad de Dios que queremos que se cumpla.

Las mujeres mantienen unidas las familias y comunidades y son una fuente de enorme fuerza en la prevención del VIH y el SIDA.

14. Reconocemos el importante papel que desempeñan las mujeres para sostener a su grupo afectivo y ocuparse de la mayoría de las tareas asistenciales. Como comunidades cristianas queremos cuestionar esta práctica cultural y propiciar un cambio de pensamiento, de comportamiento y de actitud. Es nuestra tarea poner de relieve todos los signos positivos que se encaminan a lograr una comunidad más equitativa y relaciones más solidarias entre personas.

Debe animarse a las líderes femeninas para que hablen abiertamente sobre el VIH y el SIDA.

15. Es nuestra aspiración que los grupos femeninos que existen y trabajan dentro de nuestras comunidades cristianas se transformen en embajadores de un mensaje liberador y que acompañen la Campaña de ONUSIDA que tiene como eje: Mujeres, Muchachas, VIH y SIDA. Es nuestro compromiso promover líderes femeninos que a nivel nacional y local sean capaces de emprender y encabezar acciones que hablen abiertamente sobre el SIDA.

Los hombres, los muchachos y las comunidades cristianas en general tienen un papel crucial que desempeñar, y también se beneficiarán de este énfasis en las mujeres y muchachas.

16. Con este mensaje queremos lograr una mayor igualdad de género que repercuta positivamente tanto en las mujeres como en los varones.

Indudablemente los varones también son vulnerables a la infección por el VIH a causa de la desigualdad entre géneros, aunque no de la misma manera ni por las mismas razones. Por ello queremos desafiar y rechazar las normas de género que alientan a los varones a asumir conductas de riesgo, con el solo objetivo de poner de manifiesto una equivocada comprensión de la masculinidad.

17. Al hablar de las diferencias de género impuestas por la cultura y las situaciones sociales, económicas y religiosas queremos alcanzar el objetivo de capacitar a las mujeres en la toma de conciencia de esas situaciones y también concientizar a los hombres, muchachos y comunidades cristianas en su conjunto para que sean la voz de aquellos y aquellas que aún no tienen voz y que son invisibilizados e invisibilizadas.

Las mujeres pueden trabajar en contra del estigma y la discriminación relacionados con el VIH desde el seno de las comunidades cristianas en las que participan.

18. Animamos a las mujeres a utilizar su influencia en las organizaciones eclesiales a las que pertenecen y en las que participan. Incidir en el mundo laboral, en las organizaciones de voluntariado, en las empresas y en los grupos de apoyo para que contribuyan a la tarea de prevención del VIH y, en concreto, a la tarea educativa y de derechos humanos en contra del estigma y la discriminación asociados a la enfermedad.

19. Nuestras organizaciones religiosas deben ejercer una

influencia particular, dado que los líderes espirituales poseen autoridad institucional. Esta responsabilidad brinda la oportunidad de divulgar información correcta y científicamente fundamentada acerca del VIH y el SIDA, para erradicar la discriminación contra las personas que viven con VIH o con el SIDA. Nuestras organizaciones religiosas desempeñan una función crucial en muchos contextos culturales por su capacidad para impulsar una respuesta eficaz al VIH/SIDA.

20. Nuestras organizaciones y los responsables de nuestras comunidades deben fortalecer el compromiso por la justicia y ayudar a ejercitar sus derechos y así ayudar a las personas a que se reconcilien con la vida para superar los sentimientos de culpabilidad, negación, estigma y discriminación, además de abrir nuevos caminos hacia la esperanza, conocimiento, prevención y asistencia.

Los servicios de salud adecuados para las mujeres mejoran el acceso de éstas y de sus hijos a asistencia sanitaria

21. En nuestras culturas latinoamericanas las pautas culturales hacen que las mujeres sean las últimas en recibir asistencia sanitaria. En el evangelio los milagros de Jesús nos anuncian que la salud para todos y todas es uno de los signos precursores del Reino. Es con ese fundamento que queremos remediar esa desigualdad de género. Nos comprometemos a promover una asistencia integral que incluya la mejor terapia, en especial el acceso a los tratamientos antiretrovirales para todos y todas.

22. El SIDA intensifica la feminización de la pobreza y discapacita a las mujeres, especialmente en los países más afectados. Todo el grupo afectivo se vuelve más vulnerable cuando las mujeres dedican más tiempo a cuidar a los enfermos, a expensas de otras tareas productivas dentro del grupo afectivo.

23. En nuestro compromiso profético de denuncia de las situaciones de pobreza y desigualdad social, y de anuncio evangélico de un mundo más justo nos proponemos:

Subrayar la magnitud y las implicaciones del trabajo asistencial no remunerado de las mujeres.

Animar a los gobiernos, a los formuladores de políticas nacionales e internacionales, a las comunidades y familias a reconocer la necesidad urgente de incrementar y ampliar la protección social y remunerar a las cuidadoras a nivel comunitario y doméstico.

Propugnar cambios en la división por géneros de las tareas domésticas y alcanzar un equilibrio en las responsabilidades asistenciales.

La educación de las niñas y muchachas reduce su vulnerabilidad al VIH.

24. Las muchachas son las primeras a las que se saca de la escuela para que atiendan a familiares enfermos o cuiden de hermanos más pequeños. El VIH/SIDA está amenazando avances recientes en educación básica y afecta de forma desproporcionada a la escolarización de las niñas.

25. Ir a la escuela protege. La educación es una de las defensas básicas contra la diseminación del VIH y el impacto del SIDA, y cada vez existen más pruebas al respecto.

26. En nuestro compromiso profético de denuncia de las situaciones de pobreza y desigualdad social, y de anuncio evangélico de un mundo más justo nos proponemos:

- Lograr la escolarización de las muchachas y asegurar un entorno seguro y propicio que permita que continúen en la escuela.
- Proporcionar educación basada en aptitudes para la vida, con un enfoque en las cuestiones de género
- Proteger a las mujeres y muchachas de la violencia, explotación y discriminación en las escuelas y su entorno.

Una gama más amplia de opciones de prevención puede capacitar a las mujeres para que se protejan a sí mismas

27. La educación constituye la base para ampliar y potenciar los programas de prevención enfocados específicamente a las mujeres y muchachas.

28. En comparación con los varones, las mujeres tienen el doble de probabilidades de contraer el VIH a raíz de un único acto sexual no protegido, pero siguen dependiendo de la cooperación masculina para evitar la infección.

29. Los microbicidas son una de las opciones preventivas más prometedoras que se vislumbran en el horizonte. Con una voluntad política y una inversión suficientes, la primera generación de microbicidas podría estar lista para distribución en un plazo de tan sólo 5-7 años. Sin embargo, la inversión en investigación y desarrollo de microbicidas debe expandirse de forma rápida y radical si se pretende hacer realidad las esperanzas que han engendrado.

La violencia contra las mujeres puede acelerar la diseminación del VIH. No debe tolerarse ningún tipo de violencia

30. La violencia contra las mujeres es un problema importante de derechos humanos y salud pública en América Latina. Esta violencia aumenta la vulnerabilidad femenina al VIH.

31. La violencia contra las mujeres es común en casi todas las sociedades. Se apoya en la discriminación y subordinación de las mujeres, y, a su vez, sirve para reforzar y perpetuar estas situaciones.

32. La elevada incidencia de relaciones sexuales no consensuadas, la incapacidad de las mujeres para negociar prácticas sexuales seguras y, en muchos casos, el miedo al abandono o la expulsión del hogar y la comunidad plantean retos extremos, en especial para las mujeres que carecen de medios económicos.

33. Como cristianos y cristianas comprometidos con el Evangelio de Jesucristo, repudiamos todo tipo de violencia hacia las mujeres

y las muchachas. Nos comprometemos a trabajar para que nuestras comunidades cristianas sean lugares seguros donde: cuidemos la vida, generemos espacio para la escucha, la participación y el ejercicio de los derechos de las mujeres y muchachas que viven o conviven con el VIH y el SIDA, y junto a ellas ser agentes transformadores de la realidad.

Las mujeres deberían representar la mitad de todas las personas que reciben fármacos antirretrovirales.

34. Como comunidades cristianas nos comprometemos en apoyar todos los esfuerzos que tengan como objetivo que en 2005, al menos la mitad de todas las personas que tengan acceso a fármacos antirretrovirales deben ser mujeres.

35. Las comunidades cristianas debemos desarrollar principios y mecanismos que promuevan y proporcionen un acceso equiparado a servicios de asistencia y tratamiento antirretrovirales para las mujeres, muchachas y niñas, incluidos los grupos excluidos de personas que viven con el VIH y el SIDA.

36. Hemos de incorporar mensajes bien fundamentados sobre acceso a tratamiento para las mujeres y muchachas, además de garantizar que se respete la igualdad de género como necesidad fundamental en el desarrollo de programas para mejorar el acceso a todas las formas de asistencia y tratamiento.

37. En nuestro compromiso profético de denuncia de las situaciones de pobreza y desigualdad social, y de anuncio

evangélico de un mundo más justo nos proponemos dar:

- **Capacitación para el Liderazgo**

Promover la participación activa de las mujeres y muchachas en la prevención de la epidemia.

- **Apoyo**

Escuchar las historias que las mujeres y muchachas que viven con el VIH quieran compartir.

- **Sensibilización**

Subrayar el impacto que el VIH y el SIDA tienen sobre las mujeres y muchachas a nivel mundial, regional y nacional.

- **Cambio**

Cuestionar las diferencias de género que hacen a las mujeres y muchachas más vulnerables al VIH.

- **Encuadre nacional**

Asegurar que las políticas y respuestas nacionales estén enfocadas al impacto del SIDA sobre las mujeres y muchachas.

- **Confianza**

Aumentar la autoestima de las mujeres, especialmente las que son vulnerables al VIH o ya viven con él.

Concordancia con la Declaración de la Sesión Especial sobre el VIH-SIDA de la Asamblea de las Naciones Unidas (UNGASS)

Acrecentar el conocimiento, credibilidad y legitimidad de las metas de la Declaración de compromiso asumida por los gobiernos en la Sesión Especial sobre el VIH-SIDA de la Asamblea de las Naciones Unidas (UNGASS)

en relación con las mujeres y muchachas.

38. En el Evangelio las mujeres han sido las primeras que fueron testigos de la victoria de la vida sobre la muerte y se les encomienda la misión apostólica de anunciar ese mensaje de esperanza a todos los seres humanos (Juan 20: 18). Estamos seguros, que en el contexto de la crisis del VIH y del SIDA, las mujeres y las muchachas pueden también ser portadoras de un mensaje de solidaridad y de igualdad en la diversidad cuyos ejes fundamentales sean el respeto por la dignidad y los derechos de todas y todos.

Organizaciones que se adhieren a este mensaje:

Asociación YANAPAQ (Escuela de Autogestión). (Lima. Perú)

Centro Parroquial Ecuménico Rosa Blanca (Lima. Perú)

Fundación Proyecto VIDA (Maracay. Venezuela)

Pastoral Ecuménica VIH-SIDA (Buenos Aires. Argentina)

**No es suficiente
reconocer que el
rostro del SIDA es
cada vez más joven,
más pobre y más
mujer, sino que
debemos juntos
implementar
acciones que
transformen esta
situación.**

Desigualdad Social y SIDA: El Contexto Neoliberal de la Epidemia

Bernardo Useche* y Amalia Cabezas**

Según cifras recientes de la OMS¹ y de las Naciones Unidas: aproximadamente 40 millones de personas viven actualmente con el VIH² o padecen las enfermedades asociadas con el SIDA³.

En el año 2003, cinco millones de personas engrosaron la lista de quienes han resultado positivos para la prueba del VIH y cerca de tres millones murieron como

consecuencia de complicaciones asociadas con el SIDA. Frente a la magnitud de la tragedia y la gravedad de la situación, estas instituciones⁴ han lanzado un plan con el objetivo de ofrecer, en el término de dos años, tratamiento con medicamentos antiretrovirales a tres millones de pacientes con SIDA, aproximadamente la mitad de los enfermos que se calcula necesitarían este tipo de tratamiento. A dicha estrategia de la OMS, se integran planes propuestos recientemente por el Banco Mundial y el gobierno de Washington.

Con respecto al interés planteado por parte de estas organizaciones internacionales de salud y del gobierno norteamericano frente a la dimensión de la pandemia, es imprescindible considerar el contexto socioeconómico mundial en que se ha gestado la epidemia del SIDA durante las últimas dos décadas, y ubicar en ese contexto, el debate en torno a las nuevas terapias antiretrovirales, uno de cuyos aspectos principales, es el hecho de que hasta ahora han primado los intereses de las multinacionales farmacéuticas, sobre los de los pacientes que se supone deben beneficiar con sus medicamentos.

Para un cabal entendimiento de la verdadera dimensión de la pandemia y del real alcance que pueden tener los planes de estos organismos multilaterales, este artículo tiene el propósito de demostrar que la implementación de las políticas económicas neoliberales durante las últimas décadas, ha creado las condiciones para que, no obstante



el trabajo de miles de científicos, la inversión de miles de millones de dólares y dos décadas de esfuerzos de innumerables organizaciones trabajando en programas de prevención, no haya sido posible detener ni disminuir el número de infecciones.

El punto de vista de la Epidemiología Social

Definida inicialmente como “el estudio del papel de los factores sociales en la etiología de una enfermedad”, la Epidemiología Social tiene sus raíces en el estudio sobre las condiciones de vida de los trabajadores ingleses que Federico Engels realizara en el siglo XIX. Actualmente, ésta área de estudio en salud pública incluye diferentes teorías y enfoques que permiten abordar el problema presentado por la comprensión y el manejo de las enfermedades y, en particular, de las epidemias o pandemias como la del SIDA. Dentro de este enfoque, la prevención, el tratamiento y la atención de una enfermedad no pueden reducirse al dominio de lo estrictamente biomédico o comportamental, sino que igualmente se requiere tener en cuenta la forma como las tendencias históricas, políticas y económicas influyen en la distribución de la enfermedad en diferentes poblaciones, y la manera como las fuerzas y factores sociales terminan por afectar los cuerpos de los individuos y generan patologías.

Para el caso que nos ocupa, como lo plantea Nancy Krieger, “de particular preocupación son las políticas económicas neoliberales, tales como el Acuerdo de Libre Comercio de Norteamérica (NAFTA), los cuales han resultado en planes de austeridad económica, degradación ambiental y crecimiento de las desigualdades sociales relativas a la salud a nivel intra e interregional”.

Importante también para la epidemiología y la medicina social, es el estudio del efecto que producen sobre la población más vulnerable de una sociedad determinada, la organización y cobertura de los servicios de salud y los sistemas de producción y comercialización de medicamentos.

Mientras todos los estudios coinciden en revelar que la pandemia se concentra en los países más pobres y entre los sectores más empobrecidos de los países ricos, a tal punto que se pueden superponer los mapas de pobreza en el mundo con los de prevalencia del VIH/SIDA. Frente a esto, son escasos los trabajos que analicen la estrecha relación entre las causas de la realidad socioeconómica de las naciones afectadas y el avance hasta ahora incontenible de la epidemia durante las últimas dos décadas, y con contadas, pero muy valiosas excepciones, se limitan a describir la situación sin señalar con claridad la responsabilidad fundamental que le corresponde al modelo de globalización económico que se ha impuesto a las naciones en estos tiempos del SIDA.

El epidemiólogo británico Thomas Mckeown, demostró que el avance en el control de las enfermedades de una población no se podía atribuir únicamente a las vacunas, los antibióticos y a mejores tratamientos médicos, dado que las condiciones socioeconómicas generales y su efecto sobre la nutrición constituyen factor fundamental de la salud. Actualmente, sin negar la importancia vital de los progresos en biomedicina, los estudios epidemiológicos confirman que las expectativas de salud de una población están directamente asociadas con la calidad de vida; determinada por la sanidad ambiental, el estado nutricional, la calidad del agua, la vivienda, la educación, las condi-

ciones de trabajo y los factores emocionales y psicológicos que benefician el desarrollo humano en el ciclo vital.

La salud en un país u área geográfica no depende sólo del ingreso de sus habitantes, sino también del grado de igualdad existente en una sociedad determinada. Hoy está comprobado que las expectativas de una mejor salud, son mayores en los países que presentan una relativa menor desigualdad en los ingresos y una menor desigualdad social de su población. Por esta razón, se encuentran diferencias en la expectativa de vida y otros indicadores de salud entre los países industrializados.

Por ejemplo, Suecia, Suiza y otros países desarrollados presentan mejores índices de salud y una mayor expectativa de vida para sus habitantes que Estados Unidos, país que no obstante poseer la economía más poderosa del planeta, presenta abismales desigualdades sociales y en el cual actualmente 46 millones de ciudadanos se encuentran desprotegidos al no poder pagar su afiliación a un seguro de salud.

En la medida en que se hace imposible aislar los problemas de la salud de las desigualdades sociales, se hace evidente un dilema ideológico: ¿son los enfermos los culpables de su enfermedad o son producto de la desigualdad social?

La historia social del SIDA ha sido en buena parte la historia de la culpabilización de las víctimas. En sus inicios incluso se alcanzó a definir al SIDA como la enfermedad de las cuatro haches: homosexuales, haitianos, hemofílicos y heroínómanos. Desde el punto de vista ideológico, culpabilizar a las víctimas cumple la función de ocultar el papel fundamental del contexto socioeconómico en la generación y propagación de las enfermedades y coloca la responsabilidad de la prevención y el tratamiento exclusivamente en los individuos, eludiendo así la obligación del Estado en el cuidado de salud de la población. En el caso concreto de Haití, Paul Farmer pudo establecer que, contrario al estigma ampliamente difundido que culpaba a los haitianos de introducir la epidemia del SIDA en Estados Unidos, fue el turismo sexual de los norteamericanos hacia ese país, el responsable de que en las condiciones de pobreza de los haitianos, el SIDA se hiciera endémico en esta nación.

Congruente con el énfasis en que la transmisión del virus del SIDA es básicamente un problema de los individuos, los esfuerzos de prevención se centraron durante los primeros 20 años de la pandemia, en tratar de modificar las conductas y actitudes individuales de riesgo. Este enfoque unilateral del problema, que desconoce los determinantes socioeconómicos del SIDA, fracasó, en la medida en que las personas más vulnerables continúan practicando conductas sexuales consideradas de riesgo y consumiendo e inyectándose drogas; pero triunfó, en cuanto ha impedido debatir a profundidad la responsabilidad del modelo económico neoliberal que se ha implementado globalmente durante este periodo histórico, y cuyas consecuencias sociales se constituyen

en el contexto que ha facilitado el avance de la epidemia.

Neoliberalismo y SIDA

El neoliberalismo no es otra cosa que un conjunto de teorías y políticas económicas desarrolladas por el capital monopolista contemporáneo, con el objetivo de consolidar su expansión global y alcanzar el control total de los mercados mundiales que necesita para sobrevivir. Luego del fin de la guerra fría, ha emergido un nuevo orden mundial caracterizado por la circunscripción de lo que puede llamarse el Primer Mundo a Estados Unidos, un Segundo Mundo conformado por Europa y otros países altamente industrializados -incluyendo a China, Japón y Rusia- y un pauperizado Tercer Mundo, esparcido por toda África, Asia y Latinoamérica.

La distribución de la infección por VIH/SIDA concuerda plenamente con el actual orden socioeconómico mundial, confirmando la tesis de Paul Farmer, según la cual la salud de los pobres del mundo es afectada primariamente por las infecciones y la violencia, mientras que los ricos padecen de enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento. No es extraño entonces que en la región del África subsahariana, donde la situación de miseria es dramática, producto de las medidas neoliberales impuestas por organismos multilaterales, a través de sus Programas de Ajuste Estructural, se encuentren las 21 naciones con mayor prevalencia de SIDA en el mundo.

En el continente africano las hambrunas y el SIDA van de la mano. Steven Lewis, un enviado de la Naciones Unidas lo explica de esta manera: "Todo el mundo entiende

ahora que cuando el cuerpo no tiene comida para consumir, el virus consume el cuerpo... Y que lo que está ocurriendo, por supuesto, es que con sus sistemas inmunológicos debilitados por la falta de comida, el progreso de la enfermedad es mucho más rápido y las personas están muriendo en más corto tiempo."

En países como Zimbabwe, Zambia, Malawi y Mozambique por ejemplo, las políticas de ajuste estructural de sus economías, ha conllevado a una notoria reducción del gasto público, la desregulación del mercado financiero, la eliminación de la protección a las manufacturas, una reforma laboral para liberar el mercado de trabajo, bajar el salario mínimo y eliminar la estabilidad laboral como supuesta garantía para disminuir el déficit fiscal, produciendo evidentes niveles de desempleo e igualmente, produciendo una profunda crisis de carácter educativo, en servicios sociales, alimentaria, etc. Además, estas medidas fueron desastrosas para el sector de la salud pública, ya que la inmensa mayoría de la población quedó sin acceso a servicios de salud ni a medicamentos; la desnutrición y la incidencia de enfermedades como la tuberculosis aumentaron dramáticamente; además se redujo la expectativa de vida de la población. Por ello, no es extraño entonces, que miles de personas mueran de SIDA semanalmente; debido a que las reformas impuestas por los organismos multilaterales terminaron por desproteger por completo a la población.

En el resto del mundo la situación es similar, ya que también las medidas neoliberales profundizan cada día las desigualdades sociales, por ejemplo en los EEUU, las nuevas infecciones con el VIH se concen-

tran entre los afroamericanos y latinos. En la Rusia actual se calculan en 3 millones el número de consumidores de drogas intravenosas (uno de los factores importantes de riesgo para el SIDA) y en 1,5 millones las personas infectadas con el VIH. En China, aunque la prevalencia nacional es muy baja, hay en curso epidemias graves y concentradas en las regiones más empobrecidas, las mismas donde en noviembre de 2002 se originó la epidemia del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS). En América Latina y el Caribe, "la falta de equidad social y económica constituye un contexto propicio para que la epidemia del SIDA alcance proporciones desastrosas en las próximas décadas", según el concepto de Ricardo García, asesor de la ONU para Colombia. La situación más grave en la región se encuentra en los países más deprimidos económicamente: Haití y República Dominicana, y en países como Colombia se predice que para el año 2010 el 1,6% de la población estará infectada con el VIH.

En general, el neoliberalismo encontró su perfecta aplicación en los Programas de Ajuste Estructural de los organismos multilaterales que han devastado a Latinoamérica, África, Asia y el Caribe durante los últimos 20 años. Imponiendo modelos fundados en el impulso a las privatizaciones, la austeridad fiscal, la desregulación, la liberación del mercado y el recorte del Estado, estos programas han incrementado y globalizado la pobreza, la migración, el desempleo y los contratos temporales de trabajo, y han producido una polarización extrema del ingreso y de las condiciones de vida en todo el mundo en beneficio exclusivo del gran capital.



El mundo al revés: el SIDA es la causa de la pobreza

En los últimos años la correlación entre pobreza y prevalencia del SIDA se hace irrefutable, en donde el 95% de los casos se presentan en el llamado Tercer Mundo. Por ello, es de extrañar que los responsables de las profundas reformas neoliberales, lancen grandes campañas mundiales para combatir la pandemia. Conviene entonces analizar el origen, la filosofía y el contenido económico y político de todas estas cruzadas contra el SIDA, para poder evaluar si realmente se traducirán en el justo alivio de las personas y regiones azotadas por la epidemia.

Desde el argumento de que "la carga que representa el VIH/SIDA, incluido el tributo de vidas entre los profesionales sanitarios, está

arrastrando a los sistemas de salud al borde del colapso. En las regiones más afectadas, el impacto de la morbilidad y la mortalidad está destruyendo los logros económicos, sociales y políticos del último medio siglo y aniquilando la esperanza de un futuro mejor", Los abanderados del "libre comercio" quieren explicar la ruina de la economía, la pérdida de las conquistas políticas, el analfabetismo, la destrucción de los sistemas de salud y en general los problemas sociales, no por sus Ajustes Estructurales, ni por las privatizaciones y demás reformas por ellos impuestas, sino por la acción de un agente biológico, de un virus.⁵

Cientos de millones de pobres en el mundo padecen y mueren de enfermedades infecciosas para las cuales casi no existen medicinas baratas y efectivas, aunque se

En un mundo
donde no existen
pacientes sino
clientes y donde el
Estado abandona
su responsabilidad
con la salud
pública, las
transnacionales de
las medicinas no
invierten en
medicamentos
para tratar las
enfermedades de
los pobres que no
tienen con qué
pagarlas, y sus
estrategias de
producción y
ventas van dirigidas
al sector del
mercado del que
pueden obtener
las mayores tasas
de ganancia.

cuenta con el conocimiento científico y la tecnología necesarias para desarrollarlas. Igualmente, mientras Norteamérica, Europa y Japón consumen el 82,4% de los medicamentos que se producen en el mundo, Asia y África con dos tercios de la población mundial apenas consumen el 10,6 % de las medicinas disponibles en el mercado. La explicación de esta criminal inequidad reside, como muy bien ha sido documentado por Patrice Trouiller y sus colegas, en que en la economía neoliberal no son las necesidades de salud de la población sino los intereses financieros de la gran industria farmacéutica, los que orientan tanto la investigación para desarrollar nuevos fármacos como la producción y comercialización de las medicinas disponibles. En un mundo donde no existen pacientes sino clientes y donde el Estado abandona su responsabilidad con la salud pública, las transnacionales de las medicinas no invierten en medicamentos para tratar las enfermedades de los pobres que no tienen con qué pagarlas, y sus estrategias de producción y ventas van dirigidas al sector del mercado del que pueden obtener las mayores tasas de ganancia.

Aunque actualmente no existen medicamentos que curen el SIDA, se han desarrollado drogas anti-VIH que la inmensa mayoría de los científicos y de los miembros de la comunidad médica considera que tienen la capacidad de retardar la progresión del mal y de reducir su mortalidad hasta en un 80%.⁶ Las mismas políticas de “libre comercio” que han permitido hacer un fabuloso negocio a las corporaciones productoras de estos fármacos, han extremado la miseria de quienes los necesitan, exacerbándose de este modo, en el caso de la pandemia del SIDA, una de las contradicciones básicas de la economía capitalista

al crear un inmenso mercado potencial para las nuevas drogas antiretrovirales (42 millones de personas con VIH/SIDA), cuya casi totalidad no posee ninguna capacidad de comprarlas. En la actualidad, únicamente el 8% de los 6 millones de pacientes con SIDA que requieren medicinas para mejorar sus condiciones de salud, tienen acceso a los medicamentos antiretrovirales, cifra que en países como Sudáfrica se reduce a menos del 1%. Hoy se calcula que en Estados Unidos los costos del tratamiento para una persona con VIH/SIDA suman alrededor de 20.000 dólares anuales, si se tiene en cuenta el valor de la terapia antiretroviral, las pruebas de laboratorio, las visitas médicas y las medicinas para prevenir o tratar enfermedades oportunamente.

Lo que es importante evaluar en estos casos, es si en este contexto económico el sufrimiento de las personas afectadas por el SIDA puede ser aliviado y las muertes disminuidas, con una campaña y unos recursos ofrecidos por los organismos multilaterales para brindar terapia antiretroviral a tres millones de personas con VIH/SIDA. Pues es sabido que desde 1995, las patentes de los medicamentos contra el SIDA dependen básicamente de los Aspectos relacionados con el Mercado de los Derechos de Propiedad Intelectual (TRIPS, por sus iniciales en inglés) establecidos por OMC. En la práctica, estos TRIPS son el instrumento que respaldan las patentes de las empresas transnacionales que producen fármacos y le garantizan a estas compañías el monopolio del mercado y con él, la obtención de exorbitantes tasas de ganancia.

En general, la lucha contra el SIDA se rige desde una política de globalización de los acuerdos de libre comercio que benefician a

unos cuantos, con una perspectiva de desarrollo basado en las leyes del mercado. En ese contexto, la ayuda para el SIDA seguramente se verá condicionada a que las naciones acepten las medidas económicas de estos organismos. No de otra manera se entiende, el “altruismo” de los grandes consorcios que se han sumado a la campaña contra el SIDA, quienes ya han creado una Coalición Global contra la epidemia que agrupa a 130 empresas transnacionales.

Abstinencia sexual y control social

Los planes que se empiezan a poner en marcha para combatir el SIDA, y en particular la iniciativa de los EEUU de llevar medicamentos antiretrovirales a países de África y el Caribe, no se encuentran exentos de un fuerte componente ideológico, consistente en promover la abstinencia sexual como fundamento de la prevención contra el VIH. En mayo 1 de 2003, el Congreso de Estados Unidos introdujo a la iniciativa de Bush, una norma que obliga a invertir la tercera parte de los millones de dólares destinados a prevenir nuevos casos en la implementación de proyectos que tienen como objetivo único la castidad. Y esta es otra de las paradojas neoliberales: los mismos promotores de las políticas económicas que dejan sin empleo y terminan por obligar a millones de personas a prostituirse para sobrevivir, ahora son los abanderados de una moral sexual imposible de cumplir en la vida real para la inmensa mayoría de la población, pero que proclaman como la manera más efectiva de combatir la pandemia del SIDA.

Para intentar resolver esta aparente contradicción, es necesario aclarar en primer lugar algunos elementos sobre el papel que la vida sexual juega con respecto a la transmisión

del VIH, para luego intentar dilucidar las poderosas razones detrás de promover la abstinencia como medio de prevención. Salvo contadas excepciones, como la de Paul Duesberg, para quien el SIDA no es transmisible, sino un conjunto de enfermedades causadas por la desnutrición, la adicción a las drogas y la toxicidad de los medicamentos que se administran contra el VIH, los científicos consideran que las actividades sexuales con una persona previamente infectada son la forma principal de transmisión del VIH. Desde el descubrimiento del virus, se ha insistido en que el coito rectal homosexual o heterosexual es la conducta de mayor riesgo y que, en el caso del coito vaginal, el virus se transmite más fácilmente si el infectado es el hombre. Igualmente, los investigadores consideran que variables como el número de parejas sexuales, la frecuencia con que se tiene actividad sexual con nuevas parejas y la concurrencia de parejas sexuales, aumentan de manera importante las probabilidades de transmisión.

La epidemia de SIDA en Norteamérica se identificó inicialmente entre hombres homosexuales que consumían drogas recreacionales. Para 2003 se calcula que en Estados Unidos y Canadá una tercera parte de las nuevas infecciones se produce por contacto heterosexual, mientras que 25% se presentan como consecuencia del consumo de drogas intravenosas, en el que se comparten jeringas infectadas. En África, por el contrario, desde un comienzo la epidemia se definió como de transmisión heterosexual, y en 2002, la OMS estimó que el 99% de los casos de VIH/SIDA en este continente son de transmisión sexual. Sin embargo, esta aseveración ha comenzado a refutarse al encontrar que no existen estudios que sustenten con rigor estos cálculos y que se han subestimado

posibles medios de transmisión, tales como el uso de jeringas y otros instrumentos y equipos médicos sin cumplir con normas básicas de bioseguridad, debido al continuo deterioro y las pésimas condiciones en que se prestan los servicios de salud. Un estudio de Gisselquist y Potterat calcula que únicamente en África se podrían atribuir a transmisión sexual entre el 25% y el 29% de los casos de hombres con VIH y entre el 30% y el 35% de los casos de mujeres.

Actualmente predominan en la educación sexual que se ofrece a los jóvenes en Estados Unidos, los programas de prevención, cuyo objetivo es promover únicamente la abstinencia, sin que se haya podido demostrar definitivamente su eficacia. Una evaluación sistemática de estos programas realizada por Douglas Kirby, concluyó que: “El peso de la evidencia indica que los programas que promueven la abstinencia no aplazan el inicio de las relaciones sexuales”. Una de las observaciones clínicas que con frecuencia sorprende al personal de salud en el caso de parejas, en las cuales sólo una de las personas es VIH positiva y que están informadas de la situación, es constatar que el temor a la infección no conduce necesariamente a la suspensión de las relaciones sexuales. Más sorprendente aún es encontrar que, en una especie de ruleta rusa, algunos grupos practican intencionalmente actividades sexuales sin protección, con una altísima probabilidad de infectarse; tal es el caso del fenómeno conocido como barebacking, el cual consiste en la práctica del coito rectal homosexual sin usar condón y con parejas VIH positivas o de status desconocido.

Dos mil años de promoción de la abstinencia sexual y la monogamia estricta en el matrimonio en la cultura occidental, han probado ser

infructuosos. En las sociedades de mercado contemporáneas, ese fracaso obedece no únicamente a que la pretensión de universalizar la abstinencia desconoce la necesidad humana del placer y la intimidad, que caracterizan al erotismo, sino porque al estar las expresiones de la sexualidad determinadas por las contradicciones de la vida social, la sociedad de corte neoliberal crea las condiciones para que se masifiquen y extiendan viejas y nuevas formas de prostitución, se comercialicen todas las expresiones de la sexualidad y se generen culturas y estilos de vida que giran en torno a la experimentación sexual. A manera de ejemplo, los estudios que buscan explicar el barebacking han encontrado que subyacente a este fenómeno, además de la satisfacción emocional y la gratificación erótica, se encuentran razones de índole sociológica relacionadas con lo que ahora se denomina “mercadeo de la salud”, tales como la percepción resultante del intenso mercadeo de los medicamentos antiretrovirales, insistiendo en que el SIDA ya no es mortal y la fatiga causada por la continuidad y agresividad de los mensajes publicitarios de las casas productoras de condones. La explotación comercial de sitios en Internet para encontrar parejas sexuales, el incremento en el número de clubes y otros negocios que ofrecen el sitio y la oportunidad para actividad sexual en el anonimato y la omnipresencia del consumo de todo tipo de drogas “recreacionales”, son otros factores de la actual sociedad de mercado que hacen posible el barebacking.

¿Cuál es entonces la razón para que el gobierno de Estados Unidos se empeñe en una campaña para imponer una moral sexual represiva, cuando su política económica lleva al incremento acelerado de todas las formas de prostitución y a la comercialización de todas las

expresiones y aspectos de la sexualidad? La respuesta debe buscarse en el terreno ideológico y político. El control de algo tan íntimo como la vida sexual de un individuo opera como una forma de control del comportamiento general del individuo y el control social de la vida sexual de una comunidad facilita el control del comportamiento general de esa comunidad. Los primeros siglos de la historia del pueblo cristiano, fueron siglos de resistencia a las feroces persecuciones del Imperio Romano, incluida la más cruel de todas: la del emperador Diocleciano. Los cristianos, al igual que otras sociedades patriarcales de la antigüedad, no obstante discriminar a la mujer y condenar la homosexualidad, aceptaban con naturalidad la búsqueda del placer sexual. La moral sexual que pregoniza la abstinencia hasta el matrimonio y, entre esposos, únicamente los coitos indispensables para reproducirse, fue establecida por San Agustín justamente en el momento histórico en que los romanos necesitaban someter de una vez por todas a los cristianos y concentrar su poder en enfrentar la amenaza de los bárbaros. Es en este contexto que en una historia poco conocida pero bien documentada, el obispo Agustín decidió reinterpretar el Libro del Génesis y afirmar que el pecado de Adán en el Paraíso no sólo corrompió nuestra sexualidad sino que “nos hizo incapaces de genuina libertad política”. El Imperio, que con Constantino había entendido la importancia de una religión única en la consolidación del Estado, supo entonces combinar las campañas militares con la promoción de la nueva doctrina de sometimiento y abstinencia sexual. El resultado: pronto los cristianos fueron finalmente conquistados y sus creencias convertidas en la religión oficial del Imperio.

Finalmente, las propuestas alternativas para enfrentar con probabilidades de éxito la pandemia del SIDA debería incluir los siguientes puntos fundamentales:

1. Defender el trabajo y la producción, para de esta manera propender por el desarrollo económico independiente de las naciones y garantizar su seguridad alimentaria y, con ella, una adecuada nutrición de la población. Una población con cuadros severos de desnutrición es fácil presa de las enfermedades que caracterizan el SIDA.
2. Detener y revertir las privatizaciones, en particular las que han eliminado los servicios públicos y los Sistemas de Salud para que el Estado pueda cumplir con su responsabilidad de brindar servicios y atención a los afectados.
3. Permitir la producción de medicinas genéricas, eliminando los monopolios de las patentes que, con la excusa de respeto a la propiedad intelectual, la OMC le ha concedido a las transnacionales de los fármacos (TRIPS).
4. Hay suficiente evidencia científica para afirmar que la adicción a drogas recreacionales está directamente asociada con el SIDA. Por lo tanto, la prevención y el tratamiento del abuso de este tipo de drogas debe ser parte integral de la prevención y tratamiento del SIDA.
5. Garantizar el necesario debate científico sobre las causas del SIDA, su prevención y tratamiento. El reclamo de Duesberg y sus colegas acerca de que sus hipótesis no han sido refutadas

empíricamente y que –por lo tanto– en beneficio de los pacientes deberían ponerse a prueba con estudios debidamente controlados, merece ser tenido en cuenta seriamente por la comunidad científica.

6. La investigación no puede estar limitada a los intereses comerciales de unas cuantas compañías que invierten muchísimo más dinero en publicidad de los pocos productos que le son inmensamente rentables que en investigación básica para desarrollar los medicamentos que se necesitan.

7. Los pacientes que lo requieran, incluidos por supuesto los de los países pobres –que son la inmensa mayoría–, deben tener acceso a los medicamentos más avanzados. Sin embargo, como lo indican los mismos defensores de la terapia antiretroviral, la severa toxicidad de estos agentes farmacológicos es un factor fundamental a considerar en el momento de prescribir su uso. El manejo del VIH es complejo. Aunque los beneficios han sido notorios, la población de personas tratadas está acumulando resistencia a las drogas y toxicidades debidas al tratamiento.

8. La resistencia a la discriminación y el estigma de las personas y comunidades afectadas por la epidemia debe hacer parte integral de los llamados y acciones orientadas al cambio social. Es necesario combatir la discriminación y el estigma de las personas con VIH/SIDA, pues dicho estigma alimenta, refuerza y reproduce las desigualdades existentes de clase social, raza, género y sexualidad.

9. Los programas de prevención deben basarse en el conocimiento científico sobre la epidemia del SIDA y

no en prejuicios sobre la sexualidad o el comportamiento de las personas que sirven intereses recolonizadores. Como lo expresara la norteamericana Lorraine Cogan, quien ha educado profesionales de la salud en 11 países africanos en temas sobre el SIDA, al conocerse que la tercera parte de los dineros de la iniciativa Bush para la prevención se invertirán en programas que imponen la abstinencia sexual: “No es apropiado que los Estados Unidos establezcan los estándares que gobiernen la vida del mundo entero. ¿No debe acaso cada país, cultura o sociedad tener sus propios estándares, reglas, normas, tabúes y estilos de vida?”

En suma, tras 20 años de epidemia en que se abandonó la cuantificación y el análisis sistemático de la relación existente entre pobreza, modelos económicos y epidemia del SIDA, empieza a contarse con estudios empíricos que demuestran que la incidencia del SIDA se incrementa con la privación económica y que para disminuir la prevalencia del síndrome es esencial expandir y fortalecer los sistemas de salud pública. Es por esta razón que, como lo planteara Paul Farmer en su informe ante una comisión del senado norteamericano, la lucha contra el SIDA es la lucha contra la pobreza. Y dado que la pobreza en el mundo contemporáneo es de origen neoliberal, la derrota del SIDA no será posible sin la derrota del modelo neoliberal.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Organización Mundial de la Salud.
- 2 Virus de Inmunodeficiencia Humana
- 3 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- 4 La OMS y ONUSIDA.
- 5 Esta posición que pretende explicar la realidad social, económica y política con base exclusiva en la biología no sólo niega los principios generales de la historia y deja traslucir ciertos visos de cinismo, sino que olvida que en los países de antaño más pobres el SIDA simplemente ha exacerbado enfermedades que ya existían como la tuberculosis.
- 6 Es importante insistir en que los medicamentos antiretrovirales no son una cura para el SIDA y que entre sus defensores no existe completa unanimidad, pues son muchos los interrogantes con respecto a la utilización de este tipo de terapia que la ciencia no ha podido resolver todavía. Más aún: todos estos agentes farmacológicos, de los cuales en Estados Unidos hasta ahora han sido aprobados un poco más de 20, presentan serios problemas relacionados con su alta toxicidad, la pérdida de efectividad debida a la resistencia que el organismo desarrolla después de un tiempo de estarlos recibiendo, y la dificultad que encuentran los pacientes para mantener una adecuada adherencia al tratamiento.

Resumen libre del artículo: “El contexto neoliberal de la epidemia”, consultar versión completa en:

www.deslinde.org.com

* Bernardo Useche, Ph.D., University of Texas, Houston. School of Public Health.

** Amalia Cabezas, Ph.D., University of California, Riverside. Department of Women's Studies.

Con 17.000 participantes de 160 países se llevó a cabo la XV Conferencia Mundial del SIDA, en Tailandia, siendo la Conferencia más grande realizada hasta este momento.

La problemática del VIH/SIDA discutida en la Cumbre Internacional sobre el Sida que se desarrolló en Bangkok, motivó una profunda reflexión de parte de los líderes religiosos que dio lugar a una Declaración de Compromiso por parte de los mismos.

Declaración de Compromiso de los Líderes Religiosos 15^o

Conferencia Internacional de SIDA

Bangkok, Tailandia - 15 de julio de 2004

La trágica tasa de crecimiento de la epidemia de VIH y SIDA, así como su continuo y rápido esparcimiento en casi todos los lugares del mundo, nos hace un llamado urgente y obligatorio a un nuevo compromiso a personas de fe con el objetivo de "Acceso para todos y todas".

La crisis del VIH y SIDA nos reúne porque todos estamos viviendo con VIH y SIDA. Necesitamos compartir conocimiento, comprensión y experiencias de las diferentes comunidades religiosas, para que nuestro esfuerzo resulte más y efectivo e inclusivo. A través de esto, buscaremos establecer una nueva cultura de cooperación entre los grupos

religiosos, respetando las singularidades dentro de nuestras tradiciones y por lo tanto centrándonos en nuestros valores compartidos de la dignidad humana y los derechos humanos.

¿Han hecho las comunidades religiosas lo suficiente para responder a los urgentes desafíos planteados por el VIH y SIDA a individuos y a las comunidades, y a la familia humana mundial? ¡NO! Como líderes en comunidades religiosas reunidos para la 15ta Conferencia Internacional de SIDA en Bangkok del 11 al 16 de Julio del año 2004, reconocemos con mucho arrepentimiento que a menudo nuestra respuesta fue de prejuicio, ignorancia y actitudes críticas.

Nos determinamos a trabajar juntos dentro de nuestras comunidades para:

- Promover la dignidad, igualdad y derechos de todas las personas.
- Discutir abiertamente y con precisión la realidad fundamental del VIH y SIDA y con relación a todos los medios efectivos de prevención.
- Trabajar para eliminar las causas fundamentales de la epidemia de VIH y SIDA, incluyendo: la inequidad de género; prejuicios contra aquellos y aquellas cuyo modo de vida u orientación sexual es diferente a la de la mayoría de la comunidad; sistema de injusticia; desigual distribución de riquezas.
- Vencer el silencio, estigma, discriminación, rechazo y temor con respecto al VIH y SIDA.
- Rechazar las declaraciones negativas realizadas por algunos líderes de las comunidades de fe que afirman que el SIDA es una forma de castigo divino o de merecimiento.
- Promover la ampliación de recursos para luchar contra el VIH y SIDA.
- Documentar las "buenas prácticas" y apoyar investigaciones para identificar medios más efectivos de prevención y tratamiento.
- Alcanzar el "Acceso para todos" a una educación y conocimientos efectivos para la prevención, tratamientos y cuidados comprensivos y una completa inclusión en la sociedad.

Nuestras comunidades religiosas traen experiencias valiosas y fuerzas inimitable para completar estos compromisos. Específicamente vamos a llevar a cabo las siguientes acciones:

Implementaremos políticas dentro de nuestras estructuras e instituciones para combatir cada tendencia a marginar a personas viviendo o afectadas por VIH y SIDA, tanto empleados como miembros dentro de nuestras comunidades.

Defenderemos a las personas viviendo o afectadas con el VIH y SIDA para poder obtener precios más bajos tanto para medicamentos como para exámenes de laboratorios y para asegurar el acceso a la más amplia gama de educación, asesoramiento, testeo voluntario y cuidados.

Haremos un llamado a aquellos y aquellas que tengan responsabilidades políticas, para que junto con todos los miembros de la familia humana global, cumplan con la grave responsabilidad de hacer real el sueño de “Acceso para todos y todas” en la realidad de la vida cotidiana en todas partes del mundo, entre todos los grupos de personas y con todos aquellos temas que agravan la expansión de la epidemia, incluyendo el abuso sexual, la violencia familiar, tráfico de personas y los conflictos armados, y en todos los niveles del espectro socio económico, y a mantener una estricta, fuerte y transparente confiabilidad en este asunto.

Aseguraremos a través de actividades educativas y de reuniones comunitarias, la inclusión de información exacta acerca de formas de prevenir futuros esparcimientos de VIH.

Comprometeremos nuestras diversas estructuras del cuidado de la salud, desde aquellas ubicadas entre las más especializadas hasta las clínicas vecinales ubicadas en pueblos, tanto como nuestro sistema de educación, desarrollo

social y comunitario, para implementar estas estrategias en una forma comprensiva, universal y equitativa.

Dedicaremos fondos adicionales tomados de los recursos de nuestras propias comunidades religiosas para incrementar nuestra respectiva contribución a la lucha contra la epidemia del VIH y garantizar cuidadosa y responsablemente los fondos confiados a nosotros.

Involucraremos personas viviendo o directamente afectadas por el VIH, muchos de los cuales son miembros de nuestras propias comunidades religiosas, en la respuesta a esta epidemia.

Prestaremos atención prioritaria a las prácticas que dentro de nuestras tradiciones religiosas puedan aumentar la vulnerabilidad en mujeres y muchachas, quienes también llevan la mayor carga en la respuesta a esta pandemia.

Promoveremos las respuestas de bases comunitarias a las necesidades especiales de niños huérfanos hechos vulnerables por el VIH y SIDA.

Promoveremos la predicación y la enseñanza acerca del VIH en nuestros lugares de adoración y alentaremos a la designación de días especiales y o semanas específicas de oración y otras prácticas religiosas centradas en VIH y SIDA.

Nos comprometemos a supervisar y evaluar nuestra propia evolución hacia el cumplimiento de los objetivos que hemos articulado en esta declaración.

El VIH y SIDA no conocen fronteras. Todas nuestras comunidades religiosas están viviendo con VIH y SIDA. Existe una conexión común en nuestras creencias es la esperanza inspirada por la fe. No descansaremos hasta que la promesa de “Acceso para todos y todas” y la esperanza de un mundo sin VIH y SIDA sea alcanzado.

Al leerla es evidente que toca los aspectos más determinantes para combatir el flagelo del VIH/SIDA que está presente en todos los lugares del mundo. También es una severa autocritica respecto a lo que hasta ahora han realizado las comunidades religiosas para dar respuesta a esta grave enfermedad que afecta principalmente a mujeres jóvenes y pobres.

Todo lo que se haga por combatir al VIH/ SIDA es poco y la experiencia nos ha demostrado que no se puede bajar la guardia. Esperamos que esta “Declaración de Compromiso de los líderes religiosos” se lleve pronto a la práctica para el beneficio de individuos y comunidades enteras.

Reducir la vulnerabilidad de las mujeres.

Campaña Mundial contra el SIDA 2004

Ricardo García Bernal*

Panorama general

Desde 1988 la OMS estableció el 1° de diciembre como Día Mundial de la Lucha contra el SIDA. En 1997, el ONUSIDA emprendió la primera Campaña Mundial contra el SIDA de duración anual o bianual. La Campaña del 2004, cuyo tema es “Las mujeres, las niñas, el VIH y el SIDA”, busca sensibilizar a la sociedad sobre los múltiples problemas que afectan a las mujeres y las niñas en relación con el VIH y el SIDA y sobre el impacto progresivo que la epidemia tiene sobre ellas. Sus objetivos incluyen visibilizar y cuestionar las diferencias de género que hacen a las mujeres y niñas más vulnerables, promover e incrementar la capacidad y el liderazgo de las mujeres en la lucha contra la epidemia, animar a las mujeres que viven con VIH o SIDA a que participen activamente en las acciones de defensa de sus derechos y lograr que las políticas públicas y respuestas nacionales aborden la reducción de la vulnerabilidad y del impacto del SIDA sobre las mujeres y niñas.

En los últimos años, la proporción global de mujeres infectadas ha aumentado progresivamente. En 1997, el 41% de los casos reporta-

dos correspondían a mujeres; hacia finales de 2003, cerca del 50% de las personas que viven con el VIH/SIDA en el mundo son mujeres. Esta tendencia es más evidente en África y en el Caribe, donde la transmisión heterosexual ha predominado desde los inicios de la epidemia. Actualmente, en los países del África subsahariana, la prevalencia de infección en mujeres menores de 25 años, es dos a tres veces mayor que en hombres de la misma edad, el 57% de las personas adultas infectadas son mujeres y el 75% de los casos reportados en menores de 25 años corresponde a mujeres¹.

Los porcentajes de mujeres infectadas están aumentando en todas las regiones del planeta: en América del Norte este porcentaje pasó del 20% en 2001 a 23% en 2003; en Europa Oriental y Asia Central de 32% en 2001 a 33% en 2003; en el Caribe de 48% en 2001 a 49% en 2003 y en América Latina de 35% en 2002 a 36% en 2003. Aunque el nivel de propagación de la epidemia en Latinoamérica y el Caribe dista mucho de lo observado en África, las tendencias en los países son muy variables y pueden serlo aún más las tendencias recientes. Hace diez años, la mayoría de países

subsaharianos registraban datos de seroprevalencia similares a los reportados hoy por algunos países de Centroamérica y el Caribe, particularmente Haití, Honduras y Belice, donde el contacto heterosexual ha sido la forma predominante de transmisión del VIH y por ende, donde es más evidente la feminización de la epidemia en la región de las Américas²⁻³.

Vulnerabilidad de la mujer y perspectiva de género

La alta vulnerabilidad de la mujer ante el Sida es determinada por múltiples factores, la mayoría de ellos asociados a las desigualdades de género. En su sentido más amplio, el concepto de género está definido social y culturalmente; las diferencias de género determinan lo que significa ser hombre o mujer dentro de un contexto social y cultural y definen las diferencias en cuanto a oportunidades, responsabilidades, “roles” y grado de autonomía en las relaciones de pareja⁴. Los factores determinantes de la mayor vulnerabilidad de la mujer incluyen el conocimiento inadecuado sobre el tema, el acceso insuficiente a servicios



Foto Serge Vincenti

preventivos, la incapacidad para negociar relaciones sexuales protegidas y la falta de métodos de prevención del VIH controlados por las mujeres, como los microbicidas. Las relaciones de poder entre hombres y mujeres, ponen en desventaja a la mujer en los aspectos de negociación y uso consistente del condón. En muchas sociedades, el ideal femenino se caracteriza por la pasividad de la mujer y del subordinamiento de sus expectativas en provecho de los deseos sexuales del hombre, mientras que la masculinidad se caracteriza por la conquista sexual, las múltiples parejas y el control casi total de las interacciones sexuales⁵. Las mujeres se infectan a edad más temprana que los hombres porque se relacionan con frecuencia con hombres mayores (dentro o fuera de la relación estable), quienes han tenido mayor posibilidad de haber adquirido el VIH con anticipación en razón a la edad y al haber tenido un mayor número de contactos sexuales.

Biológicamente las mujeres son también más vulnerables a la

infección; se estima que la transmisión del VIH de hombre a mujer es entre dos y tres veces más probable que la transmisión de mujer a hombre⁶, aunque algunos estudios han reportado que la probabilidad de transmisión de hombre a mujer es hasta 10 veces mayor que de mujer a hombre⁷. La variabilidad de estas estimaciones se debe a la influencia de otros factores determinantes de riesgo y no incluidos en todos los estudios, como la fase en que se encuentre - infección temprana o tardía - la persona que transmite la infección o la frecuencia de cambio de parejas sexuales, tanto en hombres como en mujeres. Asimismo, las niñas y las adolescentes son biológicamente más susceptibles a la infección que las mujeres adultas antes de la menopausia, a causa de la inmadurez de sus mucosas genitales que limitan su función de barrera protectora ante los patógenos. La presencia de otras infecciones de transmisión sexual, muchas veces asintomáticas en las mujeres, aumenta también el riesgo de contraer el VIH durante las relaciones sexuales sin protección. En los países más afectados del

Africa y el Caribe, donde el tamizaje de la sangre y hemoderivados es aún limitado, otro factor de incremento del riesgo para las mujeres es la mayor frecuencia con que reciben transfusiones sanguíneas, principalmente por razones obstétricas.

Debido a las diferencias de género predominantes en casi todas las sociedades, los actuales esfuerzos de prevención no están surtiendo efecto entre las mujeres. El acrónimo "AFP" -abstinencia, fidelidad, uso de preservativos- es el pilar básico de muchos programas de prevención a nivel mundial. Sin embargo, para la gran mayoría de mujeres este mensaje carece de sentido. Debido a su falta de poder social y económico, las mujeres no están en capacidad de negociar relaciones basadas en estos principios; en su condición de inferioridad con relación al hombre, la abstinencia o la insistencia en el uso de preservativos no constituyen opciones realistas para las mujeres. El matrimonio y en general las relaciones estables, no constituyen una protección real contra el VIH; la mayoría de las mujeres infectadas a través de relaciones heterosexuales contrajeron el virus a partir de sus parejas estables. En los países más afectados por la epidemia, la mayoría de las mujeres se casa antes de los 20 años, y las casadas tienen tasas de VIH más altas que las solteras sexualmente activas⁸.

Por otra parte, las mujeres que viven con VIH o SIDA deben asumir con frecuencia cargas asistenciales, cuidando de los otros miembros de la familia aún estando enfermas ellas mismas. A pesar de las desigualdades de género, las mujeres son con frecuencia las más capaces de adaptarse a la adversidad y constituyen la fuerza que mantiene los grupos familiares, asumiendo el sostenimiento de la familia y ocupándose de las tareas domésticas y asistenciales. En los países

más afectados se ha constatado que hasta el 90% de la asistencia a los enfermos de Sida se provee en el propio hogar y que son las mujeres las que asumen la carga asistencial, con una escasez alarmante de los materiales y medicamentos necesarios y sin apoyo alguno para la escolarización de sus hijos. El efecto combinado de la carga física y emocional que supone cuidar a parientes enfermos (incluidos huérfanos y otros afectados por la enfermedad), incluyendo

sociedades donde las mujeres han sido tradicionalmente subordinadas a las decisiones de los hombres y en las regiones donde existen conflictos armados, se utiliza cada vez más la violencia sexual como arma de guerra⁹. Cuando confluyen múltiples factores determinantes de vulnerabilidad, como ocurre en las comunidades afectadas por la extrema pobreza y los conflictos armados, se presenta una interacción sinérgica que aumentan esta vulnerabilidad, combinando los

deramamiento requerido para la negociación del uso del condón con los clientes y la frecuente movilidad de las trabajadoras sexuales y de sus clientes. Las respuestas adecuadas para reducir el riesgo y la vulnerabilidad asociadas al trabajo sexual incluyen estrategias orientadas a la prevención del ingreso en el trabajo sexual (ampliación de oportunidades de educación y empleo para las mujeres jóvenes y fortalecimiento de las estructuras familiares y de los entornos comuni-



la provisión de alimentos y medicinas, determina inevitablemente que las mujeres descuiden su propia salud.

La violencia contra las mujeres es un grave problema de derechos humanos y salud pública a nivel mundial y contribuye a aumentar la vulnerabilidad femenina ante el VIH/Sida. Una de las formas más comunes de violencia es la “violencia doméstica” infringida por sus compañeros sexuales. Entre el 10% y el 50% de las mujeres en todo el mundo reportan haber sufrido algún tipo de maltrato físico por parte de sus compañeros sexuales. Según Human Rights Watch, en casi todos los países del mundo la violencia doméstica es una de las principales causas de lesiones y heridas en las mujeres; la violencia contra las mujeres es común en todas las

diferentes efectos adversos en lo que varios autores denominan “sindemia”¹⁰⁻¹¹.

El trabajo sexual

Las circunstancias que inducen a las mujeres al trabajo sexual, suelen ser las mismas que determinan situaciones de inferioridad social, entre ellas la pobreza y la falta de oportunidades de crecimiento económico, las desigualdades de género perpetuadas en casi todas las sociedades, la violencia sexual y la trata de personas. La vulnerabilidad de las mujeres trabajadoras sexuales está determinada por la estigmatización y marginalización de la que son objeto; la carencia de legislación y políticas protectoras; la falta de acceso a servicios de salud, sociales y jurídicos; la insuficiente información y capacitación para el empo-

tarlos) y a la protección de las mujeres trabajadoras del sexo, con enfoques a nivel individual y comunitario (acciones específicas de IEC, educación inter pares, fácil acceso a servicios de prevención y atención de ITS)¹².

La situación en Colombia

En Colombia, la feminización de la epidemia está ocurriendo gradualmente a nivel nacional y en algunas regiones esta realidad es evidente desde hace varios años. Se observa un progresivo cambio del patrón predominante de transmisión homosexual hacia el predominio de la transmisión por coito heterosexual, particularmente evidente en los departamentos de la región Caribe, donde el número de nuevas infecciones en mujeres jóvenes ha aumentado a mayor velocidad que

en hombres de la misma edad desde comienzos de los noventa¹³. La razón de casos hombre: mujer ha descendido de 20:1 en 1987 a 8:1 en 1993, a 6:1 en 1998 y a 3:1 entre 1999 y 2003; en los departamentos de la Costa Caribe este indicador es cercano a 1:1.

La alta vulnerabilidad de la mujer colombiana ante la epidemia del VIH/SIDA está determinada por el contexto cultural machista que le impone relaciones sexuales dominadas por el hombre; por el abuso sexual, dentro y fuera de la familia; por la historia de inequidad de género y de desigualdad social, económica, educativa y laboral; por la permisividad para que sus compañeros sexuales estables tengan múltiples relaciones sexuales casuales y por la bisexualidad de sus compañeros estables; por las exigencias del "rol" femenino de proveer cuidados a los demás en detrimento del propio autocuidado y por el permanente aumento del número de mujeres cabeza de familia. El desplazamiento forzoso es otro aspecto que está afectando más a los menores de edad y a las mujeres, generando desarraigo, desprotección y marginalidad y propiciando el trabajo sexual forzado. Aunque en Colombia las mujeres tienen una mayor expectativa de vida que los hombres, esta es de menor calidad; en las últimas décadas las mujeres han accedido más a la educación y tienen mejor rendimiento académico que los hombres, sin embargo, siguen siendo más afectadas por el desempleo que los hombres.

En los pocos estudios efectuados en el país sobre uso del condón por parte de los y las jóvenes y adolescentes, se ha encontrado que las mujeres reportan una menor frecuencia de uso que los hombres de su misma edad¹⁴, siendo más evidente aún esta diferencia entre

jóvenes y adolescentes viviendo en contextos de desplazamiento forzado¹⁵, lo cual sencillamente refleja la perpetuación de las relaciones de desigualdad entre géneros en las nuevas generaciones.

El número de casos reportados entre 1983 y 2002 en mujeres en edad fértil y en niñas y niños menores de cinco años¹⁶. Se observa una tendencia constante al aumento en la notificación, aumento que se seguirá observando durante los próximos años con los nuevos casos diagnosticados en desarrollo del proyecto nacional de reducción de la transmisión materno-infantil del VIH.

Este proyecto se basa en una intervención integrada a todos los programas de atención y control prenatal y perinatal existentes en el país y sus objetivos incluyen promover el reconocimiento y la conciencia entre las mujeres colombianas de su vulnerabilidad ante el SIDA y de la importancia de conocer su estado serológico frente a la infección por VIH, ofrecer la pruebas diagnóstica como parte de la atención y control prenatal; proveer atención integral a las mujeres diagnosticadas, incluyendo tratamiento antiretroviral; brindar apoyo psicosocial a las mujeres diagnosticadas y a sus familias; lograr que las entidades aseguradoras se comprometan con la reducción de la transmisión vertical del VIH; y promover y apoyar la implementación de esta iniciativa como política específica de salud pública en el país¹⁷. En desarrollo del proyecto, hasta el 30 de septiembre de 2004, 120.400 mujeres embarazadas se habían practicado la prueba de ELISA en 29 departamentos, a 230 de ellas se les ha diagnosticado la infección por VIH y se han atendido 174 partos a gestantes infectadas. A un año de

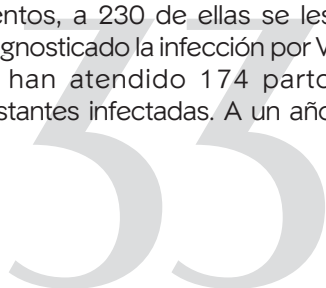
iniciado el proyecto a nivel nacional, los mayores porcentajes de seropositividad se habían registrado en Sucre (0.7%), Santander (0.6%), Bolívar y Guajira (0.5%) y Quindío (0.4%). El 21% de las mujeres diagnosticadas están entre los 15 y 19 años de edad y el 59% entre los 20 y 30 años¹⁸.

Cerca del 80% de los casos diagnosticados corresponden a mujeres que viven relaciones conyugales estables y cuya principal ocupación son los oficios del hogar¹⁹. Podemos asumir, con alto grado de certeza, que la gran mayoría de estas mujeres fueron infectadas por sus compañeros sexuales estables.

Con la terapia antiretroviral que ofrece el proyecto a estas mujeres desde que son diagnosticadas hasta el final de su gestación, se ha evitado la transmisión del VIH en un 98% de los casos.

Las acciones requeridas

La educación es una de las defensas básicas contra la propagación y el impacto de la epidemia del SIDA. Ir



BIBLIOGRAFÍA

- 1 Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. ONUSIDA, Ginebra 2004.
- 2 García, R. SIDA: Situación en el mundo y en Colombia veinte años después. BIOMEDICA 2003;23(3):247-251
- 3 Bianco, M. Tendencias recientes en el patrón d expansión del VIH/ SIDA en América Latina y el Caribe. En: VIH/SIDA y Desarrollo. Ed. Agenda Colombia. Bogotá, Junio de 2004
- 4 Ligouri, A.L. Relaciones de género y empoderamiento femenino. Instituto Nacional de Salud Pública. México 1995.
- 5 El género y el VIH/SIDA. Actualización Técnica. ONUSIDA, Ginebra 2000
- 6 Mastro T.D., Vincenzi I. Probabilities of Sexual HIV-1 Transmission. AIDS 1996 (suppl. A): S72-82.
- 7 The World Bank. Confronting AIDS: Public Priorities for a global epidemic. . Pags 57- 60; 101. Oxford University Press 1997.
- 8 World AIDS Campaign 2004. Strategic Document. UNAIDS, Geneva 2004.
- 9 World AIDS Campaign. 2004. Op. Cit.
- 10 Singer, M. The Political Economy of AIDS. Amityville: Baywood Publishing Co. 1998
- 11 Wallace, R. ; Wallace D. 1995. U.S apartheid and the spread of AIDS to the suburbs: A multi-city análisis of the political economy of spatial threshold. In: Social Science and Medicine, 41:333-345.
- 12 ONUSIDA. Trabajo sexual y SIDA. Actualización técnica. Ginebra, 2003.
- 13 García R., Klaskala W., Zhang WY., et al. HIV/AIDS epidemic in Colombia: Regional Differences in Epidemic Trends. AIDS 1997; 11, 10: 1297-98.
- 14 ONUSIDA/ MINSALUD. Comportamientos sexuales de los estudiantes de secundaria de Colombia. Análisis de una encuesta nacional. Bogotá, Junio de 2002
- 15 PROFAMILIA. Encuesta sobre Servicios de Información y Atención en Salud Sexual y Reproductiva para la Prevención del embarazo en Adolescentes Desplazados por la violencia y

a la escuela protege. Garantizar la escolarización de las niñas es una medida efectiva para reducir la vulnerabilidad general, pero debe concurrir con medidas específicas para proveer la información adecuada y facilitar aptitudes prácticas y fortalecer los vínculos escuela-comunidad.

La Campaña global fomenta el acceso universal a la educación, promoviendo el incremento continuo de la escolarización de las niñas y de su acceso a educación secundaria y fortaleciendo procesos educativos basados en aptitudes para la vida, con énfasis en la adopción de estrategias adecuadas para la reducción y eliminación de las desigualdades de género y para la protección y defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, reconocidos a partir de los Acuerdos suscritos en diversas Conferencias Internacionales²⁰, y entre los que se incluyen el derecho a una adecuada nutrición y atención en salud desde la infancia, como bases indispensables para la buena salud en la edad reproductiva; el derecho a una educación sexual no sexista ni discriminatoria desde la infancia, que favorezca el conocimiento y autocuidado del cuerpo y el ejercicio de una sexualidad libre, gratificante y responsable; derecho a decidir libremente tener o no tener hijos; derecho a información y orientación sobre anticoncepción y acceso fácil y adecuado a los métodos más eficaces; derecho a que se reconozca el placer sexual como prerrogativa inherente a las personas y a que se respete la orientación sexual y el ejercicio libre y autónomo de su sexualidad; derecho a una vida libre de maltrato y de violencia sexual; derecho a igualdad con los hombres en cuanto a las responsabilidades familiares, incluidas la crianza de los hijos/as y las tareas domésticas; derecho a que los

hombres se comprometan con el cuidado de su propia salud sexual y la de su esposa o compañera; y derecho a participar en la formulación de políticas basadas en principios éticos y equitativos en materia de sexualidad y reproducción.

En Colombia se requiere avanzar con mayor celeridad en la construcción del nuevo plan de educación en salud sexual y reproductiva que recupere y fortalezca la educación sexual en el país como prioridad estatal y garantizar la asignación suficiente y oportuna de recursos humanos y financieros para el desarrollo de la educación sexual, articulada con las estrategias existentes en Salud sexual reproductiva y facilitando el acceso de los jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva. Es necesario también obtener y garantizar la sostenibilidad de la iniciativa de reducción de la transmisión materno-infantil una vez concluya la cooperación internacional, lo cual dependerá del compromiso de las instituciones de salud pública y de la voluntad de cooperación de las entidades del Sistema de Seguridad social en salud. La continuidad de esta iniciativa como política de salud pública será fundamental para mantener la prevalencia de infección por debajo del 1% a nivel nacional. La reducción de la transmisión madre-hijo no sólo es una intervención eficaz para disminuir la incidencia de SIDA pediátrico, sino para promover cambios actitudinales y comportamentales orientados a la reducción de la vulnerabilidad y a una mayor autonomía de las mujeres en sus relaciones sexuales.

Es necesario también reforzar los comportamientos masculinos positivos, abordando las percepciones de género en los diferentes entornos sociales y culturales, cuestionando determinadas creencias y propiciando

en los hombres jóvenes cambios de actitudes y comportamientos orientados a la reducción de las desigualdades de género, con lo cual se benefician tanto mujeres como hombres, quienes también son vulnerables a la infección por VIH a causa de estas desigualdades. Es habitual que las diferencias de género establecidas o predominantes alienen a los hombres, particularmente a los adolescentes y jóvenes, a asumir conductas riesgosas para demostrar y afianzar su virilidad y “hombría” ante sí mismos y ante sus pares y mayores. Los hombres deben involucrarse plenamente en la lucha contra las desigualdades de género, comprometiéndose con el principio de “cero tolerancia” ante la violencia contra las mujeres, con el apoyo a la educación de sus hijas hasta el mayor nivel académico posible y con contribuir a aliviar la carga asistencial de las mujeres al interior de los núcleos familiares. Para ello es indispensable que los hombres entiendan que el concepto de género se aprende, se vive y se verbaliza y que se puede “desaprender”, entender y verbalizar de manera diferente, transformando las relaciones entre hombres y mujeres en procesos de convivencia democráticos e incluyentes, caracterizados por el respeto y el reconocimiento a la particularidad y a la diversidad²¹.

La Campaña global promueve y aboga por un mayor apoyo político y financiero para la investigación en microbicidas vaginales, lo cuales constituyen una de las opciones preventivas más prometedoras que se vislumbran en el horizonte. Se espera que la primera generación de microbicidas efectivos pueda estar disponible en un plazo de cinco años pero la inversión en investigación y desarrollo de microbicidas debe ampliarse en forma rápida y radical si se pretende hacer realidad

esta esperanza. Los productos en fase de desarrollo varían ampliamente, siendo algunos de ellos contraceptivos además de microbicidas. Utilizando modelos matemáticos, se ha demostrado que un microbicida con una eficacia del 60% podría tener un impacto significativo sobre la epidemia si se introdujera en los 73 países más pobres del mundo. Aún en el caso de que este producto sólo lo utilizara el 20% de las mujeres, en el plazo de tres años podrían prevenirse alrededor de 2,5 millones de nuevas infecciones²².

Conclusión

El impacto devastador de la epidemia del SIDA entre las mujeres no es un fenómeno nuevo y ha sido reconocido desde hace varios años. Sin embargo, las respuestas globales y nacionales no han sido efectivas en reducir el alto grado de vulnerabilidad de las mujeres y el resultado evidente de este fracaso es la creciente feminización de la epidemia en todas las regiones del planeta. El abordaje de la epidemia a través de la perspectiva de género contribuye a la construcción de políticas públicas más equitativas y favorables para las mujeres, basadas en el respeto y realización de sus derechos sexuales y reproductivos, facilitando la activa participación de las mujeres en estos procesos de construcción y en todas las acciones orientadas a la prevención de la generalización de la epidemia y a la atención integral de las personas afectadas. Recordando las palabras de Peter Piot durante su intervención en el Foro 2003 efectuado en la Habana: “... las desigualdades de género son una fuerza impulsora fundamental de la propagación del SIDA y por consiguiente deben abordarse como elemento central de una respuesta adecuada a la epidemia”.

- Población Receptora en los municipios de Barranquilla y Cartagena. Bogotá, Julio 2001
- 16 Prieto F. Veinte años del VIH en Colombia. Inf Quinc Epidem Nac 2003; 8(22).
 - 17 ONUSIDA/INS/FEREDSALUD. The Women's Antenatal Care Initiative For Reduction Of HIV Vertical Transmission In Colombia. Grant COL/AIDCO/20001/0473. European Commission.
 - 18 García R. Proyecto Madre-Hijo: Una respuesta hacia el futuro. INdetectable No 24, Mayo de 2004.
 - 19 Proyecto Madre – Hijo. Informe de Avance. EURONOTAS Octubre-Noviembre 2004. Unión Europea.
 - 20 Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995); Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995); Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, (El Cairo, 1994); Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993).
 - 21 Velandia, M. Género, masculinidad y salud: Una visión desde los sistemas, las emociones y el lenguaje. La Habana, Foro 2003.
 - 22 World AIDS Campaign. 2004. Op. Cit.

* Ricardo García Bernal es médico asesor de ONUDISIDA Colombia

Como influye la violencia contra las mujeres en el incremento del VIH/SIDA

Por Peter Piot*

Hoy es innegable la asociación entre la violencia hacia las mujeres y el riesgo del VIH/SIDA, no sólo como causa sino como efecto. Denunciar y asumir las responsabilidades que como hombre tiene cada uno es imprescindible.

Introducción

Como director de ONUSIDA, acostumbro a enfatizar el implacable aumento de la epidemia del VIH/SIDA en el mundo. No sólo en África, donde su continua expansión es preocupante, sino también en Asia, en Europa del Este y en Rusia. También acostumbro a explorar sobre lo que la comunidad mundial puede hacer acerca de esto. Sin embargo, hoy me centraré en un aspecto particularmente insidioso de la epidemia del SIDA que recién ahora está recibiendo el reconocimiento internacional que merece, me refiero a la violencia contra las mujeres y su impacto en la diseminación de esta enfermedad mundial.

Muchos países fracasaron al tratar este asunto. La violencia basada en el género todavía es un tema tabú, considerado en muchas partes un asunto privado que no se debe discutir públicamente. Esto es inaceptable. La violencia doméstica, la violación, y otras formas de abuso

sexual son crasas violaciones a los derechos humanos; muy ligadas a los temas de salud aun hoy no tratados, incluyendo la expansión del VIH. Pero antes de describir sus consecuencias en la salud, hablaré sobre el pronunciado incremento de la violencia contra mujeres y niñas.

El incremento de la violencia contra mujeres y niñas

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la violencia contra mujeres y niñas en el mundo causa más muerte y discapacidad entre las mujeres de 15 a 44 años que el cáncer, la malaria, los accidentes de tránsito e incluso más que la guerra. Estudios recientes realizados en todo el mundo sugieren que entre el 16% y el 52% de las mujeres han sido atacadas, al menos una vez en la vida, por un compañero íntimo. Esto se asocia con la violencia sexual, incluyendo la violación. En Estados Unidos, por ejemplo, una mujer es atacada

sexualmente -frecuentemente por su marido- cada quince segundos. En la India, un estudio demostró que entre el 18% y el 45% de los hombres casados reconocen haber abusado de sus mujeres.

El abuso marital no es, sin embargo, la única amenaza. Muchas mujeres y niñas son víctimas de coerción sexual por sus parientes varones, compañeros de clase o vecinos. Muchas niñas africanas en edad escolar recurren al sexo con hombres mayores para pagar las matrículas escolares. Muchos de estos hombres tienen múltiples parejas sexuales o practican sexo inseguro; esto no parece ser un obstáculo. En Sudáfrica, las pandillas de hombres jóvenes, muchos infectados con VIH, participan en el juego «atrapar y violar». Las mujeres profesionales, consideradas como las que ascendieron por encima de sus posibilidades, son las más vulnerables. En las Antillas han ocurrido situaciones similares, donde las pandillas han estado atacando mujeres y niñas como parte de la ceremonia de



Foto Serge Vincenti

iniciación. En Papua, Nueva Guinea, el 40% de las víctimas de violación son niñas menores de quince años. La violación también se ha convertido en un arma de guerra deliberada en muchos conflictos, como en los Balcanes y en África Central. Esta crueldad impuesta a mujeres y niñas algunas de ellas menores de diez años no sólo les provoca dolor y humillación; también las amenaza con enfermedades de transmisión sexual, tales como el SIDA.

El tráfico de mujeres y niñas es otro contexto de violencia sexual. Cada año, cientos de miles de mujeres y niñas en el mundo son vendidas en casamiento, para prostitución y como esclavas. Las jóvenes en África, Oriente Medio y Asia, son frecuentemente forzadas a contraer matrimonio con hombres mayores que ellas, quienes ya tienen parejas sexuales, aumentando el riesgo de infección para las mujeres. Las Naciones Unidas estiman que se trafican más de cuatro millones de personas por año. Alrededor de 200 millones de personas soportan alguna forma de esclavitud contemporánea. La mayor parte del comercio sexual de mujeres y niños ocurre en Asia. No obstante, en América Latina, el Caribe, y en Europa del Este está aumentando, especialmente en los países empobrecidos de la ex Unión

Soviética, donde el VIH/ SIDA está aumentando. En Europa Occidental se trafica casi medio millón de mujeres, muchas de ellas de Europa Oriental, pero también de África y de Asia, dónde se trafica tanto personas como drogas. Las mujeres y niñas víctimas del tráfico tienen muy pocas chances de escapar y son forzadas a tener sexo inseguro con clientes, aumentando el riesgo de contraer el VIH.

VIH/SIDA y otras consecuencias de la violencia en la salud

El aumento de la violencia es escalofriante; también lo es el del VIH/SIDA, especialmente en las mujeres. Cada vez más las estadísticas muestran la vulnerabilidad femenina al VIH. Hoy, de las 40 millones de personas viviendo con SIDA, se estima que el 43% son mujeres y niñas. ¿Porqué las mujeres son tan vulnerables al VIH? Biológicamente, son más proclives a contraer ETS durante la relación sexual que los hombres. El sexo sin protección es una amenaza mucho más grave para las mujeres. Pero la vulnerabilidad de las mujeres no sólo tiene raíces biológicas; también tiene raíces sociales. Debido a su posición subordinada, para millones de mujeres y niñas es difícil, por no decir

imposible, protegerse del VIH. A menudo no pueden insistir en la fidelidad, exigir el uso de preservativos, o rechazar tener relaciones sexuales con su compañero, aun cuando sospecharan o supieran que ésta infectado. Frecuentemente las mujeres carecen del poder económico para salir de relaciones con grandes riesgos de infección por VIH.

La violencia es parte de estos dilemas. Ya perfilé como ocurre la violencia física y sexual, desde la cama matrimonial hasta los campos de refugiados, y como ésta puede resultar en infección por VIH. No hay que olvidar que, hasta la amenaza de violencia conduce al SIDA. No matará inmediatamente, como una bala; lo hace lentamente empezando por el diálogo sobre el sexo y la vida, y minando la capacidad de autoprotección de la mujer. Las mujeres, temerosas de ser golpeadas o rechazadas, no se atreven a pedirle a sus novios que usen preservativos o que sean fieles. Estos temores están justificados. Estudios realizados en Zimbabwe muestran un alto nivel de abuso cometido entre los hombres hacia sus esposas cuando éstas se atreven a pedirles que usen preservativo durante la relación sexual.

Casi la mitad de las nuevas infecciones por VIH en el mundo ocurren en adolescentes y menores de 25 años. En Kenia una de cada cuatro jóvenes entre los 15 y 19 años vive con SIDA. En muchos países, las chicas se infectan más tempranamente que los muchachos. Muchas de estas infecciones son resultado de la violencia. En Santiago de Chile un gran número de mujeres señalaron la violación como su primera experiencia sexual. Incluso los niños pueden contraer el VIH por sexo forzado, muchas veces con conocidos, familiares o amigos de confianza. Las madres

que saben que sus hijos son abusados tienen temor de hablar.

Pero quiero enfatizar que las consecuencias del abuso no se limitan al riesgo obvio de infección por VIH. Los niños que han sido abusados tienen muy baja autoestima; se sienten sucios, avergonzados, y pierden la fe en los demás. Esto puede propiciar luego conductas de riesgo como el consumo de drogas, la prostitución y el sexo sin protección. Una encuesta reciente demuestra que aquellas mujeres que han sido abusadas sexualmente en su niñez son doblemente proclives a colocarse en situaciones de riesgo por sexo sin protección, con múltiples compañeros.

Para los varones el abuso físico también es una norma social que se transmite de generación en generación. Los muchachos que ven a sus padres abusando de sus madres son más proclives a convertirse ellos mismos en abusadores, perpetuando de este modo el ciclo. Eso me recuerda un punto que a menudo se olvida cuando se habla de violencia y SIDA. Las mujeres y niñas son abusadas y este es un grave problema. Pero no perdamos de vista el otro lado de la moneda, lo que la sociedad ve como un comportamiento masculino aceptable. La comunidad internacional puede condenar la violencia contra mujeres como algo legalmente intolerable, pero aún es aceptada por muchas sociedades, inclusive por sus víctimas.

La violencia sexual como norma social puede ser reforzada por las cortes supremas, un reciente fallo judicial sobre una violación en Italia amenaza con hacer retroceder los derechos de las mujeres, reclamando que una mujer que usa jeans se los debe haber sacado voluntariamente para tener relaciones sexuales y negando que pudo ser violada por el acusado. Afortunadamente, también hay buenas noticias. En China, una mujer demandó

con éxito a su marido por abuso. Aunque él argumentó que todo lo que sucedía en la casa era un problema privado, la corte dictó un fallo favorable a la mujer. Una mujer keniana inició un proceso similar en un país donde la mayoría de los casos de abuso nunca pasan de las comisarías locales a causa de las presiones sociales y/o familiares.

El incremento de la violencia a causa del VIH

No concluiré esta presentación sobre la relación entre la violencia y el VIH sin mencionar que la violencia contra las mujeres no es solo meramente la causa de la epidemia del SIDA; también puede ser la consecuencia. Cerca de 14 millones de mujeres están infectadas con VIH. Aquellas que revelan su condición de infectadas sufren violencia directa de su marido, su familia o su comunidad. Una mujer sudafricana fue cruelmente asesinada por sus vecinos después de que revelara su condición de infectada como parte de la conmemoración del Día Mundial del SIDA realizada en su país. Estos asesinatos por «vergüenza» se reportan en todo el mundo. Las mujeres cuya condición de infectadas se conoce o se sospecha enfrentan ser sacadas de sus hogares, abandonadas por sus familias y despedidas de sus trabajos. La violencia basada en el género no sólo es física, sino también psicológica.

Conclusión

La violencia de género sigue siendo materia de apasionados debates en muchas partes del mundo. Muchos gobiernos aún son renuentes a apoyar por completo las medidas necesarias para remediar esta deplorable situación, especialmente ahora que existe el riesgo del SIDA. Es crucial reforzar la estructura legal, tanto a un nivel local como internacional. Para sobrevivir en un mundo con SIDA, es necesario proteger los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. Esto

incluye el derecho de decidir cuándo, con quién y en qué circunstancias se tienen relaciones sexuales. Ahora que la Corte Penal Internacional reconoce a la violación y otras formas de violencia contra la mujer como un crimen contra la humanidad en tiempos de guerra, los gobiernos necesitan urgentemente reforzar las leyes nacionales que penalizan la violencia de género y el abuso. Solo recientemente la violencia dentro del matrimonio se convirtió en un delito en muchos países occidentales. Aún así, la mejor de las leyes tiene muy poco efecto, si no existe la voluntad de reforzarlas. Tampoco tendrá el más mínimo impacto si no hay un cambio en las actitudes, particularmente entre los hombres y comunidades locales. Ahí es donde empieza el verdadero cambio. Tales desafíos podrán parecer formidables, pero en ONUSIDA estamos capacitados para ayudar a realizar progresos significativos en la dirección correcta.

En el frente del SIDA, ya hemos expandido considerablemente la capacidad mundial de monitorear la epidemia. Desde el primer momento hemos contado con tasas específicas por país y con bases de datos que son claves para el planeamiento y la acción local si vamos a contrarrestar el desarrollo del VIH, especialmente entre mujeres jóvenes y niñas. A nivel político, los líderes nacionales y locales comienzan a hablar en numerosos países. Los medios de comunicación, también informan sobre este asunto de una manera más agresiva, particularmente en países como Brasil, Zimbabwe y Sudáfrica, donde el VIH, tiene un dramático aumento. En la India, un proyecto de los medios de comunicación ha estado usando el vídeo como una forma de hacer pública la violencia de maridos abusivos, resultando en una drástica disminución de la violencia.

En lo relativo a la prevención, notamos distintos adelantos. El preservativo femenino, una herramienta de

prevención controlada por la mujer, ahora es mucho más accesible para las mujeres de los países en vías de desarrollo. Se venden millones de ellos a precios razonables. Para garantizarle a la mujer más de una opción, los grupos de mujeres de todo el mundo con el apoyo de ONUSIDA, han lanzado la Campaña Mundial para Métodos de Protección Alternativos Controlados por Mujeres. Esto incluye una petición internacional llamando al gobierno de Estados Unidos, a la Unión Europea y a otros, a acelerar la investigación sobre los microbicidas vaginales y a expandir el acceso al preservativo femenino.

En algunos lugares del mundo, la tasa de infección por VIH finalmente ha disminuido. No sólo en los países industrializados, sino también en aquellos en vías de desarrollo. En muchos lugares las tasas más bajas se han notado entre la gente joven que está mucho más consciente de la necesidad de una protección, y que ha tomado las precauciones apropiadas. Para millones de mujeres y niñas en el mundo, está claro que la violencia, el SIDA, y el abuso a los derechos humanos son tres partes de una misma traumática realidad. En ONUSIDA creemos firmemente que el respeto y la preocupación por los derechos humanos, incluyendo a los derechos de los niños y la igualdad entre hombres y mujeres debe estar en el centro de la respuesta colectiva a esta enfermedad. Asimismo, apoyamos todas las redes de derechos humanos, legales y éticos en todos los niveles y ayudamos a los gobiernos a establecer legislaciones que los sostengan.

Nosotros trabajamos para transformar los valores sociales relativos al comportamiento masculino y las actitudes hacia los/as niños y niñas, ya que ambos son cruciales para prevenir la violencia contra la mujer y la diseminación del VIH. ONUSIDA ha sido activo en la ayuda al desarrollo de programas educativos e informativos sobre sexualidad

humana y la salud reproductiva en los medios de comunicación, pero también en las escuelas y en los lugares de trabajo en países como Uganda y Tanzania. Estos programas educativos necesitan romper con la creencia de que la agresión es inherente a la sexualidad masculina y que la violencia contra la mujer constituye una demostración de poder. Muchas actividades de ONUSIDA están orientadas a los derechos reproductivos y de salud de la mujer así como a sus derechos económicos y sociales. Nuestro objetivo es ayudar a las mujeres a establecer sus necesidades más positivamente. Es vital que las mujeres pierdan el temor de hablar.

Qué necesitamos hacer

Sería un error subestimar la magnitud del esfuerzo requerido para mantener a esta epidemia bajo control. Pero sería un mayor error pensar que no podemos hacer nada. Si vamos a ayudar a reducir el impacto de la violencia sobre el SIDA, necesitamos una respuesta mundial más efectiva.

En primer lugar, necesitamos un mayor compromiso político en el más alto nivel para ayudar a producir los cambios sociales y legales que se necesitan para mejorar el apoyo a mujeres y niñas. En segundo lugar, sólo un delicado acercamiento que incluya amplias asociaciones entre gobiernos, comunidades y los medios de comunicación puede ayudar a producir algunos de esos cambios. En tercer lugar, necesitamos romper el silencio. ¿Cómo podemos ganar esta batalla sin mayor imparcialidad hacia la sexualidad y el SIDA? ¿Cómo podemos ganar si no individualizamos a la violencia como una fuerza que lleva a la epidemia? En cuarto lugar, los recursos actuales para la prevención del VIH son inadecuados. Un estudio de ONUSIDA demostró que en 1997 sólo se gastaron 160 millones de dólares para la prevención del SIDA en África subsahariana. Esto es

completamente inadecuado para parar la epidemia, dejar que cambien solas las actitudes de los hombres hacia la prevención, la no violencia y los derechos de las mujeres.

En quinto lugar, debemos utilizar los recursos para propuestas e intervenciones que funcionen. Con respecto a la violencia hacia la mujer necesitamos encarar propuestas más imaginativas para su protección y desarrollar políticas y programas que hagan la diferencia. Este es un desafío tanto para gobiernos como para comunidades. En conclusión, como parte de nuestra campaña de Naciones Unidas para acabar con la violencia contra las mujeres, debemos ayudar a que sean oídas las voces de millones de mujeres vulnerables. Si vamos a darles poder a las mujeres y garantizarles protección, debemos hacer especialmente que sean oídas las voces de aquellas que viven en la sombra de la violencia y el SIDA.

Nosotros, los hombres debemos encarar nuestra responsabilidad. Permítanme expresarme personalmente como hombre. Los hombres necesitamos explorar más honestamente cuáles deberían ser nuestras responsabilidades con respecto a frenar la violencia masculina hacia las mujeres. Necesitamos actuar porque no podemos continuar equivocándonos. Los estudios muestran que al menos uno de cada cinco hombres de todos los estratos sociales cometen al menos una forma de violencia física o abuso sexual contra su compañera en su vida. Estos actos son inaceptables, depende de nosotros decirlo.

Este artículo fue tomado de la Revista DESIDAMOS. Revista de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer. Volumen 1 Año 7 Mayo 1999.

* Peter Piot, Director Ejecutivo de ONUSIDA. Ponencia en panel Mujer y Salud. N.Y. Marzo 1999.

Condomes por la vida: un esfuerzo **mundial**

Por Joseph Sandillo (Programa Internacional-CFFC)



Creemos en el uso
del condón



Creemos en Dios



Creemos en cuidar el
uno al otro



Creemos que el
sexo es sagrado

Condomes por la Vida es un esfuerzo mundial de educación pública sin precedentes, que busca despertar conciencia sobre el devastador efecto de la prohibición del uso del condón por parte de los obispos católicos.

La campaña se lanzó el Día Mundial del SIDA en el año de 2001, al exhibir espectaculares anuncios en diarios y estaciones de metro con la leyenda "Prohibir el condón es condenar a muerte por SIDA a millones de seres humanos." La campaña realizada en los Estados Unidos, México, Filipinas, Sudáfrica, Kenia, Chile, Bolivia y Zimbabwe fue la primera fase de un esfuerzo por cambiar la política del Vaticano y desafiar sus agresivas actividades de cabildeo contra la disponibilidad y el acceso a los condones en las áreas del mundo de más riesgo. Los anuncios señalan que muchos de los más de 4,000 obispos buscan persuadir a los gobiernos del mundo y a las Naciones Unidas para que restrinjan el acceso a los condones diciendo que su uso produce SIDA, no lo previene.

En abril del 2002, la campaña ganó el apoyo de 29 líderes europeos, en un anuncio en el periódico europeo, European Voice. Para el Día Mundial del SIDA de 2002, la campaña hizo énfasis en el avance positivo de la misma dentro

de la Iglesia, y el obispo Kevin Dowling recibió cientos de postales de parte de simpatizantes de la campaña agradeciéndole su valor para oponerse a la prohibición eclesiástica.

En el año 2003, en respuesta a los inexactos e irresponsables alegatos de un funcionario del Vaticano de que los condones no evitan la transmisión del VIH, la campaña instó a católicas y católicos, en particular a la juventud, a usar condones como reflejo de una sexualidad madura y responsable. En el año 2004, la campaña organizó una carta con 290 firmas para aplaudir la declaración pública del cardenal belga Godfried Daneels apoyando el uso del condón en la prevención contra el VIH/ SIDA.

Una iniciativa importante de la campaña fue la publicación en 2004 de El Sexo en los tiempos del VIH/SIDA: Una guía para católicas y católicos, una herramienta valiosa para católicas y católicos en cuestiones de fe y conciencia, la sexualidad y el uso del condón para la prevención contra el VIH/ SIDA. El mensaje de la publicación se dirige a los católicos y las católicas de una manera franca sobre el sexo y les da las herramientas necesarias para que hagan decisiones responsables sobre su sexualidad para prevenir la transmisión del VIH/SIDA. Al reafirmar

que la sexualidad es natural y buena, la campaña promueve un ambiente en donde las personas - ya sean heterosexuales o homosexuales, seropositivos o seronegativos - pueden hablar libremente de su sexualidad y así obtener las últimas informaciones sobre la prevención contra el SIDA .

En los próximos dos años, la campaña seguirá buscando tener impacto en tres marcos claves. Primero, la campaña ayudará a las y los jóvenes a decidir a usar condones si piensan tener relaciones sexuales, rompiendo así el tabú contra discusiones de sexualidad. En segundo lugar, buscaremos lograr la interrupción de apoyo financiero (tanto por gobiernos como por fundaciones) a las agencias que quieran trabajar en la prevención del VIH/SIDA sin distribuir ni ofrecer información sobre los condones. También, seguiremos criticando a los obispos católicos y exigiendo que defiendan su prohibición del uso del condón.

La campaña es patrocinada por Catholics for a Free Choice, las afiliadas Católicas por el Derecho a Decidir en Latinoamérica y Europa, y colegas de África y Asia. El sitio Web de Condomes por la Vida (www.condoms4life.org) presenta los hechos sobre el VIH/SIDA y sobre la oposición de la jerarquía católica al uso del condón en el mundo.

40



de estos sectores, en la búsqueda por lograr una mayor toma de conciencia y compromiso con la tarea preventiva.

La tarea consiste en difundir derechos y construir valores para que en un proceso de encuentro, reflexión y capacitación podamos superar los prejuicios, con la convicción de que el arte en sus diferentes expresiones no está siendo lo suficientemente aprovechado para promover el cambio social y cultural. Esta propuesta de integrar el teatro como herramienta de la educación popular ha recorrido barrios, cárceles, escuelas, parroquias, teatros, comunidades pequeñas, comunidades distantes de las ciudades, universidades, etc. con una acogida permanente de los diferentes públicos.

Hemos asumido el desafío de acercar el teatro a las gentes, donde encuentran reflejadas también sus propias actitudes y una invitación al cambio. Entendemos que tanto el teatro, como otras manifestaciones del arte, adquieren toda la fuerza creativa cuando acompañan desde el compromiso a los movimientos que se van generando en función del cambio social, en este caso el cambio cultural que es imperioso para parar la pandemia.

Las y los jóvenes participantes, protagonistas de la obra de teatro, han logrado conjugar la necesidad personal de expresarse artísticamente y la imperiosa búsqueda de una voz propia, de una palabra que los/las nombre, de una mirada nueva de ellos/as mismas y del mundo y han logrado dejar en sus pares un mensaje de esperanza donde el placer y la responsabilidad por el otro/a tienen lugar.

En el esquema teatral se presentan situaciones cotidianas: la pareja estable, en la cual la mujer cree en la fidelidad de su marido y no se cuida. El marido que tiene una relación extra matrimonial con otra persona y no se cuida y no cuida a su pareja; un espacio laboral en el cual se avasallan los derechos al realizar el test de VIH-SIDA sin el consentimiento de los trabajadores; una pareja joven, que no utiliza preservativo porque creen en la “confianza” de su relación, una travesti que se cuida y cuida a las personas que la rodean en una tarea de prevención comunitaria.

En la puesta en escena se muestra como las actitudes y prácticas se construyen en relación a una cultura que sanciona y oculta la sexualidad de las personas y disfraz el compromiso con el otro con una

actitud de “sálvese quien pueda”. Mitos que se recrean en el colectivo social y que instalan una cultura individualista que se resume en una frase común a muchos de nosotr@s: “a mi no me va a pasar”. Estos contenidos son los que reflejan y desnudan lo que mucha gente cree y hace en relación a la prevención del VIH- SIDA.

Luego de cada presentación con los asistentes se genera un espacio de charla, de debate, que promueve el intercambio de preguntas e información, siempre sosteniendo la importancia del afecto, de la contención y la no discriminación de quien convive con el VIH.

¿Por qué CDD Córdoba asume este compromiso de prevención?

Desde nuestra fe, como Católicas que sostenemos el Derecho a Decidir, afirmamos el valor de la propia conciencia para tomar decisiones éticas en lo que atañe a la vida de las personas, incluido a lo que se refiere a la sexualidad y a la reproducción. Sostenemos que en la iglesia no hay un pensamiento monolítico sobre este tema y que

En mi iglesia, todos estamos viviendo con VIH

Gracia Violeta Ross Quiroga*

“Si uno de los miembros [del cuerpo] sufre, los demás comparten su sufrimiento; y si uno de ellos recibe honor, los demás se alegran con él. Ahora bien, ustedes son el cuerpo de Cristo, y cada uno es miembro de ese cuerpo”¹.

Este documento relata mi experiencia de ser una mujer conviviendo con VIH y ser miembro de una iglesia evangélica. Muestra mis miedos y prejuicios acerca de mi propia iglesia. Igualmente revela el hecho de que en la iglesia no todos son seguidores de Cristo, sino que también hay muchos religiosos. Este documento propone recuperar el significado de la Gracia de Dios, hacia nuestras vidas y para con los demás.

La iglesia es un solo cuerpo

Una iglesia que se concibe a sí misma como un cuerpo, que tiene el mismo sentir y es unánime guiada por el Espíritu Santo, es lo que Jesús tenía en mente cuando vino a la tierra. Lamentablemente, muchas de nuestras iglesias se comportan como un cuerpo que se

autolesiona, que se lastima a sí mismo.

Alberto Gandini (1989) en *La iglesia como comunidad sanadora*, analiza las posibilidades de la iglesia de ser comunidad sanadora y terapéutica frente al riesgo de ser una comunidad que enferma.

Es importante reconocer en primer lugar, que “enfermamos y sanamos en grupo”. Las personas no existen en soledad como islas, cada persona tiene una red social de amistades y familiares con quienes convive. Y si las personas son cristianas, se supone que la iglesia es la comunidad de hermandad en Cristo, que se soporta, fortalece, sujeta, enseña, disciplina² y ama mutuamente.

No puede haber salud si previamente no hay reconciliación con Dios. Si nuestra iglesia está enferma, no podremos dar salud. Gandini señala que fuimos creadas para vivir en comunidad, el problema es que nuestras comunidades están enfermas a causa del pecado. Solamente el hecho de sentirse amada, hace posible aprender a amar. Es el amor el

que hace posible la vida en comunidad a pesar de las diferencias.

Una comunidad sanadora debe sanar heridas, no ahondarlas ni hacerlas sangrar. En el juicio que muchas iglesias se atribuyen arbitrariamente, está el pecado del orgullo que sólo agrandará las heridas de las personas que venían en busca de consuelo. La sanidad viene de Dios y consiste en que Dios asume nuestra naturaleza enferma y con su toque de divinidad, restablece la salud, entendida ésta en un sentido integral, no sólo como la presencia o ausencia de signos y síntomas.

Si miramos a Jesús encontramos
que él venía a buscar a las
personas que no tienen salud
“para darles una buena noticia:
hay vida para ustedes”.

Aún sabiendo esto, muchas iglesias tienen un “calendario de actividades” más que una “vida comunitaria” llena de amor. Al parecer, una de las razones por las cuales el amor de la iglesia se apaga, es que muchas personas comienzan a ver a la iglesia como un conjunto de ritos que hay que cumplir, para acallar la

Sin embargo, las decisiones que tomé en mi adolescencia, ignoraron por completo lo que la Biblia decía. Tomé malas decisiones, estoy convencida de

Descubrí que vivía con VIH a partir del año 2000, a los dos meses decidí contarle a mi familia acerca de este diagnóstico. Pero me tomó tres años decidir contarle a mi iglesia. En realidad, no tenía la intención de decirles

pero las circunstancias abrumadoras de mi liderazgo político en defensa de las PVVS, me hicieron una persona muy conocida, saliendo en entrevistas en medios masivos de comunicación. Esta visibilidad pública en un país pequeño como Bolivia, finalmente me llevó a una decisión de emergencia y decidí contarle a mi iglesia sobre mi diagnóstico.

En el mundo del sida, las contribuciones de las organizaciones basadas en la fe, han estado bajo crítica, debido a que muchas iglesias han asumido una perspectiva de juicio y condena sobre el sida, señalando que es un castigo de Dios y, como consecuencia, identifican como pecadores aquellos y aquellas que hemos adquirido el virus. Estas personas que han juzgado a las PVVS, son religiosos moralistas, no precisamente cristianos, seguidores de Cristo. En nuestras iglesias existen religiosos y cristianos, sin embargo, hay una gran diferencia entre ellos y en la forma en que reaccionan frente a las PVVS.

Cristianos versus religiosos

Es importante señalar que ser “religioso” no necesariamente es igual a ser “cristiano”. Ser cristiano significa ser seguidor de Cristo, esto implica una relación íntima con Dios, se trata de una relación diaria con él, a un nivel personal, que tiene impacto en todas las áreas de la vida de las personas.

Ser religioso no necesariamente implica tener una relación personal con Dios. Ser religioso significa practicar una religión. Las religiones están basadas principalmente en ritos. El postulado principal de las religiones es que el ser humano, al cumplir los ritos, encuentra la salvación. El cristiano cumple algunos ritos que dan soporte a sus creencias, pero su salvación no está basada en el cumplimiento de los ritos.

Dios mismo, se siente muy incómodo con personas que piensan que al realizar el rito pueden absolver todas sus ofensas y olvidarse de Dios, hasta el próximo rito. Jesús conoció este tipo de gente cuando estuvo en la tierra, el grupo con el que se relacionó eran los fariseos y otros expertos en la ley, quienes estaban listos a vigilar el cumplimiento de la ley, pero no tenían amor. Jesús les llamó hipócritas, les dijo que se dedicaban a lavar los utensilios donde comían pero por dentro estaban sucios, también les llamó “sepulcros blanqueados” (tumbas): “¡Ay de ustedes maestros de la ley y fariseos hipócritas!, que son como sepulcros blanqueados. Por fuera lucen hermosos pero por dentro están llenos de huesos muertos y de podredumbre. Así también ustedes, por fuera dan la impresión de ser justos pero por dentro están llenos de hipocresía y maldad” Palabras de Jesús en Mateo 23:27-28.

En las iglesias evangélicas hay cristianos y religiosos. Mucho del fundamentalismo que existe en las iglesias, se debe a la creencia

de que el cumplimiento de una ley al pie de la letra, agrada a Dios y que el no cumplimiento de la misma, implica una condena sin esperanza de perdón. Mis temores eran originados por los religiosos. Dios me había preparado un regalo de verdaderos cristianos dentro de mi iglesia.

Gracia sobre Gracia: La respuesta de mi Iglesia

Cuando llegó el día de contarle a mi iglesia, el 23 de Febrero de 2003, no imaginaba que recibiría tanta gracia.

La gracia es un atributo de Dios. La gracia divina es el favor de Dios, es el regalo de Dios. Se trata de favores y regalos que no merecemos. Además, también significa que Dios no nos da lo que sí mereceríamos, castigo.

La gracia es mirar a las personas y sus actos con compasión, con amor, en vez de mirar con juicio y condenación. Dios fue el primero en usar la gracia. En vez de dejarnos a la deriva, envió a su Hijo para que tengamos un camino de acercamiento hacia Dios.

A pesar de conocer bien la gracia y las bendiciones que trajo a nuestras vidas, muchas cristianas, asumimos una actitud de juicio a quienes consideramos menos dignos de Dios, o más pecadores que nosotros. Con tanta facilidad olvidamos que todos hemos pecado, sólo que algunas hemos sido perdonadas.

Contarle mi experiencia de vivir con VIH a mi iglesia fue la experiencia más difícil y más bella que he vivido. Mi iglesia respondió a mi testimonio, dándome gracia.

“De su plenitud [de Dios] todos hemos recibido gracia sobre gracia”³

Cuando Juan se refiere a la “gracia sobre gracia”, se refiere a que todos hemos recibido el favor de Dios, pero no sólo un favor, un regalo, sino que sobre un regalo, hemos recibido otro regalo y otro. En ese momento Juan está anunciando la llegada de Jesús, el mayor regalo de la humanidad, la máxima expresión de la gracia divina. Este versículo de la Biblia significa eso mismo para mi vida, pero tiene un significado añadido: que siendo Gracia, no entendía qué era gracia de Dios y ese día la recibí.

Ese día, no sólo estaba yo Gracia Violeta, dando vueltas por el templo, sino que la Gracia de Dios estaba en los corazones de cada uno y en sus actitudes. Nunca recibí tantos abrazos y palabras de consuelo. Nunca una reunión había durado tanto. Nadie estaba apurado por ir a su almuerzo. Nadie tenía preguntas que hacerme. Ninguna persona me dijo que ya lo sospechaba o que sabía de antemano, aunque varias personas ya sabían del diagnóstico. Nunca tantas personas compartieron mis lágrimas y las de mi familia. Nunca observé tantos rostros sonrientes llenos de gracia y no de juicio. Nunca había sentido tan cerca el abrazo de Dios, su consuelo y su cuidado.

El Espíritu de Dios estaba en ese lugar y la gracia de Dios estaba en los corazones de cada uno de ellos. Ese día comprendí el significado de mi nombre: Gracia.

Hoy en día, no solamente me llamo Gracia, sino que vivo la Gracia de Dios.

Esta iglesia que en algún momento pudo dedicarse a los chismes y al juicio, hoy se dedica a pedir a Dios por mi salud, mis estudios, mi familia, mis defensas, mis medicamentos y mis viajes. Son el grupo de apoyo más importante que tengo. He visto el amor de Dios encarnado en estas personas.

Me siento consolada, apoyada, sostenida, amada, cuidada y los temores se han ido. Soy libre, ya las preocupaciones acerca de quién se entera de mi diagnóstico, se han ido. Ya me siento libre para seguir adelante.

Esta iglesia no sólo me ha apoyado ese día, no sólo me ha abrazado y ha llorado conmigo, sino que me ha tomado como una pequeña parte del cuerpo de Cristo que está doliendo. Toda la iglesia se regocija con las bendiciones que Dios me da, toda la iglesia pelea mis luchas, toda la iglesia viaja conmigo y sube a los podios...

...Como si fuera una pequeña herida, toda la iglesia me cuida, toda la iglesia sufre conmigo, toda la iglesia se alegra si la herida sana. Toda la iglesia, como un cuerpo unido, todos estamos viviendo con VIH.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 1 Corintios 12: 26-27, Santa Biblia, Nueva Versión Internacional.
- 2 Es interesante notar que el autor hace referencia a la palabra “disciplina” con raíz en discipular, es decir, dar principios y ordenar valores internos. No tanto énfasis en el castigo.
- 3 Juan 1.16, Nueva Versión Internacional.

* Gracia Violeta Ross Quiroga es una mujer viviendo con VIH, estudió Antropología en la UMSA Universidad Mayor de San Andrés en La Paz- Bolivia, actualmente es becaria de la OMS para estudiar la Maestría en Género, Salud Sexual y Reproductiva en la Universidad Peruana Cayetano Heredia en Lima- Perú. Es activista por los derechos de las personas viviendo con VIH (PVVS), especialmente de las mujeres, Referente Titular de la sub región ICW Andina (Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA), miembro de la Red Latinoamericana de PVVS REDLA, miembro de la Red Boliviana de PVVS, REDBOL, Contacto de la Coalición Global de Jóvenes y Sida para Sud América, miembro del Comité Internacional de Asesoría de BRIDGE y parte del directorio de la Coalición Global de la Mujer y el Sida.

Referencias

Gandini, Daniel (1989) La iglesia como comunidad sanadora. USA: Casa Bautista de Publicaciones.
 Ross, Gracia Violeta (2002) “Ni yo te condeno” Estudio con adolescentes de la Iglesia Cristiana Evangélica en La Paz- Bolivia.
 Ross, Gracia Violeta (2004) “Access for all: Communities of faith making it possible”, Ponencia presentada en la Pre- conferencia Ecueménica, XV Conferencia Internacional del Sida, Bangkok-Tailandia.

Integrando el VIH y la atención del aborto seguro*

Es preocupante la vulnerabilidad de las mujeres adolescentes y adultas frente a las enfermedades y muertes ocasionadas por el VIH y el aborto inseguro. Por eso es necesario eliminar las barreras que muchas mujeres encuentran al buscar atención en salud sexual y reproductiva integral. En ese sentido IPAS propone los siguientes principios para integrar el VIH y la atención del aborto seguro, incluyendo la atención post-aborto.

Derechos

- Los programas de VIH y atención de aborto seguro se deben basar en los derechos humanos, especialmente los sexuales y reproductivos. Se debe eliminar la violencia basada en género y la discriminación que aumentan la vulnerabilidad de mujeres adolescentes y adultas a la infección por el VIH y los embarazos no planificados.
- A las mujeres que viven con VIH/SIDA se les deben garantizar todos los derechos sexuales y reproductivos reconocidos

internacionalmente, los que incluyen: el derecho a decidir si quieren tener hijos, a acceder a anticonceptivos, y a la terminación voluntaria, segura y legal de un embarazo (Naciones Unidas 1998; UNFPA 1999)

- El VIH no debe ser la única indicación para la terminación voluntaria del embarazo, ni considerada separadamente. El aborto debe ser una opción legal para todas las mujeres. Las mujeres que viven con VIH/SIDA no deben sufrir ninguna presión ni coerción para terminar un embarazo, ni para efectuarse una esterilización.

Programas y Servicios

- Las mujeres que viven con VIH/SIDA deben participar activamente en el diseño, implementación y evaluación de los programas de VIH.
- Los programas de VIH deberían incluir educación y consejería sobre embarazos no planificados, métodos anticonceptivos incluyendo la anticoncepción de

emergencia, los peligros del aborto inseguro y el acceso a los abortos seguros y legales.

- Los servicios de obstetricia y los relacionados con el aborto deberían ofrecer educación e información sobre VIH y las infecciones sexualmente transmisibles, consejería, testeo, tratamiento y apoyo, en lo posible en el mismo consultorio y en la misma consulta.
- Los programas dirigidos a reducir la incidencia de VIH o embarazos no planificados deberían abordar los riesgos comunes, educar a las personas sobre las consecuencias de las relaciones sexuales sin protección, luchar contra la violencia ligada al género, y diseñar materiales y mensajes que promuevan la prevención de VIH y embarazos no planificados.
- Las intervenciones para el testeo del VIH deberían dar consejería centrada en la persona que consulta antes y después del test; requerir consentimiento informado y

...es necesario eliminar las barreras que muchas mujeres encuentran al buscar atención en salud sexual y reproductiva integral.

voluntario, y proveer derivaciones directas a servicios de salud sexual y reproductiva y VIH.

- El objetivo de solicitar el test del VIH durante el embarazo debería ser mejorar la salud de la madre y no solamente prevenir la transmisión de ella al hijo.
- Se debe ofrecer el testeo a todas las mujeres independientemente de un embarazo.
- Las mujeres que viven con VIH/SIDA que participan en la prevención de la transmisión madre a hijo, así como los recién nacidos infectados deben tener garantizados el acceso al tratamiento antiretroviral de por vida.
- Los servicios de obstetricia y los que brindan atención del aborto deben seguir las normas estandar para la prevención de infecciones y ofrecer cuidados no discriminatorios a las mujeres VIH+, en igualdad de condiciones que a las negativas.

Recomendaciones

- Reconocer el impacto devastador del VIH y del aborto inseguro en la vida y salud de las mujeres.
- Investigar los entrecruzamientos del VIH, la salud y los derechos sexuales y reproductivos y el aborto en la vida de las mujeres, en los programas y políticas.
- Abogar por políticas y programas que reduzcan el riesgo de las mujeres de contraer el VIH, que promuevan los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres, incluidas las que viven con el VIH y asegurar el acceso al cuidado integral de la salud reproductiva, incluidos los anticonceptivos, anticoncepción de emergencia y el aborto seguro y legal.
- Fortalecer las relaciones y lazos de colaboración entre organizaciones que proveen servicios complementarios para definir estrategias compartidas y fortalecer asociaciones en investigación, abogacía y entrenamiento en VIH, embarazos no planificados y aborto.
- Incrementar las articulaciones y, cuando sea posible, integrar la atención del aborto y la consejería en VIH, testeo y tratamiento en el entrenamiento del cuidado de la salud.
- Evaluar los resultados de los programas y políticas.
- Mejorar la calidad y continuidad del cuidado en concordancia con los resultados de las investigaciones y las evaluaciones de los programas.

* Traducción de la recomendación divulgada por IPAS en marzo de 2003 (Tomado de la Revista DESIDAMOS de la Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer, Año 11, N° 1, Julio de 2003 Argentina).

Mujer y VIH/SIDA:

Defensa, protección y fortalecimiento

En febrero de 2004, ONUSIDA creó la Coalición Global sobre Mujeres y SIDA con la finalidad de mitigar el impacto del SIDA en las mujeres y las niñas. Esta coalición ha identificado 7 áreas de acción:

- Prevención de la infección de SIDA entre mujeres y niñas;
- Reducir la violencia contra la mujer;
- Proteger la propiedad y derechos hereditarios de mujeres y niñas;
- Asegurar a mujeres y niñas el acceso equitativo a la asistencia y tratamiento médico;
- Apoyar la asistencia comunitaria dirigida a las mujeres y las niñas;
- Promover el acceso a opciones de prevención para mujeres, incluidos microbicidas y condones femeninos.
- Apoyar esfuerzos progresivos hacia la educación universal para las niñas.

25 millones de
personas en
todo el mundo
han muerto por
esta
enfermedad
desde su
descubrimiento
en 1981.

9 de cada diez personas que necesitan el tratamiento en países pobres, no lo obtienen. Según Onusida, en junio del 2004, solo unas 440 mil personas de estas naciones recibían medicamentos. De continuar esta situación, en los próximos años morirán entre 5 y 6 millones de seres

7 por ciento de las personas dedicadas a la prostitución en Brasil tiene el virus. Allí vive más de un tercio de la población latinoamericana infectada por VIH. La epidemia se está propagando rápidamente por todo el país.

Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir

Rememoramos el año 1987 cuando en la reunión Mundial de Mujer y Salud en Costa Rica, un grupo de feministas latinoamericanas se acercó a Frances Kissling, presidenta de Catholics for a Free Choice con sede en Washington, y le propuso traer su propuesta a nuestro continente.

La Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir comienza a conformarse en el año 1994 en el fortín de Santa Rosa, Uruguay, en una reunión en la que participó un grupo de mujeres de diversos países de América Latina que conocían la propuesta de CDD. La misma queda formalmente instituida en diciembre de 1996 en Caxambú, Brasil, con la redacción de la Carta de Principios.

Consolidada la presencia de la Red en la región y como cierre de una etapa e inicio de otra, en agosto del año 2001, nuevamente en Caxambú, se asume el desafío de transformar el modelo de Red respondiendo a las nuevas necesidades fruto del crecimiento.

Actualmente la Red Latinoamericana se encuentra conformada por los grupos de CDD de Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia y México.

Este es el momento que estamos transitando.

¿Quiénes somos?

Somos un movimiento autónomo de personas católicas, comprometidas con la búsqueda de la justicia social y el cambio de patrones culturales y religiosos vigentes en nuestras sociedades. Promovemos los derechos de las mujeres, especialmente los que se refieren a la sexualidad y a la reproducción humana.

Luchamos por la equidad en las relaciones de género y por la ciudadanía de las mujeres tanto en la sociedad como al interior de las iglesias. Estamos en un proceso de construcción colectiva trabajando de manera democrática y participativa.

Nuestra Visión

Que las mujeres ejerzamos los derechos sexuales y los derechos reproductivos como pilares fundamentales del ejercicio pleno de la ciudadanía en la sociedad y en las iglesias, y que éstas escuchen, respeten y reconozcan nuestra capacidad moral para tomar decisiones éticas.

Nuestra Misión

Desde una perspectiva ética basada en la justicia y una teología católica y feminista, promovemos los derechos de las mujeres, especialmente los que se refieren a la sexualidad y a la reproducción humana, a través de la creación de espacios de reflexión y acción que influyan en la sociedad y en las iglesias, en alianza con las diferentes expresiones del movimiento social latinoamericano y global.

Ofrecemos y difundimos argumentos, desde esta perspectiva, que ayuden a sustentar el derecho a decidir, a la libertad de conciencia y al reconocimiento de la diferencia, la pluralidad y la diversidad.

El objetivo de nuestro quehacer

Incidir políticamente en escenarios regionales e internacionales, para el avance en el reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres en América Latina, promoviendo una visión positiva de la religión en el campo de la vida sexual y reproductiva.

Actividades de la RED

- * Publicamos periódicamente la Revista Conciencia Latinoamericana de distribución en el continente Americano y Europeo. En ella presentamos artículos y opiniones de diferentes voces católicas.
- * Realizamos campañas regionales propias y en articulación con otras redes en lo referente a los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres en América Latina.
- * Desarrollamos seminarios, cursos y talleres sobre cuestiones éticas relativas a la reproducción humana.
- * Contamos con un equipo de asesoras/es capacitadas/os para informar a diferentes grupos de la sociedad, y preparados/as para debatir en seminarios y conferencias regionales e internacionales acerca de estos temas.

Instancia de coordinación

- Responsable de la representación de la Red: Regina Soares (cddbr.regina@uol.com.br)
- Responsable de los proyectos de la Red: Janneth Lozano (cddcoordinacion@yahoo.es)
- Responsables de la dinámica interna de la Red: Coca Trillini (catolicasal@wamani.apc.org)

Católicas por el Derecho a Decidir



CDD Argentina

Buenos Aires

Casilla de Correo 269 Suc. 20(B)
1420 Buenos Aires, Argentina
Tel/Fax (54-11)43009808
E-mail: cddba@wamani.apc.org

Córdoba

Sucre 26 Planta Alta
CPA X 5000 JWB
Córdoba, Argentina
Tel/Fax (54-351)4229104
E-mail: cddcba@arnet.com.ar

CDD Bolivia

La Paz

Av. Arce 2105, Edif. Venus piso 7-B
Casilla de Correo No. 9
Tel/Fax (591-2)2442875 (591-2)2443800
E-mail: cddbola@ceibo.entelnet.bo

Santa Cruz

E-mail: meky@cotas.com.bo

CDD Brasil

Sao Paulo:

Rua prof. Sebastiao Soares de Faria
57 6º andar Bela Vista
01317-010 Sao Paulo, Brasil
Tel/Fax (55-11) 35413476
E-mail: cddbr@uol.com.br

CDD Colombia

Bogotá:

Av. Calle 42 No. 15-71 Piso 3
Tel/Fax (57-1)3272465 (57-1)3272466
Apartado Aéreo 86972
Bogotá, Colombia
E-mail: cdd_colombia@yahoo.com

CDD Chile:

Valparaíso:

Santos Torneros No. 509
Playa Ancha, Valparaíso, Chile
Tel (56) 32-492126
Fax (56) 32-497694
E-mail: cddvalpo@vtr.net

CDD México:

Ciudad de México DF:

Apartado Postal 21-264
Londres, 234 Col. Del Carmen Coyoacán
(04100) México, DF
Tel (52-55) 55545748,
Fax (52-55) 56592843
E-mail: cddmx@cddmx.org

Punto de Referencia para América Latina:

Buenos Aires, Argentina
Casilla de Correo 269 suc. 20 (B)
1420 Buenos Aires, Argentina
Tel/Fax (54-11)43009808
E-mail: catolicasal@wamani.apc.org

Otros contactos

Catholics For a Free Choice

1436 U Street, Suite 301 NW
Washington DC, 20009-3997 USA
Tel (1 202) 9866093
Fax (1 202)3327995
E-mail: cffc@catholicsforchoice.org
Web: www.catholicsforchoice.org

CDD España:

Barquillo 44 2º izda
28004-Madrid
E-mail: catolicasddespana@yahoo.es