

Consejo Mundial de Iglesias

Crear alianzas entre las iglesias y las organizaciones de personas que viven con el VIH y el SIDA

El Señor Dios es el creador del cielo y de la tierra; el creador de todas las formas de vida de nuestra comunidad terrestre. Él creó toda la vida y todo era bueno. En la época actual del VIH/SIDA, ve la miseria de su pueblo infectado y afectado por esta enfermedad; ha escuchado su lamento a causa de esta epidemia. Conoce su sufrimiento y ha venido a liberarlos del VIH/SIDA. De modo que nos llama a acercarnos a los infectados y a los afectados para rescatar a su pueblo, su creación, de la epidemia del VIH/SIDA.

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

Directrices

Agradecimientos

Escritor: Andrew Doupe

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

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

Un especial agradecimiento a:

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

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

Índice

Capítulo 1 Introducción

Capítulo 2 La respuesta de las iglesias hasta la fecha

Recuadro 1: Romper el silencio: Declaraciones de las iglesias sobre el VIH/SIDA

Capítulo 3 Crear alianzas

3.1 ¿Qué significa crear alianzas?

Recuadro 2: Campaña de la Iglesia Unida del Canadá: Perlas de esperanza

Recuadro 3: Caridades Cristianas Ortodoxas Internacionales y la Iglesia Ortodoxa Etiope amplían la Campaña anti SIDA.

Recuadro 4: El Fondo mundial contra el SIDA de la Iglesia Metodista Unida

3.2 ¿Con quién se pueden crear alianzas?

Recuadro 5: ¿Dónde están los grandes proyectos de la iglesia?

Recuadro 6: Asociación de la Iglesias de Zambia para la Salud (CHAZ)

Recuadro 7: Caritas Internationalis

Recuadro 8: La fórmula de Visión Mundial Internacional para el éxito de una propuesta: experiencia programática, capacidad técnica y comprensión política.

3.3 ¿Por qué crear alianzas con organizaciones de personas que viven con el VIH y el SIDA?

Recuadro 9: No predicar antes de que una persona que vive con el VIH/SIDA hable

Recuadro 10: Los dirigentes religiosos y las comunidades necesitan realizar análisis realistas del contexto y la situación y, a menudo, para ello, necesitan asistencia

Recuadro 11: ‘Umrah’ para los musulmanes que viven con el VIH/SIDA

Recuadro 12: ANERELA + y GNP+

Recuadro 13: Alianza entre la Asociación Cristiana Femenina Mundial (YWCA Mundial) y la Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/SIDA (ICW)

3.4 El imperativo de trabajar con organizaciones de personas que viven con el VIH y el SIDA

3.5 Los desafíos de crear alianzas con personas que viven con el VIH y el SIDA

3.6 ¿Qué beneficios aportan las alianzas a las iglesias?

3.7 ¿Cómo afectan las alianzas al trabajo programático?

3.8 ¿Qué temas relacionados con el VIH y el SIDA afectan a las alianzas?

3.9 Apremiar las diferentes perspectivas

3.10 ¿Qué temas relacionados con las iglesias afectan a las alianzas?

3.11 ¿Qué significa, en la práctica, crear alianzas?

Recuadro 14: Poner en práctica las alianzas en todos los esfuerzos de las iglesias

Recuadro 15: Ofrecer esperanza en medio de la desesperanza: el ejemplo de BOCAIP

Recuadro 16: Ayuda de la Iglesia Noruega

Capítulo 4 Solucionar problemas en las alianzas

4.1 Pensar los motivos a favor y en contra de las alianzas

4.2 Hacer un seguimiento de la alianza: comprender los altibajos

4.3 El uso del lenguaje

4.4 Hacer llegar el mensaje

4.5 Responder a las crisis

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

Anexo 2 El Pacto sobre el VIH/SIDA

Anexo 3 El uso de un lenguaje que sea sensible al VIH y al SIDA

Anexo 4 Glosario

Anexo 5 Información de contacto de redes de personas que viven con el VIH y el SIDA

Bibliografía

Capítulo 1

Introducción

El Consejo Mundial de Iglesias (CMI), conforme a sus compromisos de desempeñar un papel activo en la respuesta al VIH y al SIDA, ha elaborado estas directrices en colaboración con la Red africana de dirigentes religiosos que viven con el VIH y el SIDA o están personalmente afectados (ANERELA+) y la Red mundial de personas que viven con el VIH/SIDA (GNP+). Si bien parte de la información es de carácter general, se hace hincapié en la formación, el desarrollo y el mantenimiento de alianzas con redes, organizaciones y grupos de autoayuda de personas que viven con el VIH y el SIDA (PVVS).

Se considera que el estigma relacionado con el VIH es una de las causas principales del fracaso de muchos de los esfuerzos - tanto eclesiales como seculares - realizados a lo largo del tiempo para hacer frente al VIH, y en particular para romper el silencio y la negación en torno a la existencia del VIH en las comunidades. Muchas intervenciones, sea para la prevención, el cuidado, el apoyo o el tratamiento del VIH, también han sido muy poco efectivas debido al estigma relacionado con el VIH¹. El propósito de estas directrices es ayudar a las iglesias a llevar a cabo un proceso de transformación que en algunos casos ya ha empezado y en otros todavía debe iniciarse, y servirles de guía. Estas directrices están dirigidas a todos los niveles de la iglesia, tanto a los dirigentes religiosos, como a los pastores

¹ El estigma relacionado con el VIH puede definirse de la siguiente manera:

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA pueden describirse como un «proceso de desvalorización» de las personas que viven con el VIH/SIDA o están asociadas con él. Con frecuencia ese estigma proviene de la estigmatización que subyace a las relaciones sexuales y al consumo de drogas intravenosas, dos de las principales vías de transmisión de la infección por el VIH. El estigma relacionado con el VIH/SIDA parte de los prejuicios existentes y los refuerza. Se prodiga asimismo entre las desigualdades sociales existentes y las agrava, en particular las que se fundamentan en las diferencias entre los sexos, la sexualidad y la raza. Los prejuicios y las ideas estigmatizantes a menudo llevan a las personas a hacer, o no hacer, algo que les niega servicios y derechos a otras personas. Por ejemplo, pueden impedir que los servicios de salud sean utilizados por una persona que vive con el VIH/SIDA, o cesar en su empleo a alguien basándose en su estado respecto del VIH. Esto es discriminación.

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA desempeñan un papel decisivo en la producción y reproducción de relaciones de poder y control. Son la causa de que algunos grupos se sientan desvalorizados y otros se consideren superiores. En última instancia, el estigma crea desigualdades sociales y las refuerza.

El estigma y la discriminación pueden llevar a la depresión, falta de autoestima y desesperación a las personas que viven con el VIH. Pero esas personas no son las únicas que corren riesgo de sentir este temor y ser víctimas de estos prejuicios. Las actitudes negativas acerca del VIH también crean un clima que favorece que las personas tengan más miedo del estigma y la discriminación asociados a la enfermedad que de la enfermedad misma. En los entornos en los que dominan el miedo y la discriminación, a veces es posible que las personas prefieran ignorar la posibilidad de que ya pueden ser VIH-positivas o podrían infectarse, incluso cuando saben que han corrido riesgos. Y quizá decidan no hacer nada para protegerse a sí mismas por temor a que de lo contrario se las asocie al VIH y al hecho de haberse expuesto al riesgo. Todo esto ayuda a crear un entorno en el que el VIH puede propagarse con más facilidad.

ONUSIDA. *Hoja informativa: Estigma y discriminación*. 2003. www.unaids.org. También véase el *Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA*. Ginebra (Suiza), 2002, en www.unaids.org.

de parroquias, ministros de la iglesia, personas que trabajan en organizaciones religiosas, etc. – toda persona que trabaje en una iglesia en temas relacionados con el SIDA debería poder beneficiarse de colaborar con las PVVS.

Establecer alianzas constituye una parte esencial del proceso de cambio. El objetivo de estas directrices es promover la creación de alianzas de forma que tanto las iglesias como las organizaciones asociadas puedan cultivarlas y mantenerlas. Este documento se centra en los desafíos planteados por la creación de alianzas entre las iglesias y las organizaciones de PVVS y los caminos a seguir, al tiempo que ofrece una perspectiva más amplia sobre las alianzas en general. Estas directrices están destinadas a ayudar a las iglesias a acercarse a los otros de forma competente y planificada. Hacen hincapié en los motivos que inducen a formar alianzas, en algunos de los desafíos que se plantean y sugieren posibles caminos a seguir, aportando ejemplos de alianzas e iniciativas existentes. Estas directrices deben leerse conjuntamente con el documento *Trabajar con organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA, Documento de referencia* del Consejo Mundial de Iglesias (2005), un documento que ofrece información práctica sobre cómo crear y mantener alianzas con las redes, organizaciones y grupos de autoayuda de PVVS.

Los recuadros ponen de relieve cuestiones específicas o proporcionan ejemplos de proyectos, programas o alianzas que han tenido éxito. Los anexos contienen: una lista de las declaraciones de las iglesias sobre el VIH, un pacto sobre el VIH/SIDA, unas pautas para una mejor utilización del lenguaje relacionado con el VIH y el SIDA, un glosario de términos comunes relacionados con el VIH y el SIDA, e información de contacto de redes y organizaciones de PVVS. Por favor, obsérvese que los textos completos de las declaraciones de las iglesias sobre el VIH que figuran en el Anexo 1 se encuentran a disposición en la página web del CMI consagrada a los temas relacionados con la salud: www.contactforhealth.org. Si no tiene acceso a Internet, puede obtener copias poniéndose en contacto con:

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

Una gran parte del material utilizado para la elaboración de este documento procede del *Manual de Instrumentos Prácticos para Construir las Relaciones Externas*² de la Alianza Internacional contra el VIH/SIDA (1998) y está concebido para que las iglesias puedan adaptarlo de forma que se adecue a sus necesidades locales.

Las alianzas que tienen éxito se construyen sobre la base de entidades que comprenden por qué quieren establecer una relación, y que tienen un entendimiento claro de los derechos y las responsabilidades de cada socio. Para que las alianzas se sustenten en la inclusión, la

² <http://www.aidsalliance.org>

honestidad y la transparencia, que son los pilares de una buena relación y, se espera, de un programa que tenga éxito, nunca se debe subestimar el poder de la comunicación. *Crear alianzas es trabajar con otros para conseguir lo que no podemos conseguir nosotros solos.* Una colaboración es un tipo de relación, en la que personas u organizaciones combinan sus recursos para llevar a cabo una serie de actividades concretas. Los asociados trabajan juntos para conseguir un objetivo común, una coherencia y un beneficio mutuo. La ventaja de establecer alianzas es que las diferentes personas y organizaciones disponen de una amplia gama de recursos que ofrecerse mutuamente.

En los últimos veintitrés años, toda organización que haya trabajado en una cuestión relacionada con el VIH y el SIDA habrá sentido la frustración que ocasiona el estigma relacionado con el VIH al limitar la eficacia de las intervenciones de prevención, atención, asistencia y tratamiento. Por consiguiente, para que una intervención sea eficaz se requiere elaborar estrategias de erradicación del estigma en todas las intervenciones, algo que no se puede conseguir sin establecer alianzas con las organizaciones de PVVS. Como se ha señalado más arriba, “establecer alianzas es trabajar con otros para conseguir lo que no podemos conseguir nosotros solos”, y la omnipresencia del estigma relacionado con el VIH recalca el hecho de que todas las organizaciones que hacen frente a la epidemia necesitan colaborar con las organizaciones de PVVS.

Para las iglesias, establecer una colaboración con las personas que viven con el VIH/SIDA y sus organizaciones es un imperativo del Evangelio, la esencia de su misión y su ministerio. No es una opción, es un deber³. Como indica Mateo 25:31-46, Cristo subraya que se juzgará la medida de la fe cristiana conforme a la capacidad de los creyentes de mostrar compasión por los pobres, los hambrientos, los extranjeros, los enfermos, los prisioneros, y de llevar a cabo esfuerzos destinados a cambiar sus situaciones opresivas y satisfacer así sus necesidades. En este pasaje, Cristo se identifica con los que sufren y están oprimidos – sin tener en cuenta su religión – y de esta manera hace hincapié en que uno no puede ser cristiano, un verdadero seguidor de Cristo, sin cuidar de los que sufren o sin hacer algo por cambiar su situación opresiva. Como Él dice:

Cuando el Hijo del Hombre venga en su gloria, y todos los santos ángeles con él, entonces se sentará en su trono de gloria, y dirá a los de su derecha: Venid, benditos de mi Padre, heredad el reino preparado para vosotros desde la fundación del mundo. Porque tuve hambre, y me disteis de comer; tuve sed, y me disteis de beber; fui forastero, y me recogisteis; estuve desnudo, y me cubristeis; enfermo, y me visitasteis; en la cárcel, y vinisteis a mí.

*Entonces los justos le responderán diciendo:
Señor, ¿cuándo te vimos hambriento, y te sustentamos,
o sediento, y te dimos de beber?
¿Y cuándo te vimos forastero, y te recogimos,
o desnudo, y te cubrimos?
¿O cuándo te vimos enfermo, o en la cárcel, y vinimos a ti?*

³ Dube Musa W. “Towards an HIV/AIDS Christology: Christ the Compassionate Healer and Liberator in the New Testament”, (2b edited—delete) in Dube, Musa W. *The HIV&AIDS Bible: Selected Essays*, (Forthcoming in Scranton: Scranton University Press, 2005).

Y, respondiendo el Rey, les dirá: De cierto os digo que en cuanto lo hicisteis a uno de estos mis hermanos más pequeños, a mí lo hicisteis⁴.

Las iglesias de muchos países con una alta prevalencia del HIV, en particular de África, ya están sufriendo los efectos devastadores de la pandemia del VIH. Los miembros de las iglesias tienen niveles de infección similares a los de la comunidad en la que viven. Las iglesias, como organizaciones vivientes, tienen mucho que aprender de sus miembros que viven con el VIH y el SIDA y mucho que darles. Las iglesias deben emprender un proceso de transformación, ser competentes en cuanto al SIDA se refiere y ser un mejor hogar para aquellos que están directamente afectados por la pandemia. Las iglesias, como organizaciones vivientes, son inseparables de sus miembros. La iglesia mundial es el cuerpo de Cristo. Por consiguiente, para las iglesias, cuya teología sostiene que “Porque por un solo Espíritu fuimos todos bautizados en un cuerpo...De manera que si un miembro padece, todos los miembros se duelen con él, y si un miembro recibe honra, todos los miembros con él se gozan” (1Co. 12: 13 y 26), la iglesia es inseparable de las personas que viven con el VIH/SIDA. Esto es válido tanto para las iglesias que tienen muchos miembros viviendo con el VIH y el SIDA, como para las iglesias hermanas que tienen pocos, pues todas son parte del cuerpo de Cristo.

En la comunidad de adoración no existe una división entre “nosotros” (los no infectados) y “ellos” (los infectados). Como seguidores de Cristo, identificados con el sufrimiento (Mt. 25:31-46), si reconocemos que algunos miembros de la iglesia son VIH-positivos, el cuerpo entero de Cristo, la iglesia, es VIH-positivo.

Por lo tanto, la colaboración con las organizaciones de PVVS es fundamental para la misión, el ministerio y la identidad de la iglesia como cuerpo de Dios. Como expresión de su ministerio y de su compromiso de identificarse con las personas que viven con el VIH/SIDA y de romper el estigma y la discriminación⁵, cuando los cristianos se reúnen como comunidad, la iglesia necesita incluir en su liturgia confesional el hecho de que “la propia iglesia es VIH-positiva”⁶.

Como dijo el Simposio de las Conferencias Episcopales de África y Madagascar, “como dirigentes de nuestras comunidades cristianas, nos **comprometemos a poner a disposición nuestros recursos**, sea nuestras instituciones educativas o sanitarias, o nuestros servicios sociales. Trabajaremos estrechamente con los donantes que están dispuestos a apoyar a las organizaciones cristianas y religiosas y a trabajar con ellas. Estamos abiertos a establecer alianzas con ellos y con otros **que quieran poner sus recursos al servicio de la lucha [contra el VIH/SIDA], sabiendo que al hacerlo trabajamos conforme a las convicciones**

⁴ Énfasis añadido.

⁵ ONUSIDA, *Informe de un seminario teológico enfocado al estigma relacionado con el VIH y el SIDA*, Windhoek (Namibia), 8-11 diciembre 2003, es un recurso excelente para las iglesias para eliminar la teología discriminatoria. Elaborado por ONUSIDA en colaboración con teólogos de iglesias de todas partes del mundo para eliminar el estigma: http://www.unaids.org/en/other/functionalities/ViewDocument.asp?href=http://gva-doc-owl/WEBcontent/Documents/pub/Publications/IRC-pub06/JC1119-Theological_sp.pdf

⁶ Para las iglesias que están interesadas en adoptar una liturgia y sermones que sean sensibles a las cuestiones relativas al VIH y al SIDA, véase: Dube, Musa W. ed. *Africa Praying: A Handbook on HIV/AIDS Sensitive Sermon Guidelines and Liturgy*. Ginebra: CMI, 2003. <http://www.wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-documents-e.html>.

bíblicas. Pues “no solo de pan vivirá el hombre, sino de toda palabra que sale de la boca de Dios” (Mt. 4:4)⁷.

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

Capítulo 2

La respuesta de las iglesias hasta la fecha

Este capítulo resume los esfuerzos realizados por las iglesias y las organizaciones religiosas hasta la fecha para romper el silencio en torno al VIH y al SIDA y hacer frente al estigma relacionado con el VIH tanto en las iglesias y las organizaciones religiosas como en la comunidad en general. Empieza por documentar los primeros días de la epidemia, caracterizados por el silencio, a excepción de los pocos ejemplos que se mencionarán a continuación, hasta llegar a los grandes compromisos y a las iniciativas emprendidas en los últimos años para romper el silencio que rodea al VIH y al SIDA.

La respuesta de las iglesias y de sus miembros al VIH ha sido variable. El siguiente párrafo resume la ignorancia y el miedo de algunos, y la humanidad de otros al responder al VIH en su entorno:

A pesar de que el rechazo de las personas afectadas por el VIH y el SIDA o el hecho de convertirlas en chivo expiatorio no tengan fundamento alguno en la enseñanza teológica, este tipo de incidentes sigue ocurriendo. Durante mis visitas a muchos países diferentes para facilitar seminarios teológicos sobre el VIH y el SIDA, he escuchado muchas historias espeluznantes sobre pastores que se han negado a bendecir a personas infectadas por el VIH o que las han obligado a confesar públicamente los “pecados” que les han causado la infección. Creo que cuando estas prácticas pastorales tan lamentables tienen lugar, los miembros de la jerarquía, tanto del clero como de los laicos, tienen la responsabilidad de ponerles fin inmediatamente. A nivel personal, me inspiró profundamente un arzobispo de un país caribeño que al oír que sus sacerdotes no querían visitar a una mujer de supuesta “mala fama” y que padecía de una enfermedad relacionada con el SIDA, fue a visitarla él personalmente al hospital y siguió haciéndolo a diario hasta que murió. Entonces él mismo celebró su misa de funeral en su catedral⁸.

El Consejo Mundial de Iglesias (CMI) ha estado profundamente comprometido e involucrado en dar una respuesta al VIH y al SIDA desde 1986. Ha ayudado a las iglesias miembro a:

- compartir las lecciones obtenidas;
- elaborar líneas directrices;
- iniciar y mantener discusiones teológicas sobre el VIH y el SIDA;
- desarrollar y aplicar estrategias, metodologías y herramientas para la educación;
- movilizarse y actuar a nivel internacional y regional;
- movilizar recursos para trabajos relacionados con el VIH y el SIDA;
- llevar a cabo acciones de defensa y promoción sobre cuestiones relativas al VIH y al SIDA en el ámbito internacional;
- planificar su participación en las cuestiones relativas al VIH y al SIDA y a hacer un seguimiento.

⁸ Vitillo, Padre Robert J., *Desafíos teológicos y pastorales planteados por el VIH y el SIDA*. Seminario Nacional para Sacerdotes de Ghana, Centro para el Desarrollo Humano, Accra (Ghana), 16-17 junio 2004.

En 1986, el CMI prestó mucha atención al agravamiento de la epidemia del SIDA y a sus consecuencias para las iglesias. En junio de 1986 tres secciones del CMI (Iglesia y Sociedad, Educación Familiar y la Comisión Médica Cristiana) convocaron una consulta conjunta durante la cual el Secretario general, el Dr. Emilio Castro, en el discurso de apertura, cuestionó la visión del SIDA como un castigo de Dios:

El SIDA es una enfermedad y debería tratarse como tal... Dios, que ama a todos los seres humanos, se preocupa del bienestar y la salud de cada uno de sus hijos, y no inflige la enfermedad como castigo⁹.

La declaración final de la consulta de junio hizo un llamamiento a la Iglesia a ser una Comunidad de Curación, que expresa su solidaridad con aquellos afectados por el SIDA a través del cuidado pastoral, la educación para la prevención y el ministerio social:

“En los misterios de la vida y la muerte encontramos a Dios; este encuentro nos llama a una mayor confianza, esperanza y reverencia en vez de a la parálisis y al inmovilismo. A aquellos a quienes no podemos curar, podemos apoyar y sostener en solidaridad: ‘Tuve hambre... tuve sed... fui forastero... estuve desnudo... enfermo... en la cárcel, y me disteis de comer... me cubristeis... me recogisteis... me visitasteis’ (Mt. 25).

La crisis del SIDA nos reta en lo más profundo de nosotros mismos a ser real y verdaderamente la Iglesia: a ser la Iglesia como comunidad de curación. El SIDA es desgarrador y desafía a las iglesias a desgarrar sus propios corazones, y a arrepentirse de la inactividad y de los moralismos rígidos. Puesto que el SIDA no hace distinciones de raza, clase, género, edad, u orientación y expresión sexual desafía nuestros miedos y nuestras exclusiones. La propia comunidad de curación necesita ser curada por el perdón de Cristo”¹⁰.

En enero de 1987 la sección de Iglesia y Sociedad organizó una reunión de debate e información sobre este tema para el Comité Central del CMI que recomendaba:

El Comité Central del CMI exhortó a todas las iglesias a informar sobre la gravedad del problema del SIDA y a aprovechar todas las oportunidades de cooperar unas con otras y con las agencias educativas, sociales y médicas, así como con los medios de comunicación en los programas educativos apropiados¹¹.

Las iglesias permanecieron, en gran medida, en silencio durante los primeros años de la epidemia del SIDA, salvo algunas excepciones notables. El Consejo Mundial de la Asociación Cristiana Femenina Mundial (YWCA, por su sigla en inglés) adoptó varias

⁹ Consejo Mundial de Iglesias. *AIDS and the Church Hearing on AIDS*. Comité Central, Ginebra (Suiza), enero 1987. (Actas de la 38 Reunión, 1987).

¹⁰ Consejo Mundial de Iglesias. *AIDS and the Church Hearing on AIDS*. Comité Central, Ginebra (Suiza), enero 1987. (Actas de la 38 Reunión, 1987).

¹¹ Consejo Mundial de Iglesias. *AIDS and the Church Hearing on AIDS*. Comité Central, Ginebra (Suiza), enero 1987. (Actas de la 38 Reunión, 1987).

resoluciones referentes al SIDA en 1987¹² y sobre las mujeres y el SIDA en 1991¹³. En su Asamblea General de 1987, Caritas Internationalis, la confederación mundial de organizaciones católicas de asistencia, desarrollo y servicio social, que trabaja en más de 200 países, con sede en la Ciudad del Vaticano, designó el VIH y el SIDA como una de sus áreas prioritarias de reflexión y acción¹⁴ y ha mantenido este compromiso hasta la fecha. Desde entonces, ante los desafíos que plantea esta pandemia, Caritas Internationalis ha intentado movilizar una respuesta compasiva y que no juzgue, enfocada en la educación y orientada hacia el servicio.

El Papa Juan Pablo II hizo varios llamamientos emotivos contra el trato discriminatorio hacia las personas que viven con el VIH y el SIDA. Durante su visita a personas que viven con el VIH y el SIDA en un hospital californiano, en los Estados Unidos, en septiembre de 1987, ofreció el amor incondicional del propio Dios como pauta a seguir:

*Dios os ama a todos, sin distinción alguna, sin límites ... Ama a aquellos que están enfermos, a aquellos que padecen el SIDA. Ama a los amigos y parientes de los enfermos y a aquellos que los cuidan. Los ama a todos con un amor incondicional y eterno*¹⁵.

Los obispos de Estados Unidos fueron de los primeros en instar a los fieles a tratar a aquellos afectados por la pandemia con compasión y sin miedo o prejuicios¹⁶. La Junta Administrativa de la Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos, en su declaración *Los múltiples rostros del SIDA: Una respuesta desde el Evangelio*, 1987, dijo que las parroquias y

¹² Asociación Cristiana Femenina Mundial. *Resoluciones del Consejo Mundial sobre el SIDA*. Phoenix, Arizona (Estados Unidos), 1987.

¹³ Asociación Cristiana Femenina Mundial. *Resoluciones del Consejo Mundial sobre las mujeres y el VIH/SIDA*. Stavanger (Noruega), 1991.

¹⁴ Caritas Internationalis, Asamblea General, 1987. <http://www.caritas.org>.

¹⁵ Papa Juan Pablo II, Discurso pronunciado en Mission Dolores, 1987.

Ver también: Papa Juan Pablo II en Tanzania, septiembre 1990

Juan Pablo II en Burundi, septiembre 1990

En *The Church responds to HIV/AIDS, A Caritas Internationalis dossier (La Iglesia responde al VIH/SIDA)*, 1996. Editado por Duncan MacLaren, Responsable de Relaciones Internacionales, Caritas Internationalis.

http://www.cafod.org.uk/resources/worship/church_statements/hivaids_statements/ci_aids_dossier

¹⁶ Ver: Obispos católicos de Nueva Zelanda, *Care, Not Judgment for AIDS (SIDA: proporcionar atención, en vez de juzgar)*, mayo 1987.

Cardenal Paulo Evaristo Arns, Archidiócesis de Sao Paulo, Brasil, 1988.

Obispos de Uganda, *AIDS: A Challenge to Church and Society (El SIDA: un desafío para la Iglesia y la Sociedad)*, 1989.

Obispos de Uganda, *Declaración pastoral sobre el SIDA*, 1989.

Conferencia de Obispos Católicos de Canadá, *Compassion, Clear-Sightedness, Solidarity (Compasión, claridad y solidaridad)*, 1989.

Obispos del Sur de África, *AIDS: A Christian Response (Una respuesta cristiana al SIDA)*, junio 1990.

Obispos de Nuevo México, Estados Unidos, junio 1990

Conferencia de Obispos de Ghana, octubre 1990.

Components of Parish AIDS Outreach, Ministerio del SIDA de la Archidiócesis de Seattle, junio 1993

Conferencia de Obispos de las Filipinas, 1993.

En *The Church responds to HIV/AIDS, A Caritas Internationalis dossier (La Iglesia responde al VIH/SIDA)*, 1996. Editado por Duncan MacLaren, Responsable de Relaciones Internacionales, Caritas Internationalis.

http://www.cafod.org.uk/resources/worship/church_statements/hivaids_statements/ci_aids_dossier

Ver también: Conferencia Episcopal Australiana, *Concerning A.I.D.S. (Sobre el SIDA)*, 1987.

Conferencia Episcopal Australiana, *La crisis del SIDA*, 1987.

Conferencia Episcopal Australiana, *El SIDA: Un desafío al amor (Declaración pastoral)*, 1988.

las instituciones patrocinadas por la Iglesia Católica deberían considerar la creación de nuevos servicios y ofreció unos parámetros determinantes para responder a la pandemia del VIH:

Nuestros programas y servicios actuales deben ampliarse para prestar asistencia a las personas con SIDA mientras viven y también para ayudarles en su sufrimiento. Además, se necesita desarrollar nuevos programas, servicios y sistemas de apoyo para hacer frente a las necesidades no cubiertas o mal cubiertas.

Nuestra respuesta a las necesidades de las personas con SIDA será juzgada efectiva si descubrimos a Dios en ellas y si ellas, a través de su encuentro con nosotros, pueden decir: “en mi sufrimiento, miedo y alienación, he sentido tu presencia, la presencia de un Dios de fortaleza, esperanza y solidaridad¹⁷ .

En una carta pastoral posterior emitida por todos los obispos de Estados Unidos, se recordó a los católicos la responsabilidad, que deriva del Evangelio, de afirmar la dignidad de aquellos que viven con el VIH y el SIDA y de cuidar, sin lugar a dudas, de ellos:

Las personas con SIDA no son seres distantes, extraños, por los que sentimos una mezcla de lástima y aversión. Debemos tenerlas presentes en nuestra conciencia, como individuos y como comunidad, y abrazarlas con amor incondicional. El Evangelio exige reverencia ante la vida en todas las circunstancias. La compasión y el amor hacia las personas infectadas por el VIH son la única respuesta verdaderamente bíblica¹⁸ .

El Papa Juan Pablo II, en la Conferencia Internacional sobre el SIDA que se celebró en el Vaticano en noviembre de 1989, dijo:

El SIDA tiene profundas repercusiones de naturaleza moral, social, económica, jurídica y organizativa, no sólo en las familias y en las agrupaciones locales, sino también en las naciones y en toda la comunidad de los pueblos.

Los enfermos de SIDA, aun en la singularidad de su situación patológica, tienen derecho, como cualquier otro enfermo, a recibir de la comunidad la asistencia idónea, la comprensión respetuosa y una plena solidaridad.

La Iglesia que, a ejemplo de su divino Fundador y Maestro, ha considerado siempre la asistencia a quien sufre como parte fundamental de su misión, se siente interpelada en primera persona, en este nuevo campo del sufrimiento humano, por la conciencia que tiene de que el hombre que sufre es un "camino especial" de su magisterio y ministerio...

Hermanos en Cristo, conocéis toda la esperanza del camino de la cruz, no os sintáis solos. Con vosotros está la Iglesia, sacramento de salvación, para sosteneros en vuestro difícil camino. Ella recibe mucho de vuestro sufrimiento, afrontado en la fe; está cerca de vosotros con el consuelo de la solidaridad activa de sus miembros, a fin

¹⁷ Junta Administrativa de la Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos, *Los múltiples rostros del SIDA: Una respuesta desde el Evangelio (The Many Faces of AIDS: A Gospel Response)*, en *Origins*, XVII, 28 (24 diciembre 1987), p. 136 del documento en inglés.

¹⁸ Conferencia Nacional de los Obispos Católicos de Estados Unidos. *Called to Compassion and Responsibility: A Response to the HIV/AIDS Crisis*, tal como figura en *Origins*, 30 noviembre 1989, vol.19., no. 26.

de que no perdáis nunca la esperanza. No olvidéis la invitación de Jesús: "Venid a mí todos los que estáis fatigados y sobrecargados, y yo os daré descanso" (Mt. 11,28)¹⁹.

En África, en junio de 1990, los Obispos del Sur de África propusieron:

Quizás la crisis del SIDA es la forma de Dios de interpelarnos para que cuidemos unos de otros, acompañemos a los moribundos y apreciemos el don de la vida. El SIDA no tiene por qué ser necesariamente solo una crisis: también puede ser una oportunidad que Dios nos ha dado para crecer moral y espiritualmente, un tiempo para reconsiderar nuestras presuposiciones sobre el pecado y la moralidad. La epidemia moderna del SIDA nos insta a dar una respuesta pastoral²⁰.

Los Obispos católicos de Ghana también fueron de los primeros en hacer un llamamiento a los cristianos en favor de una respuesta incondicional de aceptación frente a la ruptura de las relaciones humanas que precede y a la vez ocasiona la infección del VIH:

El SIDA a menudo conlleva alienación y separación entre la persona que sufre la enfermedad y su entorno. Se nos insta a ser reconciliadores, a ayudar a restablecer un sentido de integridad a las relaciones rotas entre el paciente y aquellos que le rodean. Debemos crear un sentimiento de confianza y afecto. Esto requiere educación, y un cambio de sentimientos...

Si la norma principal de nuestra fe es el amor incondicional, en particular hacia aquellos que la sociedad margina, entonces nuestra respuesta a las personas que padecen el SIDA nos indicará cómo es nuestra fe²¹.

La Federación Luterana Mundial, en un informe de 1988 sobre el trabajo pastoral con relación al SIDA, afirmó que:

La Iglesia debería abrir sus puertas a todos, incondicionalmente, del mismo modo que Cristo abrió la puerta a todos, sin tener en cuenta quiénes eran o qué habían hecho. La salvación es dada a todos por gracia, a través de la fe, y no por hechos o comportamientos. Al aceptar a todos, Cristo dio acceso a su perdón y a la nueva vida. Hoy, en su Iglesia, recibimos esta vida nueva por medio de la Palabra y los sacramentos. Al excluir a alguien de esta fuente de vida, la Iglesia se hace culpable de la más grave forma de discriminación que existe.

La difusión del SIDA depende de realidades culturales, sociales y económicas. La Iglesia debería cuestionar seriamente su papel en el desarrollo que facilitó la difusión de la enfermedad, y desafiar a sus propios miembros y a la sociedad para tomar medidas que eliminen las actitudes y acciones discriminatorias que prevalecen en la sociedad²².

Los miembros de la Federación Luterana Mundial de Argentina, Uruguay, Paraguay, Chile, Brasil, Perú y El Salvador, en la *Declaración de Buenos Aires* de 1998, afirmaron que:

¹⁹ IV Conferencia Internacional sobre SIDA "Vivir, ¿para qué?", propiciada por el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, celebrada en la Ciudad del Vaticano en noviembre de 1989.

²⁰ Obispos del Sur de África: *AIDS. A Christian Response (El SIDA: Una respuesta cristiana)*, junio de 1989.

²¹ Conferencia de Obispos de Ghana: *Declaración pastoral sobre el SIDA*, octubre de 1990.

²² Federación Luterana Mundial, *Informe de una consulta: El trabajo pastoral con relación al SIDA*. Kaiserswerth, República Federal de Alemania, 21-25 de marzo de 1988.

Somos llamados a comprometernos con esta acción pastoral que nace a partir del reconocimiento de que se ha confundido, muchas veces, un diagnóstico médico con un juicio moral que afecta la dignidad de muchos hermanos y hermanas. Nos mueve el sufrimiento en que viven las personas exiliadas de la red solidaria, tanto familiar como social, y somos llamados a ser facilitadores de la reconstrucción de esas redes.

Tomamos en serio la significación profunda de la palabra “epidemia” (epi=sobre, demos=pueblo) que nos revela que es una crisis instalada en medio de toda la sociedad y de todas las iglesias.

Cristo continua hoy llamando a la conversión a través de los excluidos: el samaritano, nos muestra la solidaridad (Lc.10 :25-37); la viuda, la generosidad (Lc.21:1-4); la mujer cananea, la constancia de la fe frente a los prejuicios de pertenencia (Mt.15:21-28); y las personas en situación de prostitución, y los publicanos nos muestran el camino del reino (Lc.18 :14).

Esta pastoral desea contribuir en la reintegración al espacio que les es propio a aquellos y aquellas que fueron exiliados a causa de nuestros juicios, y que les pertenece por derecho evangélico: “Vengan a mí” (Mt.11:28).

Sabemos que el precio de esta identificación con los/las estigmatizados de nuestra sociedad y de nuestras iglesias es siempre muy caro, y en fidelidad al evangelio no lo podemos evitar. Este precio debe ser pagado por todos los fieles y no solamente por los involucrados directos; porque deseamos que esta pastoral sea provisoria en la espera de que toda la comunidad cristiana la pueda asumir en un futuro próximo²³.

La Iglesia Adventista del Séptimo Día declaró en 1990 que:

El SIDA cuestiona el ministerio de los pastores y capellanes de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. En sus congregaciones, comunidades y hospitales, ya hay personas infectadas por el VIH, y habrá más. No deben temer el contacto físico que conlleva dar la mano o el bautismo. Los pastores deben seguir visitando a los enfermos en sus casas o en el hospital. Las infecciones del VIH no deben cambiar los programas de visita o limitar en modo alguno su ministerio.

El miedo al SIDA no debe poner en entredicho nuestra compasión y nuestro testimonio. Los que son VIH-positivos o puedan padecer esta enfermedad deben encontrar aceptación y fraternidad en la congregación local. Deben sentirse cómodos en los servicios de nuestra iglesia y bienvenidos en todas las actividades de la iglesia: sea el bautismo, el lavado de pies o la cena de comunión. La iglesia local puede encontrar muchas formas de llevar a cabo su ministerio pastoral con los que tienen el SIDA. Los miembros de la iglesia pueden formar un grupo de apoyo, o unirse a uno existente, e involucrarse personalmente para ayudar a las personas y familias afectadas por el SIDA a satisfacer sus necesidades²⁴.

²³ Federación Luterana Mundial: Argentina, Uruguay, Paraguay, Chile, Brasil, Perú y El Salvador. “*El SIDA nos convoca a ser comunidad*”: *Declaración de Buenos Aires*. Buenos Aires (Argentina), 15 de abril de 1998.

²⁴ Comité del SIDA de la Conferencia General de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. *AIDS A Seventh-day Adventist Response*, Health and Temperance Department. Indianapolis, Indiana (Estados Unidos), 1990. http://www.adventist.org/beliefs/other_documents/other_doc1.html

En septiembre de 1996, el Comité Central del CMI adoptó, en base al estudio efectuado por Grupo Consultivo del CMI sobre el SIDA, una declaración sobre el VIH y el SIDA que expone en términos generales la epidemia, la base teológica para una respuesta a la epidemia y posibles respuestas por parte de las iglesias, entre las que cabe citar:

- A. La vida de las iglesias: respuestas al problema del VIH/SIDA
 - 1. Pedimos a las iglesias que proporcionen un clima de amor, aceptación y apoyo a las personas vulnerables o afectadas por el SIDA.
 - 2. Pedimos a las iglesias que reflexionen juntas sobre la base teológica de su respuesta a los problemas que plantea el SIDA.
 - 3. Pedimos a las iglesias que reflexionen juntas sobre las cuestiones éticas suscitadas por la pandemia, interpretándolas en el marco del contexto local, y ofrezcan orientación a quienes se ven enfrentados con opciones difíciles.
 - 4. Pedimos a las iglesias que participen en el debate a nivel de la sociedad en general sobre las cuestiones éticas planteadas por el VIH/SIDA, y que apoyen a aquellos de sus miembros que, como profesionales de la salud, se vean ante opciones éticas difíciles en materia de prevención y atención sanitaria.

- B. El testimonio de las iglesias en relación con los efectos inmediatos y las causas del VIH/SIDA
 - 1. Pedimos a las iglesias que se esfuercen por prestar mejor asistencia a las personas afectadas por el VIH/SIDA.
 - 2. Pedimos a las iglesias que presten particular atención a la situación de los niños afectados por la pandemia del VIH/SIDA y que traten de crear un entorno de apoyo.
 - 3. Pedimos a las iglesias que ayuden a salvaguardar los derechos de las personas afectadas por el VIH/SIDA y a estudiar y promover los derechos humanos de esas personas mediante dispositivos a nivel nacional e internacional.
 - 4. Pedimos a las iglesias que favorezcan la difusión de información correcta sobre el VIH/SIDA, que promuevan un clima de debate franco y que se opongan a la difusión de informaciones erróneas y basadas en el miedo.
 - 5. Pedimos a las iglesias que aboguen por un aumento de los gastos públicos y de los servicios médicos para encontrar soluciones a los problemas médicos y sociales planteados por la pandemia.

- C. El testimonio de las iglesias en relación con las causas profundas y los factores a largo plazo que facilitan la propagación del VIH/SIDA
 - 1. Pedimos a las iglesias que reconozcan los vínculos que existen entre el SIDA y la pobreza, y que promuevan medidas en favor de un desarrollo justo y sostenible.
 - 2. Les pedimos encarecidamente que presten especial atención a las situaciones que aumentan la vulnerabilidad al SIDA, como la situación de los trabajadores migrantes, los movimientos masivos de refugiados, y el comercio del sexo.
 - 3. En particular, pedimos a las iglesias que apoyen a las mujeres que luchan por obtener el respeto de su dignidad y por hacer valer sus capacidades en todas sus dimensiones.
 - 4. Pedimos a las iglesias que lleven a cabo un trabajo de concientización entre los jóvenes y los hombres para que asuman su responsabilidad en la prevención de la propagación del VIH/SIDA.

5. Pedimos a las iglesias que se esfuercen por comprender mejor el don de la sexualidad humana en el contexto de la responsabilidad personal, de las relaciones, de la familia y de la fe cristiana.
6. Pedimos a las iglesias que hagan frente a la pandemia del consumo de drogas, al papel que desempeña en la difusión del VIH/SIDA y que tomen medidas a nivel local por lo que respecta a la asistencia, la desintoxicación, la rehabilitación y la prevención²⁵.

Durante este período, la actitud de la mayoría de iglesias (sobre todo en África) fue o el silencio, o el rechazo, o la condena, salvo unas pocas excepciones que respondieron de forma positiva al VIH y al SIDA. Desde entonces se ha producido un enorme cambio tanto a nivel individual y denominacional como a nivel ecuménico. Desde el 2000 hasta la actualidad, la Comunión Anglicana, la Comunión Luterana, la Iglesia Romana Católica, por sólo citar algunos ejemplos; la Misión Evangélica Unida, la Iglesia Unida de Cristo, la Iniciativa Ecuménica sobre el VIH/SIDA en África (EHAIA), la Conferencia de Iglesias de Toda el África, la Asociación Cristiana Femenina Mundial (YWCA), la Alianza Reformada Mundial (ARM) y varios Consejos Nacionales de Iglesias (CNIs) han emprendido el gran éxodo desde Egipto y, tras cruzar el Mar Rojo, ahora están en la travesía del desierto, donde muchos han hecho un pacto con Dios para responder a la crisis del SIDA. Por supuesto, algunos miembros de las iglesias claman que “estábamos mejor en Egipto”, y algunos todavía adoran a becerros de oro. También, lamentablemente, algunas iglesias todavía siguen en Egipto y niegan la realidad del VIH y la necesidad de que su iglesia cambie y responda a la epidemia.

Si bien algunas iglesias todavía no han entrado en la Tierra Prometida en cuanto se refiere a la respuesta al VIH y el SIDA, “la Iglesia ha cruzado el Mar Rojo” y está en el desierto, luchando y redefiniendo su relación con Dios. Esta analogía depende mucho de la iglesia y del continente de los que se hable. Aunque todavía existen muchas deficiencias, y no se ha explotado plenamente el potencial y el compromiso de las iglesias, se ha dado un gran paso adelante. Gran parte de la iglesia, sobre todo en el mundo en desarrollo, ha escuchado la voz de Dios que dice “he visto la aflicción de mi pueblo, he escuchado ... conozco... ven, déjame enviarte, para darles mi salvación”.

En 2001, dirigentes de iglesia de África, organizaciones internacionales y organizaciones ecuménicas africanas elaboraron un Plan de Acción coordinado para hacer frente a la epidemia del SIDA en África en una “Consulta Mundial sobre la Respuesta Ecuménica al Desafío del VIH/SIDA en África”, en Nairobi (Kenya), organizada por el CMI.

En el preámbulo del Plan de Acción se explica que “el Plan es parte de la respuesta de estos grupos de colaboradores al problema urgente que plantea la epidemia del VIH/SIDA: un problema con el que se han enfrentado todas las organizaciones religiosas, que está despoblando África más rápido que cualquier otra calamidad desde el tráfico de esclavos”²⁶.

²⁵ Consejo Mundial de Iglesias. *Los efectos del VIH/SIDA y la reacción de las iglesias. Una declaración adoptada por el Comité Central del CMI sobre la base del estudio efectuado por el Grupo Consultivo del CMI sobre el SIDA*. Ginebra (Suiza), 12-20 de septiembre de 1996. Documento No. 6.2B.

²⁶ La Respuesta Ecuménica al VIH/SIDA en África, *Plan de Acción: Consulta Mundial sobre la Respuesta Ecuménica al Desafío del VIH/SIDA en África*, Nairobi (Kenya), 25-28 de noviembre de 2001.

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

Según los objetivos de la EHAIA, una iglesia entendida en SIDA es aquella

- cuya enseñanza y práctica dicen claramente que el estigma y la discriminación contra personas afectadas por el VIH/SIDA (PAVS) son pecado y van contra la voluntad de Dios;

Es significativo que, en este encuentro, tanto la visión del Plan de Acción como el primer compromiso adoptado por las iglesias estén centrados en romper el estigma y la discriminación que rodean al VIH y al SIDA:

Visión

En este Plan de Acción, la familia ecuménica imagina una iglesia transformada y portadora de vida, que encarna y proclama la vida en abundancia a la que estamos llamados, y es capaz de hacer frente a los múltiples problemas que plantea la epidemia. Para las iglesias, la contribución más pujante que podemos hacer en la lucha contra la transmisión del VIH, es erradicar todas las formas de estigmatización y discriminación. Estamos convencidos de que es la llave que abrirá la puerta a todos aquellos que sueñan con una forma de vivir tan dignamente como sea posible con el VIH/SIDA e impedir la propagación del virus.

Compromisos

1. Denunciaremos toda discriminación y estigmatización de las personas que viven con el VIH/SIDA como pecado contrario a la voluntad de Dios²⁷.

Desde 2001 varias iglesias y organizaciones religiosas han anunciado su compromiso de romper el silencio en torno al VIH y al SIDA y de hacer frente al estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH y el SIDA. El recuadro “Romper el Silencio: Declaraciones de las Iglesias sobre el VIH/SIDA” proporciona ejemplos de las iniciativas de diferentes religiones y de diferentes partes del mundo.

-
- la que, junto con sus asociados ecuménicos, tiene una cabal comprensión de la gravedad de la pandemia del VIH/SIDA en África;
 - la que ofrece y responde a esfuerzos de colaboración referentes al VIH/SIDA;
 - la que asume un papel de prevención del VIH/SIDA, teniendo en cuenta consideraciones pastorales, culturales y de género;
 - la que utiliza sus recursos y estructuras para prestar atención, consejos y apoyo a los afectados.

²⁷ La Respuesta Ecuménica al VIH/SIDA en África, *Plan de Acción: Consulta Mundial sobre la Respuesta Ecuménica al Desafío del VIH/SIDA en África*, Nairobi (Kenya), 25-28 de noviembre de 2001.
<http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-pdf/kenya-plan-of-action-esp.pdf>

Recuadro 1: Romper el silencio: Declaraciones de las iglesias sobre el VIH/SIDA

La Conferencia de Obispos de la Iglesia de Noruega, que tuvo lugar en abril de 2001, declaró que “en nuestro país existe, también, una falta de sinceridad respecto a la enfermedad y las víctimas del VIH también sufren desaprobación y exclusión. Como seres humanos, cada uno de nosotros, en la iglesia y en la comunidad, está llamado a examinar sus propias actitudes. Para la iglesia, es importante cumplir con el principio de caridad cristiana que nos insta a apoyar, y no a condenar, a aquellos que sufren. Debemos ayudar a las personas infectadas por el VIH a vivir su condición abiertamente en la comunidad”²⁸.

Los obispos de la Conferencia de Obispos Católicos del Sur de África celebrada en julio de 2001 desecharon toda posibilidad de estigmatización o marginación basada en la falsa premisa de que Dios ha querido el SIDA para los pecadores. “El SIDA no debe considerarse nunca un castigo de Dios. Dios quiere que tengamos una buena salud y no que muramos de SIDA. Para nosotros es un indicio que insta a todas las personas a una transformación interior y al seguimiento de Cristo en su ministerio de curación, misericordia y amor”²⁹.

La Conferencia Cristiana de Asia (CCA), en noviembre de 2001, declaró que “la iglesia tiene un papel importante que desempeñar a todos los niveles, internacional, regional, nacional y local, en los siguientes ámbitos:

- combatir las actitudes negativas de reproche que todavía existen hacia las personas con VIH/SIDA
- disminuir el miedo y los malentendidos en torno al VIH/SIDA
- proporcionar una información precisa sobre el VIH/SIDA, que incluya información de prevención e información sobre los servicios que puedan ser de ayuda a las PVVS”³⁰.

En abril de 2002, los Primados de la Comunión Anglicana dijeron: “Levantamos nuestras voces para llamar a poner fin al silencio respecto de esta enfermedad - el silencio del estigma, el silencio del rechazo, el silencio del temor. Confesamos que la Iglesia misma ha sido cómplice en este silencio. Cuando hemos alzado nuestra voz en el pasado, ha sido muchas veces una voz de condenación. Queremos ahora dejar muy claro que el VIH/SIDA no es un castigo de Dios. Nuestra fe cristiana nos impulsa a aceptar que todas las personas, incluyendo aquellos que están viviendo con el VIH/SIDA, están hechas a la imagen de Dios y son hijos de Dios”³¹.

La Consulta Panafricana de dirigentes de la Iglesia Luterana, celebrada en mayo de 2002, declaró:

Nos comprometemos a romper el silencio

Reconocemos que mucha gente de buena voluntad, dentro y fuera de nuestras iglesias, ya presta asistencia y apoyo. No obstante, queremos confesar y reconocer

²⁸ Iglesia de Noruega, *Declaración de la Conferencia de Obispos*, abril de 2001

²⁹ Conferencia de los Obispos Católicos de África Meridional. *Un mensaje de esperanza al pueblo de Dios de parte de los Obispos de Sudáfrica, Botswana y Swazilandia*. Pretoria (Sudáfrica), 30 de julio de 2001.

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

³¹ Primados Anglicanos, *Informe de la reunión de Primados de la Comunión Anglicana. Apéndice III: Declaración de los Primados Anglicanos sobre el VIH/SIDA*. Canterbury (Reino Unido), 17 de abril de 2002.

públicamente que nosotros, más de una vez, hemos contribuido al estigma y la discriminación, y que nuestras iglesias no siempre han sido lugares seguros ni de acogida para quienes viven con el VIH/SIDA, ni para las personas afectadas por esta pandemia. En algunos casos, se ha negado la santa comunión a quienes viven con el VIH/SIDA, se ha negado el funeral a quienes habían muerto de SIDA y no se ha consolado a sus deudos. Nos arrepentimos de estos pecados.

Por lo tanto, nos comprometemos a responder fiel y valerosamente rompiendo el silencio, para hablar abierta y sinceramente de la sexualidad humana y el VIH/SIDA.

Reconocemos que es de capital importancia que obispos, presidentes y demás líderes de la iglesia hablen en público y estén a la vanguardia de quienes rompen el silencio³².

En la Consulta de el CMI y la CCA sobre una agenda ecuménica para combatir el VIH/SIDA en el Sur de Asia, en julio de 2002, se dijo que “las iglesias están llamadas a ser más inclusivas, a cambiar la mentalidad que hace una distinción entre “nosotros” y “ellos” y a abrir el camino hacia la mutualidad mediante un viaje espiritual en el que todos viajamos juntos. Las iglesias necesitan superar su actitud de condena, reconocer que nosotros también necesitamos ser perdonados por nuestras actitudes, por nuestra apatía e inacción frente al

³² Consulta Panafricana de dirigentes de la Iglesia Luterana, *Rompiendo el silencio, Compromisos de la Consulta Panafricana de Líderes de la Iglesia Luterana frente a la pandemia del VIH/SIDA*. Nairobi (Kenya), 2 - 6 de mayo de 2002.

³³ Consejo Mundial de Iglesias (CMI) y Conferencia Cristiana de Asia (CCA). *Informe de la Consulta del CMI-CCA sobre una agenda ecuménica para combatir el VIH/SIDA en el Sur de Asia*. Colombo (Sri Lanka), 24-26 de julio de 2002.

³⁴ Consejo de las Provincias Anglicanas de África (CAPA). *Declaración de la reunión de la junta directiva de CAPA sobre el SIDA*. Nairobi (Kenya), 19-22 de agosto de 2002.

³⁵ Consejo de Misión Mundial (CWC). *Declaración de la Asamblea*. Ayr (Escocia), 15-25 de junio de 2003.

³⁶ Simposio de las Conferencias Episcopales de África y Madagascar, *La Iglesia en África frente a la pandemia del VIH/SIDA: Mensaje emitido por el Simposio de las Conferencias Episcopales de África y Madagascar (SECAM)*. Dakar (Senegal), 7 de octubre de 2003.

³⁷ Iglesia de Nigeria (Comunión Anglicana). *Comunicado, Plan estratégico nacional sobre el VIH/SIDA y seminario de elaboración de políticas*. Abuja (Nigeria), 10-14 de noviembre de 2003.

³⁸ Obispos Católicos de Myanmar. *Carta pastoral sobre el VIH/SIDA y la Respuesta de la Iglesia*, diciembre de 2003.

³⁹ Obispos Católicos de la India. *Carta pastoral de los obispos indios para el Día Mundial del SIDA de 2003: The Challenge to be his Light today (El reto de ser su Luz hoy)*, 1 de diciembre de 2003.

⁴⁰ Federación Luterana Mundial y Misión Evangélica Unida. “Pacto de Vida” (*Covenant of Life*): *Declaración de Compromiso de la Consulta de Dirigentes de Iglesias Asiáticas sobre el VIH/SIDA*. Isla de Batam (Indonesia), 1-4 de diciembre de 2003.

⁴¹ *Memorándum de intención, Consulta para la elaboración de una estrategia de las iglesias frente al VIH/SIDA en Europa Oriental y Central*. San Petersburgo (Rusia), 15-18 de diciembre de 2003.

⁴² Iglesia Ortodoxa Rumana. Su Beatitud Teoctist, Patriarca de la Iglesia Ortodoxa Rumana. *Un mensaje pidiendo amor y tolerancia hacia aquellos que sufren a causa del VIH/SIDA*. Rumania, 27 de enero de 2004.

⁴³ Reunión Regional facilitada por el Consejo Latinoamericano de Iglesias (CLAI) y auspiciada por el Consejo Mundial de Iglesias (CMI), *Iglesia y VIH/SIDA en América Latina y el Caribe: ¿Qué estamos haciendo?, ¿Qué podemos hacer?*. Panamá City (Panamá), 27 de enero-1 de febrero de 2004.

⁴⁴ Alianza Mundial de ACJ, *Foro mundial de capacitación sobre el VIH/SIDA: Declaración del movimiento ACJ sobre el VIH/SIDA*. Durban (Sudáfrica), marzo de 2004.

⁴⁵ Iglesias miembro del Consejo Mundial de Iglesias de la región del Pacífico, *Declaración de Nadi: una declaración de las Iglesias miembro del Consejo Mundial de Iglesias de la región del Pacífico sobre el VIH/SIDA*. Nadi (Fiji), 29 de marzo – 1 de abril de 2004.

⁴⁶ Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud, *Mensaje para la Jornada Mundial del SIDA*, 1 de diciembre de 2004.

⁴⁷ *Declaración del Cairo de dirigentes religiosos de los Estados Árabes en respuesta a la epidemia del VIH/SIDA*. El Cairo (Egipto), 11 -13 de diciembre de 2004.

VIH/SIDA. Con la participación activa de las PVVS en la planificación y la ejecución de nuestro programa, las iglesias están llamadas a confrontar el estigma y la discriminación. Las iglesias también están llamadas a incluir el VIH/SIDA en la formación teológica y a tomar medidas prácticas, como la promoción de la justicia de género en la iglesia y las comunidades, la defensa del acceso al tratamiento y a los medicamentos para las PVVS, y la elaboración de estrategias destinadas a disminuir la vulnerabilidad de las personas al VIH/SIDA”³³.

El Consejo de las Provincias Anglicanas de África (CAPA), en agosto de 2002, declaró que:

¡El estigma es un pecado! El estigma es el asesino silencioso que masacra nuestro continente y propaga la enfermedad. Instamos a poner fin al estigma y la discriminación contra las personas que son VIH-positivas y sus familias. Nuestras hermanas y nuestros hermanos que viven con el SIDA sufren silencio y rechazo. El silencio alimenta el rechazo y la vergüenza. Esto, también, es estigma. Sabemos que la iglesia ha sido cómplice de este silencio.

¡Este silencio se ha acabado! Nuestra Iglesia ha declarado, ante Dios y los seres humanos, que el estigma es un pecado. Defenderemos la dignidad y el valor de todas las personas en cuanto hijos de Dios, especialmente la de aquellos que viven con el SIDA. Por consiguiente, se pide a cada Provincia que lleve a cabo el Plan Pastoral destinado a erradicar el estigma tan pronto como sea posible³⁴.

En junio de 2003, el Consejo de Misión Mundial (CWC, por su sigla en inglés), declaró: “Reconocemos la necesidad de convertirnos en comunidades de curación más acogedoras y atentas que no estigmaticen, excluyan o discriminen a nuestros hermanos y nuestras hermanas que viven con el VIH/SIDA. Reconocemos el valor de los encuentros personales con las personas infectadas por el VIH y que viven con el SIDA para enriquecer nuestra comprensión, y fortalecer nuestra capacidad de ser profesionalmente competentes, espiritualmente fuertes y socialmente relevantes al abordar las dimensiones humanas de la pandemia”³⁵.

El Simposio de las Conferencias Episcopales de África y Madagascar declaró, en octubre de 2003, que “frente a la grave amenaza del SIDA... nos comprometemos a trabajar con tenacidad para erradicar el estigma y la discriminación y a hacer frente a todas las normas y prácticas políticas, culturales, religiosas y sociales que perpetúan este estigma y esta discriminación ... [y] finalmente, como pastores de la Iglesia de Dios en África, en tiempos de SIDA, queremos acoger a las personas que viven con el VIH y el SIDA de forma calurosa, con compasión y sin reproches, en nuestras iglesias y garantizarles un “sitio en la mesa del Señor”³⁶.

En noviembre de 2003, la Iglesia de Nigeria (Comunión Anglicana) declaró que “sería respetuosa con el VIH/SIDA y que garantizaría una mayor participación de las PVVS en todos los aspectos del ministerio de la iglesia”³⁷.

En diciembre de 2003, los Obispos Católicos de Myanmar publicaron una carta pastoral en la que afirmaban que “los sacerdotes y los obispos son figuras públicas en las comunidades a las que sirven, por lo que pueden dar el ejemplo en lo que dicen y en lo que hacen, por ejemplo:

- Cada domingo, los sacerdotes y los obispos tienen la oportunidad de expresar su opinión. Pueden utilizar sus sermones para condenar cualquier forma de discriminación en contra de personas afectadas por el VIH, para educar a sus comunidades acerca del VIH y el SIDA, y para abordar algunas de las causas fundamentales de la infección en Myanmar.
- Los obispos y los sacerdotes pueden asegurarse de que tanto ellos como sus feligreses

no sean sentenciosos en sus palabras o acciones, y de que las personas que viven con el VIH y sus familias sean siempre bienvenidas en las liturgias y en todas las actividades de sus comunidades religiosas.

- Los obispos y los sacerdotes pueden facilitar y motivar el trabajo de hermanas y catequistas laicos en relación con el VIH. Existen muchos ejemplos en los que el clero dice, “nuestra gente no necesita saber acerca del VIH/SIDA”, o “nuestra gente se puede escandalizar si hablamos acerca del sexo”. En otros casos, los sacerdotes y los obispos han evitado que los laicos realicen una labor de concienciación acerca del VIH, diciéndoles que no están calificados para discutir estas cuestiones morales e incluso les impiden dar información científicamente comprobada sobre salud sexual y prevención del VIH. Estas actitudes negativas deben cambiar si es que la Iglesia va a ofrecer una respuesta significativa al VIH/SIDA”³⁸.

Los Obispos Católicos de la India publicaron una carta pastoral el 1 de diciembre de 2003, Día Mundial del SIDA, en la que declaraban:

7. Una comprensión adecuada del VIH/SIDA nos ayudaría a superar los prejuicios y los miedos. Aquellos que contraen el VIH/SIDA, sea accidentalmente o a consecuencia de sus propios actos, arrastran una pesada carga de estigma, ostracismo y condena social. Las personas infectadas y afectadas necesitan todas ellas la compasión y el cuidado que Jesús ofreció. Aquellos que se sienten moralmente superiores a las personas que viven con el VIH/SIDA deberían recordar que, en las páginas del Evangelio, Jesús condena más el fariseísmo que cualquier otro pecado...
8. Ayudemos a aquellas personas que viven con el VIH a salir de la sombra de la desesperanza, la tristeza y la culpa y a entrar en una esperanza y una aceptación alegres. Aquellos entre nosotros que viven con el VIH/SIDA no deben sentirse solos y abandonados. Nosotros, que somos sus hermanas y hermanos, debemos andar en solidaridad con ellos a lo largo de su viaje. Según las palabras del Papa Juan Pablo II, “la solidaridad no es un sentimiento de vaga compasión o de superficial enternecimiento por los males de tantas personas, cercanas o lejanas. Al contrario, es la determinación firme y perseverante de empeñarse por el bien común; es decir, por el bien de todos y cada uno, para que todos seamos verdaderamente responsables de todos.” Como cuerpo de Cristo, la Iglesia necesita cuidar de aquellos que están infectados y ayudarlos a “vivir positivamente” con el VIH/SIDA³⁹.

La Federación Luterana Mundial y la Misión Evangélica Unida, en diciembre de 2003, afirmaron en el “Pacto de Vida” (*Covenant of Life*): “Nos comprometemos, como parte del cuerpo de Dios, a hacer del VIH/SIDA una prioridad en nuestro trabajo y diakonía mediante la elaboración y la aplicación de una política que fortalezca las congregaciones y las comunidades locales a fin de:

- Combatir y erradicar el estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH/SIDA rompiendo, en primer lugar, la barrera sociocultural que hace sentir vergüenza o “perder la cara” mediante conversaciones abiertas sobre el VIH/SIDA, la sexualidad humana y la adicción a la droga”⁴⁰.

La consulta para la elaboración de una estrategia de las iglesias frente al VIH/SIDA en Europa Central y Oriental, organizada conjuntamente por Christian Aid, el Consejo Diaconal Intereclesiástico Cristiano de San Petersburgo, la Iglesia de Noruega y el CMI, en San Petersburgo en diciembre de 2003, afirmó que: “las personas que viven con el

VIH/SIDA son a menudo objeto de una gran estigmatización y de diversas formas de discriminación. Como cristianos, creemos que todos los seres humanos han sido creados a imagen de Dios y por consiguiente tiene un valor y una dignidad intrínsecas. Cualquier forma de estigmatización o discriminación perpetrada contra los seres humanos viola esta imagen divina y es, por lo tanto, un pecado. Como cristianos, creemos que todas las personas estamos llamadas a combatir, dondequiera que ocurra, esta ofensa contra la dignidad humana otorgada por Dios⁴¹”.

La Iglesia Ortodoxa Rumana se unió a la campaña nacional para combatir la intolerancia relacionada con el VIH, organizada por USAID en cooperación con el gobierno rumano y algunas ONGs rumanas e internacionales activas en Rumania. El 27 de enero de 2004, Su Beatitud Teoctist, Patriarca de la Iglesia Ortodoxa Rumana, pronunció un mensaje dirigido a todos los rumanos, exhortándoles al amor y la tolerancia para con quienes sufren el VIH/SIDA:

Es un deber de todo cristiano buscar el bien para el prójimo, y por consiguiente seguir la gran regla sagrada que nos dio Jesús: “Amarás a tu prójimo como a ti mismo” (Lc. 10:27)...

Tenemos, por lo tanto, el deber de aceptar y ayudar a todos aquellos que sufren. En este sentido, nuestra Iglesia, mediante el trabajo pastoral y espiritual de devotos sacerdotes en establecimientos sociales y hospitales, y en particular en las unidades de tratamiento del SIDA, nos da a todos un ejemplo de servicio altruista para con nuestro prójimo. Según el ejemplo de Jesucristo, nuestro Salvador, día tras día, cuidan a los enfermos, reconfortándoles y alentándoles a hacer frente a la enfermedad. Esta es, muchas veces, la única ayuda, pero también la más alta prueba de amor, que podemos ofrecerles. Aún así, por diferentes motivos inadmisibles, algunos de nosotros los evitamos. Esta es la razón por la que creemos que el ejemplo de estos servidores de los altares sagrados constituye un modelo que debemos seguir todos los que vivimos con personas que sufren del SIDA.

Cristo se identifica con estas hermanas y hermanos nuestros, cuando dice: “Estuve enfermo, y me visitasteis” (Mt. 25:36) o “De cierto os digo que en cuanto lo hicisteis a uno de estos mis hermanos más pequeños, a mí me lo hicisteis” (Mt. 25:40). Todos somos los amigos de Cristo. Él nos ama a todos, de la misma forma. Si excluimos a los que tienen el SIDA, ¡excluimos a Cristo! Si no nos importan, ¡Cristo no nos importa! Si no los amamos, ¡no amamos a Cristo! No debemos olvidar nunca que son nuestro prójimo y que necesitan amor y comprensión⁴².

La Reunión Regional de enero-febrero de 2004, facilitada por el Consejo Latinoamericano de Iglesias (CLAI) y auspiciada por el CMI, declaró:

8. Con profunda preocupación reconocemos, que la realidad del VIH-SIDA pone en evidencia los distintos rostros de la iglesia. Por un lado, se manifiesta la cara de la indiferencia, por cuanto ha oído y se ha encontrado en el camino, el clamor de quienes viven y son afectados por el VIH-SIDA, más sin embargo, pasan de largo, como el religioso de la parábola del Buen Samaritano (Mateo 10:27-35). Además, nos preocupa con el rostro farisaico que condena con ligereza, desde sus posiciones absolutas, con dedo acusador como pecadores impuros y condenables a quienes viven esta circunstancia. Pero con alegría celebramos el encuentro con el rostro de la iglesia del amor, solidaridad y compromiso; el cual ha tenido que enfrentar múltiples limitaciones para dar los primeros pasos en este ministerio para sensibilizar, conocer,

prevenir, atender, acompañar y reinsertarse en esta realidad; o en muchos casos morir para vivir la pascua de la resurrección⁴³.

En marzo de 2004, la Alianza Mundial de ACJ (Asociación Cristiana de Jóvenes) dijo: “Por consiguiente, las ACJ de todo el mundo se comprometen a trabajar para eliminar el estigma y la discriminación en sus comunidades, mediante la promoción de un lenguaje adecuado y agradable en la comunicación y la interacción diarias”⁴⁴.

Las iglesias miembro del Consejo Mundial de Iglesias de la región del Pacífico afirmaron, en una reunión sobre el VIH/SIDA en marzo-abril de 2004, que “nosotras, las iglesias debemos pedir perdón a Dios y a las personas seropositivas por no haber hecho lo que debíamos haber hecho, y por contribuir a su dolor y a su sufrimiento. Esto nos proporcionará oportunidades para curar a nuestras comunidades y para liberarnos de forma que podamos ser una comunidad de curación y reconciliación. También reafirmará nuestro papel como canales de la fuerza otorgada por Dios para traer esperanza, socorro y paz a la sociedad”⁴⁵.

El Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud, con ocasión de la Jornada Mundial del SIDA de 2004, dijo: “Es necesario alejar el estigma que a menudo la sociedad hace pesar sobre el enfermo de SIDA. Para disipar los prejuicios de los que temen acercarse a los enfermos de SIDA para evitar el contagio, deseamos recordar que el SIDA se transmite sólo a través de la triple vía de la sangre, de la transmisión materno-infantil y por contacto sexual. Para eliminarlas, debemos combatir las eficazmente”⁴⁶.

Dirigentes religiosos de los Estados Árabes prometieron, en diciembre de 2004, “romper el silencio en torno al VIH/SIDA: hacemos hincapié en la necesidad de romper el silencio, desde los púlpitos de las mezquitas, las iglesias, las instituciones educativas, y desde todos los lugares desde los que estemos invitados a hablar. Necesitamos abordar de qué maneras podemos hacer frente a la epidemia del VIH/SIDA, en base a nuestros principios espirituales auténticos y a nuestra creatividad, y provistos de conocimientos científicos, a fin de encontrar nuevos enfoques innovadores para afrontar este peligroso desafío. Rechazamos (y subrayamos la necesidad de eliminar) toda forma de discriminación, aislamiento, marginación y estigmatización de las personas que viven con el VIH/SIDA, e insistimos en defender sus libertades y derechos humanos fundamentales”⁴⁷.

Romper el silencio en torno al VIH y al SIDA también implica respetar los derechos de los grupos marginados. Los miembros de la Alianza Mundial Reformada (ARM), por ejemplo, tienen puntos de vista diferentes en cuanto se refiere a la homosexualidad, pero como cristianos pueden, por lo menos, estar de acuerdo en que violar los derechos humanos por motivos de orientación sexual está mal, según dijo el Secretario General de la ARM, Setri Nyomi, a los delegados de la Asamblea General celebrada en Accra (Ghana). Estas conclusiones se desprendían de un estudio sobre la postura de las iglesias con respecto a este tema que el Comité Ejecutivo de la ARM había decidido emprender tras la Asamblea General de 1997⁴⁸.

⁴⁸ ARM: *La orientación sexual no debe ser motivo para violar los derechos humanos*. Ecumenical News International (ENI-04-0496), Accra (Ghana), 2 de agosto de 2004.

Además de estas declaraciones, las iglesias han llevado a cabo iniciativas destinadas a romper el silencio que rodea al VIH y al SIDA en la iglesia y a eliminar el estigma relacionado con el VIH. Entre los ejemplos de las respuestas de las iglesias cabe mencionar los siguientes:

- En la Octava Asamblea de la Conferencia de Iglesias de Toda el África (CITA), en Yaoundé (Camerún), 22-27 de noviembre de 2003, se realizaron pruebas del VIH gratuitas y voluntarias *in situ*. Más personas de las que se esperaba se hicieron la prueba: de los 800 participantes en la Asamblea, 105 se sometieron a la prueba, sobrepasando el número de kits de análisis inicialmente previstos. “Para nosotros, el SIDA es una guerra”, dijo Mvume Dandala, Secretario General de la CITA. “Declaramos que el VIH/SIDA no es, de ningún modo, la voluntad de Dios para con África; intentaremos, mediante todos los medios a nuestro alcance, combatirlo”⁴⁹.
- En noviembre de 2004, la Diócesis de Dodoma de la Iglesia Anglicana de Tanzania, anunció que 12 de sus sacerdotes eran VIH-positivos. Tres de estos sacerdotes han hecho pública su condición, mientras que los otros nueve lo harán cuando sea “oportuno”⁵⁰.
- Hace doce años, el canónigo Gideon Byamugisha, un sacerdote anglicano de Uganda, conmocionó a sus hermanos sacerdotes y a sus feligreses al revelar su estado VIH-positivo. Recibió el apoyo de su obispo local y fue nombrado canónigo en 2001. Ahora viaja por todo el mundo, sirviendo de ejemplo, y exhorta a las iglesias en África a desarrollar actitudes, competencias, servicios adecuados y un entorno de apoyo para remontar la epidemia. Se cree que el canónigo Gideon ha sido el primer dirigente religioso en África en hacer público su estado serológico positivo. Cuando anunció que tenía el virus, en 1992, las iglesias estaban empeñadas en negar el fenómeno del VIH/SIDA⁵¹.
- Veintisiete pastores de Zimbabwe de varias denominaciones cristianas se sometieron a una prueba voluntaria de VIH, un gesto cuyo propósito era combatir el estigma en la iglesia contra las personas que viven con el VIH/SIDA. Los pastores de las iglesias de los municipios de Tafara y Mabvuku de Harare se convirtieron en el mayor grupo de dirigentes de iglesia en hacerse la prueba del VIH en Zimbabwe⁵².

En 2001, durante el Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, el CMI presentó una declaración en nombre de las organizaciones religiosas, que exponía en términos generales los éxitos y los desafíos de las respuestas religiosas:

⁴⁹ Carol Fouke y Dave Wanless, CITA. The United Methodist Newscope, Volumen 31, No. 49, 5 de diciembre de 2003.

⁵⁰ Michael Okema. *So Far from God, So Close to Temptation*. (“Tan lejos de Dios, tan cerca de la tentación”), The East African (Kenia), 1 de noviembre de 2004.

⁵¹ *El SIDA exige una respuesta holística, dice un sacerdote seropositivo*. Eumenical News International (ENI-04-0784), Nairobi /Bangkok, 1 de diciembre de 2004. <http://www.eni.ch>. Para más información sobre el canónigo Gideon, véase el recuadro 20 “El canónigo Gideon Byamugisha: la Iglesia Anglicana defiende a sus pastores” en 4.3 Confidencialidad, en el documento de referencia del Consejo Mundial de Iglesias, *Trabajar con organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA: Documento de referencia*, 2005.

⁵² *Pastores de Zimbabwe se hacen la prueba del VIH para luchar contra los prejuicios*. Ecumenical News International (ENI-04-0787), Ginebra, 2 de diciembre de 2004. <http://www.eni.ch>.

Las organizaciones religiosas nos unimos a muchos otros actores en la lucha mundial contra esta pandemia devastadora. Podemos aportar nuestros recursos específicos y nuestras fuerzas. Al mismo tiempo, reconocemos que no hemos respondido siempre de forma adecuada a los desafíos planteados por el VIH/SIDA. Lamentamos profundamente los casos en que las organizaciones religiosas han contribuido al estigma, el miedo y la desinformación.

No obstante, también es justo decir que las organizaciones religiosas a menudo han desempeñado un papel positivo en la lucha mundial contra el VIH/SIDA. Países como Senegal, Uganda y Tailandia, que involucraron tempranamente a dirigentes religiosos en la planificación y la aplicación de estrategias nacionales contra el SIDA, han podido constatar grandes cambios en el curso de la epidemia. Las comunidades religiosas en Uganda, por ejemplo, que trabajan mano a mano con organizaciones que prestan servicios en relación con el SIDA y con el gobierno, han promovido programas de educación paritaria, asesoramiento y atención a domicilio. Un dirigente religioso dirige la Comisión Nacional del SIDA de Uganda desde 1995. En Uganda, Zambia y Tanzania los esfuerzos de prevención han provocado un cambio en el comportamiento sexual, que conlleva una actividad sexual más tardía entre los adolescentes y una reducción del número de parejas sexuales. Estos cambios de comportamiento han formado parte del mensaje de muchas organizaciones religiosas. En Tailandia, grupos budistas y cristianos han introducido servicios de atención a domicilio y han contribuido en gran medida a la “desestigmatización” de la enfermedad⁵³.

El informe de seguimiento de la declaración del Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA evaluó las respuestas de las organizaciones religiosas durante el período transcurrido de la siguiente manera:

18. La importancia de las organizaciones religiosas en la respuesta al VIH/SIDA fue considerablemente admitida, dada su larga historia de servicio en las comunidades, su autoridad moral y los recursos financieros y organizativos de que disponen. Además, estas organizaciones gozan de un alcance que no se puede igualar y a menudo están presentes en las áreas más remotas. Los representantes de las organizaciones religiosas fueron sinceros al admitir que, en general, han sido lentos en reaccionar a la epidemia, a menudo a causa del estigma y de las connotaciones morales asociadas con ser VIH-positivo. Sin embargo, a medida que ha ido creciendo el número de creyentes víctimas de la enfermedad, la postura de muchos dirigentes religiosos ha ido evolucionando.

19. En la actualidad, la mayoría de religiones ha asumido el desafío planteado por el VIH/SIDA, proporcionando consuelo espiritual y apoyo a las personas que viven con el VIH/SIDA y a sus familias, haciendo frente al estigma y la discriminación, e incorporando mensajes educativos de prevención en sus servicios de culto. Se reconoció que el diálogo con asociados religiosos internacionales y con agencias ecuménicas, como el Consejo Mundial de Iglesias, había desempeñado un papel importante en impulsar un cambio.

⁵³ Declaración de las organizaciones religiosas presentada por el Consejo Mundial de Iglesias. *Una mayor colaboración entre las organizaciones religiosas, los gobiernos y las organizaciones intergubernamentales*. Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Nueva York (EE:UU), 25-27 de junio de 2001.

20. No obstante, se indicó que los programas religiosos operan en el marco de valores religiosos que hacen hincapié en la abstinencia, la fidelidad y la compasión hacia el enfermo. Para los dirigentes religiosos presentes en estas reuniones, esto significaba que no podían apoyar ciertos métodos de prevención, como el uso del preservativo fuera del matrimonio o programas de intercambio de agujas/jeringas. En algunas regiones, las organizaciones religiosas son importantes proveedores de servicios de salud y ello implica el tratamiento de individuos con SIDA. Son pocos los que actualmente pueden ofrecer un tratamiento con medicamentos antirretrovíricos, una situación que probablemente solo puede remediarse mediante el suministro continuo de una considerable ayuda externa. En otras regiones, las organizaciones religiosas consideran que la provisión de un servicio de salud está fuera del alcance de sus recursos limitados y, por lo tanto, piensan que es mejor dejarla en manos de otros⁵⁴.

La Iniciativa Ecuménica sobre el VIH/SIDA en África (EHAIA) se emprendió en 2002 como una empresa conjunta de iglesias africanas, iglesias y agencias del Norte y el CMI⁵⁵. Esta iniciativa se ha visto fortalecida por la participación de organizaciones y redes de PVVS en la planificación y la gestión. El canónigo Gideon Byamugisha, una persona que vive con el VIH/SIDA, forma parte del Grupo Internacional de Referencia (el grupo directivo de la EHAIA) que guía el trabajo de la iniciativa a nivel internacional y subregional en África. ONUSIDA, organización con la que el CMI trabaja estrechamente, también contribuye a dirigir la iniciativa, proporcionando una información y un asesoramiento que son fundamentales. Los cuatro Grupos Regionales de Referencia de la EHAIA también incluyen a representantes de PVVS: el grupo de África Central cuenta con Marianne Djamba de Kinshasa (República Democrática del Congo); el de África Oriental con Rose Njeri de Nairobi (Kenya); el del Sur de África con Lynde Francis de Harare (Zimbabwe); y el de África Occidental con Samuel Williams de Freetown (Sierra Leone). Todos son miembros o dirigentes de redes de PVVS.

La experiencia del CMI como socio de la Iniciativa de Respuesta Comunitaria a la Epidemia del VIH/SIDA (CORE, por su sigla en inglés)⁵⁶ también ha ampliado el alcance de la

⁵⁴ Asamblea General de las Naciones Unidas. Seguimiento al resultado de la vigésimo sexto período extraordinario de reuniones: *Aplicación de la declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA: establecer colaboraciones y aumentar las respuestas al VIH/SIDA*. 58ª sesión A/58/150. Punto 48 del orden del día provisional, 2003. Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/SIDA, Nueva York (EE.UU.), 25-27 de junio de 2001.

⁵⁵ La Respuesta Ecuménica al VIH/SIDA en África, *Plan de acción, Consulta mundial sobre la respuesta ecuménica al VIH/SIDA en África*. Nairobi (Kenya), 25-28 de noviembre de 2001.

<http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-s.html>

⁵⁶ La Iniciativa de Respuesta Comunitaria a la Epidemia del VIH/SIDA (CORE, por su sigla en inglés) es un programa mundial patrocinado por USAID cuya misión es apoyar una respuesta eficaz, inclusiva y sugerente a las causas y consecuencias del VIH/SIDA mediante un fortalecimiento de la capacidad de los grupos religiosos y comunitarios. El enfoque principal de la Iniciativa CORE es promover los esfuerzos existentes, al mismo tiempo que impulsa y fomenta nuevos esfuerzos mediante diversas alianzas innovadoras en los ámbitos de la prevención, la reducción del estigma y la atención y el apoyo a las PVVS y a sus familias, a nivel comunitario. Esta iniciativa está dirigida por Care International en colaboración con el Consejo Mundial de Iglesias (CMI), el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (ICRW, por su sigla en inglés), la Alianza Internacional contra el VIH/SIDA, y el Centro para Programas de Comunicación (CCP, por su sigla en inglés) de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad John Hopkins. Mediante una red mundial de asociados, la Iniciativa CORE proporciona una asistencia técnica y un desarrollo organizativo modernos a organizaciones comunitarias y religiosas, así como a otros socios de USAID, para elaborar, aplicar y evaluar programas comunitarios integrales en relación con el VIH/SIDA. En base a los siguientes principios, la Iniciativa CORE se esfuerza por garantizar la introducción de innovaciones, la transferencia y la promoción de las buenas prácticas y la documentación de las lecciones aprendidas.

participación de las organizaciones religiosas en cuanto se refiere al trabajo en colaboración con organizaciones de PVVS.

Más recientemente, el CMI ha formado parte de una amplia coalición para la redacción y promoción de un Código de prácticas recomendadas para las intervenciones de las ONG contra el VIH/SIDA ⁵⁷. El proceso de redacción mostró de nuevo la necesidad de introducir ciertos cambios en la vida de las iglesias y de las organizaciones religiosas a fin de promover y apoyar el principio de una mayor participación de las personas que viven con el VIH/SIDA (MPPS) (véase 3.4 El imperativo de trabajar con organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA).

-
- Innovación aplicada: fomentar y recompensar la innovación en las organizaciones comunitarias y religiosas.
 - Aprendizaje y excelencia: apoyar y aumentar la excelencia en los programas relativos al VIH/SIDA, en términos de compromiso, sostenibilidad e impacto.
 - Asociación y colaboración: trabajar con una amplia gama de ejecutores y donantes locales, nacionales y regionales.
 - Respuesta a la necesidad comunitaria: crear mecanismos para involucrar a los actores comunitarios en todos los aspectos de los programas relativos al VIH/SIDA.
 - Enfoque multisectorial: fortalecer la capacidad de las comunidades para hacer frente al VIH/SIDA en un contexto de seguridad respecto a los medios de subsistencia, los derechos humanos, el desarrollo económico, la seguridad alimentaria, la educación, la salud y la igualdad entre los géneros.

La Iniciativa CORE reúne a grupos de interés clave, como PVVS, organizaciones comunitarias y religiosas, organizaciones no gubernamentales (ONG), organizaciones privadas de voluntarios y donantes para facilitar una programación integral de alta calidad en la prevención del VIH/SIDA, la atención y el apoyo a nivel comunitario. La Iniciativa CORE opera con sus asociados a través de ocho elementos programáticos interrelacionados que proporcionan financiación, asistencia técnica e información:

1. Estrechas colaboraciones con varios grupos locales basados en EE.UU y con grupos regionales e internacionales, que incluyen a PVVS, entre las que cabe mencionar consultas con comunidades y organizaciones religiosas y asociaciones de PVVS para identificar necesidades y mecanismos de colaboración.
2. Pequeñas donaciones destinadas a proporcionar dinero semilla o apoyo técnico a fin de aumentar la capacidad y ampliar programas.
3. Proyectos de demostración para transferir o ampliar la escala de innovaciones eficaces.
4. Gestión del conocimiento y aprendizaje.
5. Asistencia para fortalecer la capacidad de las organizaciones comunitarias y religiosas y de sus organismos de coordinación regionales e internacionales.
6. Apoyo técnico destinado a las misiones de USAID sobre cómo apoyar de forma eficaz y adecuada la respuesta multisectorial de las comunidades y las organizaciones religiosas frente a la epidemia del VIH/SIDA.
7. Coordinación de los donantes y los ejecutores.
8. Mecanismos de seguimiento y evaluación a todos los niveles que capten de forma eficaz y apropiada los puntos fuertes y débiles de las organizaciones comunitarias y religiosas. Trabajar con los asociados para velar por la aplicación del principio de una mayor participación de las personas que viven con el VIH/SIDA (MPPS) será importante para la respuesta.

Más de 50 organizaciones, entre las que figuran el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (ICRW), la Asociación Médica Islámica de Uganda, el Ejército de Salvación, la Conferencia Mundial sobre Religión y Paz, y la Asociación Cristiana de Jóvenes (ACJ) han prometido apoyar este esfuerzo. La Iniciativa CORE se llevará a cabo en un espíritu de aprendizaje mutuo, colaboración e intercambio, que incluya la participación de las PVVS y sus organizaciones de apoyo, con la esperanza de prevenir y mitigar los efectos de la epidemia del VIH/SIDA.

⁵⁷ *Renovemos nuestra voz: Código de prácticas recomendadas para las intervenciones de las ONG contra el VIH/SIDA.*

<http://www.ifrc.org/sp/what/health/hiv aids/code/>

El CMI y otras 30 redes relacionadas con el Consejo y organizaciones miembro firmaron el Código a finales de octubre de 2004. Su firma hace que estas organizaciones religiosas tengan que cumplir con las normas establecidas en el Código. Asistir a las iglesias miembro para que trabajen más estrechamente con las PVVS de forma tangible es esencial en el proceso de seguimiento tras la ratificación. Esto garantizará que las contribuciones realizadas por las iglesias en el ámbito de la prevención del VIH y la atención a las PVVS, y de las acciones de defensa y promoción en la respuesta al VIH/SIDA sean reconocidas por toda la comunidad y se arraiguen en la vida de las iglesias.

Las lecciones aprendidas de las iniciativas mencionadas arriba que deben tenerse en cuenta para establecer alianzas son:

- Las PVVS deben participar en la planificación y la gestión de las iniciativas sobre el VIH/SIDA.
- Las organizaciones religiosas deben rendir cuentas no solo a sus miembros sino también a los gobiernos, a las ONGs y a los organismos internacionales. Esto significa que las organizaciones religiosas deben ser transparentes en su trabajo y estar abiertas a las recomendaciones de los otros grupos involucrados en la cuestión.
- Se tienen que establecer mecanismos concretos de medición, entre otros, para el seguimiento y la evaluación que garanticen que las organizaciones rindan cuentas sobre el cumplimiento de los principios establecidos.

Capítulo 3

Crear alianzas

Este capítulo examina las alianzas en general, y las alianzas entre iglesias, que existen desde hace muchos años, en particular. Por lo que respecta a la creación de alianzas entre las iglesias y las organizaciones de PVVS, se analizan cuestiones como el porqué de estas alianzas, una cuestión que cubre aspectos como los imperativos del Evangelio y los beneficios para ambas partes; las fuentes de financiación; y algunas de las dificultades con que se encuentran tanto las iglesias como las personas que viven con el VIH/SIDA y sus organizaciones al establecer alianzas. También se tratan otros temas, como la incidencia del trabajo programático o de las cuestiones relacionadas con el VIH y la iglesia en las alianzas entre iglesias y organizaciones de PVVS. El capítulo termina con una sección que expone cómo se materializan, en la práctica, las alianzas entre las iglesias y las organizaciones de PVVS a distintos niveles, como por ejemplo, a nivel de los dirigentes de iglesia, los sacerdotes o ministros de una parroquia, los grupos de mujeres, o la formación teológica.

3.1 ¿Qué es crear alianzas?

Al hablar de crear alianzas nos referimos a trabajar con otros para conseguir lo que no podemos conseguir nosotros solos. Una alianza describe un tipo especial de relación en la que las personas o las organizaciones combinan sus habilidades y recursos para realizar actividades específicas con un propósito común que las beneficia mutuamente. La ventaja de crear alianzas es que las diferentes personas y organizaciones poseen una amplia gama de recursos que pueden ser aprovechados por todos.

Las ONGs utilizan diferentes términos para referirse a la creación de alianzas. Algunas, por ejemplo, las describen como “relaciones externas”, otras las nombran “asociaciones colaborativas”. Es importante que las iglesias definan ellas mismas el significado de conceptos clave como “colaboraciones”, “alianzas estratégicas”, “relaciones externas”, etc. que usan corrientemente.

Crear alianzas es establecer relaciones profundas sobre la base de un número limitado de objetivos prácticos y específicos cuidadosamente determinados. No es lo mismo que “hacer relaciones públicas” o “establecer redes”, cuyas actividades son probablemente más superficiales, tienen un gran número de objetivos y su propósito general es compartir información y promover la solidaridad. Si bien crear alianzas y hacer relaciones públicas no es lo mismo, ambas cosas pueden ser de utilidad para la iglesia y su trabajo relacionado con el VIH/SIDA en las comunidades. Las alianzas pueden establecerse por un período de tiempo limitado o en función de una tarea.

A la hora de crear una alianza, será de utilidad para las iglesias recordar la teología de la creación del libro del Génesis 1-2: que Dios es el creador de todas las cosas y de toda vida; que *todo lo que Dios creó era bueno* (Gn. 1:4,10,12,18,31); y, además, que Dios encomendó a los seres humanos la custodia de la tierra para cuidar de todas sus cosas buenas (Gn. 1:28). El VIH y el SIDA destruyen la vida creada por Dios, una vida que es buena. Al trabajar con los otros actores que participan en la respuesta al VIH/SIDA, y en particular, con las organizaciones de PVVS, las iglesias pueden verse a sí mismas como *co-creadoras con Dios* en el combate por preservar la vida frente al ataque del VIH/SIDA.

Casi todas las iglesias ya tienen experiencia en la creación de alianzas; muchas han formado alianzas con iglesias hermanas que datan de hace décadas. Muchas de estas alianzas son entre iglesias del Norte e iglesias del Sur. Sin embargo, a menudo, las relaciones entre asociados han sido desequilibradas debido a que han estado dominadas por las iglesias del Norte, que tenían el control financiero y directivo. Las alianzas entre iglesias en torno al VIH/SIDA ofrecen la oportunidad de corregir este desequilibrio y de crear una relación justa. Los países en desarrollo tienen las mayores necesidades, y las respuestas deben reflejar las necesidades y experiencias reales de las personas que viven con el VIH/SIDA y de sus iglesias.

En los recuadros 2,3 y 4, a continuación, se describen interesantes iniciativas de cooperación y colaboración entre iglesias y organizaciones religiosas del Norte y del Sur. Ponen de manifiesto los esfuerzos realizados por las iglesias y las organizaciones religiosas para aumentar los recursos financieros y así poder ampliar la gama de sus programas y proyectos.

Recuadro 2: Iglesia Unida del Canadá: Campaña “Perlas de esperanza”⁵⁸

La Iglesia Unida del Canadá (UCC, por su sigla en inglés), la mayor denominación protestante del Canadá, lanzó por un período de dos años (diciembre de 2002 – diciembre de 2004) la campaña “Perlas de esperanza”, una campaña destinada a concienciar, abogar y recaudar fondos para el VIH, con la esperanza de:

- llevar a cabo acciones que mejoraran las políticas que repercuten en las vidas de las personas que viven con el VIH/SIDA o están afectadas por la enfermedad;
- fomentar la toma de conciencia y la participación de la iglesia, a todos los niveles, en los temas relacionados con el VIH/SIDA; y
- recaudar un millón de dólares canadienses para apoyar las respuestas de sus asociados, a nivel mundial, a la crisis del VIH/SIDA.

Se invitó a las congregaciones a utilizar los materiales de la campaña “Perlas de esperanza” para concienciar a sus miembros sobre la pandemia del VIH/SIDA. La campaña “Perlas de esperanza” se inspiró de los *pins* hechos con perlas por grupos de mujeres en Sudáfrica, y por hombres y mujeres zambianos que viven con el VIH/SIDA, y que se han convertido en una señal de apoyo hacia los millones de personas con VIH/SIDA. Justo antes del Día Mundial del SIDA, la UCC informó que la campaña había recaudado dos millones de dólares, el doble de su objetivo inicial⁵⁹.

La campaña “Perlas de esperanza” apoyó el trabajo de asociados de diferentes partes del mundo en varios ámbitos:

- concienciación sobre cómo se propaga el VIH/SIDA;
- acciones de defensa y promoción destinadas a mejorar las políticas que tienen repercusiones sobre el VIH/SIDA y las personas que viven con el SIDA;
- acceso a las pruebas de VIH/SIDA y a servicios de asesoramiento;
- apoyo a las personas con VIH/SIDA y a las familias afectadas por la enfermedad (los huérfanos del VIH/SIDA inclusive);
- formación de dirigentes para poder ayudar a sus comunidades a responder mejor al

⁵⁸ Véase <http://www.united-church.ca>

⁵⁹ La *campaña contra el SIDA de la Iglesia Unida del Canadá dobla su objetivo de recaudación de fondos*. Ecumenical International News, Ottawa (Canadá), 30 de noviembre de 2004.

virus; y

- fortalecimiento de la capacidad de las organizaciones para participar de una forma más eficaz en la lucha contra el VIH/SIDA.

La UCC ha creado una alianza con consejos de iglesias, diferentes denominaciones y agencias no gubernamentales en más de 40 países de África, Asia, el Caribe y América Latina. Sus asociados han desarrollado programas, han adquirido conocimientos prácticos y se han convertido en actores nacionales prominentes en la lucha contra la propagación del VIH/SIDA. Como asociados, reciben un apoyo continuo a través del Fondo Misión y Servicio de la Iglesia Unida del Canadá, pero las necesidades van más allá del apoyo que puede proporcionar este fondo. Por eso, se realizó la campaña.

Recuadro 3: Caridades Cristianas Ortodoxas Internacionales y la Iglesia Ortodoxa Etiope amplían la Campaña anti SIDA⁶⁰

En Etiopía, un país de 70 millones de habitantes donde se estima que alrededor del 50% de la población son cristianos ortodoxos y que ocupa el tercer lugar del mundo en cuanto al número de personas que viven con el VIH/SIDA (2,2 millones de personas y 1,2 millones de niños huérfanos a causa del SIDA), el saludo habitual de un sacerdote ortodoxo a los miembros de su congregación ha pasado a ser: “Que Dios te salve a ti y a tu familia del SIDA”. La epidemia del SIDA ha afectado a Etiopía como a pocos países en África, lo cual ha incitado a la Iglesia Ortodoxa Etiope a llevar a cabo un creciente esfuerzo para educar a la nación sobre la enfermedad y a confortar a los afligidos.

El Patriarca Paulos se ha convertido en un dirigente que habla abiertamente sobre el desafío que el VIH plantea a Etiopía, y que convoca cada año grandes reuniones, bajo el lema “Salvar al Pueblo”. La Iglesia también difunde con regularidad su mensaje anti SIDA en los servicios de culto, los estudios bíblicos y las clases de catequesis. Debido a su tamaño, la Iglesia Ortodoxa Etiope, se encuentra en una posición única para poder difundir este mensaje a una gran parte de la población. Con 35.000 iglesias y monasterios, y 500.000 miembros ordenados (incluyendo sacerdotes, diáconos y monjes), la Iglesia tiene acceso a las partes más remotas de Etiopía.

Ahora, la campaña se está expandiendo gracias al apoyo de las Caridades Cristianas Ortodoxas Internacionales (IOCC, por su sigla en inglés), la agencia de ayuda humanitaria de los cristianos ortodoxos. El nuevo programa de las IOCC fortalecerá las iniciativas contra el SIDA de la Iglesia Ortodoxa Etiope y de su brazo humanitario la Comisión de Desarrollo y Ayuda Intereclesial (DICAC, por su sigla en inglés). “Esta batalla requiere la cooperación de todos los que en Etiopía, y fuera del país, tienen los recursos y los conocimientos prácticos para ayudar”, dijo Su Santidad Abune Paulos, Patriarca de la Iglesia Ortodoxa Etiope. “Salvar la vida es la obligación fundamental de la Iglesia: es su deber sagrado y su responsabilidad”.

El proyecto, que tiene una duración de tres años y un coste de US\$ 6 millones, y también cuenta con el apoyo de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), tiene por objetivo:

⁶⁰ *Las Caridades Cristianas Ortodoxas Internacionales y la Iglesia Ortodoxa Etiope amplían la campaña anti SIDA – el nuevo acuerdo por US\$ 6 millones con USAID fortalecerá las iniciativas, 5 de febrero de 2004.*

www.iocc.org

- Fomentar la capacidad de la iglesia para cuidar a los huérfanos a causa del sida y proporcionar servicios de cuidados paliativos a las personas que viven con el VIH/SIDA. Para el año 2006, se planifica extender los servicios de atención de la comunidad religiosa a casi 9.000 huérfanos y niños vulnerables, los cuales recibirán supervisión adulta y acceso a la educación, atención sanitaria, comida, cobijo y otras formas de asistencia.
- Reducir la incidencia de las infecciones por el VIH en Etiopía mediante una campaña educativa que promueva la importancia de la abstinencia o la fidelidad a una pareja, sobre todo entre los jóvenes de 15 a 24 años.
- Formar asesores que difundirán el mensaje de prevención del SIDA más allá del programa en sí, y que a su vez formarán a otras personas. Mediante este modelo de “formación de formadores”, en 2006 habrán miles de asesores para apoyar la campaña anti SIDA.
- Ampliar la red de “Centros de Esperanza” de la Iglesia para huérfanos a causa del SIDA de los 13 centros actuales a 200.
- Ampliar los servicios de cuidados paliativos para las PVVS, aumentando el número de programas comunitarios a 250 para 2006.

Recuadro 4: El Fondo mundial contra el SIDA de la Iglesia Metodista Unida

Para responder a la pandemia mundial del VIH/SIDA, la Iglesia Metodista Unida de los Estados Unidos, en su Conferencia General de 2004, adoptó la resolución de crear un Fondo mundial contra el SIDA:

Hasta la fecha, la respuesta de los cristianos, los metodistas unidos inclusive, ha sido mínima, sobre todo si se tienen en cuenta nuestros recursos y nuestros compromisos en otros ámbitos.

Por lo tanto, la Conferencia General de 2004 decide comprometerse a crear el Fondo mundial contra el SIDA de la Iglesia Metodista Unida (UMGAF, por su sigla en inglés). Durante el período 2005-2008, los metodistas unidos recaudarán US\$ 8 millones.

Además se decide que de la cantidad total del dinero recaudado en cada conferencia anual para el UMGAF, el 25% será retenido por la conferencia anual que lo haya recaudado para ser utilizado en programas de lucha contra el VIH/SIDA en su región y en otros proyectos mundiales que estén relacionados con esa conferencia. Cada conferencia anual designará una agencia adecuada para la promoción y distribución de estos fondos.

El Fondo mundial contra el SIDA de la Iglesia Metodista Unida:

- Asistirá a las congregaciones y a las conferencias locales a identificar y crear alianzas a nivel mundial para llevar a cabo un ministerio mutuo para con las personas afectadas por el VIH/SIDA.
- Proporcionará apoyo a proyectos patrocinados por congregaciones locales o por organizaciones relacionadas con la Iglesia Metodista Unida, los socios autónomos de las iglesias metodistas y la iglesia ecuménica.
- Promoverá alianzas entre congregaciones y conferencias de los Estados Unidos y

congregaciones metodistas y organizaciones ecuménicas de diferentes partes del mundo que participen en la lucha contra el VIH/SIDA.

- Abogará por la justicia social, especialmente en favor de un incremento de la financiación gubernamental y no gubernamental y sobre cuestiones relacionadas con el papel de las compañías farmacéuticas.
- Elaborará materiales de defensa y promoción adecuados y directrices sobre la financiación.
- Requerirá los servicios de una persona con las competencias adecuadas en materia de liderazgo para llevar a cabo un cometido especial en el ámbito del SIDA a nivel mundial.

Reflexión

“Después oí la voz del Señor que decía: ¿A quién enviaré, y quién irá por nosotros? Entonces respondí yo: Heme aquí, envíame a mí” (Is. 6:8).

Identifiquen qué palabras clave se utilizan cuando se habla de crear alianzas fuera del mundo de la iglesia, y elaboren una definición o hagan un dibujo que exprese el significado de cada palabra en relación con alguna de las ideas bíblicas que se desprenden del versículo citado arriba.

3.2 ¿Con quién se pueden crear alianzas?

Las alianzas pueden incluir a representantes de la sociedad civil, ONGs, asociaciones de personas con el VIH/SIDA, las Naciones Unidas, grupos de mujeres, el sector privado, el gobierno, y naturalmente a otras organizaciones religiosas.

Los profesionales de la salud constituyen asociados clave para los dirigentes religiosos, pues pueden cubrir importantes lagunas en cuanto se refiere a conocimientos, habilidades y experiencia, y proporcionar información sobre los servicios, los síntomas, los tratamientos y las necesidades psicológicas.

Los medios de comunicación también constituyen asociados muy importantes. Las iglesias deben tomar la iniciativa de establecer relaciones con los periodistas, de alentarles a comprender mejor la perspectiva de la iglesia y a centrarse más en las soluciones y menos en el sensacionalismo. Un ejemplo de este tipo de iniciativa son los seminarios sobre medios de comunicación que, en el marco del programa “Embajadores de la Esperanza”, llevaron a cabo las Iglesias Unidas contra el VIH/SIDA en el Sur y el Este de África (CUAHA, por su sigla en inglés)⁶¹ en colaboración con la Red africana de dirigentes religiosos que viven con el VIH y

⁶¹ Véase <http://www.cuaha.info/web>. CUAHA es una red ecuménica de iglesias y organizaciones religiosas que participan en programas de capacitación destinados a los asociados que trabajan con personas afectadas por el VIH/SIDA. El objetivo global del proyecto es reducir el número de nuevas infecciones por el VIH y mejorar los servicios de atención integrando el trabajo relacionado con el VIH/SIDA en el trabajo de las iglesias, las organizaciones relacionadas con las iglesias y las organizaciones religiosas. Su propósito es reducir los comportamientos de alto riesgo y, al mismo tiempo, luchar contra la exclusión social y la estigmatización a las que hacen frente las personas que viven con el VIH/SIDA.

el SIDA o están personalmente afectados (ANERELA+). En los seminarios, se explica a los periodistas y a los clérigos el papel fundamental que ambos pueden desempeñar en superar el estigma y proporcionar información precisa. También se les plantea la cuestión del uso de un lenguaje estigmatizante.

Muchas iglesias ya han establecido alianzas de larga duración con iglesias hermanas, algunas de las cuales proporcionan apoyo financiero. La Iglesia Ortodoxa Etíope, por ejemplo, va a

El objetivo del proyecto es fortalecer las capacidades de sus asociados mediante el establecimiento de unas condiciones que les permitan compartir sus materiales, buenas prácticas, innovaciones y conocimientos prácticos a fin de crear estrategias, métodos de trabajo, proyectos y campañas comunes en torno a sus programas sobre el VIH/SIDA. Se promueve el trabajo preventivo, compasivo y humanitario, así como la construcción de la tolerancia. Hace hincapié en las acciones y proyectos que atraviesan las fronteras entre países, culturas y denominaciones.

CUAHA cuenta con miembros de 24 iglesias y organizaciones católicas, luteranas, anglicanas, pentecostales y ortodoxas de 12 países de África: Angola, Botswana, Etiopía, Kenya, Malawi, Namibia, Ruanda, Sudáfrica, Swaziland, Tanzania, Uganda y Zimbabwe, y también de Finlandia. CUAHA se inició en 2002 para responder a las demandas de las iglesias, organizaciones relacionadas con las iglesias y organizaciones religiosas del Este y del Sur de África de unir esfuerzos y recursos con sus asociados finlandeses en la lucha contra la pandemia del VIH/SIDA. El proyecto recibe el apoyo financiero del programa de cooperación para el desarrollo para organizaciones no gubernamentales del Ministerio de Asuntos Exteriores de Finlandia. También recibe fondos de varias organizaciones finlandesas relacionadas con las iglesias. La red se ha construido sobre la base de contactos y redes ya existentes en el marco de la cooperación finlandesa-africana, tanto a nivel Sur-Sur como Sur-Norte.

CUAHA ha definido seis componentes temáticos en torno a los cuales concentra sus esfuerzos:

- Defensa y promoción: mediante el programa “Embajadores de la Esperanza” CUAHA apoya a un grupo de voluntarios infectados o afectados que abogan públicamente para vivir positivamente con esperanza, y apoyan a grupos locales en su trabajo. El lanzamiento del primer vídeo de CUAHA, “Embajadores de la Esperanza”, tuvo lugar en Dar es Salaam, el 20 de noviembre de 2003. Actualmente existe en inglés y suajili. Para mayor información sobre este vídeo, póngase en contacto con Maria Owen info@cuaha.info o Euni Motsa, Servicio Luterano para el Desarrollo, P.O. Box 388, Mbabane, Swaziland H100. Tel:+268-404-2562 lds@realnet.co.sz.
- Información, comunicación y redes de contactos: el objetivo es conseguir un intercambio de información y una capacidad de comunicación que sean mejores y más sólidos, y una buena comunicación entre los asociados de CUAHA y las otras redes. Una de las actividades que se ha llevado a cabo es la organización de seminarios de sensibilización respecto a los medios de comunicación. Para ponerse en contacto con la oficina regional de CUAHA, escriba a Maria Owen info@cuaha.info. Para más información sobre los seminarios, póngase en contacto con Mari Teinila, mari.teinila@kotimaa.fi.
- Diakonia (Ministerio de curación), servicios sociales y atención pastoral.: el objetivo es fortalecer a las iglesias para que puedan cumplir con su responsabilidad social y para que puedan ser comunidades de curación. Persona de contacto en la oficina regional de CUAHA: Maria Owen, Coordinadora Regional de la Red. P.O. Box 105647, Dar es Salaam, Tanzania. Tel/Fax: +255-22-2667657 info@cuaha.info o maria@cuaha.info.
- Teología y ética: el objetivo es acordar una agenda de trabajo común sobre las cuestiones teológicas y éticas relacionadas con el VIH y el SIDA. Persona de contacto: Dr. Veikko Munyika, CUAHA, Co-presidente, Iglesia Evangélica Luterana de Namibia, P/BAG 2018, Ondangwa, Namibia. Tel: +264-65-240241 gen.sec@mweb.com.na.
- Educación y formación: el objetivo es la capacitación de los trabajadores de la iglesia (profesionales y clero), los voluntarios inclusive, mediante la adquisición de competencias y conocimientos adecuados para hacer frente a las cuestiones relativas al VIH y al SIDA. Persona de contacto: Pastor Simon Mureithi, Full Gospel Churches of Kenya, P.O. Box 28272, Niarobi, Kenya. Tel: +254-20-785273 smmureithi@yahoo.co.uk.
- Arte y cultura: el objetivo es utilizar el arte y la cultura como elementos integrales de las actividades de CUAHA. Persona de contacto: Olli Pitkanen, Fida International, P.O. Box 50, 00421, Helsinki, Finlandia. olli.pitkanen@fida.info.

Equipo de CUAHA en Helsinki: Birgitta Rantakari, CUAHA, Presidenta, Helsinki Deaconess Institute, Alppikatu 2, 00530 Helsinki, Finlandia. Tel: +358-9-7750-4730.

recibir US\$ 6 millones de las Caridades Cristianas Ortodoxas Internacionales, la agencia de ayuda de los cristianos ortodoxos basada en los EE.UU., para dar un mayor ímpetu a la lucha de las iglesias contra el VIH/SIDA⁶².

Las iglesias deben reconocer su propio hándicap en cuanto se refiere a estructuras organizativas y a su necesidad de recibir apoyo técnico por parte de las agencias de la ONU y de las ONGs para elaborar materiales y fortalecer su capacidad. Muchas iglesias necesitan apoyo financiero, pero también deben admitir que tienen la responsabilidad de aportar sus propios recursos. Las organizaciones donantes, a su vez, deben reconocer que las iglesias aportan o pueden aportar recursos, como personal e instalaciones para reuniones. El recuadro 5 a continuación, “¿Dónde están los grandes proyectos de la Iglesia?” cuestiona la falta de proyectos presentados por las iglesias y las organizaciones religiosas a los donantes.

Si bien, a veces, ciertas iglesias pueden sentirse cohibidas o incompetentes para trabajar en colaboración con agencias de la ONU, ONGs y gobiernos o para hacer uso de sus competencias y recursos, es hora de que las iglesias se acuerden de que “De Jehová es la tierra y su plenitud; el mundo, y los que en él habitan” (Sal. 24:1). Se debe ver a estos otros actores como hijos de Dios, que utilizan los dones de Dios y que también trabajan por mantener lo bueno del mundo. Por lo tanto, se debe buscar la creación de alianzas.

Recuadro 5: ¿Dónde están los grandes proyectos de la iglesia?⁶³

Comentario personal de Christoph E. Mann, Administrador del Proyecto Iniciativa Ecuémica sobre el VIH/SIDA en África (EHAIA), Consejo Mundial de Iglesias, cma@wcc-coe.org

Nadie en la iglesia niega que el VIH/SIDA esté en el interior de la iglesia, ni que, aunque no fuese así, las iglesias deben responder al sufrimiento en el mundo. Sin embargo, las iglesias presentan a los grandes donantes muy pocos proyectos de buena calidad, que estén a la altura del desafío planteado. ¿Por qué?

¿Porque nadie da dinero para esto?

Rotundamente, no: existen billones de US\$ para la prevención del VIH y el SIDA y la atención a las personas afectadas, y para hacer frente a las consecuencias de la epidemia. Entre las grandes fuentes de financiación cabe mencionar: el Fondo Mundial, MAP y USAID. Asimismo, existen donantes de talla mediana, como fundaciones, gobiernos y ONGs, que en comparación a los donantes tradicionales de las iglesias siguen siendo grandes. El Fondo Mundial, por ejemplo, ha aprobado su tercera ronda de proyectos por aproximadamente US\$ 600 millones, por lo menos la misma cantidad que aprobó el año pasado. ¿Cuántas iglesias están preparando sus solicitudes de fondos?

¿Porque estos donantes no quieren dar dinero a las iglesias?

Falso: estos donantes buscan establecer una cooperación con las organizaciones religiosas porque saben que en muchas zonas, como en ciertos suburbios o en lugares despoblados, las iglesias tienen oportunidades únicas de llegar hasta la gente. En mi opinión, no se trata simplemente de una coincidencia el hecho de que un teólogo protestante, doctor en medicina, recientemente haya sido nombrado director de Relaciones Externas del Fondo Mundial.

⁶² *La Iglesia Ortodoxa Etíope recibirá una ayuda de millones de dólares para su trabajo contra el SIDA.* Ecuemical Internacional News (ENI-04-0066), Nairobi (Kenya), 9 de febrero de 2004.

⁶³ EHAIA News No. 4, <http://www.wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-news-e.html>

¿Porque las iglesias no se sienten capaces de dirigir grandes proyectos?

Quizás, pero algunos pequeños y medianos donantes incluso ofrecen formación para fomentar la capacidad en materia de planificación y gestión. De hecho, las iglesias ya manejan, aunque de forma muy descentralizada, grandes cantidades de dinero y dirigen a muchas personas, sobre todo en el ámbito de la atención sanitaria y de la caridad. Existen ejemplos que muestran que las organizaciones relacionadas con las iglesias pueden en efecto convertirse en prominentes actores profesionales a nivel nacional. La Asociación de las Iglesias de Zambia para la Salud (CHAZ), por ejemplo, ha pasado a ser uno de los principales beneficiarios de fondos del Fondo Mundial en Zambia, lo cual significa que recibe grandes cantidades de dinero para su propio uso y para transferir a otros miembros que operan en el marco del Mecanismo de Coordinación de País (MCP). Además, unas autoridades internacionales visitaron esta asociación, con ocasión del Día Mundial del SIDA, y elogiaron la alta calidad de su trabajo.

Entonces, ¿por qué no hay cientos de proyectos confesionales, ecuménicos o interreligiosos de ámbito nacional, que son particularmente indicados para las iglesias?

- ¿Porque las iglesias tienen miedo de las personas VIH-positivas?
- ¿Porque las iglesias las estigmatizan moralmente?
- ¿Porque las iglesias tienen mucho miedo de hablar del sexo – este don creador de vida que Dios nos ha otorgado?
- ¿Porque las iglesias no pueden hacer frente a la verdad para la que el Evangelio las ha hecho libres?
- ¿Porque el hecho de que un director profesional de proyectos manejara (y ganara) más dinero que un obispo significaría una pérdida de poder demasiado grande para los dirigentes de iglesia?

¿Lo he entendido todo mal?

Pero, entonces, ¿dónde están los grandes proyectos para ayudar a los decrepitos hospitales de la iglesia, a los jóvenes que buscan puntos de referencia, a las mujeres aisladas y estigmatizadas que cuidan de los enfermos, los huérfanos y los niños empobrecidos debido al VIH? Únicamente puedo ver unos pocos, que dan esperanza, pero que solo son unas gotas en el océano de la epidemia.

La alianza más crucial es la que puede establecerse con las comunidades mismas, que es donde las familias y los niños viven y mueren. Se necesita fomentar la atención con estrategias, mecanismos y estructuras a nivel comunitario que sean adecuadas para poder identificar las necesidades de las familias, movilizar asistencia y proporcionar servicios.

Las iglesias también deben abrirse a nuevos ámbitos de actividades, ámbitos que previamente, en general, han ignorado o han pensado que estaban fuera de su responsabilidad, como el ámbito político. El acceso al tratamiento debe ser una de las prioridades de la iglesia. Las iglesias tienen un papel legítimo, incluso esencial, que desempeñar en la defensa y promoción de políticas, leyes y programas que prevengan la infección del VIH y proporcionen atención a las PVVS. Esto significa utilizar una amplia gama de esfuerzos de defensa y promoción para participar desde en las discusiones políticas hasta en las acciones en la calle. El 1 de diciembre de 2003, Día Mundial del SIDA, por ejemplo, dirigentes de diferentes religiones hicieron una vigilia en Washington DC, frente al edificio del Tesoro de EE.UU., y

convocaron una rueda de prensa para instar al presidente George W. Bush y al secretario del Tesoro, John Snow, a una mayor participación en la lucha mundial contra el SIDA y la deuda. Los dirigentes religiosos mandaron cartas a Bush y a Snow exhortándoles a incrementar a por lo menos US\$5,4 billones el presupuesto del Presidente destinado al alivio del SIDA, la tuberculosis y la malaria a nivel mundial, así como a condonar el total de la deuda de los países empobrecidos a fin de que estos puedan asignar más recursos a la lucha contra la pandemia del VIH/SIDA⁶⁴.

El hecho de entrar en el ámbito político permitirá a la iglesia establecer contactos con nuevos asociados que trabajan en cuestiones relacionadas con el VIH y el SIDA, y al final logrará introducir a las iglesias en el proceso de financiación del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (Fondo Mundial)⁶⁵. Algunas redes relacionadas con las iglesias, como la Asociación de las Iglesias de Zambia para la Salud, así como algunas organizaciones internacionales relacionadas con las iglesias, como Caritas Internationalis y Visión Mundial, ya han obtenido logros considerables en este ámbito. Los recuadros 6,7 y 8 que aparecen a continuación proporcionan información sobre los procesos que han llevado a cabo tres organizaciones religiosas en relación con el Fondo Mundial.

Recuadro 6: Asociación de las Iglesias de Zambia para la Salud (CHAZ)⁶⁶

Fundada en 1970, CHAZ, una organización que aglutina a las instituciones sanitarias y a las organizaciones comunitarias de las iglesias, es una de las principales proveedoras de atención sanitaria de Zambia, cubriendo aproximadamente el 50% de las zonas rurales. El Mecanismo de Coordinación de País escogió a CHAZ, debido a su extensa infraestructura y a su experiencia local, como beneficiario principal. Esto significa que para el Fondo Mundial de lucha contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, CHAZ es responsable de desembolsar la subvención a las organizaciones religiosas con el fin de llevar a cabo un programa integrado contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.

El Fondo Mundial y CHAZ firmaron acuerdos para la concesión de subvenciones por un valor de casi US\$ 10 millones para la lucha contra el VIH y la tuberculosis (marzo de 2003) y contra la malaria (septiembre de ese mismo año). CHAZ supervisa la ejecución de los programas, que tienen como objetivo disminuir significativamente la carga de la enfermedad en Zambia. Mediante un tratamiento integral y esfuerzos de prevención, el programa sobre el VIH y el SIDA tiene el propósito de reducir en un 4% la prevalencia del VIH entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad y en más de un 20% el número de madres que transmiten la infección a sus hijos. El programa sobre la malaria tiene como objetivo disminuir la morbilidad y la mortalidad mediante la distribución de más de 1,5 millones de mosquiteros para camas tratados con insecticidas y aumentando el tratamiento combinado basado en la artemisinina (ACT), el tratamiento antimalárico más eficaz, sobre todo en las zonas donde se produce una resistencia a los medicamentos. El programa sobre la tuberculosis está aumentando el número de centros de salud que proporcionan el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS), el estándar internacional que se ha acordado para el control de la tuberculosis con el objetivo de aumentar el índice de curación de los nuevos casos al 57%.

⁶⁴ Newscope, un boletín informativo para los dirigentes de la Iglesia Metodista Unida, Vol.31, No. 49/5 de diciembre de 2003. <http://www.umph.org/resources/publications/newscope/viewIssue.asp?id=211>

⁶⁵ Para más información, véase: <http://www.theglobalfund.org/es/>

⁶⁶ Información proporcionada por el Dr. Simon Mphuka, Asociación de las Iglesias de Zambia para la Salud (CHAZ), mphuka@zamnet.zm

Recuadro 7: Caritas Internationalis⁶⁷

La red de Caritas Internationalis y otras organizaciones católicas que participan en la respuesta al VIH y al SIDA ha convocado dos reuniones de grupos de trabajo compuestos por expertos del Sur y del Norte con el objetivo de elaborar directrices para las agencias católicas que trabajan en programas antirretrovíricos (ARV), inclusive en programas con el Fondo Mundial. La primera reunión tuvo lugar en Wurzburg (Alemania) en agosto de 2001, antes de la creación del Fondo Mundial. La segunda se celebró en París (Francia) en abril de 2004 y tuvo en cuenta el interés de Caritas en el Fondo Mundial y su promoción, así como en la iniciativa de la OMS “3 por 5”.

Algunas agencias católicas han recibido apoyo financiero del Fondo Mundial. En Madagascar, los Servicios Católicos de Socorro, a falta de un Mecanismo de Coordinación de País (MCP), canalizan las subvenciones del Fondo Mundial, mientras que en Ruanda, la organización nacional de Caritas ha sido seleccionada MCP. Sin embargo, en otros países las agencias católicas informan que tienen muchas dificultades con la aplicación del proceso de concesión de subvenciones del Fondo Mundial, como la falta de comprensión por parte del MCP acerca de las organizaciones no gubernamentales o una discriminación contra las organizaciones religiosas.

Recuadro 8: La fórmula de Visión Mundial Internacional para el éxito de una propuesta: experiencia programática, capacidad técnica y comprensión política⁶⁸

Visión Mundial Internacional (VMI) es una ONG religiosa con oficinas en 100 países, tanto desarrollados como en desarrollo. VMI participó en los procesos que condujeron al establecimiento del Fondo Mundial desde mucho antes que las propuestas políticas se concretizasen en convocatorias a presentar solicitudes.

El Dr. Milton Amayun, médico de la sanidad pública, fue designado coordinador de VMI para las cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA y, como tal, participó en las consultas que condujeron a la creación del Fondo Mundial e informó a la red de oficinas de VMI sobre esta nueva posible fuente de financiación. Desarrolló una estrategia de participación y mantuvo contactos con varias organizaciones interesadas en el tema del VIH/SIDA. Luego, presentó el trabajo de VMI en diferentes foros sobre el VIH/SIDA.

A principios de 2002, empezó a difundirse información acerca del Fondo Mundial. Se alentó a las oficinas nacionales de VMI a ultimar sus programas y al personal a participar en el proceso de redacción de propuestas. En una reunión del personal africano sobre el VIH/SIDA en Johannesburg, se hicieron presentaciones sobre el Fondo Mundial y se emprendió un proceso de formación sobre la elaboración de programas sobre el VIH/SIDA.

Cuando el Fondo Mundial anunció la primera convocatoria para presentar propuestas, muchos miembros del personal de VMI de diferentes partes del mundo ya estaban al corriente desde

⁶⁷ Información proporcionada por el Padre Robert J. Vitillo, Asesor Especial sobre el VIH/SIDA, Caritas Internationalis. bobvitillo@cs.com.

⁶⁸ Información proporcionada por Milton B. Amayun, MD, MPH, Asesor Técnico, Iniciativa Esperanza, Visión Mundial Internacional, iaimilton@aol.com.

hacía varias semanas. Debido a sus relaciones continuas con los Ministerios de Salud, se invitó a varios directores nacionales a formar parte de los Mecanismos de Coordinación del País (MCP) o a redactar partes de la propuesta del país en cuestión.

La política de VMI ha sido ayudar a los MCPs a redactar propuestas de buena calidad, ofreciéndoles todos los recursos que podían. El personal local en Armenia, Camboya, la República Dominicana, la República Democrática del Congo, Timor Oriental, Lesotho, las Filipinas, Tanzania, Tailandia, Uganda y Zambia participaron activamente en la elaboración de propuestas para sus países. En Sierra Leona, VMI copatrocinó un equipo para la redacción de la propuesta. En la República Democrática del Congo, VMI proporcionó un experto en tuberculosis del Canadá. El Dr. Amayun ayudó a formular las propuestas de Lesotho, Mali, Mozambique y Sierra Leona, “países que no podían permitirse asistencia técnica para elaborar sus propuestas”.

VMI pudo aportar su experiencia a este proceso debido a que muchas de sus oficinas nacionales ya dirigían importantes programas relacionados VIH/SIDA y contaban con un personal altamente experimentado en la elaboración de programas.

Durante los últimos tres años, la cartera de programas del VMI aprobada por el Fondo Mundial se eleva a aproximadamente US\$100 millones. Esta suma incluye su labor como beneficiario principal de los fondos para el VIH/SIDA en Armenia (US\$ 7 millones) y en Guatemala (US\$ 40 millones), y como beneficiario principal de los fondos para la tuberculosis en Somalia (US\$ 13 millones).

Los recursos se destinan a varios tipos de intervenciones, entre las que cabe mencionar la prevención del VIH, la atención a los huérfanos, la compra de medicamentos y el apoyo a iniciativas populares. Los fondos para la tuberculosis se asignan principalmente al tratamiento a nivel comunitario; y en el ámbito de la malaria, las principales intervenciones son: la profilaxis, el tratamiento, los mosquiteros para camas y el apoyo a laboratorios.

En África existen diferentes tipos de respuestas basadas en la colaboración entre diferentes denominaciones y organismos ecuménicos. Los ejemplos mencionados a continuación proceden del documento *Respuestas de las organizaciones religiosas al VIH/SIDA en el África subsahariana*⁶⁹ (disponible actualmente en inglés y francés).

Mozambique es un país que ha vivido una guerra civil durante 16 años, además de inundaciones cíclicas y una grave sequía. Se estima que el 13% de la población vive con el VIH y el SIDA. Alrededor del 40% de los habitantes no tienen acceso a los servicios de salud, el índice de analfabetismo es del 60% y cuenta con 300.000 huérfanos. Frente a esta pobreza, la Red Cristiana contra el VIH/SIDA (*HIV/AIDS Network*) ha adoptado una valiente postura: “La fe como instrumento de cambio”; un principio acompañado de una declaración, aprobada por el Consejo Cristiano de Mozambique y la Asociación evangélica, que expresa su profundo compromiso de participar en la respuesta al VIH/SIDA.

⁶⁹ Parry, Dr Sue. *Respuestas de las organizaciones religiosas al VIH/SIDA en el África subsahariana* (actualmente disponible en inglés y francés), Coordinadora regional para el África Meridional. Consejo Mundial de Iglesias, Iniciativa ecuménica sobre el VIH/SIDA en África (EHAIA), 2003. <http://www.wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-documents-s.html>.

En el marco de otra iniciativa mozambiqueña, 74 iglesias colaboran en un proyecto llamado “Kubatsirana”. Su objetivo es establecer una colaboración ecuménica, apoyándose en las estructuras eclesiales de base, mediante la formación de pastores y voluntarios de forma que puedan promover la concienciación sobre el VIH/SIDA, programas prácticos de cuidados, apoyo, formación y seguimiento. Así, fomentan la capacidad de la iglesia y la comunidad para elaborar y llevar a cabo sus propios programas.

En Namibia, el programa Acción Católica contra el SIDA (*Catholic AIDS Action*) constituye un modelo único, pero que debería ser muy imitado, de programa nacional sobre el VIH/SIDA construido sobre la base de las estructuras de la iglesia. Acción Católica contra el SIDA, apoyada por la Conferencia Episcopal de Namibia, cuenta con 14 oficinas en el país y utiliza las estructuras de 90 parroquias y 300 comunidades, hospitales, clínicas, escuelas y centros de acogida cristianos como base para difundir el mensaje de prevención y asistencia. Tanto los cuidados a domicilio, como los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, la movilización comunitaria, el apoyo a los huérfanos y a los niños vulnerables y el apoyo a las personas que viven con el VIH/SIDA se basan en los valores cristianos de la dignidad humana y proporcionan apoyo y cuidado espiritual, emocional, social y físico. En colaboración con los Servicios Sanitarios Católicos y el Ministerio de Salud de Namibia, los voluntarios de Acción Católica contra el SIDA apoyan y reconfortan a los individuos que reciben una terapia antirretrovírica. Inspiradas por este modelo, las comunidades luteranas iniciaron un programa, en esta misma línea, en sus propias esferas de influencia y establecieron una estrecha colaboración con los católicos⁷⁰.

En Sudáfrica, la Campaña de Acción para el Tratamiento (TAC, por su sigla en inglés), <http://www.tac.org.za/>, que cuenta con un gran apoyo por parte de las organizaciones religiosas, es una campaña valiente que llama la atención de la comunidad internacional sobre la necesidad de ARVs para el país.

Los musulmanes tienen redes que constituyen modelos aplicables a otros países y regiones, como es el caso de la Asociación Médica Islámica, una red que trabaja sobre cuestiones sanitarias relacionadas con el VIH/SIDA. También existe una Asociación de Dirigentes Islámicos y una red para los musulmanes VIH-positivos, que tiene un sitio Web muy útil, <http://www.positivemuslims.org.za/>, así como una línea telefónica directa sobre el SIDA para los miembros de la comunidad que necesitan ayuda. ONUSIDA ha calificado de “buenas prácticas” ciertos ejemplos de colaboración entre musulmanes, el Estado y otras religiones en Senegal⁷¹.

En Botswana, donde el gobierno hace frente a la mayoría de las necesidades, las iglesias tardaron mucho tiempo en aceptar el desafío que plantea el VIH/SIDA. Sin embargo, cuando decidieron hacer frente a la epidemia, crearon el Programa cristiano de intervención contra el SIDA (BOCAIP, por su sigla en inglés), una iniciativa conjunta de diferentes denominaciones para cubrir las lagunas y complementar los esfuerzos gubernamentales, y establecieron un servicio de asesoramiento y una red sin parangón que ahora se ha convertido en una iniciativa regional que se extiende hasta Liberia. Véase el recuadro 15 “Ofrecer esperanza en medio de

⁷⁰ Para más información, póngase en contacto con Richard W. Bauer, MM, LCSW, miembro del Comité Ejecutivo, Catholic AIDS Action, P. O. Box 11525, Windhoek, Namibia. Tel: +264 61 276350; email: rick@caa.org.na, www.caa.org.na.

⁷¹ ONUSIDA, *Acting early to prevent AIDS: The case of Senegal*, (1999)

la desesperanza: el ejemplo de BOCAIP” en la sección 3.11 ¿Qué significa, en la práctica, crear alianzas?

Etiopía ha creado la “Organización de Servicios Sociales para el SIDA en Etiopía” (OSSA, por su sigla en inglés), que agrupa a organizaciones religiosas y ONGs especializadas en la lucha contra el VIH/SIDA, con el objetivo de apoyar los esfuerzos desplegados por el Ministerio de Salud en este ámbito. Sus programas de formación de dirigentes religiosos, creación de “clubes anti-SIDA” y otros servicios están teniendo un impacto considerable.

En Kenya se encuentran numerosas asociaciones, consejos, organizaciones, secretariados, consorcios y redes religiosas no sólo nacionales, sino también regionales e internacionales. Como se trata de organizaciones sombrilla o que tienen sucursales en muchos países, representan a varios millones de creyentes y, por lo tanto, pueden tener una influencia enorme.

Desde los comienzos de la epidemia, el gobierno de Uganda mostró un fuerte compromiso político en hacer frente al problema emergente. Puede que la ayuda externa que ha recibido el país haya surtido efecto, pero este no ha sido el único factor determinante en hacer retroceder la epidemia del SIDA en Uganda. El gobierno y la población reconocieron, desde el principio, que la responsabilidad de luchar contra el VIH recaía en ellos mismos y que su respuesta solo sería realmente eficaz si se unían. La Iglesia de Uganda, sea dicho en su honor, se posicionó a favor del gobierno y apoyó con todas sus fuerzas las campañas. Si bien la respuesta laica se basaba en la “promoción del preservativo” y un comportamiento responsable, el mensaje de las iglesias era la “abstinencia y la fidelidad”. En paralelo a la campaña educativa del gobierno bajo el lema “Amar con prudencia”, las iglesias lanzaron su propia campaña “Amar con fidelidad”. Ambas instituciones acordaron que no debían socavar los esfuerzos de la otra ni combatir sus mensajes, sino que cada una debía hacer lo mejor que podía dentro de sus propias esferas de influencia. Este tipo de respuesta ha sido un caso único en África.

En la práctica, la creación de alianzas varía en función de cada iglesia y organización religiosa, según sus necesidades, prioridades y proyectos. No obstante, en general, implica trabajar con:

<ul style="list-style-type: none"> • Departamentos del gobierno local • Programas nacionales sobre el SIDA • Emisoras de radio locales • Abogados • Representantes de agricultores • Grupos de comadronas • Dirigentes tradicionales • Periódicos • Clubes rotarios • Grupos de defensores de derechos humanos • Propietarios de fábricas • Otros sacerdotes, mullahs o monjes • Grupos de mujeres • Filántropos locales 	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios públicos • Organismos de las Naciones Unidas • Donantes internacionales • Presidentes • Personas que viven con el VIH y el SIDA • Individuos influyentes • Trabajadores sociales • Grupos de artistas • Grupos de jóvenes • Profesionales de la salud • Concejales locales • Académicos • Policías • Iglesias, mezquitas, templos
--	---

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dirigentes de negocios • ONGs que llevan a cabo acciones de defensa y promoción | <ul style="list-style-type: none"> • Curanderos tradicionales • Políticos |
|--|---|

Reflexión

“Y les dijo: ¿Es lícito en los días de reposo hacer bien, o hacer mal; salvar la vida, o quitarla?” (Mr. 3:1-6).

A la luz de este versículo, consideren con quiénes, de entre todas las organizaciones y personas que hacen frente al VIH en su área local, podría su iglesia crear una alianza.

3.3 ¿Por qué crear alianzas con organizaciones de PVVS?⁷²

Existen muchos motivos por los que es importante que las personas que viven con el VIH/SIDA participen en la respuesta a la epidemia del VIH y en la vida de las iglesias. A nivel social, reconocer públicamente su participación ayuda a reducir el estigma y la discriminación, y para la sociedad constituye una señal de aceptación y reconocimiento de las PVVS.

Las personas que viven con el VIH/SIDA constituyen el recurso más precioso de las iglesias para hacer frente al estigma. Se las ha descrito como “los curadores heridos” de nuestra época. Su plena inclusión en todos los aspectos de la vida de la iglesia es la mejor estrategia para cambiar actitudes y abolir el miedo. La experiencia de vivir con el VIH o el SIDA plantea cuestiones profundas acerca del significado del sufrimiento y la naturaleza de Dios, y el hecho de compartir estas vivencias permite enriquecer la espiritualidad de toda la comunidad de fieles. Algunas personas con el VIH o con SIDA han comentado que las liturgias y los rituales de la Iglesia han sido para ellas una gran fuente de vigor, en especial cuando se combinan con el apoyo de la comunidad de fieles⁷³.

En las iglesias, la participación de las PVVS puede ser una herramienta muy útil para romper barreras, tanto subjetivas como objetivas. Desde 1996, por ejemplo, en Ciudad del Cabo (Sudáfrica), la Iglesia Memorial JL Zwane, que lleva el nombre de su fundador, el pastor Jeremiah Lafangaye Zwane (véase el recuadro 9 a continuación) y es miembro de la Iglesia Presbiteriana Unida de África Meridional, ha adoptado la política de “no predicar antes de que una persona que vive con el VIH/SIDA hable”. La creación de un entorno de apoyo ha surtido un claro efecto en la reducción del estigma relacionado con el VIH.

⁷² Esta sección y la siguiente se han elaborado a partir del documento de ONUSIDA, De los principios a la práctica: Mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (MPPS), 1999. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC252-GIPA-i_es.pdf

⁷³ Vitillo, Revdo. Robert J. VIH y SIDA: el reto y el contexto. ¿Por qué las iglesias deberían responder a la problemática del estigma y la discriminación como reacción al VIH y al SIDA? En ONUSIDA, *Informe de un seminario teológico enfocado al estigma relacionado con el VIH y el SIDA*, Windhoek (Namibia), 8-11 de diciembre de 2003. www.unaids.org

Recuadro 9: No predicar antes de que una persona que vive con el VIH/SIDA hable⁷⁴

La Iglesia Memorial JL Zwane ha permitido y pedido que las personas que viven con el VIH/SIDA o estén afectadas por la enfermedad hablen en la iglesia cada domingo justo antes del sermón y compartan sus experiencias. En ciertas ocasiones todos los asistentes se han emocionado. La congregación ha aprendido a responder a aquellos que comparten sus vivencias con el apoyo que tanto necesitan. De esta forma, se insta a toda la comunidad de fieles a reflexionar sobre las consecuencias de esta epidemia. El domingo pasado, por ejemplo, una mujer a la que su marido abandonó cuando se enteró que tenía el VIH, habló junto a su suegra. Explicó que había estado muy asustada de desvelar su estado serológico y que su suegra había respondido muy bien y con mucho cariño. Esta mujer tiene tres hijos, uno de doce años que no tiene el VIH y dos niñas gemelas que son VIH-positivas. Su marido los abandonó, pero están contentos con su suegra, que se ocupa bien de la familia de su hijo. Ambas mujeres rogaron a las suegras que no echasen la culpa con demasiada rapidez y facilidad a sus nueras, sino que aprendiesen a ser más receptivas.

La estigmatización y la discriminación contra las PVVS está muy difundida, aunque a menudo adopta formas sutiles o ocultas, e incluso las personas que estigmatizan o discriminan no siempre son conscientes de su comportamiento. El hecho de trabajar con personas VIH-positivas a diario, y asociar el concepto de “personas que viven con el VIH o el SIDA” con una persona en concreto y no con un virus o una enfermedad terrible, ayudan a la gente a superar sus miedos y prejuicios, y a cambiar su percepción de las PVVS. Cuando se asienta una base para colaborar, respetarse mutuamente y comprender, la participación destruye los conceptos simplistas de “proveedor del servicio” (la persona VIH-negativa) y “beneficiario del servicio” (la persona VIH-positiva).

Además de reducir el estigma y la discriminación, las alianzas exponen a las iglesias o las organizaciones religiosas a las perspectivas únicas de las PVVS, a sus vivencias personales. Este tipo de experiencia puede mejorar el estado de ánimo general y reforzar el espíritu de equipo, o puede conducir a notables mejoras en el funcionamiento de una iglesia, un proyecto o un programa. Las PVVS pueden, por ejemplo, llevar a cabo un valioso trabajo de apoyo en una iglesia que contrata o designa a personas para que trabajen en cuestiones relacionadas con el SIDA, como educadores inter pares o trabajadores que prestan cuidados a domicilio o a la comunidad. Teniendo en cuenta que estos trabajadores a menudo reciben poco apoyo emocional o práctico en sus actividades de prevención y educación, las PVVS pueden aportarles su conocimiento, ayudarles a ganar confianza en ellos mismos, y reafirmar el valor de su contribución.

Las PVVS también pueden enseñar a la iglesias el lenguaje relacionado con el SIDA y a elaborar una respuesta que refleje las realidades locales de la epidemia. El recuadro 10 pone de relieve un ejemplo que ilustra este tipo de experiencia.

⁷⁴ Información proporcionada por el pastor Dr Spiwo Xapile, Iglesia Memorial JL Zwane, Iglesia Presbiteriana Unida de África Meridional, Sudáfrica, spiwo@sun.ac.za
www.jlzwane.sun.ac.za

Recuadro 10: Los dirigentes religiosos y las comunidades necesitan realizar análisis realistas del contexto y la situación y, a menudo, para ello, necesitan asistencia⁷⁵

En la experiencia de Ayuda de la Iglesia Noruega (NCA), aparece un problema recurrente. Muchos dirigentes de iglesia y muchas comunidades religiosas tienden a limitarse a hacer frente a las “cuestiones fáciles”, es decir, a aquellas que suscitan poca controversia en su tradición religiosa, como la asistencia, en particular a los huérfanos. El problema no es que esta cuestión no sea importante, pues obviamente lo es, sino que, a veces, el análisis contextual que hacen las comunidades religiosas es bastante limitado, por lo que se gastan muchos recursos en actividades que no responden necesariamente a las necesidades reales más acuciantes.

Ilustremos esta situación con un ejemplo de la experiencia de Ayuda de la Iglesia Noruega. NCA organizó una consulta para planificar las diferentes actividades relacionadas con el VIH en la región que cubre, y para facilitar el establecimiento de relaciones entre los diferentes sectores. El taller empezó con un análisis sobre la situación epidemiológica en la zona, que mostró claramente que la mayor parte de las PVVS y de las personas afectadas se encontraban en las áreas urbanas y que en su mayoría eran hombres que tenían relaciones sexuales con hombres y profesionales del sexo masculinos y femeninos.

Sin embargo, cuando examinaron la participación de las iglesias, se percataron de que ninguna iglesia abordaba las necesidades de estos grupos. Las iglesias centraban su trabajo o en los huérfanos, que en términos de números constituyen un problema marginal, o en proyectos de atención a la población rural pobre, donde los niveles de prevalencia del VIH eran apenas detectables. NCA observó que existía una clara diferencia con respecto a la respuesta de las organizaciones seculares con las que colaboraba, pues todas ellas, sin excepción alguna, trabajaban con las poblaciones más afectadas y llevaban a cabo iniciativas de prevención y asistencia, así como de movilización y sensibilización contra el estigma y la discriminación.

Un examen complementario de la carpeta de proyectos de la iglesia reveló que de hecho los trabajadores de base eran conscientes de esta incongruencia entre las necesidades y la acción desplegada. Como dijo una hermana católica:

Sé que todos ustedes piensan que no trabajamos con hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres porque nuestra tradición desaprueba su modo de vida, y que no trabajamos en el ámbito de la prevención porque no podemos fomentar el uso de los preservativos. Pero nuestro principal problema es que la mayoría de nosotros no tenemos un lenguaje apropiado para hablar de la sexualidad en nuestra iglesia. Las raras veces que hablamos de este tema, en cierto modo nos vemos forzados a aferrarnos al lenguaje y los conocimientos limitados que tenemos, y esto no es nada conveniente para la situación y el contexto actuales. Alguien necesita enseñarnos cómo hablar sobre la sexualidad de una forma real, sin que necesariamente se nos censure por nuestra manera de pensar acerca de, por ejemplo, los preservativos.

⁷⁵ Información proporcionada por Anne-Marie Helland, Asesora Especial, Ayuda de la Iglesia Noruega. anne-marie.helland@nca.no.

En mi iglesia, de hecho, intentamos ponernos en contacto con una fundación local que trabaja en temas relacionados con el SIDA para ver si podían ayudarnos, pero nos interrumpieron nada más empezar a hablar, diciéndonos que nuestra postura frente al uso de los preservativos era nefasta y que no tenían tiempo para personas como nosotras. De modo que estamos esperando a que nuestros dirigentes religiosos nos enseñen, pero creo que se sienten tan confusos e inseguros como nosotros...

En una situación así, contar con la participación de una sólida red de PVVS puede ser de valor inestimable. NCA pidió a la Diócesis Católica que crease un equipo para examinar estas cuestiones, y los puso en contacto con la oficina nacional de GNP+. Esta red constituyó, a su vez, un grupo compuesto por algunos de sus miembros, entre los que figuraba un teólogo católico, un ex profesional del sexo masculino y una chica adolescente que participaba activamente en su iglesia local. Juntos, iniciaron un viaje para averiguar cómo podían ayudarse mutuamente.

Reflexión

Lean la historia del Buen Samaritano (Lc. 10:29-37). El pueblo samaritano era un pueblo despreciado debido a su identidad étnica, pero Jesús lo revalorizó mucho más que a otros grupos étnicos prominentes y que a otros dirigentes religiosos, por su capacidad de compasión y de cuidar a los enfermos. De un modo similar, la iglesia, que tiende a ser relegada por el mundo de las ONGs, las agencias y algunos gobiernos, puede probar su valor trabajando a favor del bienestar de las personas que viven con el VIH/SIDA.

Las alianzas también resultan muy beneficiosas para las PVVS como individuos. La experiencia muestra que este tipo de colaboración, en particular si tiene lugar después de un período de desesperanza o depresión, aumenta la motivación de una persona. Las personas que viven con el VIH/SIDA, como todas las demás, necesitan sentirse valoradas por lo que pueden aportar. La participación ofrece apoyo a las personas VIH-positivas y puede fortalecerlas de forma que su contribución a la iglesia sea más eficaz. Además, las iglesias, mediante su colaboración con PVVS y una actitud de apertura para con ellas, pueden atender a sus necesidades espirituales. Se puede apoyar a las PVVS, en el marco de su religión, de muchas formas, como por ejemplo, mediante la oración, los sacramentos e incluso mediante peregrinaciones. El recuadro 11, “Umrah para los musulmanes que viven con el VIH/SIDA”, pone de relieve un ejemplo de cómo se puede cumplir con el precepto de una religión y al mismo tiempo satisfacer el deseo de algunas personas que viven con el VIH/SIDA.

Recuadro 11: ‘Umrah’ para los musulmanes que viven con el VIH/SIDA⁷⁶

El Movimiento Juvenil Islámico de Malasia (ABIM, por sus sigla en inglés) y la Fundación de la Comunidad Pelangi, en cooperación con las ONGs Musulmanes Positivos, Prokim y *Positive Living*, han tomado la iniciativa de asistir a PVVS que desean hacer una peregrinación a la Meca y a Medina mientras su salud se lo permite.

Todas las personas que viven con el VIH/SIDA necesitan fortaleza física, mental y espiritual.

⁷⁶ Rainer Rotthoff, rainers@yahoo.com [AIDS_ASIA! ‘Umrah’ para musulmanes que viven con el VIH/SIDA, 3 de enero de 2005]

Tras vivir durante años como seres marginados por la sociedad, la *Umrah* podría ser el lugar donde se reúnen con Alá, reciben su bendición y regresan al Islam como modo de vida.

Cuando esta iniciativa se lleve a cabo, será la primera vez que un grupo de musulmanes VIH-positivos realice la ‘Umrah’ (visita a los lugares sagrados en busca de la sabiduría y la misericordia de Alá) como grupo. Se ha lanzado una campaña de recaudación de fondos, bajo el lema “Oh Dios, anhelamos tu sabiduría y tu misericordia”, para que este deseo se haga realidad.

La misión de la Comunidad Pelangi es garantizar que todas las PVVS sin hogar tengan acceso a los cuidados médicos esenciales y al tratamiento de las infecciones oportunistas; y velar por que todas puedan vivir y morir dignamente.

El 70% de los costes de Pelangi los cubre la *Missionszentrale der Franziskaner* de Bonn (Alemania). Véase: <http://www.pelangifoundation.org>.

Los recuadros 12 y 13 describen ejemplos de alianzas entre redes internacionales de PVVS y organizaciones religiosas.

Recuadro 12: ANERELA + y GNP+

Red africana de dirigentes religiosos que viven con el VIH y el SIDA o están personalmente afectados (ANERELA+)

Los precursores de ANERELA+ fueron dirigentes de iglesia aislados que hablaban abiertamente sobre el VIH y el SIDA. ANERELA+ es una red panafricana interreligiosa abierta a dirigentes religiosos que viven con el VIH o que están afectadas personalmente por la enfermedad, y a las personas y organizaciones que apoyan su trabajo (amigos de ANERELA+). Su primera reunión tuvo lugar en 2002 y sus objetivos son:

- prestar apoyo sin juzgar;
- vivir de forma positiva, sana y abierta; y
- luchar contra el estigma, la negación, la discriminación y la pasividad en torno al VIH y al SIDA.

ANERELA+ organiza retiros con el propósito de capacitar a los participantes de modo que puedan convertirse en defensores y promotores de la esperanza y el cambio en sus propias congregaciones, comunidades y países. Esta red en rápida expansión utiliza el enorme potencial de sus miembros para hacer frente y superar el estigma, la discriminación, la negación y la pasividad asociadas con el VIH y el SIDA.

ONUSIDA y el CMI ayudan a ANERELA+ a identificar posibles miembros en otros países de África. Además de tener miembros en Kenia, Malawi, Mozambique, Sudáfrica, Swaziland, Tanzania, Uganda, Zimbabwe y Zambia, ANERELA+ tiene miembros en Angola, la República Democrática de Congo, Etiopía, Namibia, Nigeria, Ruanda y Togo. Actualmente cuenta con más de 500 miembros en los países en que opera, y varios grupos están alentándola a extenderse y convertirse en una organización verdaderamente internacional.

En el marco de ANERELA+, se ha elaborado un nuevo modelo para responder al HIV, denominado **SAVE** – *Safer practices, Available medications, Voluntary counselling and*

testing, and Empowerment through education – (Prácticas más seguras, disponibilidad de tratamiento, asesoramiento y pruebas voluntarias, y empoderamiento por medio de la educación). La prevención del VIH y del SIDA nunca será eficaz si no se incluye un componente de atención, por lo que el modelo SAVE combina tanto la prevención como la atención y transmite mensajes para contrarrestar la estigmatización.

Para una explicación más completa sobre SAVE, véase el recuadro 10 “Prevención y atención del VIH: un modelo alternativo” en 3.1 Prevención del VIH: transmisión sexual, del documento del CMI, *Trabajar con organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA, Documento de referencia*, 2005.

En el ámbito de las iglesias, ANERELA+ trabaja con miras a romper el silencio que rodea al VIH y al SIDA, lo cual, entre otras tareas, implica hacer que las iglesias reconozcan que ellas también tienen el SIDA; da ejemplo de cómo vivir positivamente; ayuda a elaborar, modificar y aplicar políticas, declaraciones y políticas de lugares de trabajo, y dirige grupos de apoyo.

Red mundial de personas que viven con el VIH/SIDA (GNP+)

GNP+, <http://www.gnpplus.net/>, es una red mundial dirigida por y para PVVS, que ha estado en la vanguardia de la elaboración de la respuesta mundial de la sociedad civil a la epidemia del VIH/SIDA. El objetivo general de GNP+ es “mejorar la calidad de vida de las personas con el VIH/SIDA”. Para intentar alcanzar este objetivo, GNP+ utiliza tres tipos de métodos:

- aboga a favor de la elaboración de políticas sólidas que protejan y procuren atención a las personas VIH-positivas;
- establece vínculos, en conferencias internacionales, para mostrar las fuerzas y las necesidades de las personas con VIH y cooperar con los sectores científicos y médicos, los gobiernos y los medios de comunicación, así como con la sociedad civil; y
- comparte recursos destinados a capacitar y fortalecer las organizaciones de personas con VIH a nivel local, nacional y regional de forma que puedan servir los intereses de las personas VIH-positivas de forma eficaz.

GNP+ organiza conferencias internacionales para personas que viven con el VIH/SIDA desde 1987. La agenda mundial de defensa y promoción, elaborada por PVVS en la Novena Conferencia Internacional de Varsovia, en agosto de 1999, tiene como objetivos:

- desarrollar una política en favor del acceso a la atención y el tratamiento,
- acabar con el estigma y la discriminación relacionados con el VIH, y
- promover una participación más significativa de un mayor número de personas que viven con VIH/SIDA.

GNP+ ha participado activamente en la creación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, promoviendo y defendiendo la participación eficaz de las PVVS en los Mecanismos de Coordinación del País. También representa a la delegación de comunidades que viven con las tres enfermedades en la Junta Directiva del Fondo.

GNP+ estableció una alianza con la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en 2001. Durante la 11ª Conferencia Internacional para Personas que Viven con VIH/SIDA en Kampala (Uganda), en octubre de 2003, se inauguró oficialmente ANERELA+. ANERELA+ se ve a sí misma como un puente entre lo que, de modo erróneo, se percibe como dos mundos diferentes: las iglesias y las organizaciones de PVVS. A través

de los miembros que pertenecen a ambas instituciones, espera tender un puente en las relaciones entre las iglesias y las PVVS.

Si bien esta alianza se encuentra en sus inicios, el CMI utiliza los conocimientos prácticos de ambas organizaciones para elaborar y promover un Marco de Compromiso: una política sobre el VIH/SIDA en el trabajo, la promoción de alianzas entre iglesias y organizaciones de PVVS, y la defensa y promoción de una declaración sobre el VIH y el SIDA en la Asamblea General de Porto Alegre (Brasil), 14-23 de febrero de 2006.

GNP+ y ANERELA+ también trabajan en estrecha colaboración en la preparación de la 11ª Conferencia Internacional para Personas que Viven con el VIH/SIDA, Lima (Perú), 9-14 de octubre de 2005, bajo el lema *Vivir 2005 "Living with HIV Partnership"*, y en los próximos meses firmarán un Memorando de Entendimiento.

Recuadro 13: Alianza entre la Asociación Cristiana Femenina Mundial (YWCA Mundial) y la Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/SIDA (ICW)⁷⁷

La YWCA Mundial cree firmemente que, en la respuesta al VIH/SIDA, crear alianzas con otras organizaciones que trabajan en el tema es crucial. Una de estas organizaciones es la Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/SIDA (ICW). Ambas comparten información, llevan a cabo acciones conjuntas de defensa y promoción, organizan intercambios y formación de personal, elaboran materiales, comparten espacios para reuniones y solicitan fondos conjuntamente.

Desde 2001, la YWCA Mundial y la ICW han compartido información y recursos destinados a las mujeres. En el contexto de la Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA de ONUSIDA, las dos organizaciones trabajan juntas en la elaboración de mensajes clave con el objetivo de defender y promover el liderazgo de mujeres en el ámbito del VIH/SIDA. También se están elaborando materiales y recursos didácticos sobre el estigma y la discriminación especialmente concebidos para las mujeres. La YWCA Mundial consulta a la ICW para cerciorarse de que los mensajes sean respetuosos y no discriminatorios.

La YWCA Mundial y la ICW cooperan en temas relacionados con el lugar de trabajo. En cuanto se refiere a este tema, la ICW compartió con la YWCA Mundial políticas sobre el VIH/SIDA en el trabajo que incluyen a PVVS y formará al personal de la YWCA Mundial sobre el comportamiento que se debe adoptar en el lugar de trabajo con el personal y los colegas que viven con el VIH. Además, una ex practicante de la YWCA de Zimbabwe forma parte ahora del personal de la ICW y las dos organizaciones piensan seguir seleccionando a mujeres jóvenes para participar en programas de intercambio de personal y de voluntariado, así como en sus programas de formación.

ICW http://www.icw.org/tiki-view_articles.php

YWCA Mundial: <http://www.worldywca.org/>

⁷⁷ Información proporcionada por Marie-Claude Julsaint, Directora de Programas para las Américas y el Caribe, YWCA Mundial, m-cl.julsaint@worldywca.org

3.4 El imperativo de trabajar con organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA

El principio de la mayor participación de las personas que viven con el VIH/SIDA procede, en parte, de la Cumbre sobre el SIDA celebrada en París el 1 de diciembre de 1994⁷⁸. El acrónimo “se acuñó por primera vez durante las reuniones preparatorias y significa la Mayor Participación de las Personas que Viven con el VIH/SIDA. Aparece en artículo 4, de la declaración de la Cumbre de París, que afirma que:

Nosotros, los jefes de Gobierno de los 42 Estados reunidos en París el 1 de diciembre 1994, estamos resueltos a acentuar la labor de cooperación internacional mediante las iniciativas y medidas que se indican a continuación. Lo haremos mediante nuestro compromiso y nuestro apoyo al desarrollo del programa conjunto y copatrocinado de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Cada iniciativa debería definirse y desarrollarse más adelante, en el contexto del mencionado programa y de otras instancias apropiadas:

1. Apoyar una mayor participación de las personas que viven con el VIH/SIDA mediante una iniciativa tendiente a fortalecer la capacidad y coordinación de las redes formadas por esas personas y por los movimientos asociativos, permitiendo su plena y total participación en nuestra respuesta común a la pandemia, en todos los niveles - nacional, regional y mundial. Esta iniciativa tratará en particular de estimular la creación de un entorno político, jurídico y social propicio para la lucha contra el SIDA⁷⁹.

Como destacaba el Comité Ejecutivo del CMI en 1987, “muchas iglesias, con su silencio, son también responsables del miedo que se ha propagado por el mundo más rápidamente que el propio virus”⁸⁰. A veces, algunas iglesias han obstaculizado la difusión de una información exacta o han creado barreras que impiden un debate y un entendimiento francos sobre la cuestión. Por otra parte, las iglesias pueden contribuir a reforzar actitudes racistas si se desentienden del problema del VIH/SIDA por el hecho de que afecta sobre todo a determinados grupos étnicos o raciales que pueden ser injustamente clasificados como los principales portadores de la infección⁸¹.

En un documento de estudio sobre la respuesta de las iglesias a la epidemia del SIDA, de 1998, se afirma que:

Desde el comienzo de la pandemia, algunos cristianos, iglesias e instituciones relacionadas con las iglesias han participado activamente en programas de formación y de prevención, y se han ocupado de personas afectadas por el VIH/SIDA. El Grupo

⁷⁸ Para más información sobre el principio de la MPPS, véase la sección “2.2 Una mirada al interior del movimiento de PVVS” del documento del Consejo Mundial de Iglesias, *Trabajar con organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA: Documento de referencia*, 2005.

⁷⁹ Para ver el texto completo, véase ONUSIDA, *De los principios a la práctica: Mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (MPPS)*, http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC252-GIPA-i_es.pdf

⁸⁰ Consejo Mundial de Iglesias, Actas de la 38ª reunión del Comité Central del Consejo Mundial de Iglesias, Ginebra (Suiza), 1987. Apéndice VI, “AIDS and the Church as a Healing Community”, p.135 de la versión inglesa. <http://www.wcc-coe.org>

⁸¹ Comité Central del Consejo Mundial de Iglesias, Ginebra (Suiza), 12-20 de septiembre de 1996. Documento No. 6.2B. *Los efectos del VIH/SIDA y la reacción de las iglesias*. Declaración adoptada por el Comité Central sobre la base del estudio efectuado por el Grupo Consultivo del CMI sobre el SIDA, septiembre de 1996. <http://www.wcc-coe.org>

Consultivo tuvo el privilegio de trabajar con algunas de ellas en el curso del estudio. Ahora bien, el Grupo observa que, por lo general, la respuesta de las iglesias ha sido insuficiente y, en algunos casos, incluso ha contribuido a agravar el problema⁸².

En algunas iglesias todavía prevalece el paradigma “nosotras y ellas”. *Nosotras*, las iglesias, ofrecemos el servicio; *ellas*, las PVVS, lo reciben. Sin embargo, la realidad es que “ellas” son nuestras hermanas y nuestros hermanos y están en nuestras parroquias y congregaciones, en nuestros coros y púlpitos, en nuestras oficinas y clubes de jóvenes. A lo largo de las dos últimas décadas, las iglesias han proporcionado un porcentaje significativo de la atención y el apoyo a las PVVS⁸³. Como se muestra en este documento y en el documento complementario, *Trabajar con organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA, Documento de referencia*, del Consejo Mundial de Iglesias, 2005, las iglesias han iniciado un proceso de transformación. Las declaraciones del recuadro 1 “Romper el silencio: Declaraciones de las iglesias sobre el VIH/SIDA” del capítulo 2 “La respuesta de las iglesias hasta la fecha” muestran que muchas iglesias han roto el silencio en torno al VIH y han empezado un proceso de reconciliación. Este es un primer paso hacia su transformación en “iglesias entendidas en VIH/SIDA”⁸⁴, iglesias que son comunidades acogedoras e inclusivas para con las PVVS. Las iglesias también se están involucrando en los esfuerzos de prevención del VIH y continúan efectuando o ampliando su trabajo en materia de atención.

No obstante, no estamos en una situación ideal. Pasar de las palabras a los hechos, como involucrar a PVVS en la vida de las iglesias y las organizaciones religiosas, en los procesos de toma de decisiones y de planificación es un proceso variable y, cuando se lleva a cabo, puede ser simbólico y superficial. Así y todo, se han dado los primeros pasos. Véase la sección “4.4 Participación” del documento del Consejo Mundial de Iglesias *Trabajar con organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA, Documento de referencia*, 2005, donde se exponen, por una parte, las medidas para no incurrir en una participación meramente simbólica y, por otra, los compromisos de las iglesias en favor de involucrar a PVVS.

3.5 Los desafíos de crear alianzas con personas que viven con el VIH y el SIDA

Del mismo modo que son muy prometedoras, las alianzas entre iglesias y organizaciones de PVVS plantean una serie de problemas, en particular en las altas esferas de las organizaciones. Algunas iglesias y organizaciones religiosas hacen frente a estos desafíos,

⁸² Consejo Mundial de Iglesias, *Enfrentando el SIDA, El desafío y la respuesta de las iglesias, Un Documento de estudio del CMI*, Publicaciones del CMI, Ginebra (Suiza), 1998, p.117. <http://www.wcc-coe.org>.

⁸³ En la actualidad, por ejemplo, el 26,7% de los centros especializados en el tratamiento del VIH/SIDA en el mundo son centros católicos. Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud, *Mensaje para la Jornada Mundial del SIDA*, 1 de diciembre de 2004.

⁸⁴ La Iniciativa Ecueménica sobre el VIH/SIDA en África (EHAIA) ayuda a las iglesias de África a ser “Iglesias entendidas en SIDA”. <http://www.wcc-coe.org/WCC/what/mission/ehaia-.html>. Una iglesia entendida en SIDA es aquella

- cuya enseñanza y práctica dicen claramente que el estigma y la discriminación contra personas afectadas por el VIH/SIDA (PAVS) son pecado y van contra la voluntad de Dios;
- la que, junto con sus asociados ecuménicos, tiene una cabal comprensión de la gravedad de la pandemia del VIH/SIDA en África;
- la que ofrece y responde a esfuerzos de colaboración referentes al VIH/SIDA;
- la que asume un papel de prevención del VIH/SIDA, teniendo en cuenta consideraciones pastorales, culturales y de género;
- la que utiliza sus recursos y estructuras para prestar atención, consejos y apoyo a los afectados.

mientras que otras todavía están en Egipto; no han iniciado la travesía del desierto. Entre los desafíos planteados, cabe mencionar:

Falta de entornos y políticas propicias a la participación de las personas VIH-positivas en algunas iglesias y organizaciones religiosas

Puede que hasta ahora algunas iglesias no tengan una política para favorecer el empleo y la participación de las PVVS. También es posible que carezcan del tipo de entorno y de las facilidades necesarias o útiles para las personas VIH-positivas, como facilidades sanitarias, seguros médicos y apoyo psicológico. Una política sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo, que incluya prestaciones médicas, es un requisito para la creación de un entorno propicio en el que puedan trabajar PVVS.

El CMI ha redactado un documento de trabajo que proporciona posibles textos y cláusulas para la elaboración de políticas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo por parte de las iglesias⁸⁵. El recuadro 18 “La Iglesia de Escocia: aplicar una política sobre el VIH en el trabajo” en la sección 4.3 “Confidencialidad” del documento del Consejo Mundial de Iglesias *Trabajar con organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA, Documento de referencia*, 2005, proporciona un ejemplo de las dificultades encontradas al intentar redactar e implementar una política sobre el VIH en el trabajo.

La Misión Evangélica Unida, en su política programática anti VIH/SIDA, también expone sus responsabilidades respecto al personal, los becarios, los voluntarios y los visitantes en los siguientes campos⁸⁶:

- información, educación y asesoramiento sobre el VIH/SIDA para el personal y los colaboradores que participan en programas de intercambio;
- pruebas;
- profilaxis después de la exposición (PDE);
- atención para los miembros del personal y los colaboradores que están infectados por el VIH/SIDA o afectados por la enfermedad.

Huelga decir que los compromisos de las iglesias en romper el silencio en torno al VIH y al SIDA, y sus esfuerzos por hacer frente al estigma y la discriminación tanto en la iglesia como en la sociedad han ayudado, y ayudan, a crear entornos propicios a la participación de las PVVS en la vida de las iglesias.

Falta de conciencia y de consideración respecto a la diversidad de las PVVS

Las necesidades y experiencias de las PVVS varían en función de diferentes factores, como son la clase social (alta, media o baja), el género (hombre o mujer), la edad (niño, joven, adulto, abuelo), la orientación sexual (heterosexual, bisexual, homosexual, transexual), raza (negra, mulata, roja, amarilla o blanca), la etnia. La infección del VIH constituye un factor de más que se suma a esta categorización o identificación social, lo cual significa que las PVVS tienen una plétora de vivencias y necesidades. Las iglesias y las organizaciones deben ser conscientes de estas diferencias y tenerlas en cuenta en sus respuestas, intervenciones y

⁸⁵ Consejo Mundial de Iglesias, *Hacia una política sobre el VIH/SIDA en el trabajo*, Documento de Trabajo, 2005.

⁸⁶ Consejo Mundial de Iglesias, *Trabajar con organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA: Documento de referencia*, 2005. Véase Misión Evangélica Unida, *Política Programática anti VIH/SIDA, adoptada por la Asamblea General de la Misión Evangélica Unida en Manila*, octubre de 2004.

atención pastoral de modo que no se margine, ignore o discrimine aún más a determinados grupos de PVVS, y que todos los grupos de PVVS puedan participar en la respuesta al VIH.

Fracaso respecto a la integración de la cuestión del género

La epidemia del SIDA está estrechamente relacionada con las relaciones sociales. Las intervenciones que no han considerado la cuestión del género como un aspecto central de sus actividades no han surtido efecto en la lucha contra la pandemia. Dado que la mayoría de las actividades se han centrado (y siguen centrándose) en alguna versión del ABC y no han incorporado las consideraciones de género, han sido menos eficaces. Las iglesias y las organizaciones religiosas necesitan escuchar a las PVVS narrar sus propias historias para comprender que el género desempeña un papel fundamental y que es muy importante integrarlo en los proyectos y programas. Todas las intervenciones deben incorporar sistemáticamente la cuestión del género en todas las etapas: planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de todos los proyectos y programas.

Falta de integración sistemática de la cuestión del estigma relacionado con el VIH/SIDA

Se reconoce a nivel mundial que el impacto y las consecuencias del estigma relacionado con el VIH, tanto para los individuos como para las comunidades, son mayores que las del propio virus. Sin embargo, hasta la fecha, la mayoría de intervenciones no ha incorporado sistemáticamente la erradicación del estigma en todas sus etapas: planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de todos los proyectos y programas. Intentar crear alianzas con PVVS para todas las intervenciones es una forma de romper el poder que tiene el estigma de dar al traste con muchos proyectos y programas bienintencionados.

Dificultad de algunas PVVS de reconocer públicamente su estado con respecto al VIH

Reconocer públicamente el estado con respecto al VIH en la familia, la comunidad o el lugar de trabajo resulta más difícil en algunos países y culturas que en otros. En algunos casos, se deben tomar precauciones para proteger a las personas que revelan su estado VIH-positivo, pues este hecho puede tener repercusiones graves para ellas en el trabajo y en sus familias y comunidades. El estigma y la discriminación se manifiestan de diferentes maneras, que van desde tipos de comportamiento social muy sutiles hasta la violencia física. Del mismo modo, los miedos de las PVVS pueden cubrir toda la gama que va desde las percepciones puramente personales de discriminación (que no son siempre exactas) hasta los temores fundados de rechazo y violencia⁸⁷.

Muchas PVVS carecen de las aptitudes necesarias para hablar abiertamente con las iglesias

La falta de aptitudes puede crear varios obstáculos. En primer lugar, no todo el mundo tiene la capacidad innata de hablar sobre temas relacionados con la sexualidad y la salud: se trata de una aptitud que muy a menudo se tiene que aprender. En segundo lugar, a lo largo del tiempo, el hecho de estar confrontado a un entorno hostil o incomprensivo puede llevar a una persona al agotamiento emocional, a menos que o sea muy fuerte o haya emprendido un proceso de empoderamiento. Por ambos motivos, la comunicación y el asesoramiento en empoderamiento personal deberían formar parte de la formación general destinada a las

⁸⁷ Véase la sección “4.3 Confidencialidad” del documento del Consejo mundial de Iglesias, *Trabajar con organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA: Documento de referencia*, 2005.

PVVS. Asimismo, este tipo de formación debe reforzarse prestando un apoyo continuo a las PVVS, de modo que sean efectivas y estén motivadas.

En tercer lugar, puede que se requiera un asesoramiento especial o una formación laboral específica para compensar la falta de determinadas aptitudes o conocimientos técnicos⁸⁸. Este hecho pone de relieve la cuestión de contratar a las personas adecuadas. Evidentemente, contratar a personas únicamente porque son VIH-positivas, sin tener en cuenta sus aptitudes y capacidades particulares, es simbólico y superficial; pone el acento en el virus en vez de en la persona y en su carácter y habilidades. Al mismo tiempo, las personas responsables de contratar personal deben reconocer el valor de los conocimientos basados en la experiencia de las PVVS y tenerlos en cuenta en la toma de decisiones. En este contexto, es posible que se necesite una formación técnica adicional.

Algunas iglesias están mal preparadas para involucrar a PVVS

A pesar de los compromisos de las iglesias en favor de involucrar a PVVS en la vida de las iglesias y de las organizaciones religiosas⁸⁹, actualmente existen demasiados pocos informes documentados sobre colaboraciones entre iglesias y PVVS o la participación de las PVVS en la vida de la iglesia. Esto puede ser debido a que las iglesias no son conscientes de la importancia de dar a conocer su trabajo con las organizaciones de PVVS.

La emulación de las buenas prácticas de las iglesias es una forma de fomentar la participación de las PVVS. Este documento y el documento complementario, *Trabajar con organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA, Documento de referencia*, Consejo Mundial de Iglesias, 2005 hacen referencia a varios ejemplos de buena práctica en el marco de alianzas entre iglesias y organizaciones de PVVS. Por otra parte, dar publicidad a las alianzas entre la iglesia y las personas que viven con el VIH/SIDA ayuda a disipar malentendidos sobre el papel de las iglesias en la respuesta al VIH.

Problemas de sostenibilidad

Hay que reconocer que las personas VIH-positivas pueden caer enfermas a causa de la infección del VIH y que algunas morirán. Esto plantea varios desafíos a las iglesias en varios ámbitos, que van desde la prestación de asistencia sanitaria y una acomodación razonable a la sostenibilidad de los programas y las alianzas. En los países con una alta prevalencia, las iglesias deben incorporar las enfermedades y muertes relacionadas con el VIH en todos los planes y programas presentes y futuros destinados al personal, el clero y los voluntarios, pues muchos morirán y las iglesias necesitan prepararse para esta eventualidad.

La comisionada Margaret Sutherland, Secretaria internacional para África, del Ejército de Salvación, describió elocuentemente esta situación:

IMAGÍNESE los oficiales del Ejército agotados por las peticiones para que oficien funerales y conforten a los afligidos. Les pueden llamar a cualquier hora del día o de la noche. Muchos no han tenido tiempo libre durante meses. Además, están casi seguros de ser necesitados en los funerales de los miembros de sus propias familias,

⁸⁸ Véase las secciones “4.4 Participación simbólica” y “4.7 Capacitación” del documento del Consejo mundial de Iglesias, *Trabajar con organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA: Documento de referencia*, 2005.

⁸⁹ Véase la sección “4.4 Participación simbólica” del documento del Consejo mundial de Iglesias, *Trabajar con organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA: Documento de referencia*, 2005.

que a menudo implican hacer largos viajes a sus hogares rurales, que pueden durar varios días. Se espera que todo el que acude al funeral haga una contribución financiera: otra demanda que es continua. Además, es posible que se espere que cuiden de un pariente enfermo o que asuman la responsabilidad de un niño huérfano tras la muerte de un familiar. No existe ningún subsidio para estos niños: otra carga financiera. Algunos oficiales cuidan de varios niños huérfanos.

IMAGÍNESE un cuartel territorial, en el que cada semana al menos un empleado o un oficial pide tiempo para asistir a un funeral, lo cual a menudo significa varios días de ausencia. Usted intenta ejercer algún tipo de control sobre esta situación, pero ¿qué puede hacer cuando la cultura exige que los familiares estén presentes? No estar allí sería una gran ofensa para la familia. Los líderes territoriales no son inmunes a estas demandas: asistir a los funerales de sus familiares les crea todavía más tensiones. Debido al modelo de familia extensa en África, este tipo de demandas es muy frecuente.

IMAGÍNESE un comandante territorial que oye que otro oficial se está muriendo de SIDA. Por supuesto, nadie dice que se trata del SIDA, pero todo el mundo lo sabe. ¿Cómo hace frente el comandante territorial a la complicación adicional que supone el hecho de que muchos consideren a la persona afligida como pecadora y el SIDA su castigo? ¿Cómo cubre los gastos que implica la atención del oficial enfermo a largo plazo ?⁹⁰

Evidentemente, el riesgo de enfermar o morir existe para todos los empleados o miembros de la iglesia, cualquiera que sea su estado con respecto al VIH. Sin embargo, suponiendo que no se tenga acceso a una terapia antirretrovírica, las probabilidades son mayores (y seguramente se les da mayor publicidad) para una PVVS que para muchos otros grupos de personas. La respuesta de las iglesias al VIH y al SIDA esta indisolublemente ligada a proporcionar u obtener acceso a la terapia ARV.

En algunos países, las prácticas culturales en torno a la muerte dan lugar a funerales caros que duran una semana, lo cual, por una parte, supone una carga económica para la familia y, por otra, una pérdida de productividad para la comunidad y la sociedad. Estas cuestiones no pueden obviarse, pues son reales. Deben discutirse para poder anticipar su efecto en la sostenibilidad y en la respuesta de las iglesias. Las iglesias también tienen un papel que desempeñar en cuestionar y cambiar estas prácticas, especialmente en las sociedades aturridas por el impacto del VIH y las muertes continuas en sus comunidades. Los recursos, cuando todavía hay, necesitan guardarse para los vivos, por ejemplo, para los cónyuges o los niños huérfanos, en vez de malgastarlos con los muertos.

3.6 ¿Qué beneficios aportan las alianzas a las iglesias?

La Federación Luterana Mundial declaró, en su Plan de Acción, sección La iglesia “convertida”, que:

Quienes son seropositivos o están enfermos de SIDA tienen dones que ofrecer y vivencias que compartir con su comunidad, especialmente la de saber lo que es vivir

⁹⁰ Sutherland, Comisionada Margaret. *Cuartel Internacional del Ejército de Salvación, África y el VIH/SIDA*. Extraído de un texto presentado por la comisionada Margaret Sutherland, Secretaria Internacional para África. Septiembre de 2003.

con el VIH/SIDA. Tienen el conocimiento y la competencia, el interés y la capacidad de dar voz profética a sus necesidades y esperanzas, sus sueños y temores, y de motivar a la iglesia para que actúe. Cuando esas personas comparten sus experiencias y sus vidas, y la iglesia se atreve a escuchar, puede ser llevada a arrepentirse de la pecadora que ha sido con aquellos afectados por el VIH/SIDA, ya fuera que pecara por temor, falta de información, estigma, o por no haber actuado. A esas personas se les condenó al aislamiento o se les excluyó deliberadamente de la comunidad. Lo más inquietante es que más de un líder de la iglesia haya legitimado esa exclusión con argumentos teológicos y morales.

La iglesia está llamada por Cristo al arrepentimiento, a rodear de amor a quienes ha evitado⁹¹. La iglesia debe divulgar información exacta, ser hospitalaria, y hacer todo lo que esté a su alcance para proteger y garantizar la calidad de vida de quienes están enfermos y la protección de todos los seres humanos vulnerables⁹².

Mediante la creación de alianzas, una iglesia puede cumplir con su misión y ministerio de servir a los marginados y los afligidos (Mt. 25:31-46), ampliar y afianzar el impacto de su trabajo y adquirir la amplia gama de recursos necesarios para llevar a cabo su trabajo correctamente. En cuanto se refiere al VIH y el SIDA, la colaboración con otras personas, grupos y organizaciones puede aportar muchos tipos diferentes de valioso apoyo, entre los que cabe mencionar:

- el acceso a personas y lugares;
- influencia;
- buenas ideas;
- comprensión;
- apoyo en especies;
- una mano de ayuda;
- dinero;
- conocimientos y aptitudes;
- apoyo político;
- asistencia práctica; y
- lecciones aprendidas.

Tener acceso a los recursos mencionados arriba puede ayudar a una iglesia y a la comunidad, en su trabajo relativo al VIH y el SIDA, a conseguir:

- una respuesta más amplia, en la que participen diferentes tipos de organizaciones y sectores;

⁹¹ 1ª Juan 4:7-21 subraya “Si alguno dice: Yo amo a Dios, y aborrece a su hermano, es mentiroso. Pues el que no ama a su hermano a quien ha visto, ¿cómo puede amar a Dios a quien no ha visto?”

⁹² Federación Luterana Mundial, *Compasión, Conversión, Asistencia: Respuesta de las iglesias a la pandemia del VIH/SIDA. Plan de acción de la Federación Luterana Mundial*, 18 de enero de 2002.

- una respuesta más coordinada y coherente, que cuente con un mejor sistema de referencia entre las diferentes organizaciones;
- una mayor respuesta, en la que las instituciones más grandes, como los gobiernos, aumenten la escala de los esfuerzos comunitarios innovadores;
- una asistencia y unas políticas mejores para las PVVS;
- servicios más sólidos y un mayor acceso para las comunidades vulnerables;
- programas sobre el VIH y el SIDA más eficaces y creativos, mediante el intercambio de lecciones y experiencias.

Esto es de lo que se trata al crear alianzas. Significa trabajar con otros, en la respuesta al VIH y el SIDA, para sacar mayor provecho de las ventajas y oportunidades, así como para hacer frente a los problemas y a las barreras.

Reflexión

Pacto 2: El amor y la atención relacionada con el VIH/SIDA⁹³

Recordaremos, proclamaremos y actuaremos basándonos en el hecho de que el amor viene de Dios y que todo el que ama ha nacido de Dios y conoce a Dios. “Si alguno dice: Yo amo a Dios, y aborrece a su hermano, es mentiroso. Pues el que no ama a su hermano a quien ha visto, ¿cómo puede amar a Dios a quien no ha visto?” (1ª Juan 4:7-21). Por lo tanto, haremos todo lo que sea necesario y esté a nuestro alcance para alentar a los hombres y a las mujeres a amar, cuidar, apoyar y curar a todos aquellos que están infectados y afectados por el VIH/SIDA en nuestras comunidades, nuestros países y nuestro continente.

Consulten la lista de posibles asociados e identifiquen el tipo de recursos que cada socio podría aportar a la respuesta local al VIH/SIDA.

Reflexionen sobre qué tipo de recursos pueden aportar las PVVS a la respuesta al VIH/SIDA de su iglesia.

3.7 ¿Cómo afectan las alianzas al trabajo programático?⁹⁴

Las alianzas complementan los programas de las iglesias. Mediante la elaboración de programas, una iglesia puede responder directamente a las necesidades locales concretas y a las prioridades para la acción. Mediante la creación de alianzas, las iglesias pueden mejorar el entorno global para responder al VIH y el SIDA en una comunidad o un país. Por este motivo, las iglesias deben incluir la creación de alianzas en sus planes estratégicos generales.

Un ejemplo: una iglesia que trabaja con jóvenes quiere prevenir la propagación del VIH entre los jóvenes de su ciudad. Mediante uno de sus programas, la iglesia trabaja directamente con los jóvenes en la escuela, de forma que dispongan de la ayuda y educación necesarias para reducir el riesgo de infección por el VIH. A través de una de sus alianzas, la iglesia trabaja con personas clave del Ministerio de Educación de modo que apoyen la educación en materia

⁹³ Conferencia de Iglesias de Toda el África, *Pacto sobre el VIH/SIDA*, Octava Asamblea General de la Conferencia de Iglesias de Toda el África, Yaoundé (Camerún), 22-27 noviembre 2003.

⁹⁴ Sección elaborada sobre la base de “Taller sobre solidaridad y sostenibilidad”, COMUNIDEC y la Alianza, Ecuador, mayo de 1997. <http://www.aidsalliance.org/eng/> (información disponible en inglés).

de salud sexual en las escuelas. Esta alianza ayuda a mejorar el entorno general en el que trabajan otras iglesias y ONGs y en el que los jóvenes se protegen del VIH.

Reflexión

Examinen uno de los programas de su iglesia e inicien una discusión sobre qué tipo de alianzas pueden ayudarles a realizar su trabajo en este campo.

- **Objetivo de la iglesia:** p. ej. prevenir la propagación del VIH entre los jóvenes de su ciudad.
- **Programas/Proyectos:** p. ej. colaborar con jóvenes en el colegio. Estrategia: educación continua sobre el VIH.

Alianzas: p. ej. Ministerio de Educación. Estrategia: reuniones mensuales con personal clave del ministerio.

3.8 ¿Qué temas relacionados con el VIH y el SIDA afectan a las alianzas?⁹⁵

Las susceptibilidades que despiertan el VIH y el SIDA, así como sus complejidades, pueden plantear problemas particulares a las iglesias cuando crean alianzas. Un posible socio, por ejemplo, puede tener miedo del SIDA, o mostrarse reticente a asociarse con una iglesia que tiene dificultades en hablar sobre temas relativos a la sexualidad humana y la salud sexual. Esta situación puede dificultar la búsqueda de asociados que quieran participar.

A continuación figuran algunas de las dificultades que deben tenerse en cuenta en todas las alianzas y que atañen a todas las alianzas que se establezcan entre iglesias y organizaciones de PVVS:

- Actitudes y creencias personales. Algunos asociados no se sienten capaces de hablar abiertamente sobre el VIH y el SIDA.
- Prácticas, políticas o creencias institucionales. Los asociados defenderán las políticas institucionales, a menos de que se les convenza de lo contrario.
- La visibilidad del VIH y del SIDA en la comunidad. Si no son visibles, es posible que algunos asociados no crean que existen. Si son visibles, puede que quieran ocultarlos.
- Mantener la confidencialidad. Es posible que algunos asociados quieran saber o informar a los demás sobre el estado respecto al VIH de ciertas personas.
- Género, clase, edad, raza, etnia, identidad sexual y contexto. Todos estos aspectos hacen que las PVVS experimenten el estigma de formas diferentes.
- Lenguaje y jerga. Algunos asociados pueden no estar familiarizados con la jerga utilizada para describir el trabajo relacionado con el VIH y el SIDA.
- Escándalos y reportajes alarmistas. Puede que algunos asociados no se crean ciertas informaciones exactas y científicas sobre el VIH y el SIDA.
- Prioridades que compiten entre sí. Algunos asociados pueden estar más interesados en abordar otros temas sociales, o en hacer frente a una crisis reciente.
- Saturación respecto a un tema. Es posible que algunos asociados no quieran escuchar nada más acerca del VIH y del SIDA.

⁹⁵ Sección elaborada sobre la base de “Sesión para fomentar las aptitudes de las ONGs”, la Alianza, Conferencia Mundial sobre el SIDA, Vancouver (Canadá) julio de 1996. <http://www.aidsalliance.org/eng/> (información disponible en inglés).

Ejercicio

Hablen con otras personas sobre cuáles de las dificultades relacionadas con el VIH y el SIDA expuestas aquí arriba han encontrado cuando han trabajado con diferentes asociados y qué estrategias han elaborado para hacerles frente.

Estudio bíblico

Lean Nehemías 2:11-18. Comenten las estrategias que utilizó Nehemías en su proyecto de reconstrucción de las paredes de Jerusalén para evitar algunas de las dificultades expuestas arriba que pueden complicar el trabajo de las alianzas.

3.9 Apreciar las diferentes perspectivas

Para establecer una alianza fuerte y eficaz, una iglesia necesita conocer y entender a su socio.

Un primer paso para hacer un “análisis del socio” es reflexionar sobre cómo una iglesia y su asociado se ven el uno al otro. Los asociados pueden tener ideas positivas o negativas sobre las iglesias, o puede que no sepan qué hacen las iglesias. Asimismo, los asociados, según el sector del que provengan, estarán más o menos inclinados a hablar sobre el VIH y el SIDA o sobre la sexualidad, o tendrán ideas fijas sobre estos temas. Cuando se examine cómo una iglesia y su socio se ven el uno al otro, ambas partes pueden encontrar formas de disminuir malentendidos, aceptar diferencias, o encontrar una base de respeto mutuo.

Ejercicio

Organicen un taller con participantes de su iglesia y de la organización asociada. Pídanles que hagan una lista con sus opiniones sobre el otro.

- ¿Por qué nuestros asociados ven a la iglesia de esta forma? ¿Por qué la iglesia percibe así a sus asociados?
- ¿Son las opiniones de la iglesia y de sus socios exactas, o se basan en la emoción, los estereotipos o la falta de información?
- ¿Cómo puede cada parte hacer frente a las percepciones erróneas?

Estudio bíblico

- Lean Mateo 25:14-30
- ¿Cuáles de estos siervos podrían simbolizar la interacción ente las iglesias y sus asociados?
- ¿Cuáles de estos siervos podrían simbolizar una relación más exitosa?

3.10; Qué temas relacionados con las iglesias afectan a las alianzas?⁹⁶

Las opiniones que los socios potenciales tienen acerca de la iglesia también pueden dificultar la creación de alianzas. Es posible que algunos no conozcan una determinada iglesia o no comprendan el papel positivo que desempeña. Por ejemplo:

- una persona de negocios puede pensar que una iglesia carece de credibilidad pues las organizaciones no lucrativas no operan con la “realidad” de las fuerzas del mercado;
- un donante puede recibir tantas solicitudes de diferentes iglesias y ONGs, que puede resultarle difícil distinguirlas; y
- una organización de PVVS puede tener una percepción negativa de la iglesia debido a cuestiones como la prevención o la estigmatización.

Entre los temas relacionados con las iglesias a tener en cuenta cuando se crean alianzas cabe destacar los siguientes:

- Imágenes negativas de las iglesias. Algunos asociados pueden pensar que no se puede confiar en las iglesias para que obtengan buenos resultados, o que crearán problemas porque no querrán enfrentarse a los asuntos difíciles.
- Ideas acerca de los recursos de la iglesia. Algunos asociados pueden subestimar, o sobrestimar, lo que una iglesia puede hacer.
- La mala reputación de una iglesia. Algunos asociados pueden interesarse solo en las iglesias más importantes, dejando de lado las que se piensa que son demasiado “protestonas” o “marginales”.
- Equilibrio con otros aspectos del trabajo de las iglesias. Las alianzas pueden consumir mucho tiempo y quitar la energía necesaria para otras actividades del programa.
- Competencia entre iglesias. Las alianzas pueden crear un ambiente de tensión o desconfianza entre iglesias y ONGs.
- Las dinámicas de género, clase, edad, orientación sexual, contexto económico que influyen en sus proyectos y programas.

Ejercicio

- Pidan a los participantes que hablen de las dificultades concretas con que han tropezado en la creación de alianzas, y que expliquen cómo las han afrontado.
- Pidan a los participantes que describan cómo sería para ellos una respuesta fuerte y eficaz al VIH y al SIDA, indicando qué tipo de personas y organizaciones participarían.

⁹⁶ Sección elaborada sobre la base de “Sesión para fomentar las aptitudes de las ONGs”, la Alianza, Conferencia Mundial sobre el SIDA, Vancouver (Canadá) julio de 1996. <http://www.aidsalliance.org/eng/> (información disponible en inglés).

3.11 ¿Qué significa, en la práctica, crear alianzas?

El VIH interpela a la iglesias de muchas formas. Antes de describir qué significa establecer alianzas en la práctica, es útil aclarar cuál es el papel de las iglesias y de las organizaciones religiosas. Michael Czerny S.J. ha analizado la situación de la siguiente manera:

Cuando nosotros ... declaramos, “la Iglesia ha hecho mucho... y se necesita mucho más,” podemos creer fácilmente que lo que se quiere decir es que se necesita una respuesta más sofisticada a mayor escala. Pero como dijo el Cardenal Turkson... la Iglesia es la única institución que reúne a cientos de personas cada semana a un nivel muy personal y que al mismo tiempo actúa pública y socialmente. ¿Quién puede hacer ambas cosas a la vez de forma tan regular? En su ministerio para con las personas afectadas por el SIDA, la Iglesia hace frente al mayor problema combinado de carácter social, cultural, económico, médico y político y, al mismo tiempo, se ocupa de las personas a nivel individual, de aquellas personas que están infectadas por el VIH/SIDA y de sus muy afectadas familias. Entonces, decir “se necesita mucho más” no significa “más grande y más complejo”; significa multiplicar los enfoques a pequeña escala, cercanos a la realidad y muy personales, y ofrecerlos al número creciente de personas infectadas y afectadas. La respuesta de la Iglesia al VIH/SIDA debe ser extensa, amplia y profunda, como la misión de la Iglesia misma...

Seamos claros: el VIH/SIDA, para la Iglesia, es un problema enorme, pero no es un problema “masivo” que se debe afrontar a gran escala. Antes bien, existe y existirá una gran variedad y casi una infinita multiplicidad de respuestas pastorales genuinas. Así es como la Iglesia hace frente a un gran problema como el pecado, la ignorancia o el VIH/SIDA⁹⁷.

De modo que en cierta manera, trabajar en cuestiones relacionadas con el VIH exige más de lo mismo. Colaborar con organizaciones de PVVS o con personas infectadas o afectadas por el VIH/SIDA, que a menudo son miembros de la iglesia, significa reconocer e integrar sus vivencias y sus conocimientos prácticos en el trabajo que llevan a cabo las iglesias. Estas vivencias y estos conocimientos serán diferentes para cada persona pues las PVVS constituyen un grupo muy variado, cuyas vivencias están determinadas por su clase, género, raza, edad, orientación sexual y contexto económico. Las iglesias, cuando integran las vivencias y conocimientos de las PVVS, añaden otra dimensión a su respuesta al VIH, una dimensión esencial para garantizar que los servicios prestados sean los que verdaderamente se necesitan. Crear alianzas con PVVS significa involucrarlas en la planificación y la ejecución de programas y servicios pertinentes. Significa hablar a personas o grupos de personas que viven con el VIH/SIDA para identificar sus necesidades y su potencial para inspirar y fortalecer a otros que se encuentran en situaciones similares. El recuadro 14 ilustra cómo puede ser la puesta en práctica de las alianzas en los distintos niveles del trabajo de la iglesia.

⁹⁷ Czerny Michael S.J. , Respuesta a *Desafíos teológicos y pastorales planteados por el VIH y el SIDA*, de Vitillo, Padre Robert J. Seminario Nacional para Sacerdotes de Ghana, Accra (Ghana), 16-17 junio 2004.

Recuadro 14: Poner en práctica las alianzas en todos los esfuerzos de las iglesias

Dirigentes de iglesia

- Promover la reconciliación con las PVVS es de la incumbencia de las organizaciones religiosas. Las declaraciones de las iglesias han puesto de relieve el papel que las iglesias han desempeñado en la instigación del estigma y la respuesta inadecuada al VIH. Para facilitar la reconciliación, las iglesias pueden, por ejemplo, celebrar acontecimientos públicos con las PVVS, promover la desestigmatización del VIH y la erradicación de la discriminación contra las PVVS; hacer uso de las enseñanzas espirituales o de los textos bíblicos para recalcar la compasión, la curación y el apoyo hacia las PVVS. Por otra parte, la reconciliación no debe confinarse a las estructuras de la iglesia y la liturgia. La reconciliación debe tener lugar a distintos niveles, debe darse, por ejemplo, en los individuos y entre los individuos, en la comunidad y entre las comunidades, así como entre los individuos y sus iglesias.
- Trabajar con otros dirigentes religiosos y otras coaliciones religiosas, así como con PVVS, para encontrar una base común de creencias y enseñanzas espirituales que puedan ayudar a prevenir el VIH, erradicar el estigma relacionado con el VIH y sostener que las PVVS tienen la misma dignidad humana inherente que cualquier otra persona.
- Utilizar las declaraciones de los organismos eclesiales, formular un plan de acción con las PVVS para la iglesia y aplicarlo.
- Revisar y adoptar políticas sobre el VIH y el SIDA en el trabajo para los miembros y los empleados de las iglesias y de las organizaciones religiosas que viven con el VIH y el SIDA (que tengan en cuenta la ética, la no discriminación, la atención sanitaria y el empleo).
- Asegurarse de que el trabajo de las iglesias y de las organizaciones religiosas en materia de prevención y atención al VIH, y las alianzas con PVVS se dé a conocer, de forma que se sepa hasta qué punto las iglesias apoyan e involucran a las PVVS.
- Elaborar materiales informativos en las lenguas locales sobre la prevención del VIH, las respuestas religiosas de apoyo a la prevención y la atención, y la asistencia a las PVVS.
- Crear un consejo religioso local o nacional que sea un punto focal para los temas relacionados con el VIH y el SIDA.
- Apoyar políticas religiosas y gubernamentales que protejan los derechos de las mujeres en el ámbito de la propiedad, la herencia y el trabajo, y fortalezcan su posición en la sociedad.
- Promover el entendimiento y el apoyo entre la jerarquía religiosa acerca de las necesidades de las mujeres en materia de asesoramiento y servicios de salud reproductiva.
- Coordinar el trabajo sobre el VIH/SIDA con los gobiernos, las Naciones Unidas, el Mecanismo de Coordinación de País del Fondo Mundial y las ONGs para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio y de la declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas; asegurar el acceso al tratamiento médico, incluida la terapia antirretrovírica; intensificar la prevención del VIH y los esfuerzos para crear una sociedad que no estigmatice ni discrimine.

Formación teológica

- Facilitar la discusión en torno a las cuestiones de doctrina y política religiosa y a las posturas éticas relacionadas con la prevención eficaz del VIH y el alivio de los que sufren en las instituciones teológicas y educativas. El hecho de involucrar a las PVVS en los debates teológicos es un modo de afirmar y mejorar su dignidad.
- Elaborar un plan de estudios que incluya las vivencias de las PVVS relacionadas con teología de la compasión, la asistencia y la curación del VIH y el SIDA y que aborde cuestiones como la reprobación y la condena.
- Revisar los textos espirituales, los dichos populares, las creencias y las tradiciones en que se basan la prevención del VIH y la atención al SIDA. Examinar los preceptos morales, las parábolas y los sermones y buscar formas de interpretar sus mensajes a la luz del VIH y el SIDA. Reexaminar lo que está escrito sobre el ministerio y las funciones y responsabilidades pastorales respecto al cuidado de los enfermos, los ancianos, los huérfanos y las viudas. Buscar formas de ayudar a la gente a cumplir mejor con su obligación de aliviar a los afligidos, afirmar su fe personal y llevar una vida que respete plenamente la dignidad y los derechos de los demás.

Organizaciones religiosas/trabajo internacional

- Integrar la prevención, la atención, el apoyo y el tratamiento del VIH.
- Involucrar a PVVS en la elección, concepción, planificación, aplicación, seguimiento y evaluación de los programas y proyectos. Las organizaciones religiosas pueden decidir que esta sea una condición determinante para financiar o apoyar un proyecto.
- Apoyar a las iglesias hermanas financieramente o en especies. Promover, por ejemplo, la participación de PVVS.
- Aumentar o continuar los programas de microcrédito u otros programas de apoyo a las comunidades, incluidas las PVVS, de forma que puedan mantenerse a sí mismas.

Sacerdote/ministro/representante de la parroquia

- Mostrar el ejemplo mediante visitas y atención pastoral a las PVVS de la congregación, e involucrándolas en la vida de la iglesia. Llamar a la comprensión de los aspectos emocionales y físicos del VIH/SIDA y a la protección de las PVVS y de aquellos afectados por la enfermedad.
- Integrar a las PVVS como colaboradores en la respuesta de la parroquia al VIH y el SIDA.
- Hablar con los padres (desde el púlpito y a nivel individual) sobre el VIH y el SIDA haciendo hincapié en el hecho de que ellos se encuentran en la primera línea de defensa en cuanto se refiere a la protección de sus hijos. Alentarlos y apoyarlos para que hablen con sus hijos acerca de la sexualidad humana, los valores positivos y la responsabilidad personal. Hablar, sobre la base de hechos básicos, de la realidad y el peligro que representa el VIH. Hacer saber a la gente cómo se transmite el VIH y proporcionar información exacta y clara sobre cómo se puede prevenir la transmisión del VIH.
- Hablar a la congregación sobre las dimensiones espirituales de la sexualidad humana y sobre la necesidad de proteger a los demás del sufrimiento, inclusive a los jóvenes que puedan estar sujetos al incesto, el abuso sexual, la explotación o la violencia.

- Promover o proporcionar educación para jóvenes sobre la prevención del VIH, que contenga aportaciones de las PVVS.
- Ayudar a los padres VIH-positivos que necesiten o quieran preparar su testamento, designar a alguien para el cuidado de sus hijos cuando hayan fallecido, hacer las paces consigo mismos o con otros, y a hacer otras cosas con el fin de proteger a aquellos a los que aman. Los padres seropositivos también pueden necesitar asesoramiento y apoyo para hablar con sus hijos acerca de su enfermedad. Las iglesias en colaboración con las organizaciones de PVVS pueden abordar estos temas, proporcionar conocimientos técnicos que garanticen el respeto de los deseos y acompañar a la persona a lo largo de estos acontecimientos. Los hijos necesitan ayuda y orientación espiritual para comprender y aceptar la muerte de sus padres.
- Ayudar a las personas con VIH y SIDA a vivir más tiempo, con más sentido y dignamente, mediante las enseñanzas religiosas, los sermones y la práctica pastoral.
- Ayudar a prepararse a la muerte con dignidad y serenidad.

Grupos de jóvenes

- Utilizar las organizaciones juveniles para hablar a los jóvenes, incluidas las PVVS y las personas afectadas por la enfermedad, sobre sus preocupaciones y esperanzas, alentándolos a hablar abiertamente sobre valores, integridad sexual y relaciones saludables.
- Llevar a cabo programas educativos para la prevención del VIH a través de los grupos de jóvenes y otras redes juveniles religiosas. Las PVVS pueden ser educadores inter pares muy útiles para esta tarea.
- Contratar a jóvenes en zonas muy afectadas para:
 - Organizar grupos de apoyo y clubes de prevención entre iguales utilizando los grupos juveniles religiosos existentes.
 - Alentar la participación de los jóvenes en la elaboración y ejecución de programas religiosos y comunitarios que informen a las personas sobre el VIH y la prevención.
 - Establecer un sistema de atención a domicilio para las PVVS, p. ej. barrer el patio de una persona, hacer un recado, etc.

Grupos de mujeres

- Utilizar los grupos de mujeres para la prevención del VIH mediante la difusión de información y la discusión de los temas que surjan a raíz del “ABC” de la prevención
- Proporcionar información sobre la terapia antirretrovírica y hablar de cuestiones en torno a la adherencia al tratamiento, los efectos secundarios y su minimización y la resistencia a los fármacos.
- Dar la oportunidad a las mujeres VIH-positivas de que conozcan a otras que están en la misma situación de forma que puedan compartir sus experiencias temores e inseguridades en un entorno seguro, propicio y no crítico. Estos grupos también pueden apoyar a las mujeres en temas como la discriminación, la salud sexual, la violencia sexual, las relaciones, ser madre y las opciones futuras.

Servicios de atención

- Garantizar que los servicios sanitarios y sociales religiosos sean acogedores para con las PVVS y los jóvenes y sensibles a las necesidades de las mujeres jóvenes. Estos

servicios comprenden: asesoramiento prematrimonial, asesoramiento y pruebas de VIH voluntarias y confidenciales, atención en materia de salud reproductiva, prevención del abuso de drogas y alcohol, tratamiento del VIH, y asesoramiento en caso de estrés y aflicción. Obtener reacciones de las PVVS respecto al nivel de aceptabilidad de los servicios y si se han encontrado con actitudes discriminatorias.

- Garantizar que las instalaciones médicas, dirigidas por instituciones religiosas, mantengan los más altos estándares de higiene. La higiene es muy importante porque el sistema inmunitario debilitado de las personas seropositivas las hace especialmente vulnerables a la enfermedad.
- Involucrar a PVVS en la formación de preparación a la terapia antirretrovírica destinada al personal médico.
- Incitar a que servicios sanitarios proporcionen el tratamiento antirretrovírico adecuado durante el parto y después para reducir la transmisión del VIH de la madre al hijo.
- Apoyar u organizar servicios sociales, sanitarios y de asesoramiento que sean apropiados y agradables para las mujeres y que las guíen y ayuden en sus decisiones relativas al embarazo. Las mujeres embarazadas necesitan servicios que les ofrezcan partos seguros y, en caso de que sea necesario, asesoramiento y tratamiento para reducir el riesgo de transmisión del VIH a los hijos.
- Fortalecer la atención a domicilio y comunitaria para las PVVS. Normalmente, son las mujeres y las niñas quienes procuran la mayoría de los cuidados a los miembros VIH-positivos de la familia y por ello necesitan apoyo emocional. Se necesita alentar a los hombres a que participen en la atención comunitaria.

Escuelas y orfanatos dirigidos por instituciones religiosas

- Garantizar que, en las escuelas dirigidas por instituciones religiosas así como en los grupos de oración o meditación, se ofrezca a los jóvenes educación sobre salud sexual, que comprenda hechos científicos sobre la prevención del VIH. Es más importante, por ejemplo, enseñar en términos generales qué es la salud sexual que enseñar a las personas a no compartir los cepillos de dientes.
- Bajar el importe o eliminar el pago de las matrículas escolares para los huérfanos a causa del SIDA y los hijos de las PVVS.
- Encontrar formas de prestar apoyo a las comunidades que cuidan a muchos huérfanos y niños vulnerables. Se podrían aportar mejoras en las siguientes esferas: asistencia sanitaria, educativa, espiritual y psicológica, nutrición, agua y saneamiento, productividad agrícola, y esquemas de autoayuda, generación de ingresos y microcrédito.
- Elaborar programas de adopción de huérfanos. Hay millones de huérfanos debido a la muerte de sus padres por enfermedades relacionadas con el SIDA y muchos parientes o no pueden cuidar de ellos o no están presentes, por lo que los orfanatos o la adopción son dos de las pocas opciones disponibles para cuidar de ellos.

Véase también el documento *Lo que los líderes religiosos pueden hacer acerca del VIH/SIDA: Acciones para niños y jóvenes (What religious leaders can do about VIH/AIDS: actions for children and young people)*, una publicación conjunta de ONUSIDA, UNICEF y la Conferencia Mundial de Religiones por la Paz , 2003 (disponible en inglés y francés).

Para crear una alianza se necesita encontrar a asociados que no comprometan las enseñanzas de la iglesia u organización religiosa con la que trabajarán. Este es un aspecto especialmente

importante para las respuestas religiosas, pues los sistemas de creencias religiosas fundamentan su razón de ser. Una alianza también requiere recursos para proyectos y programas que estén en consonancia con los preceptos de los asociados. En la creación de alianzas con PVVS es importante no ser simbólico y superficial y apoyar la capacitación de la organización.

Los recuadros 15 y 16 proporcionan información sobre alianzas de programas religiosos con organizaciones de PVVS.

Recuadro 15: Ofrecer esperanza en medio de la desesperanza: el ejemplo de BOCAIP⁹⁸

El Programa cristiano de intervención contra el SIDA (BOCAIP, por su sigla en inglés), creado en 1996, tiene una visión estratégica basada en valores cristianos y su enfoque lo comparten las iglesias, la comunidad, las organizaciones relacionadas con las iglesias y el gobierno de Botswana. Durante los tres primeros años, la financiación fue mínima o inexistente y los diferentes centros funcionaron gracias a voluntarios que trabajaban a tiempo parcial, pues no se podían permitir contratar a personal que trabajara a tiempo completo. Sin embargo, el trabajo tenía que llevarse a cabo, aunque fuese con los pocos recursos que se habían obtenido de las iglesias del lugar.

Fue mediante esta dedicación y sacrificio que BOCAIP se ganó el respeto de los donantes. En 1999, el primer gran donante, Bristol Myers Squibb, a través de su fundación “Asegurar el futuro” (*Secure the Future*), se comprometió a apoyar el trabajo de BOCAIP por un período de tres años. Esta misma fundación ahora financia parte del trabajo que los centros de BOCAIP llevan a cabo en el ámbito de la atención a los huérfanos.

Muchos otros donantes, entre los que figuran Ayuda de la Iglesia Noruega, SIDA (Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo), CIDA (Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional) en colaboración con el Comité Central Menonita, UNICEF, el gobierno de Botswana, el Fondo de autoayuda del embajador de Estados Unidos en Botswana y otros, han donado fondos para proyectos específicos. Todas las entidades que han creado alianzas con BOCAIP financian ahora actividades como la movilización de las comunidades para que hagan frente a la pandemia, facilitándoles los conocimientos y las aptitudes adecuadas y estimulándolas para que emprendan iniciativas comunitarias que respondan a sus necesidades particulares.

Para responder a las crecientes demandas de formación por parte de grupos, organizaciones y ministerios gubernamentales, la formación de asesores constituye una gran parte del servicio que ofrece BOCAIP. BOCAIP organiza, para los miembros de las comunidades cristianas interesados, incluidos los pastores, cursos de formación, de seis semanas de duración repartidos a lo largo de seis meses, para asesorar a las personas infectadas o afectadas por el SIDA. Los centros contratan a personas que han seguido esta formación de manera que puedan, a su vez, asesorar a quienes lo necesitan, sobre todo en temas relacionados con el VIH y el SIDA.

Entre los otros proyectos que BOCAIP lleva a cabo, cabe mencionar: la educación sobre el VIH/SIDA a nivel comunitario, el trabajo con jóvenes, el apoyo a grupos de PVVS, los proyectos de generación de ingresos, la asistencia material de urgencia (comida y uniformes

⁹⁸ Thiessen, H.R., *Ofrecer esperanza en medio de la desesperanza: el ejemplo de BOCAIP*, EHAIA News No. 3 <http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia3-e.pdf> (disponible en inglés, francés y portugués).

para el colegio), y los proyectos de cuidado diurno de huérfanos. Estas iniciativas comunitarias han ido creciendo y actualmente existen 12 centros situados por todo el país, y el gobierno exhorta a BOCAIP a abrir más centros.

El modelo de BOCAIP está siendo copiado en otros países, como por ejemplo, Liberia. BOCAIP quiso compartir las dificultades encontradas a lo largo de su trayectoria con otras organizaciones cristianas que hacen frente a la pandemia del SIDA en África. Este deseo le llevó a organizar y acoger la “Conferencia Trabajemos Juntos” en junio de 2002, que reunió a representantes de 19 países. Los participantes destacaron la necesidad de compartir información y experiencias y de establecer una red de contactos. Uno de los resultados de la conferencia fue la creación de la Red cristiana panafricana contra el SIDA (PACANet)⁹⁹

Recuadro 16: Ayuda de la Iglesia Noruega¹⁰⁰

Ayuda de la Iglesia Noruega (NCA) coopera y apoya a organizaciones y redes de PVVS en varios países. Una de las alianzas sólidamente establecida es con Gente positiva, <http://www.gentepositiva.org.gt/>, en Guatemala. Esta alianza ha suscitado mucho interés y ha aportado valiosas experiencias para NCA a nivel mundial. En algunos lugares, las alianzas de NCA con redes y organizaciones de PVVS se limitan al apoyo habitual de proyectos, como la donación de fondos a una asociación local o nacional de PVVS para dirigir un grupo de autoayuda o para organizar un taller sobre derecho legal. Sin embargo, las organizaciones y las redes de PVVS se utilizan cada vez más como un recurso para crear alianzas estratégicas con el fin de intercambiar competencias, llevar a cabo campañas conjuntas de defensa y promoción, etc.

En el plan estratégico global de NCA para 2005-2009 hay una clara directriz de política que da prioridad a la mayor participación de las PVVS (MPPS) en la elaboración, aplicación y evaluación de programas y políticas. Este plan estratégico es el resultado directo de las experiencias y procesos de aprendizaje que la organización ha vivido a consecuencia de su cooperación con redes y organizaciones de PVVS. El apoyo y la cooperación con redes y organizaciones de PVVS es otra prioridad. Un ejemplo es que ANERELA+ ha sido designada como socia colaboradora a resultas de que previamente NCA había establecido varias colaboraciones muy provechosas con secciones nacionales y regionales de ANERELA+.

NCA también trabaja en estrecha colaboración con la Asociación Noruega contra el SIDA (Pluss-LMA). Esta alianza está especialmente centrada en acciones de defensa y promoción y en el debate político en el contexto noruego, además de en el intercambio de información general y el establecimiento de contactos.

Entre las lecciones que NCA ha aprendido figuran las siguientes:

- Las estructuras religiosas locales deben estar bien equipadas para poder acoger a las redes de PVVS. Las iglesias y las mezquitas pueden ofrecer fácilmente espacios para

⁹⁹ La red cristiana panafricana contra el SIDA (PACANet) es una respuesta cristiana coordinada cuyo propósito es hacer frente a la pandemia del VIH/SIDA en el continente africano. El objetivo de PACANet es establecer enlaces entre las iglesias, las organizaciones y las redes cristianas para optimizar sus repuestas al VIH/SIDA mediante el intercambio de recursos, ideas, aptitudes y experiencias, y la promoción de alianzas estratégicas.

¹⁰⁰ Información proporcionada por Anne-Marie Helland, Asesora Especial, Ayuda de la Iglesia Noruega. anne-marie.helland@nca.no.

reuniones, secretariados, etc. Según NCA, en los lugares en que se ha llevado a cabo esta iniciativa, el estigma se ha reducido tangiblemente. El hecho de que las estructuras religiosas apoyen abiertamente las redes de PVVS y las acojan constituye un mensaje claro para la comunidad local.

- La construcción y el fortalecimiento de las redes de PVVS es fundamental para garantizar un enfoque del VIH y el SIDA basado en los derechos humanos. Las organizaciones y redes de PVVS deben fortalecerse y estructurarse de una forma que les permita luchar en favor de sus propios derechos en vez de que otras personas y organizaciones aboguen en su nombre, como ha sido la tendencia hasta ahora.
- MPPS no se refiere a una participación simbólica; se trata de un cambio total de comportamiento y actitud que debe reflejarse en todo nuestro trabajo, sea en una congregación local o en una ONG internacional. A veces, se cree que si se facilita una red de PVVS o un grupo de autoayuda es suficiente.

Discusión

- ¿Han participado los dirigentes de su iglesia en el proceso de elaboración de una declaración?
- ¿Quién hace que los dirigentes cumplan con la responsabilidad de aplicar la declaración?
- ¿Han formulado los dirigentes de su iglesia un plan estratégico/de acción sobre el VIH? ¿Ha entrado en vigor?
- ¿Cómo sería una respuesta contundente y efectiva contra el VIH y el SIDA en su parroquia?
- ¿Han establecido alianzas con organizaciones locales de PVVS?
- ¿Existen ámbitos a los que se podría extender esta alianza?
- ¿Reciben reacciones de las PVVS sobre los servicios prestados y sobre si la alianza contribuye a reducir la discriminación?

Capítulo 4

Solucionar problemas en las alianzas

Este capítulo pone de relieve algunas de las cuestiones que los asociados de una alianza deben tener en cuenta para que funcione armónicamente, sin problemas, y sea sostenible. Entre las cuestiones que se destacan figuran: examinar los motivos por los que se quiere iniciar y mantener una alianza; la utilización de un lenguaje sensible, la elaboración y el uso de mensajes; y cómo responder al conflicto y la crisis. Esta información ha sido concebida para minimizar los posibles conflictos mediante la sensibilización a lo que puede ir mal antes de que surjan los problemas, y la creación de un entorno armónico.

4.1 Pensar los motivos a favor y en contra de las alianzas

Aunque para una iglesia esté claro quiénes deberían ser sus asociados prioritarios, puede que todavía tenga ciertas reservas en cuanto a trabajar con determinados individuos o sectores. De hecho, en la mayoría de relaciones existen ventajas y desventajas.

Comprender los motivos a favor y en contra de la creación de alianzas es crucial para ayudar a una iglesia a decidir qué es mejor para ella, y qué puede esperar conseguir colaborando con diferentes actores. Puede ayudar a la iglesia a iniciar una alianza de forma realista, al corriente tanto de las ventajas como de las desventajas.

Ejemplo: ONGs y grupos comunitarios, Ecuador

En un seminario de formación, un grupo de ONGs locales que participaban en el trabajo relacionado con el VIH y el SIDA decidieron dar prioridad a las relaciones con la iglesia local para poder crear alianzas. Antes de elaborar planes concretos, las ONGs analizaron los pros y los contras de trabajar con esa iglesia¹⁰¹:

A favor	En contra
Reúne a muchas personas	Es muy conservadora
Puede convencer	Tiene muchas tradiciones y prejuicios acerca de la sexualidad
Se centra en la familia	A veces se centra demasiado en la familia
Tiene influencia política en teoría, no en la práctica	Tiene un conocimiento limitado sobre el VIH y el SIDA
Tiene recursos económicos	Tiene una actitud paternalista
Su presencia en la comunidad es permanente, lo cual ayuda a la sostenibilidad	
Incluye a algunas personas muy progresistas	Incluye a algunas personas fanáticas

¹⁰¹ Ejemplo extraído de “Taller sobre solidaridad y sostenibilidad”, COMUNIDEC y la Alianza, Ecuador, mayo de 1997. <http://www.aidsalliance.org/eng/> (información disponible en inglés).

Lleva a cabo un trabajo de puerta a puerta en la comunidad	
--	--

Ejercicio

Reflexionen sobre las ventajas y desventajas de trabajar con un socio

- Seleccionen a un socio con el que su iglesia quiere colaborar
- Discutan las experiencias positivas y negativas (los pros y los contras) que una colaboración con este socio puede aportar y hagan una lista
- Examinen el equilibrio entre los pros y los contras y analicen qué puede hacer su iglesia para sacar el mayor provecho posible de las ventajas y hacer frente a las dificultades.
- ¿Qué es lo mejor y qué es lo peor del socio?
- ¿Cómo puede la colaboración con este socio afectar las relaciones de la iglesia con otros individuos y organizaciones?
- ¿Cómo puede la colaboración con este socio afectar los programas de la iglesia y las relaciones con la comunidad?
- A pesar de las desventajas, ¿siguen queriendo establecer esta relación?

4.2 Hacer un seguimiento de la alianza: comprender los altibajos

En el transcurso de las relaciones con diferentes asociados, casi todas las iglesias viven momentos en los que la relación va bien, y otros en las que no. Trazar un cuadro de los altibajos de la alianza puede ayudar a identificar los puntos fuertes y los puntos débiles de una relación. Este método puede resultar especialmente útil en el momento en que una iglesia experimenta dificultades en el marco de una alianza, por ejemplo cuando surge una crisis, o cuando una iglesia no está segura de si debería seguir invirtiendo tiempo y energía con un socio determinado. Esta actividad también puede ayudar a una iglesia a hacer un seguimiento de sus alianzas, a ver si han progresado y qué lecciones ha aprendido.

Ejercicio

1. Hagan un gráfico de la relación con un socio prioritario que ilustre los altibajos que han compartido. Por ejemplo, una colaboración con éxito se ilustrará trazando una línea ascendente, mientras que un desacuerdo se mostrará con una línea descendente.
2. Comenten el gráfico y describan por qué ocurrieron los puntos altos y los puntos bajos, y qué han aprendido de ellos. Por ejemplo:
 - ¿Cuándo y cómo la iglesia y su socio han trabajado bien juntos, y cuándo y cómo se han enfrentado?
 - ¿Qué muestra sobre la relación el esquema de altibajos? ¿Presenta variaciones muy extremas o se mantiene una línea razonablemente constante?
 - ¿A qué se debían los altibajos, a factores externos o internos?
 - Teniendo en cuenta la relación entre la iglesia y el socio, ¿parece plausible que

alcancen los objetivos que se han fijado para su alianza?

Algunas de las posibles causas de los altibajos son:

- relaciones amistosas/tensas; comunicación frecuente/infrecuente; buena/mala comunicación; o
- trabajar juntos en armonía/en oposición.

4.3 El uso del lenguaje

El lenguaje es la forma de comunicación humana por excelencia. La manera de utilizar el lenguaje nos indica cómo son las personas, lo que hacen y lo que les importa. El lenguaje tiene poder: puede hacer que la gente se sienta bien o mal, unir o separar. Las personas que participan en la lucha contra el VIH/SIDA hablan muchas lenguas, y algunas utilizan una terminología específica para comunicarse entre ellas. Si bien esta forma de hablar puede profundizar la comprensión de determinados aspectos del VIH y el SIDA, también puede dejar de lado a otras personas. El VIH y el SIDA afectan a todos los sectores de la sociedad, y por ello es importante que los diferentes grupos encuentren un lenguaje común que sirva de base para la acción conjunta.

El **Anexo 2**, el Pacto sobre el VIH/SIDA, ofrece una base bíblica para establecer una colaboración constructiva con las PVVS en todas las cuestiones relacionadas con la epidemia. Proporciona un lenguaje que es adecuado tanto para las iglesias como para las PVVS y que facilita la creación de alianzas para luchar contra el VIH/SIDA. En el **Anexo 3**, se proporciona una lista con la terminología apropiada e inapropiada para hablar de temas relacionados con el VIH y el SIDA. El hecho de familiarizarse con estos términos y sus significados puede ayudar a establecer una comunicación sensible y constructiva.

Ejemplo: ONGs y grupos comunitarios, Sri Lanka¹⁰²

En un seminario de formación, algunas ONGs y grupos comunitarios expresaron su inseguridad respecto a qué lenguaje utilizar para tratar temas relacionados con el VIH y el SIDA, las ONGs y el desarrollo a la hora de documentar su trabajo y comunicar con sus asociados. En vista de ello, llevaron a cabo una sesión de “lluvia de ideas sobre el lenguaje”, en singalés (la lengua local) e inglés, para averiguar si se sentían cómodos con el uso de determinadas palabras al hablar con sus asociados. Tuvieron en cuenta, entre otros aspectos, si las palabras eran comprensibles y técnicamente correctas, y si podían ayudar a transmitir una imagen positiva de las ONGs y del trabajo sobre el VIH y el SIDA.

Se sienten cómodos con el uso de estos términos	No están seguros	No se sienten cómodos con el uso de estos términos
<ul style="list-style-type: none"> • Personas que viven con el VIH/SIDA • sostenibilidad • participación • lecciones obtenidas 	<ul style="list-style-type: none"> • “de arriba hacia abajo” • grupo de alto riesgo • ONG • OBC (organizaciones basadas en la 	<ul style="list-style-type: none"> • prostituta • inhibidor de proteasa • contagioso • fracaso • OSS (organizaciones

¹⁰² Ejemplo extraído de “Seminario de documentación”, Alianza Laka y la Alianza, Sri Lanka, julio de 1997. <http://www.aidsalliance.org/eng/> (información disponible en inglés).

<ul style="list-style-type: none"> • sexo más seguro • VIH positivo • empoderamiento 	<p>comunidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> • “de abajo hacia arriba” • víctima • homosexual 	<p>de servicios sobre el SIDA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • sexo seguro • SIDA positivo
---	--	---

Ejercicio

- ¿Cuáles pueden ser las consecuencias de utilizar un lenguaje que para un socio resulta inapropiado?
- ¿Necesita la iglesia cambiar algunas de las palabras que usa en su comunicación diaria?
¿Por qué?
- ¿Existen alternativas más simples a la jerga utilizada?

Estudio bíblico

Lean el pasaje 1ª. Corintios 9:19-25.

- A la luz de este pasaje, ¿cómo deben presentarse las iglesias a sus asociados?
- ¿Creen que las iglesias tienen la obligación de elaborar y utilizar un lenguaje diplomático y aceptable para comunicarse con sus asociados?

4.4 Hacer llegar el mensaje

Los mensajes ayudan a las iglesias y a las organizaciones religiosas a comunicarse de forma eficaz con sus asociados. Los mensajes eficaces son declaraciones contundentes, que ayudan a una iglesia u organización religiosa a conectar rápidamente con sus asociados, de una forma que los otros aprecien y recuerden. Una iglesia o una organización religiosa puede incluir estos mensajes en sus folletos u otros materiales. También los puede utilizar a modo de recordatorio de los puntos a tratar en reuniones con los asociados, presentaciones o entrevistas con los medios de comunicación.

Los buenos mensajes reflejan la identidad de la iglesia o la organización religiosa, así como sus puntos fuertes, su experiencia y sus conocimientos. Los miembros de la iglesia u organización deben estar de acuerdo con los mensajes, apoyarlos y utilizarlos coherentemente.

Los mensajes poderosos son:

- cortos;
- sencillos;
- positivos;
- exactos;
- coherentes; y
- orientados hacia la acción.

Ejemplo: ANERELA+ (Red africana de dirigentes religiosos que viven con el VIH y el SIDA o están personalmente afectados)

Visión: una región africana en la que los dirigentes religiosos que viven de forma positiva con el VIH y el SIDA y están personalmente afectados son capacitados para vivir

abiertamente como testigos de la esperanza y para ser fuerzas de cambio en sus congregaciones y comunidades.

1. (Mensaje sobre el VIH/SIDA y por qué es importante) ... el VIH/SIDA es una realidad, y afecta a los individuos, a las comunidades y a nuestro continente. El VIH/SIDA en África no es únicamente un problema de salud, sino que también es un problema socioeconómico que afecta a todos los aspectos de la sociedad.
2. (Mensaje sobre lo que hace y defiende ANERELA+) ... ANERELA+ es el único grupo de autoayuda en África para dirigentes religiosos que viven con el VIH y el SIDA o están personalmente afectados. Formamos parte de un esfuerzo mundial para prevenir la propagación del VIH y cuidar a las personas que están afectadas.
3. (Mensaje sobre cómo otras personas pueden trabajar con ANERELA+) ... nosotros no somos el problema, sino parte de la solución. Cada persona tiene un papel que desempeñar para apoyar las personas que viven con el VIH/SIDA en la iglesia y en la comunidad.

4.5 Responder a las crisis

Los procesos de creación de alianzas no son siempre fáciles. Por consiguiente, es importante que la iglesia encuentre formas constructivas de hacer frente a los problemas y las crisis. Ciertas diferencias de opinión o valores pueden hacer que a una determinada iglesia le resulte difícil trabajar con un asociado en concreto. Mediante una comunicación continua entre ambas partes, la iglesia puede a menudo, aunque no siempre, encontrar una manera de superar estos obstáculos. Aun cuando decida no continuar con una alianza, al menos puede tratar de entender las diferencias y basar su decisión en hechos.

Anexo 1

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

2001

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

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

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

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

Comunión Anglicana en África, *“Nuestra visión, nuestra esperanza”*: *El primer paso, Marco para la planificación sobre el SIDA de los anglicanos de toda África*. Johannesburg (Sudáfrica), 22 de agosto de 2001.

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

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

2002

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

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

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

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

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

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

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

2003

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2004

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo 2

Pacto sobre el VIH/SIDA¹⁰³

Preámbulo

El Señor Dios es el creador del cielo y de la tierra; el creador de todas las formas de vida de nuestra comunidad terrestre. Él creó toda la vida y todo era bueno. En la época actual del VIH/SIDA, ve la miseria de su pueblo infectado y afectado por esta enfermedad; ha escuchado su lamento a causa de esta epidemia. Conoce su sufrimiento y ha venido a liberarlos del VIH/SIDA. De modo que nos llama a acercarnos a los infectados y a los afectados para rescatar a su pueblo, su creación, de la epidemia del VIH/SIDA. Por lo tanto, esta Asamblea reconoce el llamamiento de Dios y establece, hoy, este pacto con Él:

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

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

Pacto 2: El amor y la atención relacionada con el VIH/SIDA

Recordaremos, proclamaremos y actuaremos basándonos en el hecho de que el amor viene de Dios y que todo el que ama ha nacido de Dios y conoce a Dios. “Si alguno dice: Yo amo a Dios, y aborrece a su hermano, es mentiroso. Pues el que no ama a su hermano a quien ha visto, ¿cómo puede amar a Dios a quien no ha visto?” (1ª Juan 4:7-21). Por lo tanto, haremos todo lo que sea necesario y esté a nuestro alcance para alentar a los hombres y a las mujeres a amar, cuidar, apoyar y curar a todos aquellos que están infectados y afectados por el VIH/SIDA en nuestras comunidades, nuestros países y nuestro continente.

Pacto 3: El tratamiento y los medicamentos contra el VIH/SIDA

Recordaremos, proclamaremos y actuaremos basándonos en el hecho de que la tierra y todo lo que hay en ella pertenece al Señor y que Él ha confiado su custodia a todos los seres humanos (Salmos 24:1 y Génesis 1:29). Por lo tanto, desempeñaremos, abierta y tenazmente, un papel profético de defensa a favor de todos los que están infectados y se les deniega el acceso a medicamentos abordables hasta que el tratamiento antirretrovírico sea accesible a todos los que lo necesitan.

¹⁰³ Adoptado por la Octava Asamblea General de la Conferencia de Iglesias de Toda el África, Yaoundé (Camerún), 2003.

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

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

Pacto 5: La pobreza y el VIH/SIDA

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

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

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

Pacto 7: Los niños y el VIH/SIDA

Recordaremos, proclamaremos y actuaremos basándonos en el hecho de que Dios, nuestro Señor, abre las puertas a los niños. Les ha dado su reino y es el padre de todos los huérfanos (Marcos 9:33-37 y 10:13-16; Salmos 68:5 y 146:9). Por lo tanto, trabajaremos para fortalecer y proteger a todos los niños y denunciaremos todas las estructuras, culturas, políticas y leyes nacionales e internacionales que exponen a los niños al abuso y la explotación sexual, al estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA, a la expropiación y a la pobreza, por lo que quedan expuestos a la infección del VIH/SIDA y a la falta de una atención de calidad.

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

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

Pacto 9: La sexualidad humana y el VIH/SIDA

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

Pacto 10: La justicia y el VIH/SIDA

Recordaremos, proclamaremos y actuaremos basándonos en el hecho de que Dios, nuestro Señor, ve, escucha y conoce el sufrimiento de las personas y viene a liberarnos (Éxodo 3:1-12; Lucas 4:12-22). Por lo tanto, declararemos el jubileo y proclamaremos libertad por toda la tierra y a todos los habitantes (Levítico 25:10), pues hasta que no haya justicia para todos los pueblos del mundo, hasta que la justicia no corra a raudales y la honestidad no fluya como un río que nunca se seca, no se podrá erradicar el VIH/SIDA.

Anexo 3

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

Las iglesias desempeñan un papel importante en la manera de informar a sus miembros sobre el VIH. Pero, a veces, las iglesias utilizan términos que pueden crear confusión sobre el virus, o que pueden herir a las personas que viven con el VIH o el SIDA. Un lenguaje apropiado es el que respeta la dignidad y los derechos de las personas concernidas, no contribuye a la estigmatización y al rechazo de las PVVS y ayuda a crear los cambios sociales necesarios para superar la epidemia.

Algunas reglas generales son:

- El lenguaje debe ser inclusivo y no crear o reforzar una mentalidad o un enfoque que hace una distinción entre “nosotros y ellos”. Se debe ir con cuidado con la utilización de pronombres como “nosotros”, “ellos”, “suyos”, etc.
- El lenguaje debe ser neutro respecto a los valores, sensible al género y debe fortalecer en vez de debilitar. Términos e imágenes como “promiscuo”, “abuso de drogas” y todas las palabras despectivas, en vez de crear la confianza y el respeto necesarios, alienan.
- Los mensajes de prevención del VIH/SIDA deben mostrar que el VIH y el SIDA afectan a todas las personas, indistintamente de la edad, cultura, raza, género y orientación sexual.
- Las imágenes de las PVVS como personas “al borde de la muerte” o como personas incapaces de vivir vidas satisfactorias a causa de su estado serológico positivo deben evitarse.
- Debe evitarse describir el VIH y el SIDA como una plaga: el VIH es simplemente una infección que ha alcanzado proporciones epidémicas.
- Es mejor utilizar un vocabulario procedente de la terminología utilizada en el ámbito de la paz y del desarrollo humano que del vocabulario de la guerra y la condena. Por ejemplo, es mejor utilizar “respuesta al VIH/SIDA” que “luchar contra el VIH/SIDA”.
- En vez de preguntar “¿Cómo contrajiste la infección del VIH?”, es mucho más importante saber “¿Cómo vives con el VIH?”

A continuación se ofrecen algunos ejemplos de términos inexactos o estigmatizantes, junto a sugerencias de frases y términos alternativos:

1. Utilizar: infección del VIH, VIH-positivo, VIH/SIDA, VIH y SIDA, VIH o SIDA

No utilizar: “SIDA” si la intención es referirse al VIH

El SIDA es un conjunto de síntomas que aparecen debido a que el sistema inmunitario de la persona está gravemente afectado por la infección del VIH. La persona que ha contraído la infección del VIH desarrolla anticuerpos contra el virus, pero no implica forzosamente que tenga SIDA ni que la enfermedad vaya a desarrollarse.

No utilizar: virus del SIDA, virus del VIH

El SIDA es un síndrome, no un virus. Por consiguiente, el “virus del SIDA” no existe. Solo existe el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana): el virus que puede provocar el SIDA. La ‘V’ del acrónimo VIH significa “virus”. No es necesario agregar la palabra “virus” delante del acrónimo VIH, ya que éste es suficiente.

A veces es mejor no utilizar: VIH/SIDA

El VIH es un retrovirus (un agente infeccioso), el SIDA es el síndrome de un sistema inmunitario gravemente afectado. Utilizar el término VIH/SIDA puede dar la impresión errónea de que se trata de una enfermedad llamada “VIH/SIDA”. Siempre que sea posible, especifique si se trata de VIH o de SIDA.

2. Utilizar: persona que vive con el VIH o persona que vive con el SIDA o personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS)

No utilizar: víctima del SIDA o persona que sufre de SIDA

Muchas PVVS sienten que este término implica que son incapaces, que no tienen control sobre su salud o sus vidas.

No utilizar: víctimas inocentes

Por lo general se utiliza para referirse a niños seropositivos o personas que adquirieron el VIH por razones médicas. Este término implica erróneamente que las personas infectadas por otras vías merecen, en cierta manera, un castigo, y que se han infectado por su culpa. Este término fomenta la estigmatización y la discriminación de las PVVS y debe evitarse.

No utilizar: portador/a del SIDA

Este término es estigmatizante y ofensivo para muchas personas con VIH y SIDA. Por ello, es incorrecto: el verdadero agente es el VIH. No se puede contraer el SIDA. También puede dar la falsa impresión de que las personas se pueden proteger a sí mismas evitando a todo aquél que conozcan que tenga SIDA o eligiendo a una pareja sexual por su apariencia.

No utilizar: SIDA totalmente declarado

Este término implica que existe el SIDA parcialmente declarado. A una persona se le diagnostica SIDA cuando reúne toda una serie de criterios clínicos específicos, como ciertas infecciones oportunistas, o cuando su nivel de CD4 se sitúa por debajo de un cierto punto.

3. Utilizar: comunidades afectadas o comportamientos de alto riesgo (prácticas sexuales no seguras, jeringas o agujas compartidas)

No utilizar: grupo de alto riesgo

En el pasado, algunos grupos, como por ejemplo, los camioneros, los homosexuales, los migrantes, los trabajadores del sexo, los consumidores de drogas por vía intravenosa, han sido calificados de “grupos de alto riesgo”. Esta frase implica que pertenecer a un grupo determinado es el factor decisivo de la transmisión del VIH cuando, en realidad, se trata de un determinado comportamiento. Esta frase puede dar lugar a una falsa impresión de seguridad a quienes no se identifican con el grupo de alto riesgo. La propagación del VIH no obedece a grupos sino a comportamientos de alto riesgo, como las prácticas sexuales no seguras o las agujas compartidas.

4. Utilizar: sangre, semen, fluidos vaginales, leche materna.

No utilizar: fluidos corporales

La confusión acerca de los fluidos corporales que pueden transmitir el VIH suele causar temor y dar lugar a ideas erróneas acerca del VIH, lo que sigue siendo motivo de estigmatización y discriminación contra las PVVS. Se debe explicar siempre qué fluidos corporales contienen una concentración suficiente de VIH como para intervenir en la transmisión del mismo (p. ej. sangre, semen, líquido preseminal, fluidos vaginales y leche materna). El VIH no se transmite por fluidos corporales tales como la saliva, el sudor, las lágrimas o la orina.

5. Utilizar: trabajador/a del sexo

No utilizar: prostituto/a

El término prostituto/a es peyorativo y no traduce el hecho de que se trata de un trabajo y no de un estilo de vida.

6. Utilizar: persona que se inyecta drogas o consumidor/a de drogas por vía intravenosa

No utilizar: yonki, drogata o drogadicto/a

El consumo de drogas por vía intravenosa es sólo una parte de la vida de las personas en cuestión. Estos términos traducen una imagen estereotipada que es inexacta.

7. Utilizar: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, gay y homosexual

Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HRSH) no constituyen un grupo, sino más bien un fenómeno social. Muchos HRSH no se consideran homosexuales y muchos están casados o tienen relaciones sexuales con mujeres. En algunas regiones, existe un número elevado de hombres que tienen comportamientos bisexuales.

En la mayor parte del mundo, hay grupos de homosexuales que utilizan varios términos para identificarse a sí mismos. Este tipo de terminología existe en la mayoría de las culturas, si no en todas. Unos términos hacen referencia a los hombres afeminados, y otros a los hombres más masculinos. Estos hombres forman una subcultura. Sin embargo, es importante tener en cuenta que no todos los HRSH consideran que pertenecen a esta subcultura, pues, en muchos casos, piensan que el hecho de tener relaciones sexuales con otros hombres es algo que, simplemente, ocurre. Por otra parte, incluso en los lugares en que hay cierta visibilidad y apertura en cuanto a los HRSH, muchos hombres, posiblemente la mayoría, no se identifican a sí mismos con términos como “gay” o “bisexual” debido, entre otros motivos, a la estigmatización o al miedo a la discriminación o a la falta de ejemplos a seguir. No obstante, la autoidentificación no es un aspecto esencial para reconocer que las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo existen.

Anexo 4

Glosario

Apoyo entre iguales: prestar apoyo práctico y emocional a las personas que viven con el VIH o el SIDA mediante el establecimiento de vínculos con otras personas VIH-positivas, que pueden estar cualificadas o tener experiencia en la prestación de este tipo de asistencia. Ser diagnosticado VIH-positivo o vivir con el VIH durante varios años plantea numerosos problemas e incertidumbres, como el aislamiento. El apoyo entre iguales puede ayudar a resolver algunos de estos problemas, así como a aclarar sentimientos e ideas.

El apoyo individual entre iguales consiste en hablar con personas VIH-positivas a nivel individual por teléfono o en persona. Se proporciona asesoramiento e información sobre cuestiones relativas a la salud, el modo de vida y el futuro, tales como: tratamientos, relaciones, revelar el estado serológico con respecto al VIH, confianza en sí mismo, amistades, sexualidad y otros temas relacionados con el hecho de vivir con el VIH. Los grupos de discusión constituyen un lugar apropiado para conocer a otras PVVS y hablar de las cuestiones en torno al VIH y el SIDA entre iguales.

Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV): es el proceso a través del cual un individuo recibe asesoramiento que le permite elegir con conocimiento de causa si se somete o no a la prueba de VIH. Es confidencial y consta de un asesoramiento previo a la prueba, la prueba, en caso de que se haya decidido hacerla, y un asesoramiento posterior a la prueba, sea cual sea el resultado.

Carga viral: cantidad de copias de VIH que circulan en la sangre de una persona. La medición de la carga viral es muy importante por la correlación que existe entre ésta y el avance de la enfermedad: los pacientes más enfermos suelen tener más cantidad de virus que los menos enfermos. Este procedimiento puede ayudar a los médicos a decidir en que momento empezar una terapia antirretrovírica o si deben cambiar la medicación. También puede ayudar a los investigadores a determinar más rápidamente la eficacia de las terapias experimentales contra el VIH.

CD4 (T4) o Células CD4+:

1. Un tipo de célula T que protege de las infecciones provocadas por bacterias, virus, hongos y protozoos. Estas células son las responsables de indicarles a otras células del sistema inmunitario que deben combatir una infección en el cuerpo. También se conocen como células T colaboradoras.

2. El blanco principal del VIH son unas células que tienen en su membrana una molécula llamada receptor CD4. Por tener este receptor CD4 se llaman células (o linfocitos) CD4+ (positivos). Según se ha observado, la destrucción de los linfocitos CD4+ es la principal causa de la inmunodeficiencia en las personas con el SIDA, y la disminución en los niveles de linfocitos CD4+ parece ser el mejor indicador acerca del riesgo de que aparezcan infecciones oportunistas. Si bien el nivel de CD4+ baja, el nivel de células T se mantiene bastante estable en el curso de la infección del VIH, debido al aumento concomitante de las células CD8+. Por consiguiente, la relación entre las células CD4+ y CD8+ es un indicador importante de la progresión de la enfermedad.

Células CD8 (T8): son glóbulos blancos que tienen la proteína CD8 en su membrana. Estos glóbulos blancos matan algunas células cancerígenas y algunas células infectadas por gérmenes patógenos (algunas bacterias, virus y micoplasmas). También se conocen bajo el nombre de células T citotóxicas, células T8 y linfocitos T citotóxicos.

Condomes: el uso adecuado de condones masculinos de látex proporciona un alto nivel de protección contra la infección del VIH y también frena la transmisión de otras infecciones que se transmiten sexualmente. Los condones masculinos, generalmente hechos de látex, deben almacenarse cuidadosamente evitando la exposición prolongada al calor, y deben usarse con un lubricante a base de agua. También existen condones femeninos, que se colocan dentro de la vagina.

Día Mundial del SIDA: se celebra cada año el 1 de diciembre y es un día de apoyo a la lucha contra el VIH/SIDA a nivel local, nacional e internacional y de solidaridad con las personas que viven con el VIH/SIDA.

Una iglesia entendida en SIDA es aquella

- cuya enseñanza y práctica dicen claramente que el estigma y la discriminación contra personas afectadas por el VIH/SIDA (PVVS) son pecado y van contra la voluntad de Dios;
- la que, junto con sus asociados ecuménicos, tiene una cabal comprensión de la gravedad de la pandemia del VIH/SIDA en África;
- la que ofrece y responde a esfuerzos de colaboración referentes al VIH/SIDA;
- la que asume un papel de prevención del VIH/SIDA, teniendo en cuenta consideraciones pastorales, culturales y de género;
- la que utiliza sus recursos y estructuras para prestar atención, consejos y apoyo a los afectados.

Infecciones oportunistas: enfermedades causadas por varios microorganismos, como bacterias, parásitos y virus, algunos de los cuales normalmente no causan enfermedades en las personas con un buen sistema inmunitario.

Infecciones de transmisión sexual (ITS): enfermedades infecciosas que se adquieren a través de las relaciones sexuales, como pueden ser: la clamidia, la gonorrea, el herpes y la úlcera genital y la sífilis. Algunos de los síntomas de infección son: el ardor o escozor al orinar, y las secreciones purulentas, amarillentas o verdosas, cremosas y malolientes. La utilización de condones puede prevenir la transmisión de ITS, como la clamidia y la gonorrea, infecciones que si no se tratan pueden tener graves consecuencias para la salud. Las ITS que no se tratan aumentan la posibilidad de transmisión del VIH durante las relaciones sexuales.

Lazo rojo: es el símbolo internacional de la sensibilización respecto al VIH y el SIDA, que muchas personas utilizan durante todo el año y sobre todo en torno al Día Mundial del SIDA. Es un símbolo de esperanza y solidaridad. Esperanza en el éxito de la busca de una vacuna y una cura que acaben con el SIDA y en que la calidad de vida de las personas que viven con el SIDA mejore. El lazo rojo también constituye un mensaje de apoyo para con las personas que viven con el VIH y el SIDA o están afectadas por la enfermedad. Los diseñadores del símbolo del lazo renunciaron a sus derechos de copyright y por consiguiente puede ser utilizado por todo el mundo.

Malaria: es una enfermedad parasitaria grave que se transmite de un ser humano a otro por la picadura de mosquitos hembras del género *anofeles* que necesitan sangre para alimentar a sus larvas.

En la actualidad, aproximadamente el 40 % de la población mundial, principalmente las personas que viven en los países más pobres, corren el riesgo de contraer la malaria. Cada

año, la malaria causa más de 300 millones de casos clínicos y por lo menos un millón de muertes. El 90% de las defunciones por malaria tienen lugar en el África subsahariana, y en la mayoría de los casos se trata de niños. La malaria, junto al VIH, el SIDA y la tuberculosis, es uno de los mayores problemas de salud pública pues socava el desarrollo de los países más pobres del mundo.

Masturbación: autoestimulación de los órganos sexuales femeninos o masculinos hasta obtener un intenso placer o un orgasmo. La masturbación no es mala física, sexual o emocionalmente; de hecho, puede ser buena. Desde el punto de vista médico, se considera una actividad sexual sana y normal.

Masturbación mutua: práctica sexual en la que una persona masturba a la otra, y que puede desinhibir y permitir acercarse más al otro. Masturbar a la pareja de una forma que le guste puede ser una parte importante de hacer el amor. Tanto los hombres como las mujeres necesitan aprender cómo manipular los órganos genitales del otro con ternura y sensibilidad. Por otra parte, la masturbación mutua es una práctica sexual segura ya que no conlleva penetración.

Penetración sexual: el pene penetra la vagina o el ano (de una mujer o un hombre). El VIH puede transmitirse a través de la penetración sexual sin protección (p. ej. sin la utilización de un preservativo).

Personas que viven con el VIH o el SIDA (PVVS): se aconseja utilizar “personas que viven con el VIH o el SIDA”, pues refleja el hecho de que una persona VIH-positiva puede seguir viviendo bien y de forma productiva durante muchos años. Se trata de una terminología que fortalece, ya que hace hincapié en el hecho de vivir con el VIH y el SIDA, en vez de en morir de SIDA.

Es preferible no utilizar ciertos términos, como: “paciente de SIDA” que solo debe utilizarse en un contexto médico (la mayor parte de las veces, una persona con SIDA no es un paciente); el término “víctima del SIDA” o “persona que sufre de SIDA” implica que la persona en cuestión es incapaz, que no tiene control sobre su vida”. Referirse a las PVVS como “víctimas inocentes” (que por lo general se utiliza para referirse a niños VIH-positivos o personas que han contraído el VIH por razones médicas) implica erróneamente que las personas infectadas por otras vías merecen, en cierta manera, un castigo.

Prácticas sexuales arriesgadas: relaciones sexuales con penetración sin utilizar un condón. Supone el riesgo de transmitir o contraer ITS, como el VIH.

Precauciones universales: conjunto de medidas estándares para minimizar el riesgo de transmisión de agentes patógenos, como el VIH y la hepatitis, por vía sanguínea. Entre estas medidas cabe señalar el uso de barreras de protección, como guantes, batas, delantales, mascarillas o protectores para los ojos, que pueden reducir el riesgo de exponer la piel o las membranas mucosas a posibles infecciones.

Profilaxis después de la exposición (PDE): un tipo de terapia antivírica contra el VIH encaminada a reducir (pero no eliminar) la posibilidad de infección con el virus después de una exposición conocida. La PDE debe iniciarse lo más pronto posible después de una posible exposición al VIH bajo supervisión médica. En distintos países se han adoptado diferentes protocolos para la utilización de la PDE, muchos de los cuales excluyen la exposición no ocupacional.

Programas de intercambio de agujas y jeringas: iniciados en los años 80, los programas de intercambio de agujas y jeringas se establecieron con el propósito de reducir el riesgo de

transmisión de infecciones por vía sanguínea, incluido el VIH, proporcionando agujas y jeringas a los consumidores de droga por vía intravenosa. Elaborados conforme a una importante colección de estudios de investigación, estos programas han contribuido de forma eficaz a reducir la propagación de las infecciones por vía sanguínea, incluido el VIH, entre los usuarios de drogas intravenosas. En los países y regiones, en los que estos programas se introdujeron como parte de la respuesta global en las primeras etapas de la enfermedad, se consiguió prevenir, en gran medida, las epidemias del VIH entre los consumidores de drogas por vía intravenosa. Sin embargo, en muchos países, los programas de intercambio de agujas y jeringas siguen siendo ilegales.

Prueba de carga viral: mide la cantidad de RNA (ácido ribonucleico) del VIH. El RNA es la parte del VIH que puede hacer que se produzca más virus. Los resultados de estas pruebas son dados en números de copias del RNA del VIH por mililitro de sangre. Las investigaciones indican que la carga viral indica mejor el riesgo de progresión de la enfermedad que el recuento de CD4. Cuanto más baja es la carga viral, más se tarda en desarrollar el SIDA y más tiempo se vive. La prueba de carga viral se utiliza para determinar en que momento se debe iniciar o cambiar una terapia.

Relaciones sexuales más seguras: tomar precauciones para reducir la posibilidad de transmitir o contraer infecciones de transmisión sexual, como el VIH, durante las relaciones sexuales. La utilización adecuada del condón o las relaciones sexuales sin penetración, por ejemplo, se consideran prácticas sexuales más seguras.

Sexo oral: práctica sexual en la que interviene la boca para estimular el órgano genital de una persona. Se considera de bajo riesgo para la transmisión del VIH.

Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): es la última etapa de la infección causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Una persona que vive con el VIH puede parecer y sentirse sana durante mucho tiempo antes de que se le diagnostique el SIDA. Sin embargo, el VIH debilita el sistema (inmunitario) de defensas del cuerpo hasta que llega a no poder combatir enfermedades e infecciones como neumonía, diarrea, tuberculosis, tumores, cánceres y otras enfermedades.

Terapia Antirretrovírica (ARV): medicamentos utilizados en el tratamiento de la infección por VIH. Actúan contra la infección misma de VIH reduciendo la reproducción del VIH en el cuerpo, pero no la curan.

Tuberculosis (TB): es una enfermedad que, como el resfriado común, se contagia a través del aire. Solamente son contagiosas las personas que padecen tuberculosis a nivel pulmonar. Cuando las personas infectadas tosen, estornudan, hablan o escupen, propagan los gérmenes de la TB, conocido como bacilo, por el aire. Basta con inhalar una pequeña cantidad de estos microbios para que una persona se infecte. Si una persona con TB activa no se trata, se estima que contagiará a una media de 10 a 15 personas cada año. Pero no todas las personas infectadas por el virus de la TB desarrollarán necesariamente la enfermedad. El sistema inmunitario suele destruir las bacterias o bien las encierra en el punto de infección, por lo que pueden permanecer inactivas durante muchos años. Cuando el sistema inmunitario de una persona se debilita, aumentan las posibilidades de enfermar.

El VIH y la TB forman una combinación letal, de modo que cada enfermedad acelera la progresión de la otra. El VIH debilita el sistema inmunitario. Una persona VIH-positiva infectada con tuberculosis tiene muchas más posibilidades de desarrollar una infección activa que una persona que es VIH-negativa. La TB es una de las principales causas de mortalidad entre las personas VIH-positivas, siendo responsable del 13% de los fallecimientos debidos al

SIDA . En África, el VIH es el factor que más ha influido en el aumento de la incidencia de la TB durante los últimos diez años.

Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): es el virus que puede causar el SIDA o el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida. El VIH ataca el sistema inmunitario del cuerpo, que es el que combate las infecciones.

VIH-negativo significa que en el análisis de sangre o tejido no hay evidencia de infección del VIH (p. ej. ausencia de anticuerpos contra el VIH). Cabe observar que existe un período, desde que se contrae la infección hasta que se pueden detectar los anticuerpos, el “período de ventana” (que puede durar hasta seis meses), durante el cual la prueba del VIH sale negativa, aun cuando se haya contraído la infección.

VIH-positivo significa que en el análisis de sangre o tejido se ha detectado la infección del VIH (p. ej. presencia de anticuerpos contra el VIH). Un análisis, ocasionalmente, puede dar resultados positivos falsos.

Anexo 5

Información de contacto de redes de personas que viven con el VIH y el SIDA

Red mundial de personas que viven con el VIH/SIDA (GNP+)

GNP+ Secretariado Central

P.O. Box 11726
1001 GS, Amsterdam
The Netherlands
Tel: +31 20 423 4114
Fax: +31 20 423 4224
Email: infognp@gnpplus.net
www.gnpplus.net

Red de personas africanas que viven con el VIH/SIDA (NAP+)

P.O. Box 30218
Nairobi
Kenya
Tel: +254 20 228 776
Fax: +254 20 331 897
Email: nap@wananchi.com

Red de Asia y el Pacífico de personas que viven con el VIH/SIDA (APN+)

Interim Regional Coordinator
Greg Gray
1701 Pacific Place One, 17th Floor
140 Sukhumvit Road
Bangkok, 10110 THAILAND
Tel: +662 254 6090-1
Fax: +662 255 1128
Email: ggray@apnplus.org

Red caribeña de personas que viven con el VIH/SIDA (CRN+)

P.O. Bag 133
Port of Spain
Trinidad, W.I.
Tel: +1 868 622 8045
Fax: +1 868 622 0176
Email: crnplus@tstt.net.tt

Red europea de personas que viven con el VIH/SIDA (ENP+)

P.O. Box 11726
1001 GS Amsterdam
The Netherlands
Tel: +31 20 423 4114
Fax: +31 20 423 4224

Email: enp@gnpplus.net

Red latinoamericana de personas que viven con el VIH/SIDA (REDLA+)

Calle 8 No. 22 - 60

Cali - Colombia

Tel/Fax: +57 2 5142208 - 57 2 5142211

Email: 57 2 5142208 - 57 2 5142211

Red mundial de personas que viven con el VIH/SIDA, América del Norte (GNP+ NA)

1534 16th Street, NW, Suite 200

Washington, DC 20036

Tel: + 1 202-332-2303

Fax: +1 202-332-7087

Email: info@gnpna.org

Jóvenes Positivos

Raoul Fransen

c/o STI AIDS Netherlands

Keizersgracht 390-392

1016GB Amsterdam

The Netherlands

Tel: +31 20 62 62 669

Fax: +31 20 62 75 221

Mob: +31 6 5053 5292

Email: Rfransen@soaaid.nl

www.youngpositive.com

www.jongpositief.nl

Red africana de dirigentes religiosos que viven con el VIH y el SIDA o están personalmente afectados (ANERELA+)

Coordinador: The Revd. Fr. J. P. Heath

75a Fulham Road

Brixton, 2092

Johannesburg, South Africa

Tel: +27 118301866

Fax: +27 118301866

Mo: +27 826974978

Email: limpopo@global.co.za

Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/SIDA (ICW)

Oficina de Londres

Unit 6, Building 1
Canonbury Business Centre
Canonbury Yard
190a New North Road
London N1 7BJ
United Kingdom
Tel: +44 20 7704 0606
Fax: +44 20 7704 8070
Email: info@icw.org

África

Burkina Faso

Martine Somda
REVS+
01 BP 382
Bobo Dioulasso 01
Burkina Faso
Tel 1: +226970517 (W) TEL/FAX
Tel 2: +226 97 3073 (h)/00226 214652 615356(móvil)
Fax: +226 97 05 17 s/c Projet HCK
Email: revs@fasonet.bf
Email: martinesomda@hotmail.com

Zimbabwe

Lynde Francis
The Centre
PO Box A930,
24 Van Praagh Avenue
Avondale Harare
Zimbabwe
Tel 1: +263 4 724 494 (trabajo)
Tel 2: +263 11 406 932 (móvil)
Tel 3: +263 4 724 384 (casa)
Fax: +263 4 732 965/6
Email: centre2@africaonline.co.zw

Kenia

Dorothy Onyango
C/o WOFAK
PO Box 35168
00200 City Square
Nairobi
Kenya
Tel: +254 233 2082 (trabajo)
Fax: +254 221 7039
Email: wofak@iconnect.co.ke

Swaziland

Gcebile Ndlovu
ICW Southern Africa regional coordinator
Swaziland
Tel: +268 6113727 (trabajo)
Email: Gcebile@icw.org

Asia y Pacífico**India**

Celina D'Costa
PATHWAY
Yash Shree Building
8 Panini Society, Santa Nagar
Araneyshwar, Pune 411 009
India
Tel 1: + 91 9846 120839 (móvil)
Fax: +91 44 371 1276 (A la atención de: INP+)
Email: dcostacelina@rediffmail.com
Email: path@vsnl.net (Por favor, indique a la atención de: Celina D'Costa)

Australia

Bev Greet
c/o VACCHO
PO Box 1328
Collingwood, 3066
Australia
Tel: +613 9419 3350
Tel: +613 9387 1052 (h)
Fax: +613 9381 2447
Email: Bev_Greet@Bigpond.com

América del Norte**Estados Unidos**

Antigone Hodgins
4831 36th Street, NW
Apt 206
Washington DC 20008
United States
Tel 1: +1 202 232 6749(w)
Tel 2: +1 202 363 0121 (h)
Fax: +1 202 232 6750
Email: antigoneh@aol.com
Email: antigone@caear.org

América Latina y el Caribe

Argentina

Patricia M Perez

Soldar

Sarandí 215 1º "A"

Buenos Aires 1081

Argentina

Tel 1: +54-11 4951-0651/4951-5037

Fax: +54 114 384 6474

Email: asocsoldar@ciudad.com.ar

Email: icwarg@hotmail.com

Email: info@icwlatina.org

www.icwlatina.org

Europa

España

María Jose Vazquez

C/ Tiradors, 6

Entlo 1 F

Barcelona 08003

España

Tel 1: +34 637 55 15 47 (móvil)

Tel 2: +34 93 310 3688

Email: mjvazquez@retemail.es

Bibliografía

Alianza Internacional contra el VIH/SIDA, *Manual de Instrumentos Prácticos para Construir las Relaciones Externas* (1998).

<http://www.aidsalliance.org>

Código de prácticas recomendadas para las intervenciones de las ONG contra el VIH/SIDA.

<http://www.ifrc.org/sp/what/health/hivaids/code/>

Consejo Mundial de Iglesias. *Los efectos del VIH/SIDA y la reacción de las iglesias. Una declaración adoptada por el Comité Central del CMI sobre la base del estudio efectuado por el Grupo Consultivo del CMI sobre el SIDA*. Ginebra (Suiza), 12-20 de septiembre de 1996.

Documento No. 6.2B.

<http://www.wcc-coe.org>

Consejo Mundial de Iglesias, *Enfrentando el SIDA: el desafío y la respuesta de las iglesias, Un documento de estudio del CMI*, Publicaciones del CMI, Ginebra (Suiza), 1997.

<http://www.wcc-coe.org>

Consejo Mundial de Iglesias, *Hacia una política sobre el VIH/SIDA en el trabajo, Documento de trabajo*, 2005

Consejo Mundial de Iglesias, *Trabajar con organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA, Documento de referencia*, 2005.

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

Dube, Musa W. ed. *Africa Praying: A Handbook on HIV/AIDS Sensitive Sermon Guidelines and Liturgy*. Ginebra: CMI, 2003 (disponible en inglés).

<http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-documents-s.html>

Dube, Musa W. Towards an HIV/AIDS Christology: Christ the Compassionate Healer and Liberator in the New Testament, (2b edited--delete) in Dube, Musa W. *The HIV&AIDS Bible: Selected Essays*. Forthcoming in Scanton: Scranton University Press, 2005 (disponible en inglés).

ONUSIDA. *Acting early to prevent AIDS: The case of Senegal*, (1999) (disponible en inglés)

http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub04/una99-34_en.pdf

ONUSIDA, UNICEF, Conferencia Mundial de Religiones por la Paz, *Lo que los líderes religiosos pueden hacer acerca del VIH/SIDA: Acciones para niños y jóvenes (What religious leaders can do about VIH/AIDS: actions for children and young people*, 2003) (disponible en inglés y francés).

www.unaids.org

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

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

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

http://www.unaids.org/en/other/functionalities/ViewDocument.asp?href=http://gva-doc-owl/WEBcontent/Documents/pub/Publications/IRC-pub06/JC1119-Theological_sp.pdf

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

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

Parry, Dr Sue. *Respuestas de las organizaciones religiosas al VIH/SIDA en el África subsahariana*, Coordinadora regional para el África Meridional: Consejo Mundial de Iglesias, Iniciativa Ecuménica sobre el VIH/SIDA en África (EHAIA), 2003 (disponible en francés e inglés)

<http://wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-documents-s.html>

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

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

Sutherland, Comisionada Margaret. *Cuartel Internacional del Ejército de Salvación, África y el VIH/SIDA*. Extraído de un texto presentado por la comisionada Margaret Sutherland, Secretaria Internacional para África. Septiembre de 2003 (disponible en inglés)

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