

Xipe-totek

Revista trimestral, del Instituto Libre de Filosofía y Ciencias, A.C.
y del Centro de Reflexión y Acción Social, A.C., de los Jesuitas

Vol. IV, No. 4, Octubre - Diciembre 1995 No. Public. 16 GUADALAJARA, MEXICO

ISSN 1405-2458

EL SIDA



ética
religión
sociología
medicina
psicología
cárceles
pastoral
cine

☆ Número copatrocinado
por COESIDA, JALISCO

INDICE

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida 236

**CICLO DE CONFERENCIAS:
EL SIDA, MALDICIÓN O RETO**

La Enfermedad en el Antiguo Testamento *Mtro. Mario López B., SJ* 237

Jesús y la Liberación de la Maldición *Dr. Carlos Bravo, SJ* 242

SIDA: ¿Reto o Maldición? *Dr. Luis García Orso, SJ* 246
Una Reflexión Cristiana en torno al SIDA

Aspectos Éticos *Lic. Luis Ochoa, SJ* 250
de la Problemática en torno al SIDA

Acerca de la Asociación SIDA-Muerte *Dr. José Julio Sierra, G. de Q.* 256

Aspectos Psicológicos en el Sujeto y su Familia 259
Dr. José Romero Gallardo

La Enfermedad y la Esperanza ante la Terapéutica Homeopática 266
Dr. Roberto Navarro Ortega

El SIDA en México *Mtro. Humberto García Bedoy, SJ* 279

Conclusiones Pastorales *Dr. Jorge Manzano, SJ* 296

Información General 1995 *Redacción* 309

Propagación del VIH en la Cárceles *Roberto del C. Valencia A., SJ* 313

El SIDA en el Cine *Dr. Luis García Orso, SJ* 319

RECENSIÓN

Cien Películas para Cien Años del Cine 321
Dr. Luis García Orso, SJ

EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

En noviembre 1987 el INSTITUTO LIBRE DE FILOSOFÍA Y CIENCIAS, A.C., en colaboración con CASA LOYOLA, con los Conferencistas y con el entonces existente TRIÁNGULO ROSA, grupo de liberación gay, presentó en Casa Loyola el ciclo de conferencias EL SIDA, MALDICIÓN O RETO. El ciclo llamó fuertemente la atención pues fue entonces cuando por primera vez se hablaba de los aspectos éticos y religiosos del problema. Entonces no existía aún la revista XIPE-TOTEK, y las memorias fueron publicadas por la revista CHRISTUS en febrero 1988. Dado que el problema sigue estando presente en toda su intensidad, XIPE-TOTEK presenta ahora esas memorias, que han sido retocadas para ponerlas al día.

Sobre el tema se ha dicho mucho, y no siempre de una manera que ayude a formarse una idea exacta del fenómeno, ni a situarse frente a él con una actitud crítica, humana y cristiana. Incluso se ha llegado a decir que el SIDA es castigo de Dios y azote de la Naturaleza contra la degeneración en que ha caído la humanidad. Nosotros pensamos que esa manera de pensar está muy alejada de un auténtico humanismo, de las enseñanzas papales -en particular de Juan Pablo II-, de los valores evangélicos, y de la misma práctica de Jesús, para quien la enfermedad no es castigo del pecado, sino ocasión para que se muestre la gloria de Dios.

El SIDA es algo más que una enfermedad, se ha convertido en un fenómeno social complejo, con diversas implicaciones a nivel individual, familiar, social, biológico, psicológico, ético y religioso. Por eso abordamos el tema desde diversos ángulos. La liberación cristiana comienza con el reconocimiento de nuestras cadenas, de nuestra ignorancia, de nuestros prejuicios y traumas. Ojalá que la reflexión que susciten estas memorias contribuyan a continuar la liberación que Jesús nos vino a ofrecer.

EL SIDA Maldición o Reto

LA ENFERMEDAD EN EL ANTIGUO TESTAMENTO *

Mtro. Mario López Barrio, SJ

Maestría en Sagrada Escritura,
Instituto Bíblico de Roma y Jerusalén.
Profesor del Instituto Libre de Filosofía.
A partir de septiembre 1995, Provincial de los jesuitas en México.

* Conferencia sustentada el 6 de nov. 1987.

Ante el fenómeno humano de la enfermedad -y concretamente hoy, en el caso del SIDA-, nos preguntamos los cristianos cuál debe ser nuestra actitud. Y nos parece que la principal fuente inspiradora de nuestra conducta es precisamente la actitud de Jesús de Nazareth: ver cómo se comportó él con los enfermos. Y para apreciar mejor la conducta de Jesús, nos puede ayudar hacer una consideración sobre la enfermedad y algunas de las tradiciones en torno a ella, desde el AT, ya que son esas tradiciones, elevadas a la categoría de ley, con las que Jesús se enfrenta, para anularlas o superarlas.

LA ENFERMEDAD

Ya desde la antigüedad, en el Oriente, se consideraba la enfermedad como una plaga causada por espíritus maléficos o enviada por dioses irritados debido a una causa cultural. Era necesario, para alcanzar la curación, practicar exorcismos -para expulsar a los demonios- e implorar el perdón de los dioses con súplicas y sacrificios. La medicina, próxima a la magia, era ante todo oficio de los sacerdotes. Los griegos la desarrollarán posteriormente, en forma autónoma, como ciencia positiva.

La revelación bíblica, sin ir al aspecto científico, se aplica exclusivamente al significado religioso de la enfermedad y de la curación en el designio de la salvación. La enfermedad es como un golpe de Dios que hiere al hombre (*"El Señor siguió diciéndole: mete la mano en el seno. El la metió, y al sacarla tenía la piel descolorida como nieve"*: EX 4,6; JOB 16, 12ss; 19,21). En la enfermedad se puede también reconocer la intervención de seres superiores al hombre, pero dependientes de Dios: el ángel exterminador (2 SAM 24,15ss; 2 RE 19,35; cfr. EX 12,23), las plagas personificadas (SAL 91,5s), Satán (JOB 2,7). En el judaísmo postexílico se pondrá más atención a la acción de los demonios, espíritus maléficos cuyo influjo en el mundo se da a conocer en la enfermedad. La revelación bíblica ve en la enfermedad un mal, que, como todos los males humanos, es contrario a la intención profunda de Dios, que creó al hombre para la felicidad (GÉN 2). Si la enfermedad entró en el mundo, ha sido como consecuencia del pecado; y es signo de la ira de Dios contra un mundo pecador (EX 9,1-12). En la doctrina de la alianza, es una de las maldiciones principales que alcanzarán al pueblo de Dios infiel (DT 28,21s. 27ss. 35: *"Que el Señor te pegue la peste, hasta terminar contigo... Que el Señor te hiera de tesis, calenturas y delirios..."*). La experiencia de la enfermedad deberá llevar al hombre a agudizar la conciencia del pecado. Respecto del sufrimiento de los justos (Job, Tobit, el Siervo de Yahvé), la doctrina del AT no es tan precisa. El sufrimiento del Siervo adquiere un valor de expiación por las faltas de los pecadores (Is 53,4s).

LA CURACION

El AT no prohíbe el recurso a las prácticas médicas (2 RE 20,7: *"Isaías ordenó: tomen una cataplasma de higos, que la apliquen a la herida, y curará"*; TOB 11,8.11s; Is 1,6; JER 8,22; SAB 7,20). Inclusive el SIRÁCIDA elogia la profesión médica (ECLO 28,1-8.12s). Lo que se proscribe son las prácticas mágicas relacionadas con los cultos idólatricos (2 RE 1,1-4). Ante

todo, hay que recurrir a Dios, el Señor de la Vida, el que hiere y el que cura ("...Yo doy la muerte y la vida, hiero yo y sano yo mismo...": DT 32,39; Os 6,1), el médico del hombre por excelencia (EX 15,26). Por eso, los enfermos se dirigen a sus representantes, sacerdotes (LEV 13, 49ss; 14,2ss) y profetas (1 RE 14, 1-13; 2 RE 4,21; 8,7ss). Confiesan humildemente sus pecados e imploran la curación como una gracia. El SALTERIO muestra cómo exponen su miseria e imploran el socorro de Dios (6; 32; 38; 39; 41; 88; 102).

Aun cuando no se le niega cierto sentido a la enfermedad, no deja de ser un mal. De ahí que los profetas prevean su supresión en el mundo nuevo de los últimos tiempos. No habrá ya enfermos (Is 35,5s), ni sufrimiento ni lágrimas (25,8; 65,19). Si el mundo ha sido liberado del pecado, tendrán que desaparecer también sus consecuencias, que afligen a nuestra raza. Entre los israelitas, encontramos un sumario de la persona ideal y saludable, referido a David: "*diestro en tocar instrumentos, hombre de valor, buen guerrero, prudente en hablar, de agradable presencia, y Yahvé está con él*" (1 SAM 16,18).

En el ECLO (30,14ss.), la salud es considerada como la más grande de todas las bendiciones terrenas: "*Vale más pobre sano y fuerte de constitución que rico lleno de achaques en su cuerpo. Salud y buena constitución valen más que todo el oro, cuerpo vigoroso más que inmensa fortuna. Ni hay riqueza mejor que la salud del cuerpo, ni contento mayor que la alegría del corazón*".

Siempre que se invocan las bendiciones, la longitud de días es invariablemente uno de los beneficios que se añade con más frecuencia.

LA LEGISLACION

El Código Mosaico, en la promulgación de las secciones sanitarias, fue un paso importante para contrarrestar la ignorancia en asuntos de higiene personal y comunitaria. El código médico recibió su más completa expresión en el Levítico. Debido al énfasis terapéutico, profiláctico, en la Ley se puede hablar de Moisés como el padre de la medicina preventiva. El Código Mosaico, profiláctico, sanitario, comprende siete principios básicos: el sábado, leyes concernientes a alimentos; la circuncisión; relaciones sexuales; higiene sexual; limpieza (baños, abluciones); otras prácticas sanitarias. Ya que la enfermedad es asunto relacionado con la esfera espiritual, el hombre que procura la amistad con Dios, practica la salvaguarda más valiosa posible contra la enfermedad. Con la salud, se espera una revitalización de la relación entre el hombre y Dios.

PUREZA - IMPUREZA

La noción de pureza-impureza está muy cercana de la noción de *tabú* tal como los historiadores de las regiones la encuentran entre los pueblos más diversos. La pureza se alcanza, no con actos morales, sino mediante ritos. La impureza no es un acto culpable... Lo culpable está en actuar como si se estuviera en estado de pureza (LEV 15,31) cuando se es impuro. En realidad, el pecado es la gran impureza que compromete la relación entre el hombre y Dios.

La pureza es la disposición que se necesita para acercarse a las cosas sagradas. La pureza, que no guarda una relación directa con la moralidad, hace al hombre apto legalmente para participar en el culto o incluso en la vida ordinaria de la comunidad santa. Esta noción de la pureza está desarrollada en LEV 11-15, y aparece a través del AT. Incluye la limpieza física: alejamiento de todo lo que no es limpio (DT 23,13ss), de lo enfermo (p.ej., la lepra: LEV 13-14; 2 RE 7,3) o corrompido (cadáveres: NÚM 9,11-14; 2 RE 21,13s). Los seres humanos se vuelven impuros principalmente por contacto con los nuestros o por descarga de alguno de los fluidos del cuerpo, o por comer alimentos-tabú o por la enfermedad de la lepra. La aparición de hinchazones, erupciones y llagas en una piel antes limpia tiene una cualidad misteriosa, que para la mentalidad antigua indicaba el trabajo de poderes malignos o el juicio divino sobre el pecado. Los efectos horribles de la lepra y la naturaleza desfigurante de muchas enfermedades de la piel reforzaban la impresión de que eran fuerzas misteriosas las que actuaban en producirlas, y los llevaban al reino de lo impuro. Tales enfermedades eran descritas en hebreo como *lepra*, y se pensaba de ellas como productoras de una impureza que duraba hasta que conseguía la curación o moría el enfermo.

La falta de integridad corporal necesaria para el culto de Yahvé traía como consecuencia el ostracismo religioso y social. Lo sagrado y lo impuro son vistos como cargados de una fuerza temerosa y contagiosa, y son intocables (EX 29,37; NÚM 19). Afortunadamente, la noción de pureza, contrastada por la fe bíblica, que considera buena a la creación entera, irá haciéndose interior y moral, hasta el momento en que Jesús muestre que su fuente única es su palabra y su sacrificio.

Los profetas se encargarán de proclamar constantemente que ni las abluciones, ni los sacrificios tienen valor en sí, si no comportan una purificación interior (IS 1,15ss; 29,13; OS 6,6; AM 4,1-5; JER 7,21ss). La verdadera impureza que contamina al hombre tiene su fuente en el pecado. Las impu-

rezas legales son sólo una imagen exterior de aquella (Ez 36,17s) de la que sólo Dios puede purificarlo (Is 6,5ss). La purificación de los labios, del corazón y de todo el ser forma parte de las promesas mesiánicas (Ez 36,25s; Sof 3,9; Is 35,8; 52,2).

En los Salmos se va afirmando más la preocupación por la pureza moral. El amor de Dios se vuelve hacia los hombres de corazón puro (SAL 73,1). Y los sabios enseñan que la condición requerida para agradar a Dios es una conducta moral irreprochable.

A pesar de estas enseñanzas, los aspectos ceremoniales relacionados con las leyes de la pureza no son retirados, y de hecho, aumentan de importancia durante el periodo intertestamentario. La sinagoga había ido construyendo, en torno a la Torah, todo un *valladar* de protección (una serie interminable de prescripciones, destinadas a proteger el cumplimiento de la Torah). Y así, se podían contar 613 preceptos, es decir, 248 mandamientos y 365 prohibiciones. El cumplimiento de tantas normas se volvía fatigoso y prácticamente imposible. Los fariseos, que se preciaban de una observancia meticulosa de la Ley, se enorgullecían en particular de sus observancias levíticas, y se separaban a sí mismos de la impureza, especialmente del *pueblo de la tierra* (*'am ha'ares*), el pueblo sencillo, al que consideraban impuro. Una exégesis rabínica (SIFRA), a propósito de LEV 11,44-45, sobre las palabras *Tú serás... santo; porque yo soy santo*, dice: *como yo estoy separado (parush), así ustedes estén también separados (perushim)*. La santidad y la impureza son tan incompatibles como la luz y las tinieblas. Lo impuro se identificaba con los poderes demoniacos de la oscuridad, que estaba contra las fuerzas de la luz.

CONCLUSION

No se puede negar que este conjunto de leyes y tradiciones tenía también aspectos positivos (higiene; lucha contra la idolatría). Sin embargo, marginaba irremediabilmente al enfermo del ámbito social y religioso de la comunidad. Además, pues, del peso de su enfermedad, tenía que cargar todavía un fardo más pesado: el de la humillación y marginación social y religiosa. Era un proscrito social y un excluido de la esfera religiosa. Será necesario que venga alguien que declare al enfermo más importante que la Ley de la Pureza, alguien que lo redima de la ley farisaica, y que le declare, con predilección, el amor del corazón de Dios, abierto especialmente a los que sufren...

JESUS Y LA LIBERACION DE LA MALDICION *

Dr. Carlos Bravo, SJ

Doctor en Teología, Facultad de Teología de Barcelona.
Investigador en el Centro de Reflexión Teológica, de los Jesuitas, DF.
Profesor de Teología.

* Conferencia sustentada el 6 nov. 1987.

La enfermedad siempre es para el hombre una experiencia límite, que lo enfrenta con la temporalidad de su existencia y de sus relaciones. Pone literalmente al enfermo en los márgenes de la existencia. Pero no sólo es amenazante para el enfermo sino también para los que conviven con él; porque su propia vida es también puesta en entredicho; al menos como memoria de su propia caducidad; pero muchas veces también como amenaza de contaminación.

En tiempos de Jesús la enfermedad revestía otra característica aún más amenazante: era una prueba de la aversión de Dios y se la concebía como consecuencia de la culpa y como castigo de Dios, quien defendía su propia santidad del pueblo marcando al pecador con la enfermedad (cf JN 9,2: ¿quién pecó, éste o sus padres, para que naciera ciego?). Así la comunidad podía defenderse de la contaminación de la impureza ritual segregándolo. La impureza (que no es propiamente una categoría moral, sino *religiosa*) impedía al hombre estar en presencia de Dios, lo cual para un pueblo fundamentalmente religioso era la amenaza última que podía sufrir.

Con lo dicho a propósito de la Ley de la Pureza se puede entender que la misión de *Liberador* que tiene Jesús lo enfrenta a la tarea de liberar del temor y la maldición en que vivía el enfermo, cuya marginación social resultaba tanto más dolorosa cuanto que al sufrimiento físico se añadía la culpa: por un pecado cometido, no importaba si fuera consciente o inconscientemente, había sido *golpeado* (= *plaga*) por Dios y era, por tanto, un

peligro para su propio pueblo. Tal era el caso particularmente de los leproso, que tenían que vivir en las afueras de los pueblos e ir anunciando con una campana su presencia para que los que pasaran pudieran evitar la contaminación de su impureza. Una parecida segregación sufrían algunos de los enfermos (epilépticos o locos) a quienes se llama *endemoniados* en el evangelio. Esto los convertía en *chivo expiatorio* para el pueblo, quien veía en esas enfermedades la manifestación de una culpa cuyos efectos experimentaba todo el pueblo en las calamidades que les afectaban. Jesús mismo será visto como loco y como endemoniado (cf Mc 3,20-35). Detrás de esta manera de pensar había toda una concepción de Dios: el que ha dado la vida no puede soportar la muerte y lo que la causa, que es la culpa. El que es *santo* no puede soportar la impureza, y se defiende de ella incluso *dando muerte* al impuro. El hombre es juzgado y señalado ya en vida.

Pero el Dios en el que cree Jesús es diferente. Es el *Padre misericordioso*, término que significa *de corazón tierno hacia el miser, el que sufre*. Es un Dios partidario, es decir, que toma partido en favor de la vida y, consecuentemente, que se pone del lado de aquel a quien se margina de la vida. Por eso llegará a decir San Ireneo: "*La gloria de Dios es que el hombre viva*". No es una misericordia sentimental, como tendemos a entender este término, sino *misericordia eficaz*, que entra en la historia para cambiar la suerte del hombre que sufre, poniéndose de parte suya. Y esto es lo que expresa Jesús con sus acciones: cura enfermos pasando por alto las leyes de la pureza; los toca, para mostrar esa cercanía, aunque eso lo hace *impuro*, es decir, lo incapacita ritualmente para estar en presencia de Dios (!). Muchas de las curaciones las hace en sábado, haciendo patente que el hombre está por encima de las leyes, incluso de la ley más sagrada, que es la del sábado, y cuya violación, según la interpretación más rigorista, exige como castigo la muerte (cf Ex 31,12-17; 35,1-3; Jn 5,18; Mc 3,6).

Analicemos un texto especialmente significativo a este respecto. Quiero advertir acerca de los problemas textuales que se presentan. Se trata del pasaje de la curación del leproso, en Mc 1,40-45. Le sale un leproso por el camino. Jesús no se protege rechazándolo, sino que se le acerca. La petición es simple: "*si quieres puedes purificarme*"; puedes apartar de mí la maldición que me impide vivir en presencia de Dios y en comunión con el pueblo. Y el relato nota la reacción de Jesús: "*indignado, Jesús lo tocó y dijo: quiero; queda limpio*" (1,41). Este es el primer problema: Jesús se *indigna*. Según la mayoría de los exegetas esta es la versión original a pesar de que la que aparece en la mayoría de los códices está suavizada: "*compadecido, Jesús lo tocó*". Por eso nuestras traducciones no ponen el término fuerte, que

resultaría poco comprensible. Pero una de las leyes de la exégesis nos dice que, entre dos lecturas distintas, la versión más difícil es probablemente la original que es, sin duda, la que proponemos. Pero ¿por qué y contra qué se indigna Jesús? Contra una sociedad hipócrita, que, interpretando la lepra como castigo de Dios, al sufrimiento ya duro del enfermo añade injustamente el dolor de sentirse culpable, de la soledad y de la exclusión. En este contexto el *tocar* al enfermo, quedando impuro, resulta ser una acción que, desde nuestra *prudencia*, puede sonarnos como innecesariamente provocativa de Jesús. Bastaba con que le dijera *quiero*; no tenía que tocarlo. Jesús así está retando al Sistema judío de la Pureza: la vida no se protege rechazando al hombre *impuro* y aislándolo de la comunidad, sino atreviéndose a ponerse de parte, a *mancharse* con su compañía. Quiere dejar bien claro que sólo así se puede ser responsable del proyecto del Padre en favor de la vida de los marginados. La salvación, tal como la entiende Jesús, tiene una dimensión material y social. Por eso esa señal de cercanía amorosa física; en ese signo de comunión le declara su reincorporación a la comunidad humana.

El segundo problema es el de la traducción del v. 44: Jesús envía al leproso a presentarse ante los sacerdotes y ofrecer por su purificación lo que mandó Moisés *como testimonio contra ellos*. Las traducciones más conocidas dicen: *para que les sirva de testimonio; así ellos serán testigos*. Cuando un hombre era curado de lepra eran los sacerdotes los que tenían que dar testimonio público sobre esa curación para que el enfermo fuera reincorporado a la sociedad, previa una semana de ritos purificatorios y de sacrificios, de los que a los sacerdotes les tocaba una parte importante (cf LEV 13 y 14). Pero la traducción que proponemos nos parece más coherente con el sentido del pasaje, y está avalada, además, en el mismo evangelio en el cap. 6: cuando recomienda sacudir el polvo de las sandalias en el caso de que no reciban a los discípulos en alguna ciudad, dice que lo hagan *como testimonio contra ellos*, y usa la misma frase griega: *eis martyrion autois*. ¿Por qué la diferente traducción? Tal vez por querer quitar a Jesús todo lo que pueda sonar a sentimiento negativo. Pero aquí Jesús está haciendo una protesta contra el *status* religioso, por la marginación injusta y la discriminación que lleva a cabo.

La conclusión del pasaje acentúa todo esto: jamás en ningún relato de los cuatro evangelios aparece Jesús purificándose ni ofreciendo sacrificios. Es un silencio muy significativo. El pasaje que tratamos concluye en un orden de silencio al leproso: "*No digas a nadie esto*", es decir, que te toque y te purifique. Porque eso haría patente la violación de la ley por parte de Jesús. Pero el hombre curado lo pregona a más y mejor *hasta el punto que*

Jesús ya no podía entrar abiertamente en las ciudades, sino que se quedaba afuera, en el lugar del leproso. Se han cambiado los papeles: por asumir la suerte del leproso ahora él es el excluido, el impuro. Ese es el precio de su compromiso por la vida.

Un carácter igualmente provocativo tenía su relación con los pecadores, sus comidas con publicanos (ateos y vendidos a Roma). Por eso lo llamarán comelón y borracho, amigo de publicanos y pecadores. También resultaba escandalosa su actitud frente a las mujeres de dudosa (o cierta) reputación: la samaritana, la prostituta que le lava los pies, la adúltera. Le escandalizaba más el juicio condenatorio de los *buenos* que el pecado de los *enfermos y débiles* (cf JN 8,1-11); aunque rechaza el pecado jamás condena al pecador.

Todo esto sirve de contexto para comprender el sentido normativo de la conocida parábola del *buen samaritano*. Pensamos en el sacerdote y en el levita como hombres duros de corazón. No es así. Ellos regresaban de Jerusalén a Jericó, la ciudad en la que vivían los sacerdotes y los levitas que servían al Templo. Es de suponerse que estaban en funciones culturales. Se encuentran con un hombre cuya apariencia es de muerto (*dejándolo medio muerto*, dice el relato). No pueden arriesgarse a tocarlo: la Ley les prohíbe contaminarse con la impureza de un cadáver durante el tiempo de su servicio cultural. Llega entonces un samaritano, tenido por los judíos como hereje, que no teme mancharse precisamente porque no le importan las prescripciones sobre la pureza ritual. En la parábola es descrito con la misma imagen que describe a Dios: "*se le conmovieron las entrañas*" (*splanjnistheis*), se bajó de su montura, lo curó, lo cargó en ella y lo llevó a la posada, pagó porque lo atendieran y se comprometió a regresar a cubrir los gastos que faltaran. Pero Jesús termina diciendo al escriba que le preguntó: "*ve tú y haz lo mismo*". Al hombre de las leyes le pone como ejemplo no al hombre del culto (sacerdote o levita) sino al hereje, único que realmente se parece a Dios en su corazón. Y una vez que ha quedado aclarada la cuestión, ahora toca al escriba actuar. Porque el Dios Padre que Jesús predica se juega su nombre, su realidad de Padre en la historia, en la calidad de la vida humana, de las relaciones interhumanas y de las estructuras que la garantizan o imposibilitan.

Y a nosotros se nos presenta el reto: ¿qué papel toca jugar a los seguidores de Jesús, que por amor a la vida no se aísla sino que se mancha con la realidad humana, ante el problema que nos ocupa? Hay quienes se dicen cristianos y condenan; hay quienes se ausentan para defenderse; hay quienes comprenden; hay también quienes se arriesgan a contaminarse (social y aún físicamente). ¿Dónde anda alentando el Espíritu de Jesús?

¿RETO O MALDICION?

Una Reflexión Cristiana en Torno al SIDA *

Dr. Luis García Orso, SJ

Doctor en Teología, Facultad de Teología de Barcelona.
Profesor en el Instituto Libre de Filosofía en Guadalajara.

* Conferencia sustentada el 6 de nov. 1987.

Además de abordar la enfermedad del SIDA desde diferentes ópticas: médica, psicológica, sociológica, ética, bíblica, nosotros podemos hacer una reflexión desde nuestra propia fe en Dios, Padre de Jesucristo y dador de la vida. Reflexión tanto más necesaria, pienso yo, por dos razones fundamentales: primero, porque sobre este fenómeno social del SIDA se ha invocado el nombre de Dios al hablarse de un *castigo divino*, del *fuego del cielo sobre los nuevos habitantes de Sodoma y Gomorra*, de la *condena de Dios a los impuros y disolutos...* Como creyentes debemos de preguntarnos si no hemos invocado el nombre de Dios en vano, prostituyendo con nuestras viciadas palabras la bondad de Dios Padre, y arrebatándole a Dios el juicio último sobre los hombres. Segundo, esta reflexión nuestra es también necesaria porque desde la acción de Dios en Jesús -sus palabras, su trato a los enfermos y necesitados, su juicio sobre la sociedad, sus sentimientos, sus valores fundamentales, etc.- hemos de repensar y orientar nuestra propia respuesta como cristianos y como hombres y mujeres que quieren la calidad de una vida humana.

De las exposiciones de este ciclo pienso yo que podemos coincidir en que nos encontramos ante una nueva situación de marginación, enjuiciamiento y rechazo dentro de nuestra sociedad: Rechazo a los enfermos de SIDA en los servicios médicos, marginación de familias con enfermos, condena y persecución contra homosexuales, imposición en la prensa de juicios discriminatorios y amarillistas, etc. Rechazo y condena que no sólo se nos quieren presentar como la respuesta *obvia* ante el fenómeno del SIDA, sino más aún, rechazo y marginación que se pretenden imponer y justificar desde diferentes intereses económicos, ideológicos, éticos... ¿Qué podemos decir y qué podemos y debemos hacer como cristianos y como seres humanos

ante esta respuesta social? Los variados juicios morales, intereses, valoraciones, más aún, prejuicios y rechazos, que también nosotros vamos manifestando en nuestra práctica deben ser confrontados y normados desde la referencia fundamental y última de nuestra vida: la práctica misma de Jesús que nos hace patente el querer de Dios-Padre sobre nuestras relaciones en la sociedad.

Como veíamos en la exposición anterior en torno al Evangelio, la práctica de Jesús con los enfermos y necesitados se nos manifiesta como una práctica provocativa de solidaridad fraterna, de promoción y liberación de la vida y de misericordia según las entrañas de Dios. Detengámonos ahora en esta triple dimensión de la acción de Jesús. Jesús manifiesta en su vida al Dios hecho hombre, al hombre hecho hermano, al hermano hecho un pobre y marginado. Así vemos a Jesús nacer pobre, peregrino y excluido de la ciudad; defender al pueblo oprimido por las cargas de la ley, de la tradición y de la religiosidad farisea; ocupar el lugar de los leprosos al curarlos y quedar él en las afueras de la ciudad; provocar el conflicto con las autoridades y la persecución hasta la muerte al luchar él por una nueva situación de vida para las mayorías... Jesús está solidariamente del lado de los que sufren y de los que son marginados, y combate vigorosamente para que les sean devueltos sus derechos y ocupen el lugar que merecen dentro de la sociedad. Todo ello como un signo de esa nueva comunidad humana tejida de hermandad, de nuevas relaciones, de justicia, que se llama Reinado de Dios y no dominio de los poderes injustos. La conducta de Jesús y de aquellos que quieran seguirlo en esta vida no es la de la marginación y la opresión, sino es la práctica de una mano solidaria, del gesto hermanable, del trabajo por la justicia del hacer una nueva comunidad humana. Esta es la práctica que hoy debemos repensar ante las conductas de rechazo y de persecución levantadas a propósito del SIDA. En segundo lugar, la práctica de Jesús se revela como promoción y liberación de la vida: Jesús señala el proceder que está privando a hombres y mujeres de condiciones de vida humana (por intereses egoístas, por desigualdad de oportunidades, por mantener estructuras injustas y privilegios de grupos, etc.), y Jesús actúa para que se den eficazmente otras y mejores condiciones de vida. Esa vida humana que es salud, alimentos, educación, descanso, y es también relaciones comunitarias, perdón y reconciliación, paz en la justicia, alegría desde los pequeños logros cotidianos. En medio de tantas necesidades humanas, la acción de Jesús se vuelve hoy para nosotros, urgida invitación a trabajar contra todo lo que prive de una vida humana y digna, y a favor de todo lo que vaya acercando a la sociedad a realizaciones más justas, más libres, más humanas. En tercer lugar, la conducta de Jesús revela un corazón que mira y atiende al que sufre, que se

pone de parte del señalado por la sociedad, que comprende y no condena, que recrea a las personas desde el amor más entrañable, que así las invita a dar nuevos pasos en la vida. Pensemos, por ejemplo, en la actitud de Jesús ante el hombre asaltado y herido en el camino, ante la adúltera cercada insidiosamente, ante la prostituta que desea amar más, ante el hijo pródigo que ha gastado la herencia en vicios... Así, el *amor al prójimo*, el corazón que ama al otro, relativiza las leyes, normas, tradiciones, derechos adquiridos, posturas claras, juicios autorizados, mandatos y prohibiciones. Porque no es la ley lo que está en el centro, sino el ser humano, y aquel ser que otros no han sabido o no han querido amar.

Decía antes que la práctica de Jesús es la referencia que orienta nuestro comportamiento en la comunidad humana, si queremos vivir como cristianos. Pero esta exposición quedaría incompleta si no nos llevara a descubrir detrás de esta práctica a Aquel que le da su último sentido, a Aquel que se revela en el mismo hacer de Jesús; puesto que El no propone simplemente una nueva ley o una nueva ética, sino la entrega amorosa al Padre que quiere eficazmente la vida de sus hijos. Así, la práctica misma de Jesús nos explicita y nos explica quién es Dios su Padre y cuál es su voluntad. En primer lugar, la actuación solidaria de Jesús con respecto a los enfermos y marginados nos revela a Dios que no permanece distante o indiferente ante ellos; como si pudiera ser igualmente Dios desde la lejanía o en la cercanía, igualmente Dios consintiendo la marginación o luchando de frente contra ella. De qué Dios estemos hablando se pone en evidencia en la actuación misma de Jesús; su inserción solidaria entre pobres y marginados sociales nos habla de quién es Dios su Padre: Aquel que se ha identificado con los hombres y mujeres excluidos de la mejor vida humana. Dios está con ellos y para ellos, cuando la reacción de tantos ha sido estar contra ellos. Y Jesús hace lo mismo que su Padre Dios: ser solidaridad, comunión, cercanía. Y lo es ahí donde los hombres hemos levantado barreras, impuesto diferencias sociales, señalado proscritos... Nuestra conducta como cristianos habrá de dejar en claro en qué Dios creemos: en el Padre que es solidaridad o en ese *dios* tan mezquino que se acomoda en su rechazo. Las campañas y movilizaciones levantadas últimamente a propósito del SIDA en nombre de un supuesto *dios* que dictamina el repudio hacia determinados grupos y personas, impone la marginación dentro de la comunidad humana y justifica las diferencias sociales, o están invocando un *dios* radicalmente diferente al Dios de Jesucristo, o resultan una blasfemia, un abuso del nombre de Dios.

Jesús identificado solidariamente con pobres y marginados y trabajando eficazmente por promover condiciones de vida humana nos revela también

al Dios de la Vida; a Dios que no sólo nos ha dado la vida, sino que trabaja por sostener y devolver la calidad de una vida humana en medio de las privaciones que fabricamos los hombres, de las justificaciones que nos inventamos para que muchos no tengan acceso a los bienes de una existencia, humana y digna; en medio de los mecanismos y las inercias de muerte que vamos desatando. Jesús y los cristianos se saben invitados y responsables a trabajar por la vida donde la vida es mayormente negada porque reconocen y creen en Dios, Padre y Creador, es el primero que trabaja en esta obra por sus hijos; porque Jesús y los cristianos creen que Dios es Vida y no muerte. Pero esta fe nuestra no pasará de ser una palabra vacía de contenido, mera fórmula religiosa pero no fe-vivida, si no se concretiza en el compromiso de colaborar en la misma obra de Dios a favor de la calidad y dignidad de la vida humana con aquellos prójimos desprovistos, marginados y necesitados.

El problema del SIDA -como enfermedad y como fenómeno de marginación- se nos presenta ahora a los cristianos no sólo como un reto médico y social, sino como un reto a nuestra fe en Dios: explicitar si trabajamos a favor de la vida o de la muerte de nuestros prójimos en desgracia.

Finalmente, la conducta de Jesús, toda ella bañada de bondad, de perdón, de misericordia, de paciencia y comprensión, hacia tantos hombres y mujeres señalados por el dedo acusador y condenatorio, nos está revelando sencillamente el corazón de Dios. Dios es así: clemente y compasivo, lento para enojarse y generoso en perdonar... *"Como un padre es tierno para con sus hijos... pues él sabe de qué barro estamos hechos"* (SALMO 103). Cada gesto, cada palabra, cada juicio, cada acción de Jesús transparenta a su Padre Dios, el único bueno (Mc 10,18), el todo misericordia (Lc 6,36), el Dios que se llama y es Amor (1 JN 3,8).

La misericordia de Jesús, o sea actitud del corazón que se atreve a amar, cuestiona radicalmente nuestros juicios de condena, nuestra búsqueda de seguridades, nuestros prejuicios burgueses, nuestra moralidad esclavizada y esclavizante, nuestro injusto y morboso afán de hacer culpables a las mismas víctimas. La misericordia de Jesús nos echa en cara nuestra intolerancia, y se revierte como cálida invitación a amar con el mismo amor que Dios nos regala, y como seguridad agradecida de que se nos ha dado un *corazón de carne* capaz de comprender, de acoger, de hacer nuestra la vida de los otros, de trabajar por crear relaciones nuevas en la sociedad; un *corazón de carne* como el de Dios, quien *no ha enviado a su hijo al mundo para condenar, sino para que el mundo se salve por El* (JN 3,17).

ASPECTOS ETICOS *

DE LA PROBLEMATICA EN TORNO AL SIDA

Lic. Luis Ochoa, SJ

Lic. en Teología, Instituto Teológico de los Jesuitas, DF.
En 1987, Director de Casa Loyola y de la Ciudad de los Niños.

* Conferencia sustentada el 6 de nov. 1987.

En el breve tiempo de esta exposición trataré de presentar someramente, algunos de los aspectos en torno al SIDA, que guardan relación con la moral.

I. EL USO DEL CONDON

El problema ético que puede presentar el uso del condón es el propio de los anticonceptivos. Excluyo, por lo tanto el uso del condón en el caso de coitos anales: homosexuales o heterosexuales; pues en estos casos el preservativo no tiene otra finalidad que la de servir de una defensa higiénica, sin que esto se implique en un nuevo problema ético, distinto de la misma sodomía.

Y me limito al caso de los coitos heterosexuales en los cuales el hombre usa el condón por motivos relacionados con el SIDA, y en los que uno de los objetivos pretendidos es el de cortar el paso a la fecundación.

El problema se reduce entonces, a la moralidad en el uso del anticonceptivo. Y se plantea, para nosotros los católicos, partiendo de las enseñanzas de los Papas, que afirman -en diversos documentos- la inmoralidad del control de la natalidad. Lo hacen, por ejemplo:

- Pío XI, en la encíclica *CASTI CONNUBII*, de 1930.
- Pío XII, en su alocución a las Obstetricas, de 1951.
- Pío XII también en su alocución a los Hematólogos, 1958.
- Paulo VI, en su encíclica *HUMANÆ VITÆ*, de 1968.
- Y Juan Pablo II, en diversas intervenciones de su pontificado.

El tema ha suscitado una enorme discusión entre los católicos. El P. Eduardo López Azpitarte, SJ (pág. 441), nos dice lo siguiente: "...la HUMANÆ VITÆ produjo no sólo una cierta sorpresa, sino un movimiento de repulsa y contestación frente a la enseñanza pontificia, como nunca se había dado probablemente dentro del catolicismo".

Ahora bien, con respecto a esta encíclica, que es el documento pontificio que más larga y expresamente trata el punto de la inmoralidad del control artificial de la natalidad, el mismo López Azpitarte, SJ (págs. 445 y 446), nos dice que entre los teólogos se ha dado una doble interpretación.

"La primera está representada por todos aquellos para los que el rechazo de los métodos anticonceptivos constituye una doctrina infalible, definitiva y sin ninguna posibilidad de cambio. Aunque este carácter no se deduzca exclusivamente por la publicación de la encíclica, su contenido representa una tradición enseñada de una manera tan constante y firme, que la Iglesia no ha podido equivocarse... Nos encontramos, por tanto, frente a una verdad inalterable, irreformablemente propuesta con la asistencia del Espíritu Santo, aunque no esté inspirada ni se contenga formalmente en la revelación.

"Una valoración distinta puede encontrarse, sin embargo, en otro grupo de conferencias episcopales y autores que, sin rebajar la enseñanza pontificia a una simple orientación pastoral, no encuentra las características de una afirmación infalible. Su doctrina pertenecería al campo de lo que teológicamente se llama magisterio ordinario, que la Iglesia ejercita en muchas ocasiones sin darle un carácter más solemne o definitivo...".

Y cuando López Azpitarte, SJ (pág. 457), concluye su capítulo, nos dice: "aceptamos, por tanto la HUMANÆ VITÆ, con un sentimiento de obediencia filial hacia el magisterio de la Iglesia, pero la admisión de su doctrina no puede cerrar las puertas que ella misma deja abiertas, ni excluye otros principios de interpretación de la moral, que le son también aplicables. Comprendo que no todos estén de acuerdo con algunas de estas explicaciones, como respeto a los que piensan de otra manera, pero tal disconformidad no significa que sean inaceptables como normas orientadoras. Cuando han sido defendidas por autores numerosos y de prestigio y por conferencias episcopales en pleno, sin que se haya dado ninguna condena oficial, deben tener la suficiente garantía y fundamento para aceptarlas en la praxis cristiana".

El P. Bernardo Häring, quien fue llamado como teólogo perito en moral, para asistir al Vaticano II, nos dice, a propósito de la inmoralidad de los anticonceptivos (págs. 269 y 270): "A mi parecer, puesto que esta cuestión se ha discutido tanto tiempo a los ojos de la autoridad de la Iglesia, cada cual puede seguir libremente una u otra opinión. Se trata de dos opiniones probables. Quienquiera que esté convencido de que la opinión más severa es la que está en lo cierto, debe seguirla en su propia vida conyugal. Pero aun cuando un moralista esté convencido de que sólo su opinión es la cierta, debe comportarse eclesialmente, es decir, tiene que ser leal con la otra parte de la Iglesia, por lo cual no puede imponer su opinión como si sólo su partido, su facción, fuera la Iglesia".

Es interesante conocer que P. Häring, moralista de primerísima fuerza, dirigió la tesis doctoral del P. Alfonso Llano Escobar, SJ, publicada con el título REGULACIÓN DE LA NATALIDAD, en la que prueba el autor que no existió la tradición, en los primeros siglos de la Iglesia, con respecto a la inmoralidad de la anticoncepción.

El P. Paul Sporken (pág. 216) hablando como lo harían muchísimos teólogos de la Iglesia Católica, nos dice: "Una encíclica no es un pronunciamiento infalible del Papa, pero sí es un documento muy importante del cual no puede hacer caso omiso cualquier católico. La propia conciencia es, no obstante, y sigue siendo la norma última y decisiva".

Y esta es la respuesta que yo en conciencia hago mía, para resolver el problema ético del uso del condón. Si la doctrina de la Iglesia Católica sobre el control artificial de la natalidad no se encuentra contenida en el depósito de la Revelación y por consiguiente no es una doctrina infalible, y si una persona, por ciencia, o por su contacto con hombres de ciencia, o por su situación personal o familiar; en una palabra, si una persona - por el dictamen de su conciencia piensa contrariamente a este magisterio de la Iglesia- no solamente puede disentir de él, si no que *debe* disentir.

II. ASPECTO EN TORNO AL SIDA: ¿ESTAN DE ACUERDO CON LA MORAL LOS DIVERSOS RECHAZOS QUE VIENEN EXPERIMENTANDO LOS ENFERMOS DE SIDA, O AQUELLOS QUE SE SOSPECHA QUE PUEDEN ESTARLO?

Con respecto a los hechos que en este sentido van sucediendo, no tenemos más fuentes que los medios de comunicación. Yo en particular voy a valerme de los testimonios de algunas revistas y periódicos.

Se trata de rechazos muy dolorosos que vienen soportando estos hermanos nuestros, o bien de parte de sus mismos familiares, o de parte de la escuela, o de parte de su trabajo, o también de parte de su misma ciudad.

Y como presupuestos importantes tomo algunas afirmaciones sobre la limitada contagiosidad del SIDA, afirmaciones expresadas por el Dr. Luc Montagnier, pionero en las investigaciones sobre este virus, y representantes del Instituto Luis Pasteur, de París. (Tomadas de la Revista ICYT)

Hasta ahora los únicos casos de contagios comprobados, han sido los de contactos sexuales, o de contactos sanguíneos. Ni siquiera se han encontrado casos de transmisión del virus por vía bucal. Por lo tanto la prevención consiste en utilizar preservativos masculinos (condones), jeringas desechables y en estar atentos a las campañas de información.

Esto quiere decir que la simple convivencia con un enfermo de SIDA, el acercarse a él, el usar la misma vajilla, o el saludarlo de mano, son acciones que no deben llevarse al *mito* del contagio.

En el periódico LA JORNADA (25 de mayo de 1987), se afirma que "El porcentaje de personal hospitalario que se ha contagiado de SIDA por manejo de los enfermos es de cero, cero en el mundo". Y poco más adelante se pregunta el mismo articulista: "Entonces, ¿es peligroso tratar a un enfermo de SIDA? Para él, sí, muchísimo; para usted, no. Usted no se contagiará de SIDA al darle la mano a un enfermo, pero con un estornudo puede transmitirle a él gérmenes de la flora normal en la boca y en la garganta que no son dañinos en quien tiene un sistema inmunitario intacto, pero que al enfermo pueden producirle una grave neumonía dada su falta de defensas".

Contrastando, pues, con esta limitada contagiosidad del SIDA, observemos algunos de los rechazos que están sufriendo estos enfermos:

EXCÉLSIOR, 21 de septiembre de 1987: en Arcadia, Florida, se presentó el caso de la familia Ray. Los 3 hijitos, enfermos de SIDA, por ser hemofílicos. De 10, 9 y 8 años. Se formó un comité para cerrarles las puertas de la escuela a los 3 niños. Posteriormente un grupo oscurantista y siniestro, incendió la casa de la familia Ray. Porque los niños podían ser muy lindos, pero el SIDA era horrible. La familia tuvo que huir a sabe Dios dónde, como en las épocas en que los leprosos tenían que esconderse como los gusanos.

OVACIONES, 13 de julio de 1987: en Chicago los adolescentes homosexuales son aislados por sus padres e ignorados por los adultos. Si no se les brinda apoyo, estos muchachitos serán las nuevas víctimas del SIDA.

PROCESO, Mayo 1987: el primer indicio de la historia se conoció en Campeche: una especie de cacería de homosexuales, por temor al SIDA. A los pocos días, el corresponsal de LA JORNADA en Mérida informó que algunas organizaciones espectrales: la Unión de Padres de Familia, la Juventud Católica Universitaria, y Juventud, Amor y Fuerza, habían llamado a una cacería de gays bajo una invocación extendida entre los conservadurismos: *que Dios nos ayude*.

En Guadalajara, en la Clínica 46 del IMSS fue rechazado un joven enfermo de SIDA, al que durante una semana se le había prohibido bañarse, y con la amenaza de que si no se lo llevaban de ahí, renunciaría el personal médico, fue por fin trasladado a la Clínica 45. Por otro lado, en la Clínica 51 se le negó atención a otro joven que pedía la extracción de una muela. El doctor X se negó a intervenir porque *podría contaminar los instrumentos*. En Guadalajara también, a la tragedia de contraer el SIDA en una transfusión de sangre, un pequeño hemofílico de 8 años, atendido en la clínica ISSSTE, en Zapopan, ha sumado la del maltrato de médicos y enfermeras, maestros y compañeros de escuela. Sólo después de muchos esfuerzos y presiones, se le atendió en otros hospitales tapatíos. Y estos ejemplos citados, creo que pueden ser simplemente indicios de lo que está pasando en el mundo ⁽¹⁾.

Ahora bien, para enjuiciar moralmente estas conductas, tendríamos que preguntarnos si van de acuerdo con el Evangelio que el Señor nos predicó. Y esta pregunta me recuerda el caso de un joven jesuita; se llamaba Luis Gonzaga y estudiaba en Roma, cuando la ciudad fue azotada por una epidemia que llamaron *la peste*. La falta de vehículos hacía que los enfermos tuvieran que ser trasladados en brazos, a los improvisados hospitales. Así lo hizo Gonzaga con todos los enfermos que pudo. Y naturalmente sucumbió al contagio de la peste. Y este joven es ahora una honra para la Compañía de Jesús, y más que esto: una realización del Evangelio encarnada en la juventud de una persona.

Ahora bien, en contraste con esta proyección del Evangelio, mi conclusión es clara con respecto a la moralidad de todos estos rechazos que vienen

(1) Nota de la Redacción: Si podemos decir ahora, en 1995, que la atención de los hospitales y clínicas, a los enfermos, ha mejorado sustancialmente.

sufriendo los enfermos de SIDA: objetivamente son actitudes inmorales porque van en contra de la caridad, a la vez que son expresiones de un refinado egoísmo. Así catalogo estas actitudes en el plano objetivo. Es decir: enjuiciando la acción misma del rechazo, y sin meterme en la culpabilidad subjetiva de cada persona. Y formulo esta distinción, porque tengo la seguridad de que se están dando algunos fenómenos que, a los ojos de Dios, disminuyen la culpabilidad personal. Por ejemplo: la ignorancia tan extendida con respecto a la contagiosidad real del SIDA... por ejemplo, también, la histeria que está envolviendo a muchas personas y que de tal manera se perturban con el fantasma del SIDA, que llegan a vivir momentos de locura.

Para terminar, quiero citar estos párrafos de EL INFORMADOR, del 18 de septiembre de 1987: "San Francisco, California. El papa Juan Pablo II dijo hoy a 50 víctimas del SIDA, y a sus familias, que Dios los amaba a todos ellos, sin distinción ni límites... El Papa había hecho una sola declaración sobre el SIDA, desde que comenzó su gira de 10 días por Estados Unidos. Fue en Phoenix, Arizona, cuando elogió a los trabajadores católicos de hospitales, por su sensibilidad humana hacia todos los afectados por esta enfermedad".

BIBLIOGRAFIA

1. ICYT (INFORMACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA). Revista del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Septiembre de 1987.
2. MEDICINA Y ETICA EN DISCUSIÓN. Paul Sporcken. Ed. Verbo Divino. Estella (Navarra). 1974.
3. PRAXIS CRISTIANA. Varios autores. Entre ellos: Eduardo López Azpitarte, SJ. Tres tomos (en este artículo ocupamos el 2º). Ed. Paulinas. Madrid 1981.
4. REGULACIÓN DE LA NATALIDAD. Alfonso Llano Escobar, SJ. Ed. Tercer Mundo. Bogotá, 1977.
5. SHALOM: EL SACRAMENTO PAZ DE LA RECONCILIACIÓN. Bernardo Haring. Ed. Herder. Barcelona 1971.

ACERCA DE LA ASOCIACION SIDA-MUERTE *

Dr. José Julio Sierra G. de Q.

Investigador en el Centro Biomédico de Occidente, en Guadalajara.

* La conferencia sobre los aspectos médicos fue sustentada en 1987 por el Dr. Ernesto Torres. No nos fue posible localizarlo para la publicación de su manuscrito, que en todo caso tendría que ser puesto al día. El Dr. José Julio Sierra, especialista en la materia, tuvo la gentileza y amabilidad de aceptar nuestra invitación para hacer esta suplencia.

En la actualidad tanto para las personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como para aquellas personas que se dedican al estudio de este problema, el equiparar al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) con la muerte ha sido ya superado. Muerte equivale a la ausencia de toda manifestación de acción, de movimiento, al cese de toda actividad corporal, y por supuesto anímica. Nada más alejado de la verdad, de la realidad de los portadores del VIH, de los científicos, y de los organismos sociales de ayuda.

La gran cantidad de conocimiento acumulado en el campo biomédico, así como el intenso trabajo de organismos oficiales y no oficiales (ONG) lo desmienten. En Guadalajara existen por lo menos siete organismos no gubernamentales que prestan ayuda a la sociedad general y a enfermos con VIH/SIDA en el área de difusión, prevención y asistencial. En el campo científico, la investigación sobre la fisiopatogenia del virus es muy activa. Se sabe que existen dos tipos de virus que pueden causar esta enfermedad, el VIH-1 y el VIH-2, y que por su mecanismo de duplicación viral se generan y subdividen en diferentes subtipos, diez para el tipo 1 y cinco para el tipo 2.

Existen al menos cinco revistas especializadas sobre el tema (AIDS, JOURNAL OF AIDS, HUMAN RETROVIRUSES AND AIDS, VIROLOGY, JOURNAL OF VIROLOGY), que además de contribuir en el área específica de la inmunología, han enriquecido otras ramas de la medicina como la infectología en el

descubrimiento de nuevos virus, la medicina interna por la complejidad sintomática de esta enfermedad y la salud pública en sus sistemas de prevención.

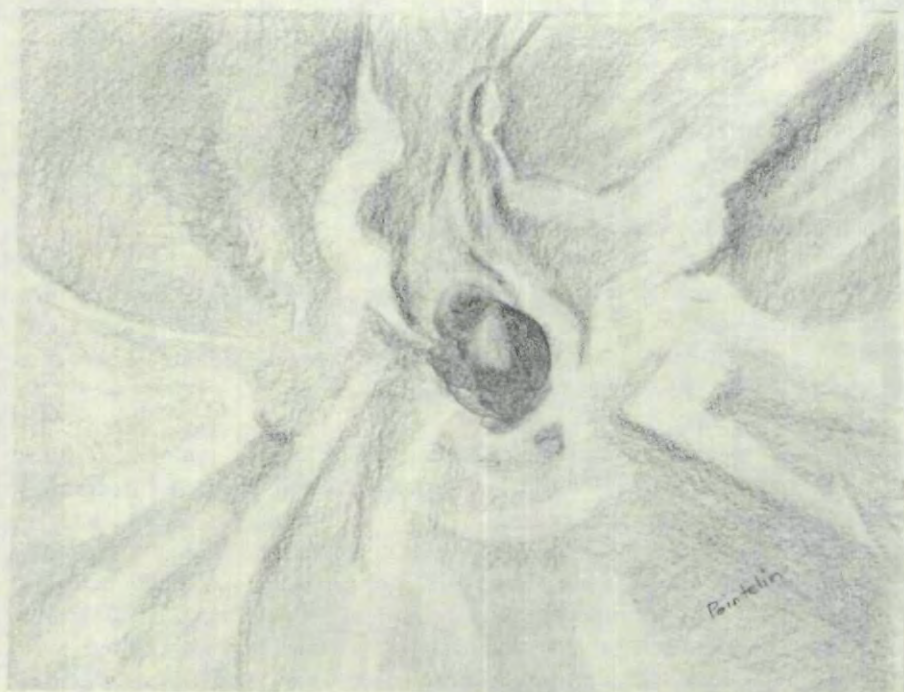
Según cifras de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, y por ser el SIDA una enfermedad relativamente joven, hasta este momento la sobrevivida más larga registrada es de 14 años en una persona que se infectó en 1981; en un espacio de 10 años el 50% de las personas seropositiva evolucionarán a SIDA; el 30% presentan sólo manifestaciones menores de la enfermedad, y el 20% pueden permanecer indemnes a toda sintomatología aún sin recibir algún tratamiento antiviral.

Vivir durante ese espacio de tiempo con el sentimiento de muerte inminente puede ser fatal. La psicología clínica describe que a partir del momento en que se le comunica a una persona un resultado de seropositividad, se despiertan en ella sentimientos que hasta ese instante permanecían dormidos. Sentimientos como el miedo, la impotencia, la rebeldía, el coraje, e incluso una actitud ambivalente ante la vida, son señales claras de vida, de movimiento interior y que, bien canalizados, se convierten en una actitud muy positiva que mantiene ese deseo de estar vivo, de solidaridad y trascendencia. Se despierta un nuevo deseo de paz interior y búsqueda de valores permanentes e inmutables.

Desgraciadamente hasta este momento no se puede hablar de curación, pero sí se cuenta con estrategias terapéuticas globales que involucran al médico, al paciente y a la sociedad para retrasar la progresión hacia la forma sintomática de la enfermedad.

Estas estrategias son: prescribir adecuadamente medicamentos antivirales AZT (Zidovudina) y DDI (Dideoxinosina); prevenir y tratar infecciones oportunistas (neumonías, infecciones sistemáticas por hongos, toxoplasmosis, etc.); detectar cofactores agravantes como el estado nutricional deficiente, el alcoholismo, el tabaquismo y drogadicción; proporcionar ayuda psicológica orientada a lograr una aceptación realista del problema, e involucrar al paciente de una manera activa en el problema para que cambie hacia un estilo de vida más saludable, y evite las reinfecciones que deterioran más el sistema inmune. A la sociedad, de su parte, le toca velar por el respeto, confidencialidad y privacidad de las personas que viven con VIH/SIDA para evitar la discriminación y segregación.

Es el SIDA, pues, una enfermedad que ha venido a implantar nuevos retos en el campo de la salud y nuevos cuestionamientos en el ámbito de la sexualidad. La OMS, en su programa sobre SIDA, establece que la abstinencia y las relaciones sexuales exclusivamente entre miembros de una pareja no infectada son las estrategias de prevención más efectivas; y la reducción en el número de parejas o el uso del preservativo pueden ser alternativas para disminuir el riesgo de exposición al VIH, por lo que hasta este momento las acciones individuales que modifiquen las conductas de riesgo y el interés social en la educación son las armas más efectivas para evitar la infección.



ASPECTOS PSICOLOGICOS EN EL SUJETO Y SU FAMILIA *

Dr. José Romero Gallardo

Director de la Unidad de Medicina Psicosomática.
Profesor en el ITESO.

* Conferencia sustentada el 5 nov. 1987.

INTRODUCCION

De improviso entra a la puerta de mi oficina un individuo consternado. Al verlo me doy cuenta de que su andar es lento, casi arrastra los pies; guarda cierta rigidez en todo el cuerpo. Su movilidad ha perdido la gracia de la salud y esto lo expresa su cara. Alrededor de los ojos se pueden percibir cenizas ojeras; sus ojos miran sin disfrutar los estímulos exteriores. Cuando se dirige a la secretaria para preguntar por mí, lo hace con urgencia. Ella capta el vértigo con el que vive este sujeto y hace las presentaciones de rigor.

Le invito a pasar al consultorio. Se sienta con rapidez y empieza a explicar su *problema*. "Soy homosexual y.... La verdad es que no sé cómo diablos estoy metido en este enredo... Sabe... Me apena el afirmar... He contraído el SIDA... Me encuentro profundamente deprimido... He pensado en acabar con todo esto... No tengo el valor de enfrentarme a molestias tan penosas, sin ninguna esperanza. No hay remedio para esto... Mi destino es la muerte y una agonía peor que la que vivo desde este instante...". Sus ojos se rasan cuando menciona la palabra *agonía* y todo su cuerpo se desploma sobre las rodillas. Sus manos le cubren la cara y, muy a su pesar, las lágrimas rebasan ese dique de color y de vergüenza. Es un llanto que lo aísla de mi presencia. El cuerpo sigue espontáneamente un rito conocido y poco importa en ese instante cualquier estímulo.

Al poco tiempo se incorpora a medias, y pide disculpas por la *escena*. Y continúa afirmando que se siente muy sólo... "infinitamente sólo y triste... Desde pequeño he aprendido a vivir con el rechazo de los demás, con los

insultos y agresiones de mis familiares y amigos. Pero créame que esta soledad y angustia es diferente. Me cala hasta lo más íntimo y en ocasiones no puedo pensar en otra cosa que no sean mis síntomas".

Su pareja lo ha abandonado. Sus amistades se encuentran *lejos* y ello le hace percibirse como un *apestado*. En ocasiones tiene la impresión de haber podido *contagiar* a las personas afectivamente importantes para él. La culpa no le deja dormir, a pesar, de que se encuentra tomando tranquilizantes que le indicó el médico general.

Cuando sabe de algún tratamiento que le puede ofrecer una esperanza, visita inmediatamente a quienes lo ofrecen. Sin embargo la paz dura solamente unos cuantos días, ya que cuando aparece de nueva cuenta la sintomatología, la tregua ha desaparecido y se convierte en ira. Sabe conscientemente que ha sido explotado y lo más importante, él lo permitió.

Este hecho ha sucedido múltiples ocasiones. Y se ha convertido en una conducta totalmente predecible. Ya que aunque en este momento se encuentra molesto por el último atraco, sabe que si le ofrecieran otra alternativa, lo intentaría de nueva cuenta. Y es solamente el principio. Aunque no es un caso único, sino que cada consulta tiene una dramaticidad dolorosamente diferente, el SIDA no es la excepción.

MARCO TEORICO

A nivel individual el diagnóstico provoca un impacto que el sujeto vive con perplejidad o inverosimilitud. Cuando se le explica cómo llegó a la conclusión diagnóstica, el enfermo ni siquiera oye los comentarios. Sale de la oficina como autómeta. No acaba de percatarse de todas las implicaciones que conlleva ese momento. Lo cierto es que se encuentra totalmente desencajado. Pero aún no reacciona al fortísimo estímulo.

Pueden pasar unos cuantos minutos para salir de ese atolladero que significa el impacto; aunque también es cierto que existen enfermos que se quedan en este estadio. De aquí en adelante puedo decir que no hay un tiempo que la ciencia médica establezca como normal para dejar una etapa y tomar otra.

Cuando se establece la conciencia o significado del evento, el impacto desaparece, y el vacío de esa época se convierte en tristeza. Esta se trata de comunicar a los seres queridos más cercanos, para sentirse apoyado. Aunque el efecto final no siempre se cosecha.

Algunas personas que reciben la noticia fungen como verdaderas redes de apoyo para el sujeto con SIDA. Y comparten la depresión y la impotencia que vive el enfermo. Tratan de buscar una solución; buscan desesperadamente una solución en especialistas, homeópatas, yerberos y en ocasiones brujos. Y aquí es importante señalar que estos apoyos llegan a sumir al sujeto más en su depresión. Ya que constantemente se encuentra dándole rienda suelta a sus pensamientos y rumiando indefinidamente la enfermedad. La conclusión es una constante para el nivel individual y el de apoyo. Todos dan opiniones que llegan a ser verdaderas contradicciones. La verdad se torna inalcanzable. El desgaste es inminente. Cuando termina el impacto, puede continuarse con otro. Y es que cuando se trata de buscar las redes de apoyo, éstas se convierten en espuma. Como en el caso que relataba al inicio, el impacto llega a convertirse en doble o quintuple...

En otras ocasiones la depresión sirve como un disparador de psicopatologías más severas, en donde el suicidio es una *alternativa con honor*, y es que todo redunda en oscilaciones disturbantes. Entonces el sujeto se autodefine como *loco de remate* y provoca una crisis a nivel familiar ya que nadie se percibe seguro en el cuidado del sujeto. Todos lo evitan; y, cuando contactan con él, es solamente para agredirlo.

En ocasiones la depresión cambia a ira que el enfermo dirige a su familia y que lo anima a continuar la lucha; o a ira que le despierta el sistema médico que se muestra incompetente para aliviarlo; y en ocasiones la ira se convierte en negación: "si estos médicos no son capaces de quitarme una diarrea y fueron ellos los que me diagnosticaron...", luego es posible que se hallen equivocados.

Podemos decir que estas etapas semejan a las que vive un enfermo terminal. Al igual que son dinámicas por excelencia, el sufrir un impacto no significa que el siguiente nivel vaya a ser la depresión o la ira, sino que puede saltarse de impacto a aceptación, y de ésta a negación; y no son exclusivas de los enfermos; las personas acompañantes, familiares, amistades y cuerpo médico, cursan también por estos niveles, consciente o inconscientemente.

Siguiendo con la descripción de otro de los estadios, diré que es el de aceptación y/o esperanza. Estrato en donde el sujeto y sus acompañantes efectúan un pacto, que viene a tener las funciones de tregua durante la agonía real o figurada. Estos tratos los efectúan generalmente con Dios, en donde suplicantes piden "seguir viviendo hasta que...". Y una vez pasada la fecha solicitada tratan de efectuar una nueva petición más. En este nivel, puede incluso aparecer, como en los moribundos, una mejoría que les hace abrigar nuevos bríos y esperanzas. Desgraciadamente no dura demasiado...

La fase previa a la muerte es la decatexis, vocablo que quiere dar a entender que el enfermo verdaderamente acepta -contrariamente a lo propuesto por Freud respecto de la muerte- morir. Los estímulos exteriores son anulados y el sujeto se *encapsula*. Es más sencillo este paso para el moribundo que para los familiares. Y existen verdaderas muestras de esto en los hospitales cuando los familiares quieren evitar a toda costa que fallezca. La decatexis no es una etapa que suela verse en la clínica privada con los familiares.

Una vez fallecido el paciente, la familia cursa por un nivel personal que puede consistir en la mitificación o la creación de un vacío. La primera evoca las mejores etapas de la vida del difunto y lo ensalza haciendo de las partes tristes o dolorosas un mito imposible de pronunciar. En el segundo -creación de un vacío- la familia borra de la historia familiar la presencia de un enfermo de SIDA. Este mecanismo evoca, tristemente, las actuaciones de los emperadores de la antigüedad, que cuando tenían un rival de prestigio, como oponente de su propia historia, mandaban que los sacerdotes suprimieran de los libros cualquier recuerdo... Y como ellos no solucionaron el problema, tampoco estas familias lo logran. Ya que a la postre, se reinicia en un nuevo miembro una forma dolorosa diferente, pero al fin dolorosa. Al reprimir una depresión o un dolor no lo solucionan, simplemente lo postergan y lo hacen más difícil de identificar.

CONCLUSIONES

Antes de que se diagnostique el SIDA en un paciente tenemos que considerar si está involucrado con familias y sujetos que desgraciadamente han sufrido mucho previamente. Conocemos que puede estar relacionado con la homosexualidad, la promiscuidad, estados debilitantes o de carencia nutricional, el uso de ciertas drogas (endovenosas), con el mercado inapropiado de sangre, la prostitución y la perinatalidad. Y siendo tan

amplio el terreno donde puede generarse, solamente nos queda decir que los afectados siguen siendo seres humanos; y, por ello, merecedores de un respeto a su condición.

Cuando los seres humanos no comprendemos una situación, de ella solemos hacer un chiste, y en este instante abundan las bromas que versan sobre la patología en cuestión. Parece que tratamos de desplazar la angustia colectiva con una ironía; pero la verdad es que viene en un momento en donde existen seres humanos afectados por el SIDA y se reafirman mitos respecto de la homosexualidad, escarnio sobre el ya adolorido grupo social. A este grupo de seres humanos en el curso de la historia se les ha diagnosticado como perversos, desviados, y sólo hasta últimas fechas la psiquiatría los había etiquetado diciendo que su forma de efectuar la selección de pareja era un *estilo*.

Con ello se reivindicaba parcialmente al sujeto. Pero en este momento, y con la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, se vuelve a atacar a la población homosexual, convirtiéndolos en *apestados*.

Se puede estar de acuerdo o no con la homosexualidad; pero es infundible que el SIDA no es exclusivo de este grupo social. Desgraciadamente, como en todas partes, existen sectores interesados en propalar que esta desgracia nació de la fuente única homosexual, atacando a seres que siempre han sido estigmatizados.

Y si *la violencia engendra violencia*; este apartado constituye una excepción. Mi conclusión personal al respecto es que el chiste o la agresión no solucionan una forma de ver el mundo, ni la relación de pareja por la que el homosexual ha optado.

Recordemos que en las familias donde existe un homosexual, éste es blanco de todas las críticas y agresiones. Se forman dos sectores dentro del núcleo familiar: los que atacan directamente esa conducta, respaldándose en los valores morales y en la dignidad de la familia, y los que clandestinamente apoyan la propia conducta homosexual o alguna otra que represente el quiebre del patrón presentado por la familia. Un ejemplo de este último grupo sería el sostener económicamente al homosexual para que sea el único miembro de la familia que pueda romper las normas de control ("ya que todos deben de estar aquí en la casa a las 10:00 de la noche").

Se habla en estos casos de alianzas, de rivalidades internas, de conflictos personales depresivos o inclusive, siguiendo a Salvador Minuchin: de familias depresivas. Y en estos niveles es también fácil observar la proliferación de trastornos psicofisiológicos como: cefaleas tensionales, obesidad, bulimia, gastritis, úlcera gástrica, hipertensión arterial, por mencionar solamente algunas.

Notamos pues, con claridad, que hay un dolor interno en el seno de la familia. Y que éste se trata de enmascarar o de cubrir. Se apuntalan tratamientos médicos para cada una de las nosologías señaladas; pero no se descubre el velo de misterio que puede ocasionarlas. Si la familia sufre, es a la familia a la que debe de tratarse y no señalar al homosexual como el responsable.

Son familiares usualmente dispersos por las alianzas existentes, con una presencia de lucha por el poder, con poca claridad en la comunicación íntima fructífera, con límites rígidos en unas áreas y abiertísimos en otras; y finalmente, lo más grave, con afecto deteriorado, las que encontramos al revisar el mundo de la familia de un paciente con SIDA. Y si las bolas de billar ya estaban separadas antes de principiar el juego, lo que sucede cuando éste se inicia con la aparición del síndorme, es que este juego se hace posible solamente para expertos en la materia. Enfrentar una crisis de un miembro de la familia gravemente dañado, ya es, de por sí, conflictivo; pero entrar a una con un sujeto enfermo de SIDA es un verdadero reto a las posibilidades de cualquiera.

Los presupuestos iniciales son de una estructura pétrea. La familia no quiere arriesgar a nadie más, y las normas se han tratado de ansiar a mayor profundidad. Las pautas de transición van apareciendo lenta e insidiosamente, para evitar agresiones internas. Estas se perciben cuando ya se han roto, voluntariamente, las viejas alianzas y ya se han establecido verdaderas vinculaciones afectivas y el ejercicio de la voluntad y/o libertad responsabilizada.

Se debe recordar que el tiempo es un factor en contra de estas familias. El SIDA va mermando las fuerzas físicas, económicas y efectivas de todos; y por si fuera poco, el tiempo está en contra del mismo sistema familiar. En otros casos contamos con la posibilidad de ver a una familia las veces necesarias, pero en este caso, el sujeto debe efectuar viajes, hospitalizacio-

nes para mantener su estado general. Y en ocasiones el trabajo psicoterapéutico no acaba de realizarse. Abrir espacios que permitan ejercer la individualidad y disfrutarse en colectividad, no es una labor sencilla.

Lamentablemente los trabajos psicoterapéuticos familiares se abandonan cuando uno de los padres controla el destino de la familia con apego a su criterio de fuerza, no tomando en cuenta al resto de la colectividad. O sucede lo mismo cuando el paciente fallece... Con lo que ellos acaban reconfirmando que el paciente identificado era el homosexual (*más de lo mismo*, paradoja).

Posterior a la muerte del paciente, uno de los efectos residuales es la detención del ciclo de vida de la familia; ya que el fallecimiento no les capacita para desarrollar los recursos humanos que conlleva la separación por el deceso de su familiar.

Hablar del resto de la población afectada (bisexuales, desnutridos, drogadictos, prostitutas, perinatales, etc.) es señalar a una población sumamente heterogénea en edades y en consecuencias psicológicas. Ya que la tragedia de un recién nacido con SIDA recrudece el síntoma de agresión entre sus progenitores, como los *causantes* de esto.

Y tomando la prostitución, la desnutrición, la drogadicción, nuestra pregunta obligada es ¿cómo se generan estos síntomas dentro de la gran familia que es la sociedad? Si utilizamos la misma teoría general de sistemas, sería interesante el imaginar, a manera de fantasía, ¿cómo se trataría psicoterapéuticamente a este macrosistema familiar...?

Mi opinión es que los esfuerzos que realiza el Estado para abastecer cuidado e información del SIDA no son una respuesta total. Ya que el fundar una institución: CNI-CONASIDA, es una medida para cubrir un hueco en el dique, construido previamente con deficiencia. En mi fantasía creo que sería interesante el preguntarse ¿qué pasaría con una familia social en donde cada uno de nosotros tuviera conciencia para definirse ante la prostitución, la drogadicción; que no tuviera que vender su sangre para sobrevivir; o, simplemente, que hubiera justicia social? ¿Qué sucedería a una familia que tuviera un manejo eficiente del poder, los límites y el afecto? ¿Se imaginan ustedes a sus miembros?... En fin, siempre es bueno acabar con un cuento, después de haber iniciado con una historia tan desgarradora. Las utopías son buenas para la conciencia intranquila del ser humano. Espero que alguno de ustedes dé la solución que la realidad solicita. Yo confieso que la solución no la tengo. Cuento utopías y fantasías solamente...

LA ENFERMEDAD Y LA ESPERANZA ANTE LA TERAPEUTICA HOMEOPATICA

Dr. Roberto Navarro Ortega

Director del Instituto Superior de Enseñanza e Investigación Científica para la Homeopatía, del Colegio Metropolitano de Médicos Homeópatas de Jalisco, y de la Sociedad de Médicos Homeópatas de Occidente.

El Dr. Roberto Navarro Ortega sustentó su conferencia el 5 de noviembre de 1987. Nos presenta ahora un artículo en que rehace totalmente esa conferencia para ponerla al día. Sin embargo nos pareció conveniente rescatar de ésta algunas frases sueltas significativas.

Se ha hecho aparecer al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida como una enfermedad nueva; en el fondo es una tan antigua como la humanidad misma. Cierto es que el SIDA se propaga por el VIH, pero a este virus, como a todos los demás, no hay porqué temerles. La mejor medida de prevención consiste en tener buenos hábitos alimenticios, buenas normas de higiene, alimentación lo más natural posible, habitaciones bien ventiladas donde entre el sol. Y en cuanto al tratamiento, el homeópata cuenta con los medios necesarios, y los ha tenido siempre, para tratar las inmunodeficiencias. Además hay que tener en cuenta que lo principal para el homeópata es la curación del enfermo en sí mismo. El diagnóstico patológico no ocupa su atención más que para lo que le es precisamente indispensable, esto es, para juzgar con conocimiento de causa la gravedad de la enfermedad, su duración y término probable. Pero él tratará de individualizar al enfermo y al medicamento. En el universo no hay una persona idéntica a otra. Igualmente no hay un enfermo idéntico a otro, por mucho que se parezcan. La homeopatía no combate *enfermedades*, sino que atiende *enfermos*, y hace que el organismo reaccione por sí mismo.

El SIDA llamó la atención a la comunidad médica en 1981, al reportarse al centro de CONTROL DE ENFERMEDADES DE ATLANTA DE LOS EUA casos de homosexuales previamente sanos que habían sido tratados de neumonía por *Pneumocistis carinni*, un protozooario que parasita los pulmones y que sólo

afecta a individuos cuyo sistema inmunológico se encuentra muy deteriorado, como en inmunodeficiencia congénita, leucemia o inmunosupresión por fármacos. Al mismo tiempo se reportaban casos de sarcoma de kaposi y neumonía. El sarcoma de kaposi es relativamente común en Africa Ecuatorial. En Europa y los EUA se limita a individuos de edad avanzada y de ascendencia mediterránea o judía. Por tanto la ocurrencia de este sarcoma en jóvenes era muy extraña, además de que se asociaba con inmunodeficiencia celular.

Estos dos trastornos que antes se restringían a grupos bien delimitados, ahora afectaban a jóvenes con un factor común: homosexualidad. La inmunodeficiencia de este grupo, por no ser un factor heredado sino más bien adquirido, ayudó a denominar a esta enfermedad como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

A partir del primer brote epidémico, la comunidad científica se dio a la tarea de descubrir este síndrome en la población y determinar aquellos grupos de riesgo, ya que empezaron a publicarse casos no sólo en homosexuales, sino también y en menor grado en toxicómanos usuarios de drogas I.V., hemofílicos y haitianos inmigrantes a los EUA, por lo que a este síndrome se le clasificó como una enfermedad mortal, transmisible por vía sexual y hemática.

De esta manera, el CENTRO DE CONTROL DE ENFERMEDADES DE ATLANTA DE LOS EUA define clínicamente al SIDA como: aquella enfermedad caracterizada por infecciones oportunistas y enfermedades malignas en pacientes sin una causa conocida para inmunodeficiencia.

Algo importante de señalar es que, desde la aparición del SIDA, éste se ha visto rodeado de una cruel realidad que incluye una marcada marginación de grupos raciales y de comunidades homosexuales como portadores de la enfermedad.

La identificación de un retrovirus, como el agente etiológico del SIDA, propició un paso decisivo para su detección a través de anticuerpos en sangre por medio de técnicas inmunoserológicas, las cuales han mostrado ser una herramienta útil, ya que han ayudado sensiblemente a minimizar los riesgos de transmisión en los bancos de sangre y realizado evaluaciones epidemiológicas más profundas para determinar la prevalencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en la población.

La técnica de inmunoabsorbencia, ligada a enzima (ELISA), fue rápidamente adoptada de rastreo para el VIH en los bancos de sangre, la cual se autorizó para su uso en 1985 por la administración de DROGAS Y MEDICAMENTOS DE LOS EUA. Tal técnica se ha logrado perfeccionar hasta obtener una sensibilidad y especificidad de 97.2% a 100%, ya que en un principio ofrecía más falsas positivas al detectar anticuerpos con cruce antigénico del sistema HLA-DR4; por lo que títulos laboratoriales de pacientes con paludismo, lupus eritematoso generalizado, hepatitis post-alcohólica, artritis reumatoide, chagas, talasemia, infecciones virales y enfermedades del sistema inmune, eran idénticos a los obtenidos por pacientes con el VIH.

Existen otras técnicas llamadas confirmatorias y de las cuales, la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), recomienda sean utilizadas para confirmar la positividad de una muestra detectada por una técnica de rastreo ELISA. Tales técnicas ofrecen mayor especificidad y sensibilidad como partículas de aglutinación, Inmunoabsorbencia Indirecta, Western Blot y otras.

Si bien es cierto que existen en el mercado numerosas técnicas inmunoserológicas, todas nos ofrecen la desventaja al brindarnos un título positivo de no pronosticar si el individuo infectado desarrollará el SIDA; pero indudablemente al obtener tal título, nos auxiliará para poder realizar un buen manejo clínico y como herramienta para un estudio epidemiológico adecuado.

La presencia del SIDA en Africa es muy interesante, ya que en esta área el Sarcoma existe en forma endémica, y la más alta frecuencia se encuentra en Zaïre, donde ocupa el 13% de los cánceres malignos.

Se cree que haitianos sensibles que han vivido en Zaïre, llevaron el VIH a Haití, después de sus visitas de trabajo y, siendo Haití una de las islas favoritas para las festividades de homosexuales estadounidenses, éstos después de infectarse diseminaron el VIH entre sus prácticas sexuales a su retorno; por lo que existiría una gran probabilidad de que el VIH se haya diseminado a través del contacto de visitantes extranjeros con locales, lo cual podría explicar la diseminación a Europa y el resto de los continentes.

A continuación se expone de manera sinóptica los eventos históricos más relevantes de este síndrome.

- 1977-78: Primeros casos de SIDA ocurridos probablemente en los EUA, Haití y Africa.
- 1979: En Europa se observa por primera vez en africanos el sarcoma de kaposi y otras infecciones raras.
- 1981: Por primera vez se declara el sarcoma de kaposi y otras infecciones raras en hombres homosexuales estadounidenses; se sospecha el vínculo con la transmisión sexual.
- 1982: El CENTRO DE CONTROL DE ENFERMEDADES DE LOS EUA establece la definicion clínica del SIDA y se inicia una vigilancia oficial.
- 1983: Comienzan los primeros esfuerzos educacionales en EUA por grupos de homosexuales. Se relaciona el SIDA con las transfusiones de sangre, uso de drogas I.V. e infección congénita. Se notifican 2,500 casos en los EUA.
- 1984: Un grupo de investigadores en los EUA identifican nuevamente al VIH como el agente etiológico. Los primeros estudios indican que el SIDA es común entre los heterosexuales en Africa. Se muestra en investigaciones que el VIH infecta a los linfocitos T4.
- 1985: Se desarrolla el análisis de sangre ELISA para detectar anticuerpos contra el VIH en los EUA. Inicia el análisis de sangre donada. Se aísla el VIH en neuronas cerebrales y líquido cefalorraquídeo. Comienzan en los EUA las primeras pruebas clínicas de medicamentos contra el VIH.
- 1986: 47,692 casos son reportados a la OMS. Se estima que en el mundo hay de 5 a 10 millones de personas infectadas por el VIH. La Asamblea Mundial de la Salud recomienda una estrategia mundial para el control del SIDA. Varios gobiernos inician campañas nacionales de información sobre el SIDA.
- 1987: Son reportados 77,192 casos a la OMS.
- 1988: Hasta el 21 de marzo son reportados 84,256 casos en 173 naciones diferentes.

1989: Se reportan más de 100,000 casos.

1990: Se comercializa en más países la AZT.

1991: Se estima que existen entre 15 y 20 millones de personas portadoras del VIH en el mundo.

1992: Cada 21 segundos se infecta una persona en el mundo y se calcula que dentro de 8 años existirán entre 20 a 40 millones de individuos portadores del VIH.

1993: Más de 650,000 casos han sido reportados a la OMS en 164 países, y se estima que en realidad existan 2'500,000 casos, y 25'000,000 de seropositivos.

EUA tiene reportados el 64.3% del total de los casos a nivel mundial, en los que la gran mayoría de éstos, se ha relacionado con áreas metropolitanas de las costas oriental y occidental (Nueva York, Florida, Los Angeles y San Francisco). Esta frecuencia elevada se debe probablemente a la congregación de gran número de homosexuales en estas ciudades.

Las prácticas de riesgo para contraer el SIDA son:

1. Homosexuales, bisexuales activos.
2. Toxicómanos usuarios de drogas I.V. y que comparten agujas.
3. Pacientes que han recibido transfusiones sanguíneas infectadas.
4. Compañeros heterosexuales de individuos infectados por el VIH.
5. Recién nacidos y muy probablemente lactantes de madres infectadas.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Las medidas preventivas consisten en modificar el comportamiento de la población que se encuentra en riesgo e informar sobre los mecanismos de transmisión para el VIH no sólo a estos grupos en específico, sino a la población en general para que eviten el intercambio de líquidos corporales, especialmente de sangre, semen y secreciones vaginales. De los tres mecanismos de transmisión del VIH, el sexual es sin duda alguna el que mayores problemas preventivos plantea, ya que involucra uno de los aspectos más cotidianos de la conducta sexual humana. Se ha descubierto que el uso de espermaticidas que contienen nonoxinol-9, desactiva el VIH.

El CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SIDA en México (CONASIDA) da las siguientes medidas preventivas para disminuir el riesgo de contraer la infección.

1. Tener una sola pareja sexual.
2. Evitar relaciones sexuales ocasionales con otras personas que no sea su pareja.
3. Reducir el número de parejas sexuales.
4. Evitar el uso de agujas no esterilizadas.
5. Toda aguja o bisturí y demás instrumentos cortantes deben manipularse con extremo cuidado.
6. Para reducir las lesiones provocadas por pinchazos de agujas, éstas deberán cubrirse después de su uso y ser desechadas para evitar ser reutilizadas.
7. En casos de los trabajadores expuestos a sangre u otros humores, éstos deberán usar guantes. Si tienen contacto con la sangre accidentalmente, deberán lavarse de inmediato.
8. La sangre y demás muestras obtenidas de pacientes infectados, deberán ser rápidamente notificadas con una advertencia y los residuos ser limpiados con desinfectante.
9. Se deberá disponer del equipo para respiración artificial para evitar al máximo la necesidad de efectuar respiración de boca a boca.
10. Se deberá tener especial cuidado en aquellas trabajadoras embarazadas por el hecho de que pueden por las infecciones oportunistas relacionadas con el SIDA.

En los EUA se tiene también especial vigilancia en los bancos de semen y de órganos de trasplante, ya que se han encontrado especímenes de semen infectados. El SIDA es un problema que deben enfrentar todos los países, independientemente si se han declarado o no casos infectados.

ETIOLOGIA

La primera hipótesis para descubrir el posible agente del SIDA (cuando la enfermedad parecía limitada a homosexuales) señalaba a un posible agente tóxico y, el principal candidato fue el nitrito de amilo: droga utilizada por homosexuales para aumentar la actividad sexual. También se culpó a los inhalantes de nitrito por pensar que eran inmunotóxicos y producían inmunosupresión.

La segunda hipótesis sugiere que se debía a una descarga antigénica del semen de varios compañeros en la práctica sexual anal, ya que estudios en animales indican que el esperma tiene un efecto inmunosupresor; sin embargo, no explica la irreversibilidad del síndrome.

Las pruebas acumuladas sugerían un agente específico; basándose en la naturaleza epidemiológica y en el patrón de grupos de pacientes con alto riesgo, se señaló la transmisión por vía sexual, hemática y transplacentaria. Se pensó por lo tanto en un virus, ya que éstos son capaces de causar inmunodeficiencia en el hombre (*Citomegalovirus*) y de inducir neoplasias en cultivos y en el hombre (*Epstein Barr*, retrovirus). Por lo que estas pruebas sugerían firmemente que el agente causal era un retrovirus. Este virus fue finalmente identificado por vez primera en mayo de 1983 por el Dr. Luc Montagnier, en París, cuando fue aislado de un varón homosexual con linfadenopatía.

Tal agente se denominó de varias maneras; los investigadores franceses lo denominaron virus asociado a linfadenopatía (LAV) y los estadounidenses Virus Linfotrófico de células T Humanas-III (HTLV-III) y virus relacionado con el SIDA (ARV). Para reconocer por igual el mérito de ambos grupos de investigadores, se empleó la nomenclatura o término HTLVIII/LAV.

En mayo de 1986, el Comité Internacional sobre Taxonomía del virus, denominó a este retrovirus como Virus de la Inmuno-Deficiencia Humana (VIH).

El VIH es un retrovirus RNA, de los cuales existen dos tipos más: HTLV-I y HTLV-II.

El HTLV-I fue aislado por vez primera en 1978 por el Dr. Roberto Gallo. Este virus se transmite a través de la sangre, por contacto íntimo o por

infección congénita. Muestra una gran afinidad por los linfocitos T, aunque su efecto principal reside en la inducción de leucemia; sin embargo provoca una leve inmunodeficiencia en algunos pacientes. Tal virus fue aislado de un paciente con micosis fungoide.

El HTLV-II fue descubierto en 1982; actualmente no se conoce a fondo su participación nosológica ni su mecanismo de acción.

Los retrovirus, como todos los virus, se reproducen únicamente en células vivas de una especie que les sirve de huésped. Lo que distingue a los retrovirus es un singular método de reproducción, en la que interviene una enzima llamada *retrotranscriptasa inversa*. Una vez que el virus penetra a la célula huésped, la infección es permanente; no obstante, un retrovirus puede no causar algún efecto adverso durante un tiempo indefinido.

Se han observado similitudes del VIH con miembros de los virus lentos (familia de los retrovirus), semejanza con el virus visna de las ovejas y virus equino de anemia, además de un reciente virus de inmunodeficiencia felina. También se ha relacionado con otros retrovirus aislados de manera reciente en simios y denominado STLV-III, el cual causa enfermedad en macacos cautivos pero aparentemente no es patogénico para los monos verdes salvajes del Africa.

El VIH tiene un selectivo tropismo hacia los linfocitos T4 especialmente a su antígeno de superficie CD4 que presenta una alta afinidad como receptor del virus. También infecta a macrófagos, PMN neutrófilos, células de la microglia, células gigantes multinucleadas y menos frecuentemente astriocitos, oligodendroglia y raramente neuronas.

La mayor anomalía inmunológica que resulta por la infección del VIH, es una deficiencia cuantitativa y cualitativa o funcional de los linfocitos T4, la cual ocurre de manera temprana en el desarrollo pleno de la enfermedad. Hay evidencias que los monocitos y macrófagos juegan un rol importante en la patogénesis de infección, ya que estas células pueden fagocitar al VIH, además de ser el mayor tipo de células infectadas que se han localizado en el cerebro, lo cual puede tener consecuencias para el desarrollo de manifestaciones neurológicas.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La infección por el VIH es inespecífica y se presenta de muchas maneras; desde el estado asintomático hasta desórdenes neurológicos y cánceres. El SIDA constituye la etapa final de la infección.

Los signos y síntomas más comunes o que pueden sugerir infección son: pérdida de peso inexplicable, fatigabilidad, fiebre de origen desconocido, sudoraciones nocturnas, linfadenopatía generalizada caracterizada por la presencia de ganglios linfáticos tumefactos bilaterales y simétricos (generalmente no dolorosos localizados en regiones cervical, occipital, supraclavicular, epitroclear, inguinal y popliteo), diarrea, esplenomegalia, infecciones oportunistas micóticas, bacterianas, virales y parasitarias, además de trastornos neoplásicos y neurológicos.

La infección comienza cuando el VIH entra en el torrente sanguíneo, y se desencadena una reacción inmunológica para el desarrollo de anticuerpos que pueden ser detectados en sangre de 2 a 8 semanas después del comienzo de la infección y que en una pequeña minoría pueden ser detectados en seis meses o más. Las pruebas han demostrado que un individuo puede permanecer asintomático de 18 meses a más de 11 años; aunque en este mismo periodo otros individuos pueden desarrollar manifestaciones clínicas variables o el SIDA mismo.

El rápido crecimiento de conocimientos sobre la infección por el VIH y la gran variabilidad de signos y síntomas, ha resultado en la necesidad de utilizar un sistema de clasificación de las manifestaciones clínicas, por las que en 1986, el CENTRO DE CONTROL DE ENFERMEDADES DE ATLANTA DE LOS EUA clasifica a la infección en 4 categorías generales:

Infección asintomática: la ausencia de signos y síntomas, con la presencia de anticuerpos caracterizan a este grupo. Al realizar una evaluación laboratorial completa se encuentran anomalías como linfopenia, trombocitopenia, etc.

Infección aguda: en estos casos se observa en una minoría una enfermedad de corta duración semejante a una mononeuclosis infecciosa, la cual debe ser asociada a la presencia de anticuerpos contra el VIH cuando éstos puedan ser detectables.

Linfadenopatía generalizada persistente: aquí son incluidos pacientes con linfadenopatía palpable que ha persistido durante más de tres meses en ausencia de una enfermedad concurrente u otra condición y, en que sólo la infección viral aclare su origen.

Otras enfermedades: pacientes con manifestaciones clínicas o con la máxima expresión de infección por el VIH son incluidos en este grupo; independientemente de la presencia o ausencia de la linfadenopatía. Estas manifestaciones clínicas son subclasificadas para su mejor identificación en cinco subgrupos diferentes:

Subgrupo A. Enfermedades constitucionales: fiebre persistente, disminución en un 10% del peso corporal total de manera sostenida, diarrea persistente mayor de un mes y la ausencia de otras enfermedades o condiciones, y en que sólo el VIH aclare su origen.

Subgrupo B. Enfermedades neurológicas: demencia, mielopatía o neuropatía periférica, y que sólo sean explicadas por la infección del VIH.

Subgrupo C. Enfermedades infecciosas secundarias: pacientes con enfermedades infecciosas asociadas al VIH y con un leve o moderado defecto de la inmunidad mediada por células son incluidas y pueden ser reclasificadas en dos categorías:

Categoría C-1: Enfermedades sintomáticas invasivas, como neumonía por pneumocystis carinni, critosporidiasis, toxoplasmosis, candidiasis strongilodiasis extraintestinal, isosporiasis, histoplasmosis microbacterias citomegalovirus, herpes simple y leucoencefalopatía multifocal progresiva.

Categoría C-2: Herpes zoster, bacteremia por salmonela, nocardosis, tuberculosis.

Subgrupo D. Cánceres secundarios: sarcoma de kaposi, linfoma no primario de cerebro no asociados al VIH.

Subgrupo E. La presencia de otras enfermedades descubiertas y no clasificables en los anteriores grupos, además de ser atribuibles a infección por el VIH.

DIAGNOSTICO

Para llegar al diagnóstico, es preciso sospechar la infección por el VIH, determinar si el paciente pertenece a un grupo de riesgo o ha sido expuesto a uno de ellos. La sospecha clínica se correlaciona con una buena exploración con sus manifestaciones clínicas, no sin antes apoyar el diagnóstico de manera laboratorial donde aquí podemos encontrar, linfopenia, trombocitopenia, aumento de los valores séricos de la inmunoglobulina g, relación de linfocitos T4/T8 menor a uno, y disminución o ausencia a las pruebas de sensibilidad cutánea entre otras.

Desde que fueron comercializadas las técnicas para la detección de anticuerpos contra el VIH, éstas han demostrado ser de extraordinaria utilidad al evidenciar la enfermedad en estudios tempranos, por lo que tales pruebas son utilizadas para confirmar la sospecha clínica; sin embargo, el más específico diagnóstico de infección por el VIH, es la identificación directa del virus en tejidos por aislamientos.

Cuando un suero muestra repetida reactividad en dos pruebas de rastreo, se tiene que utilizar una técnica confirmativa para descartar la posibilidad de una falsa positiva.

Una serie específica de anticuerpos a los componentes virales ha sido detectada por la técnica de *Western Blot* (técnica confirmatoria); de los cuales anticuerpos contra la envoltura y núcleo o centro vital aparecen de 2 a 4 semanas después de la infección inicial; anticuerpos contra una de las subunidades de la membrana externa y contra la endonucleasa.

TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS HOMEOPATICOS

La atención de esta afección en la terapéutica homeopática se realiza de la misma manera que las demás afecciones, en virtud de que esta enfermedad se desarrolló en este planeta y por lo tanto aquí mismo se encuentra la solución; ¿cómo? Buscando el medicamento que corresponda por *semejanza*, o sea, apoyándonos en la ley que rige la homeopatía, la LEY DE LA SEMEJANZA.

Para atender a nuestro enfermo, en primer lugar consideramos que no hay específicos, que nos apoyamos en otro principio la *individualidad* que quiere decir que somos únicos e indivisibles; que no existe otro que tenga las mismas manifestaciones de enfermedad, por lo que consideraremos en cada

uno de nuestros enfermos cuáles son los síntomas esenciales y más dominantes de nuestro enfermo, porque nuestro paciente puede ser desde asintomático hasta presentar síntomas mentales o trastornos mentales o neurológicos.

Si nuestro enfermo comienza a presentar pérdida de peso por diarrea, le indicaremos:

China Officinalis: medicamento cuya característica importante para su indicación es, trastornos que aparecen como consecuencia de, o, desde, pérdidas importantes y prolongadas de flúidos como diarreas. Evacúa después de comer, heces lientéricas, especialmente de noche, de color claro o amarillentas.

Phosphorus: siempre cansado; hay una fácil agotabilidad por el menor esfuerzo. Debilidad por pérdida de líquidos vitales; por diarrea; por el menor esfuerzo; durante la fiebre repentina; por sudores; brusquedad de aparición de los síntomas. Sensación de languidez.

Si nuestro paciente presenta sudoraciones nocturnas durante toda la noche sin alivio prescribiremos medicamentos como:

Hepar Sulphuris Calcereum: las secreciones y excreciones tienen olor a queso rancio. Olor agrio en el cuerpo. Transpiración general por el menor esfuerzo. Los sudores no mejoran al enfermo y duran toda la noche. Humedad e irritación en los pliegues cutáneos y en el escroto. Peor de noche, peor al despertar. Emaciación, a menudo con angustia, irritabilidad, con temblor en la espalda, insomnio. Temblor con castaño de dientes, y enfriamiento de pies y manos.

Mercurius Vivus: su característica principal es la agravación por la noche de todos sus síntomas, sudores profusos, copiosos, acompañando a la mayoría de sus síntomas, especialmente de noche, y que no lo mejoran, aunque duren toda la noche o hasta está peor durante la sudoración o después. Dolores óseos, peor de noche; ablandamiento de huesos; caries óseas e inflamación de huesos y periostio; espesamiento del periostio. Dolor, inflamación, induración, hinchazón y supuración de ganglios linfáticos, sobre todo cuello e ingles.

Si nuestro enfermo presenta linfadenopatía generalizada caracterizada por la presencia de ganglios linfáticos tumefactos bilaterales y simétricos

(generalmente no dolorosos localizados en regiones cervical, occipital, supraclavicular, epitroclear, inguinal y poplíteo), algunos de los medicamentos indicados serán:

Silicea Terra: útil en linfadenopatías generalizadas; es un medicamento que tiene una acción muy profunda en las alteraciones de los tejidos: útil en el cáncer y escirros; pólipos, fibromas, induraciones. Procesos supurados agudos, abscesos, reduce la excesiva supuración y resuelve las induraciones que quedan después de una supuración.

Calcarea Carbonica: útil en linfadenopatías generalizadas, adenopatías indoloras y pólipos, trastornos por pérdida de flúidos, cáncer, encefaloma, leucemia, sudoraciones parciales en distintos sitios del organismo, coincidiendo con frío en las mismas zonas; es un paciente cansado, flojo, débil, que se agota con facilidad por el menor esfuerzo físico o mental; por subir escaleras, por caminar.

La terapéutica homeopática está encaminada a estimular la voluntad de vivir del paciente, a fin de fortalecer sus defensas naturales pues son éstas las que previenen el desarrollo de la enfermedad; si nuestro paciente presenta ya alteraciones cancerosas los medicamentos indicados serán:

Anthracinum: horribles dolores ardientes, quemantes en el cáncer que es superficial o en la piel, es ulcerado de color negro, con una escara, muy indurado y, a veces, con descargas de pus fétido.

Arsenicum Album: los dolores de cáncer quemantes, ardientes, como fuego o como si tuviera carbones encendidos, y mejoran por el calor local o general; se acompañan de un cortejo mental característico, inquietud y agitación.

Para atender convenientemente a estos enfermos consideraremos primordialmente sus síntomas mentales y lo más conveniente dar a conocer a los enfermos que entre las terapias naturales, como la homeopatía, existen excelentes opciones.

Medicamentos para atenderlos y curarlos existen muchos.

EL SIDA EN MEXICO.

NOTAS SOCIOLOGICAS *

Mtro. Humberto García Bedoy, SJ

Maestro en Ciencias Sociales, Universidad Iberoamericana.

* Nota de la redacción: Esta conferencia fue sustentada el 5 de noviembre de 1987, y tenía tres partes. De acuerdo con el ponente omitimos la primera parte, de carácter general. Para estas memorias preferimos dejar las estadísticas de entonces, basadas en el censo de 1970, pues están más cerca del ambiente y del momento en que apareció el SIDA en México. Desde entonces algunos porcentajes han variado; algunos, en mejor; otros, en peor.

INTRODUCCION

Ante la aparición del SIDA espontáneamente se dieron tres casos representativos de una actitud. El francés Le Pen propuso que se expulsara del continente europeo a los asiáticos y africanos, ya que se había señalado al Africa como el sitio de origen del virus del SIDA. La Rouge, de Estados Unidos, pidió el aislamiento de los homosexuales, quizá en forma similar a lo que ese país hizo con los indígenas: confinarlos en *reducciones*.

Alguno o algunos miembros del gobierno alemán occidental de Bavaria propusieron algo semejante. La razón era que en Occidente el SIDA ha aparecido con frecuencia entre homosexuales. Esa actitud muestra con claridad hasta dónde puede llegar esa especie de *cruzada histórica de discriminación social y racial*, que se sumaría a la injusta represión sociosexual que habitualmente sufren los homosexuales. Y también muestran el problema de los prejuicios, los peligros que puede ocasionar el pánico, el *alarmismo*, y la necesidad de una suficiente y adecuada información.

I. ALGUNOS RASGOS DEL PANORAMA DE LA SALUD EN MEXICO

Si alguna vez nos hemos asomado siquiera a las vecindades en ciertas zonas de las grandes ciudades de nuestro país, si hemos caminado un poco en el interior de las *ciudades perdidas*, en las colonias proletarias y en las colonias de *paracaidistas*, creo que no nos causarán sorpresa los datos estadísticos sobre las condiciones ambientales de la vivienda en México.

Es ya vieja costumbre relegar a un plano secundario los fenómenos y datos relacionados con la salud en los análisis económicos, cuando éstos aparecen. En parte, quizá, porque son un testimonio incómodo que resulta ser muy negativo para los llamados *regímenes revolucionarios*. A este problema habrá que añadir otro: que el manejo de los datos estadísticos en México sufre, con alguna frecuencia, algunos *ajustes* o modificaciones, digamos, muy poco científicas. De ahí que habrá que tomarlos con las debidas precauciones. Sin embargo, en el campo de la salud-enfermedad difícilmente podemos tener otra fuente que no sea la oficial. Así que, con estas advertencias, presento algunos datos a manera de unas cuantas pinceladas que nos ayudarán a obtener un bosquejo breve y rápido de la situación. Una buena parte está tomada del último censo (1970):

+ Se censaron 8,367,400 viviendas en el país. De ellas, 30.11% eran de adobe, 15.89% eran de madera, 9.85% eran de embarro u otros materiales, 44.15% eran de tabique o ladrillo. Por otra parte, el 41% de la población vivía en casas con pisos de tierra. Sólo el 31% de las viviendas tenía baño.

+ Del total de viviendas, el 58.51% no tenía drenaje, el 41.1% no tenía electricidad. El 61.25% no tenía toma de agua domiciliaria; y, en cuanto a la población, el 39% de la población del país no tenía agua potable para su consumo. 30.5 millones de mexicanos no contaba con el servicio de alcantarillado.

+ El 40% de las viviendas tenía un solo cuarto; el 29%, dos cuartos; el 13%, tres cuartos; y el resto, más de 4 habitaciones. En los dos primeros grupos de viviendas -de uno y dos cuartos- vivía casi el 70% de la población con un promedio de 6 habitantes por vivienda.

+ Actualmente, sólo en la ciudad de México existen más de 450 colonias con falta total o parcial de agua potable; y alrededor de 1,040 colonias no disponen de drenaje. Esto afecta a cerca de 5 millones de capitalinos.

+ "La SUBSECRETARÍA DE MEJORAMIENTO DEL AMBIENTE de la SSA ha dado a conocer datos que indican que el 46% de la población del país no tiene servicios de agua potable y que el 59% habita en cuencas pluviales sumamente contaminadas (...).

+ "En la República Mexicana se producen diariamente 39,000 toneladas de basura que no reciben un manejo adecuado. Lo anterior hace más claras las causas de que actualmente mueran, cuando menos, 70,000 personas (anualmente) a consecuencia de la contaminación biológica del agua y los alimentos...". (López A. D., LA SALUD DESIGUAL EN MÉXICO, sexta edic., Edit. SIGLO XXI, Méx., 1986, pp. 21-22; y COPLAMAR, NECESIDADES ESENCIALES EN MÉXICO, 13: VIVIENDA, Edit. SIGLO XXI, Méx., 1982, pp. 42-44).

+ En el Valle de México, en 1970, los vehículos automotores produjeron 3,750,020 kgs. de contaminantes (anhídrido sulfuroso, monóxido de carbono, peróxido de plomo, etc.). "La emisión total de partículas a la atmósfera, en la República Mexicana, es de alrededor de 4 millones de toneladas actuales, de las cuales 3,800,000 son producidas por la industria y 200,000 toneladas por los motores de los vehículos..." (López A. D., op cit, p. 24).

+ Es de sobra conocida la contaminación de cuencas hidrológicas, litorales, puertos y superficies enormes a causa de los desechos fabriles, de los drenajes de excretas y desperdicios, y a causa de los derrames del petróleo. Aquí, en Guadalajara, parece que ya nos acostumbramos a ver Chapala, y a oír, una y otra vez promesas de poner remedio. A veces se requiere vivir en el DF, vivir en sitios donde transitan los autobuses de servicio urbano de pasajeros, vivir en las cercanías de fábricas de productos químicos, de cemento, destilerías, etc., para apreciar el significado del problema de la contaminación en nuestro país.

+ 23.41% de la población no comía pan de trigo; 20.61% no comía carne; 23.17% no comía huevos; 38.05% no tomaba leche y 70.15% no comía pescado (fuente: COPLAMAR, op cit, t 1, ALIMENTACIÓN, pp. 36-37). Según un informe de la DIVISIÓN DE NUTRICIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN, se afirma que, en 1975, 4 millones de niños menores de 5 años jamás habían probado otra leche que la materna (cfr López A. D., op cit, p. 43).

+ "Existe una dieta insuficiente entre la mayor parte de la población del país y los alimentos consumidos son de bajo valor nutritivo; ha habido un

descenso en el consumo de calorías y gramos de proteínas por persona y por día de 10 años a la fecha...", es decir, de 1960 a la fecha (Ibid).

+ "... R Ramos Galván señalaba que la desnutrición interviene como causa en, cuando menos, el 75% de las enfermedades y muertes de los niños mexicanos. Recientemente, Cravisto ha revelado que el 90% de las defunciones en niños menores de 4 años son consecuencia directa o indirecta de la desnutrición; que 7 de cada 100 niños sufren algún tipo de desnutrición severa y que uno de cada 4 tiene deficiencias nutricionales de algún grado..." (Ibid p. 44).

+ En 1978 apareció una publicación: 1978 WORLD POPULATION DATA SHEET, de la POPULATION REFERENCE BUREAU INC, con datos sobre la esperanza de vida al nacer en los países del continente americano. México ocupaba el 15° sitio, que compartía con la Martinica, Guadalupe y Venezuela, con 65 años. Quedaba abajo no sólo, por supuesto, de Estados Unidos, Canadá (ambos, 73), Puerto Rico, Cuba (ambos, 70), de Uruguay (69) y Argentina (68), sino también de Surinam, Trinidad y Tobago, Panamá, Bahamas, Guyana, Jamaica, Costa Rica, y Barbados (cfr Ibid, p. 47).

+ Con estos datos a la vista se comprende fácilmente el cuadro mexicano sobre las causas de muerte *oficiales* (1975), que publicó la SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (SSA) en 1978 en su Compendio de Estadísticas Vitales en México, en el que aparecen en los primeros lugares: 1°. La influenza y neumonías con 53,868 muertes, es decir, 89.6 por 100,000 habitantes. 2°. La enteritis y otras enfermedades diarreicas con 51,061 muertes, que corresponden a 84.9 por 100,000 habitantes (cfr Ibid, p. 51). Entre ambas causas, constituían en 30%; contra el 10.5% en Cuba y 3.7% en los Estados Unidos (Ibid, p. 71).

"... La muerte es la expresión más extrema de los daños a la salud, pero los demás indicadores, como las tasas de morbilidad y de invalidez, resultan insuficientes, parciales e incompletos, y no dan una idea adecuada de la magnitud y la naturaleza de los problemas de salud, afirma López Acuña. Y añade (Ibid, p. 93): el panorama general, sin embargo, es un estadio de insalubridad, desnutrición y altas tasas de enfermedad y muerte que semejan, en ocasiones, la situación de salud de los países europeos en las fases iniciales de la revolución industrial..."

No es mi intención aburrir con listas interminables de datos, pero he creído que era necesario apuntarlos brevemente como una base constituida

por datos seleccionados que contextualizarán el surgimiento del SIDA en México y sus posibles consecuencias. Son cifras y datos que muestran, que enseñan mucho, es verdad, pero que ocultan más aún. Ocultan los datos más graves, los que deberían hacernos reflexionar y reaccionar más: los que produce la estructuración y organización de nuestra sociedad capitalista dependiente:

a) Nuestra sociedad, decíamos, no es una formación social uniforme, compacta. Posee estratificaciones, está dividida en clases sociales. Y esto no aparece en esas cifras, que reflejan situaciones *promedio*, que no son reales. La realidad es más dura. Por ejemplo, al dato que afirmaba que de las 8,367,400 viviendas censadas, el 30.11% eran de adobe, habría que aclarar que más de la mitad estaban en el medio rural y que las que estaban en áreas urbanas, no se localizaban precisamente en los lugares céntricos o en zonas residenciales de primera clase. Que los pisos de tierra, que las casas sin baño, sin drenaje, sin electricidad, sin agua potable tienen por habitantes a campesinos, obreros y marginados.

Que la población que se hacinaba en viviendas de uno o dos cuartos era de 12 millones de personas en áreas urbanas y 14 millones en áreas rurales. Que la suma, 26 millones, es decir, casi el 70% de la población mexicana en esos años constituía la gran mayoría de nuestro pueblo, compuesta de empleados, obreros, campesinos y marginados. Que es la clase pobre, la clase baja la que está mal nutrida, la que soporta la carga más pesada del subdesarrollo y de la pobreza.

La esperanza de vida es muy distinta en medios urbanos que en los rurales, y, entre los urbanos, según la clase social. Existe una mayor frecuencia en la debilidad mental, en la morbilidad y en la mortalidad en las clases sociales bajas, por enfermedades infecciosas y la desnutrición; la tuberculosis y las enfermedades parasitarias son mayores en esos sectores sociales. Según el informe citado de la DIVISIÓN DE NUTRICIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN, "aparece que, en 1975, 30% de la población, el sector más pobre, disponía del 10% de los productos agrícolas, mientras que el sector más acomodado, no mayor del 15% de la población, directa o indirectamente consumía el 50% de dicha producción...".

La diferencia en los procesos de salud-enfermedad y muerte en las clases altas y en las bajas es tan notable en México, que hay investigadores que distinguen dos tipos de patologías: la patología de la pobreza y la patología de la abundancia. "Si bien la esperanza de vida ha ascendido con rapidez, y

la mortalidad general ha descendido a un ritmo acelerado -dice COPLAMAR- los valores actuales de estos indicadores señalan con claridad que la salud de los mexicanos se encuentra muy por debajo del nivel que el grado de desarrollo económico del país permitiría ofrecer a toda la población". Además, es pertinente señalar que "el perfil de las principales causas de defunción sólo ha tenido cambios menores durante 25 años, y, en su mayoría, los problemas de salud siguen siendo los mismos desde 1950".

"Los datos nacionales esconden desigualdades entre Estados y aún mayores, entre municipios. La inequitativa distribución del ingreso y la coexistencia de muy altos niveles de vida de una porción reducida de la población y los niveles graves de marginación de la mayoría, explican por qué porciones importantes de la población tienen tasas de mortalidad general similares -a pesar del subregistro- a las que el país tenía en 1940..." (op cit 4, LA SALUD, p. 64). Es, pues, muy distinto considerar que en el país (en 1974) hubo 59,533 muertes por infecciones respiratorias agudas y neumonías y que hubo 50,842 muertes a causa de enteritis y otras enfermedades diarreicas, que considerar que de esas 59,533 muertes, 55,801, es decir, el 93.7% del total se dieron en los sectores pobres de la población. Y, de la segunda causa, de las 50,842 muertes, 49,556, o sea, el 97.5% se dieron en esos mismos sectores pobres, que conforman el 70% de la población total (Ibid, pp. 69 y 277).

René Dumont, en su más reciente estudio sobre México (ALGUNOS ELEMENTOS DE REFLEXIÓN SOBRE LA AGRICULTURA Y LA ECONOMÍA MEXICANA EN 1980), advierte "...casi arruinado, padeciendo en 90% una desnutrición crónica, con duras privaciones en los meses que preceden a las cosechas, este campesino despreciado abandona cada día más sus pobres tierras. Viene a aumentar en la ciudad un proletariado de desempleados cada vez más numerosos... Este ejército de reserva del trabajo pesa sobre el nivel de los salarios, muy a menudo inferiores al mínimo legal, lo que reduce su poder adquisitivo y, por consiguiente, las salidas de la industria (...)" . Luego, refiriéndose al modelo de desarrollo actual de México, añade: "Nadie sabe a qué conducirá pronto este modelo de desarrollo, si se sigue copiando demasiado servilmente del de Estados Unidos, en unas condiciones totalmente diferentes de posibilidades económicas, conocimientos tecnológicos y poder mundial. Este modelo gringo puede ser caracterizado por la acentuación de las desigualdades y la generalización del auto particular, de los refrescos (20% del consumo mundial corresponde a México, 2° consumidor después de Estados Unidos), de los *processed foods*; y después, por la urbanización delirante".

El experto francés en problemas agrícolas subraya cómo el modelo económico que sigue actualmente nuestro país prohija el ahondamiento de la brecha entre ricos y pobres, primero entre naciones y, más acentuadamente, en el interior de las naciones "y especialmente en México". Cita, entonces, los datos: "entre las ciudades y el campo, la diferencia de ingreso es de 7 a 1, lo que constituye en récord mundial. Entre el decil pobre (el 10% más pobre de la población), que recibe el 1% del ingreso nacional, y el decil rico, que recibe el 38%, la diferencia es, según el Congreso del Trabajo, de 38 a 1: otro récord mundial..." (PROCESO, no. 204, 29 de sept. 1980).

b) Otra variable que habría que introducir en el panorama médico y que también modifica cualitativamente los datos es el fenómeno de la concentración-centralización. En México, debe decirse, tiene hondas raíces históricas, pero es también un producto clásico de la dinámica propia del sistema capitalista y, sobre todo, del capitalismo periférico o subdesarrollado. Esta variable muestra su incidencia en formas muy variadas. Entre éstas, en la distribución inequitativa de recursos respecto a las personas y a los sitios. Por ejemplo, de los 51,258 médicos que había en el país (datos de 1978), 20,764 (40.5%) se encontraban en la zona metropolitana del DF; mientras que había 88 (0.17%), en el estado de Quintana Roo; 227 (0.44%), en Baja California Sur; 231 (0.45%), en Tabasco; 240 (0.47%), en Campeche; 264 (0.51%), en Aguascalientes; 268 (0.52%), en Colima; 394 (0.66%), en Querétaro; 415 (0.80%), en Nayarit; 247 (0.83%), en Zacatecas; 451 (0.88%), en Tabasco; 590 (1.15%), en Chiapas; 621 (1.21%), en Durango; etc. Es decir, que mientras en el área metropolitana de la capital se concentraba el 40.5% del personal médico, en 12 estados del país se encontraba el 8.2%.

Asimismo, esa zona metropolitana capitalina concentraba el 41.1% de las enfermeras y enfermeros, el 33.47% de camas de hospital, el 26.3% de gabinetes radiológicos el 42.5% de laboratorios y el 30% de quirófanos (Ibid, p. 325). Según López Acuña, "el 80% de los médicos está concentrado en ciudades y poblaciones mayores de 50,000 habitantes, que constituyen menos del 0.5% de las localidades del país. Hay 1,121 municipios, con una población de más de 5 millones de habitantes, que carecen de este tipo de profesionales..." (op cit, p. 113).

c) Otro factor que, como los anteriores, muestra la realidad escondida en las cifras promedio es la actual crisis que vive nuestro país y que modifica sustancialmente esas cifras expuestas en detrimento de los estratos o clases más pobres del país. Aquí presento unos cuantos datos:

Actualmente tenemos, en números redondos, 5 millones de desempleados, o sea, casi el 20% de la población económicamente activa (PEA), que se estima en 26.5 millones (cfr Vázquez SJ, Luis, LA JORNADA, 28 feb. 1987) y 12 millones en subempleo, que significa, entre otras cosas, que no tienen derechos laborales, prestaciones, salario mínimo, etc. (Aguilar G, Javier, UNO MÁS UNO, 20 dic. 1986). Una baja apreciable, en este año, en el consumo *per capita*, de granos básicos (p. ej., el consumo de maíz será inferior en 700,000 toneladas respecto a 1980, con el agravante de que ahora son 12 millones más de bocas que alimentar (LA JORNADA, 4 sept. 1987). En la ASAMBLEA NACIONAL DE EDUCACIÓN -13 y 14 de agosto pasado- el Congreso del Trabajo señalaba que el 40% de los mexicanos en edad adulta y con capacidad de trabajar, carece de los mínimos básicos de cultura (LA JORNADA, 3 agosto 1987).

En 1986, el gasto presupuestal del Gobierno Federal que se refiere a la educación y a la salud se redujo: el primero, el 3.9% al 2.6% del PIB entre 1982 y 1986, y el segundo, del 3.5% al 2.4% en el mismo periodo (ANÁLISIS DEL FAT, EL OCCIDENTAL, 13 sept. 1987). Otra cifra sobre la salud fue expuesta por la Dra. O. López Orellano (integrante del GRUPO DE ESTUDIOS EN SALUD DE UAM-X): el gasto total en salud para 1978 fue de 102,677 millones de pesos, y, para 1984 disminuyó a 86,466 millones de pesos, lo que revela una contradicción del 16% en el periodo (tomando en cuenta precios constantes de 1970).

Además, hay que tomar en cuenta que el gasto del sector salud se orienta básicamente a la atención curativa (67.7% en 1986) y a la administración (20.8%), mientras que a la atención preventiva se destina solamente el 5%. "De lo anterior se infiere -dijo la Dra.- que el panorama sanitario de los próximos años mostrará un agravamiento de los problemas de enfermedad de los grupos sociales mayoritarios". Recordó que, en agosto pasado, el propio subsecretario de Servicios de Salud, Jesús Kumate, declaró que el presupuesto destinado al sector se redujo del 2.6% al 1.7% del PIB entre 1982 y 1986 (LA JORNADA, 25 oct. 1987). De modo que las cifras que da el Subsecretario de Servicios de Salud son peores que los que presentó el FAT en su análisis.

En México, podrían considerarse, simplificando, cuatro tipos de atención profesional a la salud: 1°. Los servicios tradicionales o populares (curanderos, *yerberos*, brujos, etc.). 2°. El que pretende responder, al menos en teoría, al postulado de que la salud es un derecho de todos los mexicanos y que el responsable es el gobierno: "...los servicios médicos de la SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (SSA), del DDF, del SISTEMA NACIONAL PARA

EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF), del INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA (INI) y de los hospitales e institutos descentralizados que funcionan bajo los auspicios de un patronato mixto, público y privado, en el que, por lo general, tiene una intervención amplia la SSA, tales como el INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA, el INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES DE LA NUTRICIÓN, el HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO, etc. (...)"

El segundo tipo corresponde al derecho a servicios de la salud, conquistado por trabajadores agrupados en sindicatos *-oficiales e independientes-* con financiamiento provenientes de los patrones, de los mismos trabajadores y/o del gobierno. Entre éstos, el INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), el INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE), el de PEMEX, el de la CFE, de los FF.NN, de la SHCP, de la SECRETARÍA DE MARINA (SM), del INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS MEXICANAS (ISSFAM), que depende de la SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL.

El tercer tipo abarca los servicios de salud privados en el que trabajan los médicos en forma individual o agrupada, que prestan sus servicios "como un negocio, sujeto a las leyes del mercado y al régimen de libre empresa..." (López Acuña, op cit, p. 99).

Teóricamente, es evidente que la prioridad debía dársele a los servicios no personales, es decir, sociales (*salubridad e higiene*, que abarcaría el servicio de agua potable, alcantarillado, saneamiento del ambiente, lucha contra la contaminación, etc.; programas de alimentación, exámenes médicos periódicos y completos, legislaciones sanitarias, etc.). Y, enseguida, los servicios personales del tipo preventivo (inmunizaciones, medidas de protección, educación para la salud, atención prenatal, etc.), como afirma López Acuña (cfr Ibid, p. 95). Sin embargo, en México, la medicina sigue un "modelo dominante de acciones curativas y, en ocasiones, rehabilitatorias, que resultan onerosas y, hasta cierto punto, ineficaces para la salud colectiva, a más de ser dependientes de la industria farmacéutica, de la de equipo médico y de la construcción de hospitales. Por si fuera poco, se caracteriza por sus altos costos de operación y de inversión..." (Ibid, pp. 95-96).

Por último, habría que distinguir, en las cifras y datos oficiales sobre la cobertura de las distintas instituciones de salud, la capacidad *nominal* -es decir, las cifras escritas en el papel- de la capacidad potencial -la que *podría* cubrir-, de la capacidad real, es decir, la que, de hecho, cubre. Así, "las instituciones de seguridad social tenían, en 1978, una capacidad de cobertu-

ra real para 15.7 millones. Si estas cifras se comparan con la cobertura nominal para ese mismo año, 24.7 millones, se verá que los recursos de que dispone la seguridad social sólo permiten atender potencialmente al 71.2% y realmente, a sólo el 63.8% de su población derechohabiente.." (COPLAMAR, op cit, t 4, SALUD, p. 166).

Aquí mismo, en Guadalajara, en los últimos días del mes pasado (octubre), en la inauguración del CONGRESO PSIQUIÁTRICO NACIONAL, el titular de la SECRETARÍA DE SALUD afirmaba que, en los últimos 5 años, 9.3 millones de mexicanos no han tenido acceso a los servicios de salud. Y comentó que en este tiempo se ha dado cobertura a 10 millones más (cfr UNO MÁS UNO, 31 oct. 1987). Entre estos 10 millones se encuentran, muy probablemente, los estudiantes de enseñanza media-superior y superior, recientemente incorporados. Pero estas cifras dejan a uno pensando, primero, que, según esos datos del Dr. Soberón, se supone que, hasta hace poco, 63,200,000 mexicanos tenían *acceso* a los servicios de salud. Pero, ¿esa cobertura es nominal, potencial o real? Y segundo, si se incorporaron 10 millones más de personas, bien, pero, ¿cómo serán los servicios médicos que se van a proporcionar, si los que se ofrecían dejaban mucho que *desear* y no sólo no se aumenta el presupuesto *real* para los servicios médicos, sino que ha disminuído? ¿Qué tanto tienen que ver con estas cifras y esa incorporación de 10 millones más de derechohabientes las próximas elecciones?

En el DF, en días pasados, en la primera reunión de análisis y discusión sobre el estado de salud del pueblo mexicano, el Dr. Jaime Krazov, de la UAM-X al referirse a la industria farmacéutica afirmaba que, en 1980, se gastaron en México 1,000 millones de dólares en fármacos, y, para 1984, la cifra había ascendido a 1,200 millones. "México -señaló- es el 10º país consumidor de medicamentos (...) a nivel mundial" (LA JORNADA, 25 oct. 1987). Pero, aparte de las instituciones médicas estatales, ¿quién o quiénes compran las medicinas en México a los precios actuales? ¿Quién o quiénes tienen la posibilidad económica de hacerlo, cuando sabemos que las medicinas se encuentran entre los productos que se han vuelto más caros en el marco de nuestra crisis actual?

En la prensa se ha publicado una y otra vez que el deterioro del poder adquisitivo del salario alcanza ya, en estos últimos años, el 50%. ¿Qué se podrá decir de los trabajadores campesinos? Quizá no sean ni estos campesinos ni los obreros los mejores clientes de los productos médicos. La OFICINA DE ESTADÍSTICAS LABORALES DE WASHINGTON publicaba, la semana pasada (25 de oct.) dos datos interesantes: uno se refería a que "por primera

vez en 5 años, obreros de fábrica de Alemania Federal, Noruega y Suiza recibieron un pago promedio más alto por hora trabajada en 1986 que los obreros de Estados Unidos (...). La hora promedio era pagada en Suiza, a 13.54 dls; en Noruega, a 13.43 dls; en Alemania Federal, a 13.35 dls; en Estados Unidos, a 13.21 dls...". El otro dato se refería al "otro extremo de la escala (...). De los 30 países estudiados, el que paga menos por hora trabajada en fábrica es Corea del Sur, 1.39 dls. Le sigue México, donde el pago (promedio) de la hora trabajada (en fábrica) es de 1.49 dls..." (LA JORNADA, 26 oct. 1987). ¡Por poco tenemos otro récord mundial!

II. EL SIDA EN MEXICO

Los datos que se han podido obtener sobre el SIDA en Africa Central confirman la hipótesis de que la epidemia del SIDA puede ser muy diferente en los países subdesarrollados, que en los países desarrollados. La causa fundamental son las enormes diferencias socioeconómicas y socioculturales que se dan entre ambos grupos de países, pero que se dan también al interior mismo de los países pobres, como es el caso de México. En este contexto, la prostitución, el hacinamiento, la desnutrición, insalubridad, los bajos niveles de penetración de la comunicación pública, los insuficientes presupuestos de salud *per capita*, la menor credibilidad en la palabra oficial y la baja escolaridad pueden reducir sustancialmente el tiempo necesario para alcanzar niveles de infección socialmente peligrosos, como parece comienza a suceder en Africa.

Existen dos diferencias importantes en lo que se refiere a la transmisión del SIDA entre el continente africano, por una parte, y Europa y Estados Unidos por la otra: una es que en estos países, cuando el SIDA se ha transmitido por contacto sexual, se ha hecho por vía homosexual; en cambio, en Africa, por vía heterosexual. La otra diferencia es que en Africa, los bancos de sangre son vectores importantes de transmisión del SIDA, lo que no ocurre en los países occidentales europeos y Norteamérica (Cfr ICYT, op cit, pp. 6 y 7).

"... La velocidad de propagación de la epidemia dependerá fuertemente de la situación económica y social de cada país (...), así como en las ciudades donde, por ejemplo, debido a un rápido y reciente proceso de urbanización, los patrones tradicionales de vida hayan sido rotos (...) y no hayan sido todavía sustituidos por otros nuevos y estables. La situación en Africa Central tiende a confirmar esta conclusión.

"Ignorar que las grandes diferencias socioeconómicas entre el mundo desarrollado y el Tercer Mundo pueden generar patrones muy diferentes de evolución de la epidemia, conduciría a errores importantes en el diseño de una política de contención apropiada. Estas diferencias incluyen la existencia de altos niveles de heterogeneidad social, una definición distinta de los grupos más importantes de alto riesgo, así como una estructura peculiar de los mecanismos de transmisión y aceptación de información nueva..." (Barberán, José, EVOLUCIÓN DE LA EPIDEMIA EN EL TERCER MUNDO, en ICYT, op cit, p. 41).

Si ordinariamente es difícil obtener datos fidedignos en lo que se refiere a las enfermedades y a los problemas de salud, es fácil comprender que las dificultades se acrecientan con respecto al SIDA, puesto que, por una parte, la disminución del turismo en sitios o países infectados con el SIDA puede ser importante (en 1981, 70,000 norteamericanos visitaron Haití. Al año siguiente, sólo volvieron 10,000. Fuente: Black, D, LOS AÑOS DE LA PESTE, en NEXOS, Año VIII, Vol. 8, no. 94, oct. 1985); y, por otra, que se considera que los vehículos principales de transmisión son los contactos homosexuales entre hombres y las jeringas entre los adictos a la cocaína, y ambos son estigmas sociales. Presupuesto esto, he sacado de aquí y de allá algunos datos que, de nuevo, deben tomarse con la debida cautela, sobre el SIDA en el mundo, en Estados Unidos y en México:

"Ante el SIDA

se han dado dos respuestas extremas:

una tiende a ignorar el problema;

otra encuentra en el SIDA

un aliado para atizar

la discriminación racial y social".

Hasta el	No. de casos	Aumento	
1º de mayo de 1987	51,535	en 113 países	- ⁽¹⁾
30 de agosto de 1987	56,935	?	9.43% ⁽²⁾
9 de sept. de 1987	59,563	123 países	5.6% ⁽³⁾
30 de sept. de 1987	60,653	124 países	1.8% ⁽⁴⁾
22 de oct. de 1987	64,438	126 países	6.2% ⁽⁵⁾

El caso de Estados Unidos es especialmente grave: en diciembre de 1986, el número de enfermos resgistrados de SIDA era de 28,098 (de los que ya fallecieron 15,757, es decir, el 56%) (fuente: VIDA NUEVA, 28 feb., p. 26 Madrid). Meses después (hasta el 1º de mayo de 1987) era de 34,178 (82.2% de aumento. Fuente: ONU. EL INFORMADOR, 23 oct. 1987). En octubre había ya 42,534 casos. La drogadicción a través de inyecciones parece haber sido un transmisor, importante, sobre todo en la costa oeste: San Francisco, Los Angeles, etc. y, posteriormente, Miami (ICYT, p. 9). Tiene el 66% de los casos que se dan en el mundo y New York tiene el triste privilegio de ser la ciudad, en el mundo, en donde hay más casos. Para apreciar mejor la gravedad de estos datos y de lo que podría pasar en el futuro, hay que tomar en cuenta, sólo en lo que se refiere al renglón de la drogadicción, que en Estados Unidos había unos 10 millones de adictos a la cocaína hace 2 años. Y, si creemos a las cifras que proporcionó Billy Barnes, subdirector de

-
- (1) Fuente: OMS (en ICYT, op cit, p. 9). Correspondía 80% a América, 11% a Europa y 9% a Africa. Se consideraba que, por lo menos, había 100,000 casos de enfermedad que ya tenían síntomas relacionados con el SIDA (1% de los registrados); asimismo, que había entre 5 y 10 millones de personas infectadas, transmisores potenciales de la enfermedad, de los cuales, por lo menos 2 millones en Africa.
- (2) Fuente: OMS (EL INFORMADOR, 3 oct. 1987).
- (3) Fuente: OMS (LA JORNADA, 26 oct. 1987). Ahora, 77% corresponde a América, 12% a Europa y 10% a Africa.
- (4) Fuente: OMS (EL INFOMADOR, 3 oct. 1987). Al parecer, muere alrededor del 50% de los enfermos.
- (5) Fuente: ONU (EL INFORMADOR, 23 oct. 1987). Se aprecia una gran diferencia entre el número de enfermos de países capitalistas al de países socialistas. En Cuba, por ejemplo, 5 casos; en Checoslovaquia, 7; en Hungría, 5; en Alemania Democrática, 4 (contra 1,400 casos en Alemania Federal); en China, 2 casos y en la URSS, 4 (contra 42,534 de los Estados Unidos) (OMS: EL INFORMADOR, 3 nov. 1987).

INSPECCIÓN Y CONTROL DEL DEPTO. DEL TESORO de Estados Unidos, 1969, en California, que el 80% de los estudiantes universitarios del país usaban drogas, y -en 1969- el 50% de los muchachos de high school (fuentes: el 1º es dato del jefe del INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE MEDELLÍN, César Augusto Giraldo G., en UNO MÁS UNO, 26 jul. 1985. El 2º en EXCÉLSIOR, 10 oct. 1969). El año pasado el tráfico de clorhidrato de cocaína arrojó un movimiento total de 82,000 millones de dólares (fuente: INFORME ANUAL DE LA ORGANIZACIÓN DE LA REFORMA A LAS LEYES SOBRE USO DE LA MARIJUANA -NORML-, en LA JORNADA, 27 jul. 1987).

Marcos Rodríguez, consejero educador de salud de la Universidad de California aseguraba que el riesgo de infección es unas 14 veces mayor en la comunidad latina radicada en Estados Unidos, que entre los *anglos*, entre otras razones, por el modo y niveles de vida, la mala calidad de los servicios, la ausencia de información adecuada en español y por compartir la aguja cuando se inyectan droga (cfr LA JORNADA, 26 oct. 1987). "... Las minorías negras, latinoamericanas y asiáticas seguirán siendo las más perjudicadas (...). En New York, el 54% de los enfermos con SIDA del estado son negros o latinos..." (cfr G. Acevedo, E., en EL INFORMADOR, 3 nov. 1987). Esto, como una comprobación más de la relación entre la enfermedad y las clases sociales.

Respecto de nuestro país, "al parecer -dice el Dr. Sepúlveda A., director general de Epidemiología de la Secretaría de Salud- la transmisión inicial del virus (del SIDA) a nuestro país está asociado con viajes realizados a Estados Unidos, ya que todos los casos ocurridos en México entre 1981 y 1983 son de personas acomodadas que tuvieron contactos homosexuales en el vecino país del norte. Más recientemente se han reportado casos de transmisión interna, es decir, personas que nunca han viajado al extranjero, pero que han contraído la enfermedad. Esto nos habla ya de una amplia circulación del virus en nuestro país..." (en Aguilar, M. Aurora, ORIGEN INCIERTO, DISPERSIÓN MASIVA, en ICYT información, Vol. 9, no. 132, sept. 1987, México).

Si el foco principal de transmisión para México son los Estados Unidos, tendríamos 4 fuentes principales: 1ª. Los estados del norte, que tienen un mayor intercambio con el vecino país; 2ª. Los sitios principales de turismo, como Acapulco, Puerto Vallarta, Cancún, Zihuatanejo, Ciudad de México-Cuernavaca, Guadalajara-Ajijic, etc.; 3ª. La migración de indocumentados, y 4ª. Los mexicanos que viajan a Estados Unidos por razones de negocios, turismo, atención médica, etc. Las vías de contagio son,

pues, múltiples, ya que se trata de un país fronterizo y el país con el que tenemos más relaciones de toda índole. Pero también esto significa que la transmisión del virus del SIDA podría realizarse a través tanto de personas de nivel económico acomodado, como a través de personas pobres.

Por lo que respecta a la primera fuente de infección, hay cierta confirmación en los datos obtenidos el 31 de mayo de este año, que señalan que Coahuila (39 casos), Nuevo León (26), Baja California (18) y Chihuahua (12) ocupan el 3°, 4°, 5°, y 6° lugares en casos, respectivamente, en nuestro país. Sin embargo, Baja California Sur y Tamaulipas sólo reportaron un caso y Sonora, 5. Respecto al turismo, no hay comprobación porque, aunque el DF tenía 233 casos registrados (46.5% del total del país) y Jalisco, 76 (15.1% del país), el estado de Guerrero sólo registraba 6 casos y Quintana Roo, 1 (fuente: ICYT, op cit, p. 11). La transmisión más difícil de constatar es la que se hace a través de los viajeros mexicanos a Estados Unidos, sean indocumentados o no.

CASOS DE SIDA REGISTRADOS EN MEXICO:

Hasta el	No. de casos
31 de marzo	407 (534 para otras fuentes) ⁽¹⁾
30 de sept.	713 ⁽²⁾
10 de oct.	760 ⁽³⁾
31 de oct.	800 ⁽⁴⁾

La población más afectada en México es la que se sitúa entre los 25 y los 44 años (73%). Luego, la de 45 a 64 años (13.1%). El tercer sitio, la de 15 a 24 años (8.43%). En 4° lugar, los menores de 15 años (3.74%) y, finalmente, los mayores de 65 años (1.7%) (cfr ICYT, op cit, p. 9). Y, respecto al sexo,

(1) Cfr ICYT, pp. 9 y 11.

(2) Fuente: Dr. Guillermo Soberón A., secretario de Salud, en LA JORNADA, 3 de oct. 1987.

(3) Fuente: Dr. J. Sepúlveda A., director general de EPIDEMIOLOGÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD -SSA-, en EL INFORMADOR, 11 de oct. 1987.

(4) Fuente: OMS, en LA JORNADA, 16 de oct. 1987.

los hombres: 24 hombres por cada mujer. Y alrededor de 88% se presenta en homosexuales (cfr Dr. J. Sepúlveda A., en *EL INFORMADOR*, 28 sept. 1987). Otras fuentes dan alrededor del 90%, pero incluyen a los bisexuales en el grupo de los homosexuales.

Uno de los problemas graves es su rapidez de difusión. En México, se duplica el número de enfermos de SIDA cada 7 u 8 meses (cfr *EL INFORMADOR*, 11 oct. 1987). En 4 años podría haber unos 30,000 casos de SIDA, declaraba el 2 de octubre en Puebla el Dr. Soberón. Los más expuestos son, como hemos visto, los estratos sociales más pobres, los marginados tanto económica como culturalmente. Pero también hay riesgos graves entre los prisioneros en las cárceles por la promiscuidad, el hacinamiento, la insalubridad, las prácticas homosexuales, etc. Y, específicamente entre los homosexuales, los que pertenecen a las clases sociales más pobres.

El subsecretario de PLANEACIÓN de la SECRETARÍA DE SALUD, Manuel Ruiz de Chávez, informó a la CÁMARA DE DIPUTADOS que el IMSS había erogado 9,000 millones de pesos para hacer frente al SIDA y anunció la compra de un *Western Blot*, aparato para realizar análisis sanguíneos y verificar la potencialidad del SIDA, con un costo de 1,000 millones de pesos. Todo esto es muy bueno y ojalá hubiera más erogaciones. Lo que hace pensar es que se considera casi un estado de emergencia en la salud en México a causa del SIDA. Y también está bien. Pero lo que no está bien es que nunca se han considerado como situaciones de emergencia las causadas por enfermedades endémicas ya en México, como la influenza, neumonía, enteritis, enfermedades gastro-intestinales, etc., que causan aún hoy más de 100,000 muertes cada año en nuestro país. Estas constituyen la *emergencia silenciosa*, como las llamaba la UNICEF.

La falta de suficiente y adecuada información ha creado aquí y allá rumores, chismes y alarmas injustificadas que pueden tener consecuencias graves. Se ha llamado al SIDA *Peste del siglo XX*, *Marca de Sodoma*, *Castigo de Dios*, y a los enfermos *Leprosos del siglo XX*. "... Azote divino como respuesta a los desmanes sexuales del mundo actual", señalaba irresponsablemente el Rev. Falwell, uno de los más conocidos fundamentalistas norteamericanos.

Como existe una relación de hecho entre el SIDA y los homosexuales, cierta prensa ha aprovechado la oportunidad para explotar la morbosidad y el sensacionalismo. Los efectos pueden también ser graves no sólo por las falsas alarmas e información equivocada que pueden producir, sino también

porque pueden traducirse, repito, en acrecentar la represión contra los homosexuales. La publicidad en la televisión ha contribuido también a que se generalice erróneamente el trinomio SIDA-homosexual-muerte, como en Estados Unidos se difundía la campaña contra los cinco "h": homosexuales, prostitutas (*hookers*), heroinómanos, hemofílicos, y haitianos; y se comenzaba a hablar de niños enfermos de SIDA *inocentes*.

El comercio comienza a aprovechar la situación para aumentar sus ventas. En Estados Unidos se han vendido desinfectantes (B-Safe), un *enema* casi milagroso, que resultó ser principalmente agua salada; una píldora que, se decía, curaba del SIDA (se trataba del BHT un preservativo de alimentos), un libro, etc., que han engañado fácilmente a ingenuos asustados. Pero lo más preocupante es que ya empiezan a darse las negativas por parte de algunos hospitales para admitir enfermos de SIDA, y negativas de médicos y analistas a recoger muestras clínicas o residuos de enfermos, a realizar autopsias, etc. Se conocen casos -por ahora sólo en Estados Unidos y España- de no admitir niños con SIDA en escuelas o de negar el seguro de vida o médico a enfermos o posibles enfermos. Se citan casos de enfermos de SIDA que han perdido su empleo o que fueron desalojados del departamento que ocupaban. Incluso casos de abandono de los enfermos por parte de sus familiares (que han descubierto así, algunas veces, la homosexualidad de un hijo).

Otros fenómenos que han acompañado la aparición del SIDA es el cambio en el lenguaje sobre el sexo y sobre las actividades sexuales. Ahora se habla y escribe públicamente y en forma directa, sin eufemismos. Sin embargo falta mucho para que se modifiquen los hábitos sexuales de mucha gente. Cabría apuntar también la politización, el uso político que se ha hecho del SIDA, no sólo en cuanto a las actitudes ante minorías étnicas y clases sociales bajas, sino también la instrumentalización política de programas y financiamiento para la curación del SIDA.

Quisiera terminar con lo que puede ser una luz, aunque pequeña, de esperanza. Se está investigando en vacunas preventivas y terapéuticas. ¿Se llegará a tenerlas?

CONCLUSIONES PASTORALES *

Dr. Jorge Manzano, SJ

Dr. en Filosofía, Universidad Gregoriana de Roma,
y Profesor en el Instituto Libre de Filosofía, Guadalajara.

* Conferencia sustentada el 6 de nov. 1987.

Hemos oído sapientes conferencias y aportaciones sobre diversos aspectos en torno al SIDA. Ahora bien, yo, sacerdote común y corriente, después de conocer causas, estadísticas, principios morales, consideraciones médicas, psicológicas, homeopáticas, herbolarias, tantas cosas, ¿qué hago cuando llega a mí un enfermo de SIDA? ¿Qué le digo? ¿Cómo me comporto? A riesgo de ser corregido, propondría las líneas siguientes:

ACTITUD PASTORAL

Tomar viva conciencia de que el enfermo que viene a mí no es una cosa -ni un fenómeno a estudiar-, sino una persona; y no sólo tal, sino un amado de Dios; alguien a quien Dios ama sin distinción ni límites; alguien a quien Dios me encomienda, y me dice: ¡aliviánalo! (consuélalo); alguien de cuyo destino me será pedida no poca cuenta. Yo vengo a ser un medio para que él palpe el corazón de Dios (V. Confer. Carlos Bravo y Luis García Orso).

Dejar que mi interior se llene de respeto por él. Si me invita, ir con él a su interior. Dejarlo que desahogue su corazón. No forzar respuestas que yo quiera tener, sino escucharlo y recibir los datos que él me quiera dar.

He de estar muy bien informado sobre los modos de contagio:

a) para no rechazarlo y echar a perder su contacto con Dios. Rehuir el saludo de contacto sería un error imperdonable de mi parte. Su presencia física no es peligrosa para mí. En cambio mi presencia física -si, p. ej. tengo catarro- podría ser fatal para él. En general, el estar bien informado ayudará mucho. Nunca debo olvidar que en concreto aquí y ahora represento para él la posibilidad de que experimente la cercanía de Jesús.

b) Aun suponiendo -lo que es irreal-, que la mera presencia física me contagiara, ¿lo rechazaría por ello? Son muy conocidos los casos de antecesores nuestros en el ministerio divino que atendieron a enfermos contagiosos. Hoy se citó a San Luis Gonzaga, que sucumbió al contagio de la peste (V. Confer. Luis Ochoa).

Considerarme -y con toda seriedad- que ante todos, incluso ante Dios, soy no el juez de este enfermo que viene a verme, sino su abogado; y para realizar mi función de abogado he de agotar todos los recursos a mi alcance.

MI PALABRA AL ENFERMO

Jamás tomaré su propia responsabilidad, la de él; pero sí puedo ayudar, tal vez, para que él tome una actitud de AUDACIA: ¡No dejarse vencer! Y de algún modo, que dependerá de la persona concreta, hacerle vivir, revivir, palabras reveladas, que en conjunto y en absoluto se resumen así: ¡No morirás! (SAL 118,17).

Podríamos meditar juntos sobre textos como los siguientes:

- ¿Dónde está, muerte, tu victoria? (1 COR 15,55; OSEAS 13,14). Audaz palabra de exclamación ante Cristo resucitado -el primer engendrado, el primer resucitado (COL 1,15-18; APOC 1,15)- y ante nuestra propia resurrección. El vence a todos los enemigos, y el último de ellos es la muerte (1 COR 15,26).

-Yo soy alfa y omega, principio y fin, la estrella matutina (APOC 22,13-16), que no conoce ocaso (Exalten, Liturgia Noche Pascual), dice Jesús. Y nosotros, unidos con él, podemos decir lo mismo.

-Aunque vaya por cañadas oscuras (la muerte), no temeré, ¡porque tú vas conmigo! (SAL 23,4). Es un texto profético referido ante todo a Cristo. Gracias a él, decimos con audaz e invencible confianza esas mismas palabras.

- Hay que saber mirar la muerte de frente, sin temor: ¡El amor es más fuerte que la muerte! (CANT 8,6).

Ojalá pudiera ayudarlo a que él hiciera vivo en sí, y con toda el alma, algo por lo cual VALE LA PENA VIVIR ¡AHORA!, este trozo de tiempo, quizá pequeño, que le queda.

Sí, la enfermedad es terrible, y nadie lo sabe mejor que él. Pero hay que quitar a la enfermedad sus ropas lúgubres, y audazmente verla !como una gracia! Cuando la gente espiritual se va a retiro para tomar una decisión importante suele hacer esta reflexión: ¿en la hora de la muerte que me gustaría haber decidido? (2º Modo de hacer buena y sana elección. EJERCICIOS DE SAN IGNACIO).

Dicen que la muerte no es enemiga, sino consejera. Ahora bien, el enfermo de SIDA no necesita usar la fantasía: él está en el caso. Y yo, quien habla, quisiera hacer ahora una confesión a este público: cuanto estoy diciendo, sí es conclusión de las conferencias, pero es ante todo algo que me han dicho los pocos enfermos de SIDA con quienes he tratado. Vinieron a mí pidiendo ayuda, consejo, fuerzas espirituales, !y fueron ellos los que me dieron todo eso a mí!

Retocando, desde otro ángulo: algunos ensoñadores dicen con aire poético: La vida es breve. Lo repiten los ancianos al ver el conjunto de su vida. En nuestro caso tenemos, en general, no a un anciano, sino a un joven; y quizá no hospitalizado, sino en casa, en el trabajo, en la calle. Y no necesita ensueños ni poesía para saber que la vida es breve. Entonces, en cierto sentido él es un privilegiado; alguien, para usar una frase inexacta pero hermosa, con quien Dios se ha tomado confianzas que no se toma con todos.

Después de esto, yo vería que él diera un paso más adelante: que estuviera rebosante de gratitud y alegría, y que le dijera a Dios con todas las fuerzas de que fuera capaz: !Gracias te doy, Señor, porque has hecho de mí una creatura tan maravillosa! (SALM 139, 14).

He oído que algunos psicólogos hacen que el paciente hable con su cuerpo, con las partes de su cuerpo. Puede sonar cruel, y, sin embargo es grandioso: ver, tocar, sentir el propio cuerpo enfermo, hablar con él. Y tras eso, rebosante de admiración, gratitud y alegría, decirle a Dios: !Gracias te doy, Señor, porque has hecho de mí una creatura maravillosa!

Algunos dirán que no estoy hablando de pastoral, sino de irreal y cruel poesía. !Y sin embargo es lo que los enfermos de SIDA me han enseñado! Entonces ya no hay límite para mi indiscreción. Yo le diría al enfermo que poco podemos hacer los demás por él; que él puede esperar y exigir ese poco que podemos; pero que es mucho más lo que él puede hacer por nosotros.

El conoce la parábola de los talentos (Mt 25,14-30). Y los talentos o dones hay que hacerlos fructificar. Nosotros no tenemos los talentos que él ha recibido. A nosotros la vida no nos ha revelado los secretos que a él sí le reveló. Es él quien tiene que ayudarnos a nosotros, a despertarnos de nuestro letargo. La sociedad no le da todo lo que debiera, pero él está en condiciones de ayudar a la sociedad. Con esa su actitud vibrante de vida, y ante los poderes mundanos que están por la muerte, él, con su muerte, ¡nos ilumina el sentido de la vida!

Todavía más. Su actitud, tal como la hemos descrito, es el mejor testimonio de amor a la persona amada, a la familia, a sus amigos. Testimonio tanto más vivo cuanto más haya sido rechazado. Su gozo de vivir -y de vivir endiosado- es quizá el mejor modo de mostrar que su amor era y es verdadero.

He hablado hasta ahora del enfermo que no está grave. Puede llegar un momento en que lo esté, en que ya no pueda hacer nada, en que parezca un esqueleto disecado. Habrá, antes, que haberlo preparado; pero aun así toca ahora, entre otros, al sacerdote, confortarlo con todos sus recursos espirituales. Cito algunos puntos, pero no me explayo, pues son puntos comunes para otros enfermos de gravedad.

Saber que Cristo está conmigo. Cristo sufrió para sufrir conmigo. Para sufrir juntos mis tristezas, mi pavor, mi soledad -la que cala hasta lo más íntimo (V. Confer. José Romero). Jesús, en el huerto pasa angustias y tristezas de muerte (Mt 26,37-38). Y en la cruz, al morir, dicen sus labios, lo que siente mi corazón: Dios mío, ¿por qué me has abandonado? (Mt 27,45-46). Jesús, en la cruz, toma mi lugar de pecador, de leproso (V. Confer. Carlos Bravo y Luis García Orso), se solidariza conmigo.

Saber también que yo acompaño a Cristo en su pasión, en su muerte de cruz. El muere para morir conmigo. Yo muero para morir con él ⁽¹⁸⁾. Una amistad y un amor como no puede haber otro; un amor en el cual participan y toman realidad todos los amores. Tomar conciencia del valor infinito del sufrimiento de Cristo en orden a la liberación de toda la humanidad. El me asocia con él (2 COR 1,7; FIL 1,29 y 1 PEDRO 4,13); y así, mi muerte es una manifestación de afecto, de amor, de *ágape* para con todo el mundo.

A LA FAMILIA DEL ENFERMO

Parece que la familia es más difícil que el enfermo mismo. En la familia se concentran y chocan muchas presiones y convencionalismos sociales. El sacerdote debería ayudarlos a superar todo eso, a que no rechacen al enfermo que podrá ser hijo, hermano o pareja.

Ayudarlos no sólo a que no rechacen al enfermo, sino que lo apoyen y conforten. Que traten de imitar la misericordia del buen samaritano, y la misericordia del mismo Jesús en su relación con los enfermos (V. Confer. Carlos Bravo y Luis García Orso).

Y a que vean en su hijo no una ignominia, ni un baldón, o desventura, ¡sino una gracia! Quizá la oportunidad de su vida para que realmente crezcan (V. Confer. José Romero) no sólo en lo humano, sino en lo religioso y divino.

Un problema especial es el del comienzo, cuando alguien acaba de saber que está enfermo de SIDA. ¿Informará a la familia? ¿Cómo lo hará? El sabe que aun lo rechazarán de la casa. O que, en el mejor de los casos, le aplicarán un aislamiento humillante con loza especial, lavado aparte de ropa, etc. y que las relaciones se modificarán. El principal problema es la falta de información de la familia; aun el no querer tener información exacta, mientras por otro lado y como quien no quiere la cosa se dejan informar por publicaciones amarillistas y rumores al azar. Pero el enfermo no tiene alternativa. Habrá sin duda excepciones, pero en general, tarde o temprano tendrá que informar a la familia. Y el sacerdote, en caso de intervenir, debe apoyar al enfermo hablando y orientando cuando pueda a la familia.

A LA SOCIEDAD

El problema es muy vasto, y no lo voy a abordar. Baste con recordar lo que hemos oído en estas conferencias para concluir, que se imponen transformaciones profundas en la sociedad, para que todos puedan tener una casa espaciosa, con agua, flores, y llena de sol. Que en la ciudad haya jardines con árboles, aire puro y buenos servicios (V. Confer. Roberto Navarro).

Las condiciones de vida en México y en muchos otros países son tan malas (V. Confer. Humberto García Bedoy), que parece un prodigio el que sobrevivamos aún. Que las condiciones de vida sean mejores no sólo para una élite, sino para todos, parece ser una exigencia no sólo desde el ángulo

puramente humano, sino también desde el cristiano. Porque si morimos para Dios, también vivimos para él (ROM 14,17), y nuestra vida ha de ser digna para estar en condiciones de vivir felices en el amor. Alguien podrá tenerlo todo, pero no puede decir que es feliz en el amor si hay otros muchos que carecen de lo elemental. No podemos olvidar que Dios es amor (1 DN 1,8), que el amor cubre multitud de pecados (1 PEDRO 4,8), y que el amor es la plenitud de la ley (ROM 13,10) y de la vida.

EN RESUMEN

Si bien puede considerarse todo mal -y la enfermedad es un mal- como consecuencia del pecado (V. Confer. Mario López Barrio), no hay fundamento para que alguien, sin más ni más diga que tal enfermedad es castigo por tal pecado. Es camino seguro ver el SIDA no como un castigo o maldición que Dios nos envía sino como un reto, un desafío a nuestra creatividad y a nuestro amor.

*"Les quitaré el corazón de piedra,
y les pondré un corazón de carne".*

(Ez 36,26)

DIALOGO CON EL PUBLICO

1. Mario López Barrio habló sobre la manera que el AT concibe la enfermedad. Carlos Bravo, sobre la actitud de Jesús para con los enfermos. Da la impresión de que hay cierto desfase entre los dos libros.

Carlos Bravo, SJ

La CARTA A LOS HEBREOS comienza diciendo que Dios ha hablado de muchísimas maneras a través de los profetas, y que finalmente nos ha hablado en su Hijo. Esto es, se da un proceso de revelación. El Dios del comienzo de los códigos mosaicos y el Dios captado en Jesús no son el mismo. Jesús es la plenitud de la revelación procesual hecha en dimensiones culturales y situaciones sociales diferentes. Nosotros mismos tenemos la experiencia de esta procesualidad en nuestra experiencia de Dios. Y sin embargo hay continuidad. El que la revelación esté en el AT y en el NT no quiere decir que estén de la misma manera. Además hay que tener en cuenta los géneros literarios y contextos culturales. Pensemos en la narración de la creación en siete días, o la poligamia. Es el fundamentalismo el que vive en contradicción permanente.

Luis Ochoa, SJ

No se recomienda todo lo que viene en los libros sagrados, en particular las conductas, como es el caso de la conducta de los fariseos.

2. ¿Qué haría su comunidad si uno de los estudiantes tuviera SIDA?

Mario López Barrio, SJ

En la hipótesis, haríamos lo posible para seguir lo que hemos indicado: comprensión, atención médica, humana, cristiana, religiosa, jesuítica, para acompañar lo mejor posible al enfermo. Hemos insistido en que el SIDA no es un castigo de Dios. No hablamos aquí de pecado, sino de un sufrimiento humano que necesita compasión, misericordia y compañía humana. De lo contrario caeríamos en el fariseísmo.

3. La conferencia del maestro García Bedoy, más que tratar el tema del SIDA, parece ser una crítica al sistema socioeconómico que vivimos. ¿Podría el ponente mostrar esa relación como diversa de la relación entre capitalismo y tuberculosis, o cualquier otra enfermedad?

Humberto García Bedoy, SJ

Me parece que el sistema social está en el centro del problema que estamos tratando. En los procesos de salud y enfermedad las causas únicas no son ni los microbios, ni los mosquitos, ni los virus; hay que atender a la estructura y organización de la sociedad. Si viviéramos nosotros en un sistema socialista, tendríamos que criticar los aspectos negativos que ahí encontraríamos. Pero vivimos en México, país que tiene un sistema capitalista subdesarrollado. Por eso presenté algunos rasgos importantes de la situación mexicana que actúan como condicionantes socioeconómicos, sociopolíticos y socioideológicos. Y he tratado de hacer ver cómo los sectores sociales más pobres son los que, como en otros campos, soportan las cargas más pesadas. El Dr. Roberto Navarro, homeópata, señaló cuán importante es la comida sana, nutritiva, balanceada; el disponer de una casa bien ventilada, con jardín; el dormir y descansar bien; el no tener tensiones ni stress. ¿Pueden los pobres gozar de todo esto?

4. ¿Cómo se ayuda a la familia, y no sólo al enfermo de SIDA, en el aspecto psicológico?

Dr. José Romero

Es deseable una visión integral. Importa no sólo el aspecto físico, sino también el emocional. Las repercusiones emocionales son fuertes, tanto en la evolución de la enfermedad, como después de la muerte del paciente sádico. El que la familia reciba una atención integral es un medio para que esta misma familia sirva de eslabón para soluciones en otro tipo de enfermedad, o en otros casos. Lo más importante es que el paciente tenga una buena calidad de vida el tiempo que le queda por vivir; y si fallece, que fallezca tranquilo y apoyado por su familia. Y que los parientes tengan la seguridad de que hicieron lo que debieron, y que solucionaron los conflictos que la enfermedad trajo consigo.

5. Han hablado muy bien los jesuitas en este panel. ¿Por qué muchos sacerdotes, aunque hablen bien, no muestran ningún amor?

Jorge Manzano, SJ

Hay una frase famosa de Nietzsche que dice que el único cristiano fue Cristo. Con esto queda contestada la pregunta. Añado que sí, muchos sacerdotes, por dedicarse a la línea intelectual, o como consecuencia de nuestra vida tan azarosa, nos olvidamos del amor. Hay sacerdotes santos, pero Dios se los lleva pronto; hay gente muy capacitada humanamente, pero ni se les ocurre seguir este camino, o se van; quedamos los demás, ni santos ni muy dotados humanamente; no les queda a ustedes sino soportarnos.

Luis García Orso, SJ

La Iglesia la formamos todos y, así, entre todos tendríamos que responder. En otros países la Iglesia Católica ha tomado parte activa en campañas sanitarias, terapéuticas, de información y de atención a los enfermos de SIDA. En contraposición, el antiguo vocero del episcopado mexicano dijo algo de lo que disiento: que esta enfermedad es un castigo de la naturaleza, que manifestaba la reprobación de Dios contra la conducta de los seres humanos. Lo que se ha hecho en otros países podemos hacerlo nosotros: unirnos para establecer una ayuda efectiva a diferentes niveles.

6. El SIDA nos hace pensar en los homosexuales. Llama la atención que estas conferencias las realice el INSTITUTO LIBRE DE FILOSOFÍA en colaboración con un grupo gay.

Jorge Manzano, SJ

Es verdad que al homosexual se le echa la culpa del SIDA. Lo que pasa es que muchas veces en México tomamos nuestra verdad de lo que sucede en Estados Unidos; y en Estados Unidos el gran porcentaje inicial de enfermos se dio en el campo homosexual, lo cual no pasó en África. No podemos tomar como equivalentes SIDA = homosexualidad; ni homosexualidad = SIDA. En el Instituto nos pareció conveniente invitar al grupo TRIÁNGULO ROSA. Este es un grupo, por lo que sé, de ideales elevados, hasta donde se puede garantizar todo; como también nosotros, panelistas y público, tenemos ideales elevados, hasta donde se puede garantizar todo. La actitud cristiana, y ecuménica, está a la escucha de la Palabra de Dios, y por ello escucha al ser humano.

Dr. José Romero

Desde el campo psicológico se han aplicado diversas categorías a los homosexuales. A principios de siglo se les llama perversos sexuales; después se les mejoró llamándolos desviados sexuales; hoy día se reconoce la homosexualidad como un estilo de selección de parejas y de vivencia de relación de amor. Se puede estar de acuerdo o no; pero sí es necesario un poco más de apertura para comprender mejor no sólo el fenómeno homo, sino también el heterosexual.

7. El amor es importante, pero no basta, al atender a los enfermos de SIDA. El enfermo necesita una atención eficaz. Dado lo costoso y lo ineficaz de los tratamientos actuales, habría que pensar en otras alternativas, como la homeopatía y la medicina tradicional, naturista o herbolaria.

8. De la entrevista a un enfermo con SIDA.

"... En el Dermatológico me preguntaron si era homosexual; si había tenido relaciones sexuales en Estados Unidos, o si había recibido alguna transfusión de sangre... Cuando me dijeron que había salido positivo, me quedé callado y agaché la cabeza... me quedé desconcertado, pero decidí tomarlo en paz, aunque no sabía cómo comunicarlo a la familia. El médico me ofreció ayuda psicológica para decirlo a la familia, pero no acepté... Mi madre me notaba nervioso, y me dijo, después de confesarle que me había hecho unos exámenes: *hijo, soy una madre del siglo XX; nada me espantaría; no te sientas rechazado; nosotros te ayudaremos en todo...* Así que no sentí rechazo ni de mi padre, ni de mis hermanos, ni de los amigos. Los conocidos me hacían preguntas por morbo... Los primeros síntomas fueron en 1982: una mancha, luego la diarrea, falta de apetito, mareos, ganglios inflamados, adelgazamiento... Entre los enfermos de SIDA nos damos apoyo mutuo. Algunos son abandonados del todo por su familia. Es muy feo ver morir a un compañero: queda como calcomanía... En el tiempo que tengo por vivir espero ayudar a personas que están en la mismas circunstancias, pues necesitan amigos que les tiendan las manos... Espero una muerte tranquila; y, mientras viva, ayudar a los demás... Actualmente estoy tomando un tratamiento naturista a base de plantas medicinales; y tal parece que va funcionando, pues ya comienzo a subir de peso, al igual que un compañero que ya está gordo y chapeteado..."

9. *¿Qué piensan los moralistas del uso del condón en el caso de enfermos de SIDA? **

Pedro de Velasco, SJ, y Jorge Manzano, SJ

Supongamos el caso de un casado que tiene una relación homosexual. Bajo la perspectiva de un moralista severo, nuestro protagonista, en ese único acto, comete, por lo menos tres pecados: uno, el de tener relación sexual con una persona fuera de matrimonio (fornicación); otro, por ser persona del mismo sexo (homosexualidad); y tercero por hacerlo siendo casado (adulterio). En caso de no querer pasar por rígido, hablaría de un pecado con varias agravantes. Pero este moralista severo no puede añadirle un cuarto pecado, el de usar anticonceptivos, pues la razón del no a éstos es que se evita la procreación, cosa que no se da en una relación homosexual.

Supongamos ahora el caso de una pareja heterosexual, casada por la Iglesia, en que la mujer, por ejemplo, hubiera contraído el SIDA por transfusión de sangre infectada. Si tiene relación con su marido legítimo, infectará a éste, y es altamente probable que el hijo que engendren nacerá con SIDA. La solución del moralista severo sería que ya no tengan relaciones sexuales, y que expresen su amor de otra manera. Este es un punto muy difícil. El CONCILIO VATICANO II, y la encíclica *HUMANÆ VITÆ* dicen que el fin del acto sexual es tanto la procreación como el amor mutuo. Quizá decaiga la vida matrimonial de esa pareja si ya no tienen relaciones; quizá el hombre se vaya con otras mujeres, incluso a burdeles. Es evidente que a la pareja de nuestro caso se le pueden pedir heroísmos; pero aquí se esperaría de los moralistas un mayor realismo. Podrían decir que esos esposos, al usar condón, cumplen profundamente los ideales de la encíclica, que está por la vida y por la armonía del amor conyugal. En el ejemplo que estamos viendo la relación sexual ordinaria tiene por consecuencia la muerte.

Hasta ahora, Roma no acepta esta interpretación favorable de varios obispos y teólogos. Y es que en cuestiones morales Roma ha sido muy prudente, lo cual no debe extrañar; al contrario, nos debe dar mucha confianza. No dejamos de recordar a santo Tomás de Aquino, quien dice que cuando una ley se infringe constantemente y por una mayoría de los sujetos a ella, es mejor suprimirla; pues si no se cumple, es mayor el daño que sufre la autoridad que el bien que pudiera traer la ley. Por lo demás, es importante

* Pregunta hecha fuera del Ciclo.

distinguir los grados teológicos de certeza. El predicador común y corriente no los distingue, y se haría tedioso si lo hiciera cada vez, con la desventaja de que los fieles puedan tomar todo como dogma de fe, en paquete.

Por ejemplo, se oye en un sermón que Cristo resucitó; esto es un dogma de fe; quien lo niega se sale de la Iglesia, es un hereje. Se oye también que las almas del purgatorio arden entre llamas de fuego físico; esta afirmación, según Suárez, connotado teólogo libre de toda sospecha, es "cierta en teología, dentro de la variedad de opiniones teológicas", y según otras es nada más probable. Si en el mismo sermón se afirma luego que Jesús dijo "esto es mi cuerpo", esto es de fe divina, pues viene en la SAGRADA ESCRITURA. Si se explica que el pan se convierte en el cuerpo de Cristo, y el vino en la sangre de Cristo, esto es un dogma de fe. Pero si se dice que es ilícito usar anticonceptivos, esto es de magisterio ordinario, que no tiene la fuerza de dogma. Y si se dice que no se usen bikinis en la playa, sino que hay que ir más cubiertos, esta frase no tiene valor teológico; lo que pasa simplemente es que el predicador incursiona en el campo de la moda.

Los dogmas son declaraciones infalibles, o del Papa o de los Concilios Ecuménicos en comunión con el Papa. El requisito es que sean asuntos de fe y de costumbres, contenidos en la Revelación, y que expresamente sean declaraciones así, infalibles, como dogmas, o *ex cathedra*. Ahora bien, desde 1870, en que quedó interrumpido el CONCILIO VATICANO I, que declaró varios dogmas, hasta ahora, ha habido sólo una declaración dogmática, esto es, infalible: Pío XII, en 1950, declaró dogma de fe la ASUNCIÓN DE MARÍA. Por tanto, en lo que han dicho el CONCILIO VATICANO II, Paulo VI, Juan Paulo I y Juan Paulo II, no ha habido declaraciones dogmáticas nuevas. Un dogma viene a ser una luz tan potente que apaga todas las luces que pudiera haber; es infalible y, de suyo, irreformable. En cuanto al magisterio ordinario: se trata de enseñanzas que el Papa dirige a la Iglesia Universal, pero en las cuales no pone en juego su infalibilidad. Lo mismo se diga de la doctrina unánime del colegio de los obispos, en comunión con el Papa. Las declaraciones del magisterio ordinario son una luz muy fuerte, pero en principio no eliminan otras luces; no se trata de declaraciones infalibles; quien negara esas enseñanzas podrá caer en error, pero no en herejía, ni sale de la Iglesia por ello.

La encíclica *HUMANÆ VITÆ* es del magisterio ordinario. Paulo VI expresamente dijo que no le daba el rango de declaración dogmática, infalible (de hecho tal parece que hasta ahora no ha habido declaraciones dogmáticas en cuestiones morales). Esto es, la *HUMANÆ VITÆ* es una enseñanza que

se recibe con cariño y alegría; es una encíclica muy hermosa, por más que casi todos se acuerden sólo del no a los anticonceptivos. En realidad es un cántico gozoso, un sí a la vida y al amor conyugal, en un mundo que vive en la cultura de la muerte. Un católico debe tomar muy en serio esa encíclica; es una gran luz, acaso la más importante. Pero en el caso del magisterio ordinario, así, en general, considera la teología que pueden tomarse en cuenta otras luces. Pudiera darse el caso de que una pareja, no por egoísmo, ni por burdo hedonismo, sino por razones muy serias y éticas, considere, aquí y ahora, que, y precisamente por los elevados ideales de que habla la encíclica, decida, en conciencia, usar anticonceptivos; no se obedece a la letra, pero sí al espíritu; pues "la letra mata, pero el espíritu vivifica" (2 Cor 3,6).

En resumen podemos concluir que las declaraciones del magisterio ordinario han de ser recibidas con gozo y espíritu de obediencia, pero no anulan la propia conciencia. Esto, a pesar de que hay obispos, teólogos y moralistas, que hablan del no a los anticonceptivos como si fuera una declaración dogmática. Esto se debe en parte al respeto por todo lo que diga Roma; en parte porque temen excesos y malas interpretaciones. Viendo las cosas filosóficamente, digamos que no tienen confianza en el hombre. Desgraciadamente tienen razones históricas para la desconfianza; todo el punto está en si hay también razones evangélicas para creer en el hombre.

"La homosexualidad designa las relaciones entre hombres y mujeres que experimentan una atracción sexual, exclusiva o predominante, hacia personas del mismo sexo. Reviste formas muy variadas a través de los siglos y las culturas. Su origen psíquico permanece en gran medida inexplicado ... Los actos homosexuales ... no pueden recibir aprobación...

"Un número apreciable de hombres y mujeres presentan tendencias homosexuales instintivas. No eligen su condición homosexual; ésta constituye para la mayoría de ellos una auténtica prueba. Deben ser acogidos con respeto, compasión y delicadeza. Se evitará, respecto a ellos, todo signo de discriminación injusta. Estas personas están llamadas a realizar la voluntad de Dios en su vida y, si son cristianas, a unir al sacrificio de la cruz del Señor las dificultades que puedan encontrar a causa de su condición.

"Las personas homosexuales están llamadas a la castidad. Mediante virtudes de dominio de sí mismo que eduquen la libertad interior, y a veces mediante el apoyo de una amistad desinteresada, de la oración y la gracia sacramental, pueden y deben acercarse gradual y resueltamente a la perfección cristiana".

INFORMACION GENERAL 1995

I. DERECHOS DE LAS PERSONAS EN RELACION AL SIDA

1. No debe sufrir ningún tipo de discriminación. La ley protege a todos los individuos por igual.
2. Nadie está obligado a someterse a la prueba de detección del SIDA; ni a declarar que ya lo tiene.
3. Si alguien decide a hacerse la prueba, tiene derecho al anonimato, y a que los datos sean manejados en forma confidencial.
4. Los contagiados tienen derecho a no ser aislados ni segregados involuntariamente (tampoco en las cárceles).
5. No podrá restringir su libre tránsito dentro del territorio nacional.
6. Vivir con VIH no es impedimento para ejercer la sexualidad.
7. Quien desea contraer matrimonio no podrá ser obligado a someterse a ninguna prueba de detección.
8. Tampoco al solicitar trabajo. Y no es motivo para ser despedido el tener SIDA.
9. El enfermo con SIDA tiene derecho a buscar, recibir y difundir información precisa sobre el SIDA.
10. Derecho de asociación libre con otras personas o grupos que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes vivan con SIDA.
11. Derecho a recibir atención médica, psicológica y social dignas, cuyo objetivo sea mejorar la calidad y el tiempo de vida.
12. Derecho a conllevar la enfermedad, la muerte y servicios funerarios de manera digna y humana.

II. ORGANISMOS DE AYUDA

1. **Gubernamental.** COESIDA (CONSEJO ESTATAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SIDA). Atención gratuita, anónima y confidencial. COESIDA Jalisco, en Dr. Joaquín Baeza Alzaga 107, planta baja. Tel. 613 74 56; 613 75 46.

2. Los no gubernamentales, organizados por la sociedad civil, son numerosos y, dependiendo de la generosidad humana y/o religiosa de sus miembros, tanto en el orden de disponibilidad de tiempo como en el de recursos económicos, suelen tener dificultades de todo tipo; incluso algunos desaparecen, aunque muchas personas se integran a otros. Es una de las actividades posibles que dan lugar a la incómoda pregunta, qué tanto hay en uno de humanidad. Presentamos algunos grupos conocidos en unas pocas ciudades de México, bien entendido que ellos tendrían informes sobre otros grupos en el país.

MEXICANOS CONTRA EL SIDA, CONFEDERACION DE ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES, A.C., Aragón 122, Alamos, 03400 Méx. D.F. Tel. 530 27 71, 530 25 49; fax 530 35 45.

COLECTIVO SOL, A.C., Crrda. M. Hidalgo 11, Pueblo Quieto, Tlalpan, 14040, Méx. D.F. Tel. 666 68 49; fax 606 72 16. Publicación y distribución del **Boletín Internacional ACCIÓN EN SIDA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**. Ese boletín internacional es editado por AHRTAG (APPROPRIATE HEALTH RESSOURCES & TECHNOLOGIES ACTION GROUP).

MUSA (MUJERES POR LA SALUD Y EN ACCIÓN CONTRA EL SIDA, A.C., Misma dirección y fax que el anterior. Tel. 680 49 01.

VOZ HUMANA, A.C., Apdo. 18-1087, 11800, Méx. D.F., Tel 772 09 07; 772 07 78; fax 530 35 45.

SOCIEDAD MEXICANA DE SEXOLOGÍA HUMANISTA INTEGRAL, A.C., General Anaya 55, desp. 5A, Churubusco, 04129 Méx. D.F. Tel. 689 20 64; fax 704 14 04.

ACCIÓN HUMANA POR LA COMUNIDAD, A.C., Vicente Suárez 8, Condesa, 06140, Méx. D.F. Tel. 286 53 63; fax 530 35 45.

RED VOLUNTARIA SIDA, A.C., 3er. retorno Ignacio Zaragoza 9-1, Jardín Balbuena, Méx. D.F. Tel. 571 55 86; fax 673 90 89.

MANOS UNIDAS, A.C., Lázaro de Baigorri 211, San Felipe, 31240 Chihuahua, Chih. Tel. 13 41 61 (22); fax 14 37 05.

CHECCOS (COMITE HUMANITARIO DE ESFUERZO COMPARTIDO CONTRA EL SIDA, A.C.). De momento, octubre 95, en cambio de dirección. Tel. 617 85 41. Tienen **boletín propio**.

PAIPID (PROYECTO DE AYUDA INTEGRAL A LA PERSONA INMUNODEPRIMIDA, A.C.), Andrés Figueroa 16, Sta. Cruz de las Huertas, 45410 Tonalá, Jal. Tel. 681 26 79.

SER HUMANO, A.C., Nicolás Romero 117, S.H., Guadalajara. Tel. 825 35 52.

GRUPO Y QUÉ (PROYECTO SIDA TIJUANA, A.C.), Apdo. 663, 22000 Tijuana, BCN. Tel. 80 94 82; fax 80 99 63.

GRUPO ABRAZO. Av. Julián Villarreal No. 127 Nte. Tel. 345 89 79. Monterrey, NL.

GRUPO HUMANITAS. Iglesia del Roble. Tels. 375 77 17, 342 19 88. Monterrey, NL.

SIMÓN DE BETANIA. Derecho de Huelga No. 9269, Col. Gloria Delgado. Tel. 391 25 30. Monterrey, NL.

III. LO QUE TODOS DEBEMOS SABER SOBRE EL SIDA *

a) Datos Generales

+ SIDA es la abreviatura de Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida. + El SIDA es causado por el VIH o virus de la inmunodeficiencia humana.

+ Inmunodeficiencia significa que las defensas del organismo están disminuidas o que no funcionan bien. + Hay portadores asintomáticos: personas con el VIH que no presentan síntomas, pero pueden contagiar a otros. + Ante la deficiencia de las defensas naturales queda la persona expuesta a contraer múltiples enfermedades. Se dice que uno no muere a causa del SIDA, sino de las enfermedades oportunistas. A sanos y enfermos se recomienda una alimentación sana, balanceada, natural. + Los primeros casos fueron detectados en 1981. + Se sabe qué causa el SIDA, cómo se contagia y, por tanto, cómo prevenir y disminuir el riesgo de contagio. + Todavía no se tiene vacuna ni cura contra el SIDA. + En nuestro país existe la cartilla que ampara los derechos fundamentales de las personas que viven con SIDA.

b) Contagio a través de los siguientes fluidos corporales

+ Líquido preeyaculatorio: líquido transparente y viscoso que secretan los varones cuando están excitados. + Líquido seminal: líquido eyaculatorio

* Extracto de un folleto de CHECCOS.

del esperma del varón. + Flúidos vaginales: producidos por las glándulas de los órganos sexuales de la mujer. + Eyaculación femenina: líquido incoloro a través de la uretra, como respuesta a la excitación. + Sangre total, sangre menstrual, o derivados de la sangre. + Leche materna.

c) Cómo se contagia el virus

+ Contacto sexual que implique el intercambio de flúidos sexuales o de sangre, como la penetración vaginal o la penetración anal, o sexo oral. Son prácticas de riesgo, p.ej., el intercambio de juguetes sexuales, el chupar o besar violento la lengua o los labios de la pareja. No importa la preferencia sexual de las personas. Varones y mujeres pueden infectarse en el contacto sexual sin protección, ya sea homo, hetero o bisexual. El virus no busca una preferencia, sino una puerta de entrada. + Inseminación artificial. La mujer puede recibir directamente el VIH y desarrollar la infección. + Transfusión de sangre infectada. + Transplante de órganos, cualquiera que sea (córnea, riñón), si está infectado. + Comunicación de sangre. Son prácticas de riesgo el compartir jeringas u objetos punzocortantes. También, si no han sido esterilizados previamente, son riesgosos los cortauñas, tijeras de manicure, navajas de rasurar, rastrillos, cepillo dental, agujas de tatuaje, agujas de acupuntura, aretes. Los objetos punzocortantes pueden esterilizarse en autoclave, o sumergiéndolos 10, 15 minutos en agua hirviendo (el virus no resiste altas temperaturas), o metiéndolos en alcohol puro, o en benzal, o una solución de una parte de cloro por 9 partes de agua. + La mujer embarazada, si tiene el virus, puede transmitirlo a su hijo. Durante el embarazo el VIH puede atravesar la placenta y contagiar al bebé. Durante el parto existe gran riesgo debido al contacto directo con la sangre infectada de la madre. Después del nacimiento, al amamantar.

d) Cómo NO se contagia el virus

+ No se transmite al saludar, tocar, abrazar, besar o vivir en la misma casa, o estar en el mismo espacio. Tampoco se transmite por estornudos, tos, saliva, sudor, lágrimas. + Ni por usar la misma ropa, alimentos, cubiertos, vajilla, toalla, ni por usar el mismo sanitario. + Tampoco por el aire o el smog, ni por piquetes de mosquitos u otros insectos. Ni por compartir saunas, regaderas, albercas, ríos o mares. + Ni al tener prácticas sexuales seguras con personas que viven con SIDA.

ALGUNOS FACTORES QUE DETERMINAN LA PROPAGACION DEL VIH EN LAS CARCELES MEXICANAS*

Reflexión desde la Experiencia de un Complejo Penitenciario

Roberto del C. Valencia Aguirre, SJ

En todo el mundo la mayoría de los presos proviene de los estratos más pobres de la sociedad, con una alta prevalencia de VIH, esto significa que la proporción de hombres y mujeres VIH positivos en las prisiones puede ser mayor que en el resto de la sociedad. Los casos de sujetos que son privados de su libertad y entran en prisión sin haber contraído el SIDA o siquiera sin haber tenido ningún tipo de relaciones homosexuales, son los más comunes en nuestras cárceles.

Entonces los internos corren también el riesgo de resultar infectados por el VIH durante su condena. Si echamos un vistazo por las cárceles del mundo vemos que entre un 2 y 30% de los internos de las cárceles del Reino Unido, los Estados Unidos, Australia y Brasil declararon haber tenido relaciones sexuales con otros internos, éstas pueden ser tanto obligadas como voluntarias, mientras cumplen su sentencia. En México la población penal es alta y va en aumento. La crisis política y económica que vive el país tiene su más fiel retrato en la población carcelaria. En ella constatamos el fracaso del sistema de impartición de justicia y las fallas que en su concreción deja ver *el imperio de la ley*, que van desde las violaciones a los derechos humanos de los detenidos -tortura, traslados injustificados, mala alimentación, etc.-; a las que por si fuera poco, ahora se le agrega la preocupante sombra del VIH que se proyecta sobre nuestros establecimientos penitenciarios.

* Artículo nuevo, no formó parte del Ciclo de 1987.

¿CUAL ES LA PROBLEMÁTICA?

En cierto Reclusorio Preventivo, el dormitorio CERO quizá es uno de los más representativos de lo que significa la incomprensión e incapacidad de las autoridades para el tratamiento de los internos con SIDA. Me parece que la problemática fundamental -sin ser exhaustivos-, estaría enmarcada en las siguientes irregularidades:

1. Falta de una clasificación clara y eficiente de la población penal. Este problema no es exclusivo del dormitorio CERO sino de todo el complejo penitenciario; sin embargo, en el que nos incumbe encontramos internos con diferentes características. Hay un grupo que presenta *rasgos afeminados* pero no es, digamos, activamente riesgoso. Tenemos, por otra parte, los *travestis*, que en su mayoría son jóvenes entre 18 y 35 años; antes de entrar en prisión, la actividad de algunos de ellos estaba relacionada con la prostitución masculina. Y por otra parte, me parece la más riesgosa, una población que es denominada entre los internos como los *psiquiatrones*, un grupo que presenta alteraciones psicológicas, de conducta que no pueden llamarse propiamente locos, pero que por la falta de capacidad en el tratamiento, son puestos, *mientras*, ahí.

La combinación de esta población es explosiva. Mientras uno está alterado en sus facultades mentales y sexualmente activo, se encontrará con otro cuya actividad sexual es igualmente alta, pero que ya ha tenido contactos previos que lo colocan como un transmisor de alto riesgo. Entrar al dormitorio CERO -entre los demás internos se dicen "*¿ya visitaste a las muchachas?*"-, es como entrar a un parque donde todos saben que se ejerce la prostitución, pero nadie sabe las consecuencias de ella.

2. El hacinamiento ⁽¹⁾. Dejando de lado la deficiente clasificación penal, un grave problema lo constituye el hacinamiento. La sobrepoblación es caldo de cultivo para que en las celdas se propicien las relaciones homosexuales. No se trata de emitir un juicio sobre si el homosexual en prisión es un problema o no, sino de su tratamiento como sujeto privado de su libertad. Muchos de los compañeros con los que me he topado, nunca antes habían

(1) En 1991, el sistema penitenciario nacional tenía capacidad para recibir 70 mil 435 internos y la población era de 91 mil 685 reclusos, es decir un excedente del 30%. Pero los promedios de una entidad varían considerablemente, por ejemplo, en Campeche el sobrecupo llegaba al 146%. (Datos obtenidos de la CNDH)

tenido experiencia de ser acosados sexualmente por otro, y al llegar a prisión, se encuentran con fenomenologías que los seducen activa o pasivamente. En una celda creada inicialmente para dos, máximo tres internos, hemos llegado a encontrar hasta ocho que allí cohabitan. Esto, además de violar su intimidad, provoca dinámicas de violencia sexual, que además de no estar detectadas -la mayoría de los que sufren esta violencia callan la experiencia por razones aparentemente obvias-, se dan sin control e higiene algunos ⁽²⁾.

3. La limitación en la visita conyugal y el ejercicio libre y armónico de la sensualidad, el placer sexual y las manifestaciones eróticas. Son muchos los requisitos para la visita íntima y el ejercicio del placer sexual armónico con la pareja. Muchas veces este derecho de los internos es usado como una manera de chantaje, se le quita o se le da sin criterios claros para el interno. Aparte del rompimiento de las relaciones familiares que esto conlleva, la ansiedad y tensión sexual se ven aumentadas por un número mayoritario que no son casados, no tienen visita íntima y en consecuencia su modo de genitalidad busca salidas al interior de la cárcel.

Para la visita conyugal se solicitan las pruebas del VIH como requisito indispensable. Esto ayuda a prevenir posibles contagios exteriores, pero el foco mayor no está afuera, sino adentro.

4. Fenomenologías. La cárcel puede considerarse en términos populares como *otro mundo*, o si se quiere como una *subcultura*, que yo me inclinaria a calificar más como una cultura con sus rasgos particulares.

Esto es muy importante para contextualizar el modo de reaccionar de un interno ante la problemática sexual y del tratamiento del SIDA. Algunos ejemplos:

Las Guaguas. Una manera de ejercer el sexo oral por una *luca*, o *lana*. Aquí se trata no propiamente de homosexuales sino muchas veces de internos que se apoyan en este medio para hacerse de dinero.

Los mapachones. Este es el tipo que parece heterosexual, pero que es homosexual pasivo, puede considerarse como *el seductor*, el que busca una pareja estable, cariño, una relación más amorosa.

(2) En marzo de este año se hablaba de 2,400 internos en ese reclusorio preventivo, pero en el complejo penitenciario incluyendo mujeres, la población es aproximadamente de 7,000 internos.

El ojo por ojo. Parte de la violencia de la cárcel tiene que ver con los internos relacionados con delitos sexuales. A éstos se les aplica el *ojo por ojo...* al llegar a la cárcel. Si violaron, son violados (se les conoce en la cárcel como los *violines*).

Pero el grueso de la población no es ésta, sino los que viven y desarrollan una sexualidad aparentemente *normal*. Para ellos el problema de las infecciones sexuales no acaba ni comienza con el SIDA. También hay gonorrea y otras enfermedades genitales, que afortunadamente no se han generalizado.

Una vez un interno pidió ayuda para comprar medicamentos porque estaba infectado de gonorrea. Indicó que en el servicio médico del reclusorio le habían dado dos aspirinas. La enfermedad estaba avanzada y corría el riesgo de contagiar a otros compañeros de celda por el uso del mismo sanitario (otro foco de infección importante). Casos como éste no son comunes, pero se dan, acontecen, son reales.

La cultura del interno parte del adagio penitenciario del *ya que*. Si ya viví esto, y esto otro, pues *ya que* que me suceda otra cosa más. Los obstáculos ideológicos no empiezan exclusivamente de aquí, sino desde la educación familiar pluricultural que aquí confluye: obreros, campesinos, lavacoches, profesionistas, narcotraficantes, etc. El reto para educar en lo sexual, cuando se tiene una variedad de orígenes es mayor. Los internos reaccionan ante el condón muchas veces con recelo porque "*no se siente igual*", o con desconfianza porque "*da igual si lo usas o no*", o simplemente con indiferencia "*¿para qué, si ya estoy embalinado?*".

5. Falta de higiene y control en actividades de alto riesgo común. Aunque el compartir jeringas y agujas no es algo común, hacerse tatuajes, cicatrices o perforaciones con instrumentos compartidos son un riesgo en potencia. El 80% de los internos de nuestras cárceles presenta algún tipo de tatuaje, o utiliza alguna herramienta artesanal de tipo punzocortante que es compartida por varios. Esto es particularmente importante si notamos que muchas de estas actividades se realizan bajo el influjo de las drogas. Es común que en nuestras cárceles se compartan las puntas y demás objetos que se utilizan para los trabajos artesanales no controlados por la autoridad penitenciaria.

Pero enumerar los problemas no ayuda si no nos planteamos seriamente y a fondo ¿qué hacer ante esta situación? ¿Qué núcleos hay que abarcar para

influir verdaderamente en la problemática del SIDA en los detenidos? Es obvio que se trata no solamente de los internos, sino también de sus núcleos familiares, afectivos, sociales. ¿Por dónde cabrían las acciones?

LAS ACCIONES REALIZADAS, ¿SON EFICACES?

Aunque cada día aumenta en las cárceles del mundo la adopción de medidas para la reducción del virus del VIH, es una realidad que en nuestra concreción los funcionarios e internos no se han involucrado en el desarrollo y puesta en práctica de programas.

En agosto de 1993, se informaba que existían catorce seropositivos "*a quienes mantienen en vigilancia muy especial*" en esta prisión... y la dependencia señaló que "*realiza encuestas... para tener un tratamiento especial a los pacientes seropositivos*". Esto es, las autoridades no tienen bien identificada la magnitud del problema, pero tampoco se conoce cuál es este tratamiento especial, ni quiénes lo llevan a cabo.

Las autoridades -presionadas por los programas que la SECRETARÍA DE SALUD ha implementado a nivel nacional- han reaccionado distribuyendo condones y pegando carteles. Eso es todo. No hay un programa de educación sexual. Me parece que al tener un dormitorio para homosexuales y enfermos mentales, se cree que está *identificado, controlado el problema...* cuando también en la población general está latente. Es necesaria una mayor educación, y análisis serio del problema. La participación de la sociedad civil es importante pero muy limitada por las autoridades locales. Falta todavía mucha participación de los grupos que tienen relación con internos, sean de asistencia social, o pastorales... quizá una campaña no sea suficiente por más coordinada que sea. Hace falta una programa educativo estable y permanente en los centros penitenciarios.

Quizá ayudaría que los mismos funcionarios recibieran capacitación que les ayude a enfrentar el miedo a la infección y los prejuicios sobre el SIDA. Es importante notar el aspecto del *pre-juicio* y del nivel psicológico y moral, sobre todo tratándose de culturas como la nuestra que aún mira al portador del virus con miedo y discriminación a su condición sexual.

Sería muy bueno aprovechar la experiencia dada en algunas prisiones, como las brasileñas, que dio cabida a las ONG's para que desarrollaran el PROYECTO TEREZA como trabajo voluntario en las prisiones. O la experiencia de comisiones de SIDA con representantes de los funcionarios e internos que

se coordinen para producir materiales y eventos especiales como teatros, concursos de poemas, cantos, pinturas relacionados con el tema.

También es importante no descuidar el riesgo en las mujeres en prisión. Para ellas el riesgo abarca también a las que están en embarazo.

Me parece que aunque la mayoría de las prisiones ha optado por alojar a los presos VIH positivos en celdas o unidades separadas, sin contacto social ni trabajo con los demás internos; sería erróneo aplicar medidas operativas que se reduzcan a esto en las nuestras. Así como también se podría caer en la exageración, por el afán de saber si los internos están infectados por el VIH o no, de aplicar pruebas de detección de anticuerpos sin el consentimiento de los internos. Esta medida sería innecesaria e injustificada, dado que si la educación funcionase, el mismo interno vería la necesidad de acudir -si sospecha de estar infectado-, a efectuarse la prueba.

También es necesario que se reconozca que no contamos con instalaciones de tratamiento para pacientes con SIDA en nuestras cárceles. Muchas prisiones en este caso han optado por seguir una política de liberar a los presos que tienen SIDA, ¿se atreverían nuestras autoridades a esto?

Por mi experiencia de visita a diversas cárceles del país, reclusorios -femenil y varonil-, me parece que la problemática tiene connotaciones muy similares. Aunque no me arresgaría a decir que es igual en todas las cárceles del país, sin embargo, lo que no dudaría es que la sobrepoblación, la falta de clasificación, la falta de educación e higiene, son elementos que caracterizan el sistema penitenciario nacional, y que en suma, son factores que determinan un descontrol y propagación de la enfermedad del SIDA.



EL SIDA EN EL CINE *

Dr. Luis García Orso, SJ

En 1994, una película sobre el SIDA se convierte por primera vez en un éxito de taquilla: *FILADELFIA*. La dirige con mucho tino Jonathan Demme, quien dos años antes nos había atrapado en *EL SILENCIO DE LOS INOCENTES*. Demme es un director inteligente que sabe combinar sentimientos, tensión, diálogos agudos, reacciones opuestas, trama interesante, contrastes, pero todo en su justa medida, casi calculado, para que *FILADELFIA* llegue efectivamente a todo el público y emocione. Y así lo logra la historia de un joven abogado enfermo de SIDA que lucha tenazmente para probar ante jurado la injusticia contra él de los ejecutivos para quienes trabaja.

Pero casi diez años antes, el cine ya había comenzado a abordar directamente la realidad del SIDA sin mucha resonancia en el público. *UNA PRIMAVERA DE HIELO (AN EARLY FROST)*, de John Erman, 1985) es una cinta hecha para la televisión norteamericana y asequible en video en forma limitada, que aborda el drama familiar de un joven que tendrá que buscar la aceptación no sólo de su homosexualidad sino también de su condición seropositiva.

SIDA, LA CRUEL VENGANZA (HIDDEN RAGE), de Shuky Levy, 1988) es una basura de bajo costo que explota la psicopatología para impresionar con un desaforado enfermo de SIDA que viola mujeres en venganza.

JUNTOS PARA SIEMPRE (LONGTIME COMPANION), de Norman René, 1989) nos hace muy cercana y emotiva la historia de un grupo de amigos gays que han de afrontar la realidad del SIDA en la década de los ochenta, cuando aparece la enfermedad, y cómo van reajustando sus relaciones. La película vale por su tono de testimonio y de respeto.

* Artículo nuevo, no formó parte del Ciclo de 1987.

UN REVENTÓN INOLVIDABLE (PETER'S FRIENDS, de Kenneth Branagh, 1992) fue un fracaso para el joven y valorado director inglés en esta fábula sobre el reencuentro de varios viejos amigos y lo que desata la confesión de la seropositividad del anfitrión.

LAS NOCHES SALVAJES (LES NUITES FAUVES, de Cyril Collard, 1992) es un apasionado e intenso relato autobiográfico que Collard escribe, dirige y actúa. El protagonista sádico va devorando la vida en cada experiencia, intensa y desesperadamente, atrapado entre el deseo del cuerpo y la necesidad del amor, no negándose ninguna posibilidad; como queriendo vencer sobre su soledad, su miedo, sus contradicciones, su dolor, su propia muerte. Cyril Collard murió de SIDA al terminar la realización del filme.

AMOR Y RESTOS HUMANOS (LOVE AND HUMAN REMAINS, de Denys Arcand, 1993) es una presentación seria, amarga y desesperanzada de la generación actual, diezmada no sólo por el SIDA, sino aún más por el miedo, la inseguridad y la mentira de la sociedad.

CONTACTO PELIGROSO (AND THE BAND PLAYED ON, de Roger Spottiswoode, 1994), basada en un exitosa obra teatral, nos remite al año de 1981, en el descubrimiento del virus del SIDA, y al ambiente de los médicos que han de afrontar esta realidad social.

Por supuesto que también el cine mexicano ha querido aprovechar el tema del SIDA, más para hacer negocio que para hacer cine. El resultado, para no variar, ha sido el ridículo. Así tenemos AMOR QUE MATA, del pretencioso y torpe Valentín Trujillo, y SIDA: SÍNDROME DE MUERTE, del desconocido Paco del Toro.

Quizá dos comedias mexicanas que giran en torno al SIDA se escapan de este síndrome de la estupidez mal hecha. SÓLO CON TU PAREJA (de Alfonso Cuarón, 1991) es una comedia ligera, bien hecha y divertida sobre el disfrute y las desventuras de un joven *yuppy* en el México más moderno. BIENVENIDO-WELCOME (de Gabriel Retes, 1994) es una ingeniosa fábula en que hace coincidir lo que tengan en común el SIDA, la pareja y el cine.

El SIDA seguirá haciendo de las suyas, dolorosamente. Y el cine también, para bien y para mal. Mientras podemos aprovechar en video estas películas, que seguro algo nos dejarán.

Recensión

CIEN PELICULAS PARA CIEN AÑOS DEL CINE

Festival Internacional de Escuelas de Cine

Dr. Luis García Orso, SJ

Del 28 de septiembre al 4 de octubre de este año 1995, asistí como miembro del jurado de OCIC (ORGANIZACIÓN CATÓLICA INTERNACIONAL DEL CINE) al TERCER FESTIVAL INTERNACIONAL DE ESCUELAS DE CINE, organizado en la ciudad de México por el CENTRO DE CAPACITACIÓN CINEMATOGRAFICA y con el apoyo del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. Las seis salas de la Cineteca Nacional presentaron la enorme riqueza de una programación diferente, integrada por cortometrajes y videos de escuelas de cine en competición; cortometrajes premiados ya en festivales internacionales; una selección de cortometrajes latinoamericanos recientes; y una retrospectiva de cortometrajes de famosos directores que han marcado etapas en el desarrollo del cine mundial. Como miembro del jurado sólo pude asistir a la Sala 4 de la Cineteca Nacional, donde se proyectaban las películas enviadas por escuelas de bastantes países, trabajos recientes de jóvenes estudiantes, y que ahora tenían el honor de ser vistas fuera de su patria y de aspirar a un reconocimiento internacional. En cinco días intensos, de proyecciones y coloquios, tuve el privilegio y el gusto de ver más de 120 películas, con duración cada una de cinco a treinta minutos. Como público y como jurado me convertí también en estudiante que aprende a ver cine de las lecciones de jóvenes realizadores.

El 28 de septiembre, en la inauguración del Festival, tuvimos el placer de revivir la hazaña de Max Skladanowsky al realizar las primeras proyecciones en Berlín, en octubre de 1885, y de los hermanos Lumière en París, el 28 de diciembre de 1895, en el GRAN CAFÉ, al proyectar sus diez primeros cortos, que cien años después nosotros volvimos a disfrutar. ¡Qué mejor

celebración para esta magia centenaria! Pero el festival apenas comenzaba; aún nos faltaban más de cien películas.

Alemania presentó la mayor cantidad de cortometrajes y también la mayor calidad. Los trabajos que veíamos de alumnos de los primeros semestres de carrera tenían exquisita profesionalidad en la puesta en escena, la dirección, la fotografía, la habilidad para saber contar una historia. Vimos películas sumamente serias y profundas y películas sumamente divertidas. La verdad, no nos esperábamos este sentido del humor alemán con tanto tino y chispa, y sin caer en lo grotesco o vulgar. *SURPRISE!*, *PARLEZ-MOI D'AMOUR*, *GEISEL DER LIEBE*, *DIE HIRNLOSE FRAU*, nos hicieron reír y aplaudir a todos. Pero estaban también ahí una buena cantidad de historias cotidianas narradas con calidad, afecto y hondura: *MITTERNACHTSBALLADE*, *BLUTSBRÜDER*, *DAS PUPPENHAUS*. Con un género o con el otro, los jóvenes cineastas alemanes apuestan por el encuentro, la convivencia, la paz, y no por el odio, la discriminación, la guerra, el racismo. Sin duda a todos nos llenó de esperanza y de enseñanza ver este cine joven alemán; y nos preguntábamos ¿cómo se llega hasta aquí?, ¿qué proceso educativo hay detrás para lograr esta profesionalidad a los 25 años de edad y dos semestres de carrera?

Australia no se quedó atrás. Sus estudiantes nos reflejaron la tensión y la violencia de nuestro tiempo detrás de hechos muy cotidianos: la espera de un bebé, un equipo de bastoneras, una máquina de escribir, y el joven anónimo que reconcentra toda la violencia social. *FUCKWIT*, *SURFACE TENSION* Y *PALACE CAFE*, merecieron menciones del jurado internacional.

Los estudiantes de **Bélgica** prefirieron destacar el sentido artístico, lo cual los llevó a cintas un tanto pretenciosas e irreales. Sin embargo, estaba también en ellos la sensibilidad y delicadeza para la puesta en imágenes, lo cual se agradece.

Las escuelas de **Canadá** trajeron bastantes cortometrajes; destacamos *THE WEIGHT OF DE THE WORLD*, *MARIE DORMANTE*, *YOU LOVE ME I HATE YOU*, *MORQUE*. Detrás de una fina expresión cinematográfica, los jóvenes canadienses nos llevan a preguntarnos qué hay detrás de nuestras conductas y decisiones, qué hay de lo moderno y lo postmoderno, de la verdad y la gravedad de nuestra cultura.

Los nuevos realizadores de **Francia** nos compartieron también ese espíritu de comprensión y de encuentro entre diversas razas, culturas y generaciones; espíritu tan presente en las obras de este festival, y todavía

más laudable cuando se sabe vertir aun en el género de comedia. Así aparece en MEPRISSES.

Inglaterra prosiguió su tradición de humor fino, inteligente, sarcástico, en los cortometrajes que vimos: THE OCCASION, UP FOR RENT, LIQUID ASSETS.

Israel abogó por la paz y otro estilo de convivencia y en contra de una sociedad de guerra, competición, destrucción. Así en BEDAYAIM TOVOT, LECHOL DAVAR MECHIR, BAYIT.

Estados Unidos presentó obviamente bastantes películas, de muy diferente realización y en todos los géneros, pero con una sola temática común: la inclusión del *otro* en nuestra sociedad. Los jóvenes realizadores norteamericanos presentaron historias de mucha dignidad, respeto, valoración y afecto hacia todo tipo de marginados sociales: chicanos, braceros, cubanos, negros, orientales, gays, jubilados, solitarios, gente anónima, etc.

De otros países, como **Austria, España, Portugal, Italia**, hubo pocas cintas y de poca calidad. Y de los países de Europa del Este las películas anunciadas no llegaron o llegaron tarde, por dificultades de aduana o por envío retrasado. Con todo, el jurado quiso ver hasta lo que llegó fuera de horario y dio mención especial a una película de **Polonia** y a otra de **Rumania**.

El cine joven de **Latinoamérica** estuvo representado en el Festival por Argentina, Brasil, Colombia y México. No llegaron las películas programadas de Cuba. Y lo primero que hay que decir del cine latinoamericano, presentado en el Festival de Escuelas, es que, en general, fue todo lo contrario de lo reseñado arriba: es decir, de **Latinoamérica** vimos cine sin calidad, sin hondura, sin preocupación social, sin capacidad de acercarnos a la realidad y de tocarnos. Argentina presentó historias ajenas a la realidad, egocéntricas, pretendidamente artísticas, lo cual las hacía más chocantes. Eran, como dice un reconocido personaje de un filme argentino "*un buscar un no sé qué otro lado de la realidad*" (!).

Brasil mostró en sus jóvenes cineastas una pésima comprensión de lo que es hacer cine y hacerlo bien, con cintas mal hechas, irreales y obvias. Colombia lució ingenuidad y novatez. Y México, el anfitrión del Festival, se distinguió exhibiendo lo peor del Festival y lo mejor del cine latinoamericano presentado.

Lo peor: dos películas de la UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA que nos hicieron pasar la vergüenza no sólo de venir de una universidad de inspiración cristiana y jesuita, sino de representar a México. Una de ellas ENSAYO PARA UN ENCUENTRO, torpe, tonta, vacía, de pésima factura, que quizá no llegue a ensayo. La otra cinta EL CLUB DE LOS 40 (MILLONES DE JODIDOS), con toda la ideología y la falta de respeto del joven rico que se asombra y se escandaliza de cómo vive el pueblo pobre, y nos presenta su propia visión racista, burlesca e irrespetuosa, pero eso sí, llena de albures y situaciones ridículas para que como público nos podamos divertir con los *jodidos*. ¡Vergonzosa e indignante! Otra universidad -pero no de inspiración cristiana-, la UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA, presentó dos cintas que merecieron ser consideradas especialmente por el jurado internacional de la competición DE TRIPAS, CORAZÓN, de Antonio Urrutia, cuenta en forma muy redonda, delicada y agradable el despertar sexual de un adolescente en un pueblo de la sierra. Ganó el premio a la mejor cinta latinoamericana EL ABUELO CHENO Y OTRAS HISTORIAS, de Juan Carlos Rulfo, mereció ser el mejor documental del Festival al acercarnos con mucha calidez, afecto y respeto a la vida y la sabiduría de los ancianos pobladores de la tierra de Juan Rulfo, ahí donde suben los sueños y hablan los muertos.

Finalmente, tanto el jurado internacional del Festival como el jurado de la OCIC, del que yo formaba parte, premiamos como **mejor película** de toda la muestra de más de 120 filmes la única cinta danesa presentada: GRAENSEN (FRONTERAS), hecha por un iraní de 26 años de edad, al terminar su carrera de cine, y hablada en sueco. Cuenta la historia de una mujer iraní a quien se le ha negado su permanencia en Suecia y quien, para salvar la vida de su hija de ocho años, toma como rehenes al maestro del salón de clases y a dos alumnos hasta que el gobierno sueco conceda asilo legal a la niña. La película es un tensionante testimonio de la lógica inhumana del poder y del racismo para quien el otro, el extranjero, sólo es visto como un enemigo, un excluido, un sujeto muerto.

Al terminar el TERCER FESTIVAL INTERNACIONAL DE ESCUELAS DE CINE nos queda el sabor de la promesa y de la esperanza de que el cine del mundo en el ya próximo siglo siga madurando, para bien de todos, las apuestas que con tanta convicción, tanto cariño y tanta calidad han hecho la mayoría de estos jóvenes cineastas: el deseo de que podamos encontrarnos como seres humanos en medio de tantos desencuentros y separaciones; la lucha por el respeto hacia el otro, el marginado, el excluido, el diferente, para ser todos igualmente ciudadanos del mundo, y la apuesta por la paz en el centro de la violencia de nuestra sociedad.