

# EN ESTE NUMERO



## APERTURA

Dr José Morales O  
Rector

En una ocasión, Jesús, en la sinagoga de Nazareth, dijo a los presentes, que El había venido a liberarnos de nuestras cadenas, de todo aquello que nos esclaviza. Los judíos se molestaron porque no se consideraban esclavos. No eran conscientes de las ataduras que los mantenían sujetos a su condición de pecadores y atados a las consecuencias del pecado, como son la muerte, la enfermedad, el hambre, la opresión, la injusticia.

En continuidad con la misión de Jesús de Nazareth, el Instituto Libre de Filosofía y Ciencias ofrece estas conferencias sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), para ayudarnos a tomar conciencia de las cadenas que nos mantienen sujetos. Christus quiere asumirlos junto con otros aportes y conclusiones elaborados durante dicho ciclo para darles una mayor difusión. Sobre este tema se ha dicho mucho, y no siempre de una forma tal que ayude a formarse una idea exacta de este fenómeno y 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" por la degeneración en que ha caído la humanidad. Nosotros pensamos que esta forma de pensar está muy alejada de un auténtico humanismo inspirado en los valores evangélicos, y es totalmente ajena a la 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 esta razón hemos querido abordar el tema desde una diversidad de ángulos, de suerte que podamos tener una información más adecuada y así seamos capaces de adoptar una actitud más acorde con los valores humanos y cristianos.

La liberación cristiana comienza con el reconocimiento de nuestras cadenas, de nuestra ignorancia, de nuestros prejuicios y bloqueos. Ojalá y que estas conferencias y la reflexión que susciten contribuyan a continuar la liberación que Jesús nos vino a ofrecer.

# CHRISTUS

<b>TEORIA Y PRAXIS</b>		4
No tengan miedo a la lluvia		
Son tres momentos de la toma de la presidencia de Palenque, Chiapas, por campesinos. El hecho se sigue repitiendo en otros lugares pues la causa no desaparece.		
<b>CUADERNO: EL SIDA: RETO O MALDICION</b>		9
<b>Datos para un futuro incierto</b>	<i>Ernesto Torres Oseguera</i>	10
Exposición sencilla de un médico de lo que es el SIDA y cómo se transmite.		
<b>Aspectos psicológicos del sujeto y su familia</b>	<i>José Romero Gallardo</i>	13
La enfermedad no afecta sólo al cuerpo, sino a el individuo y su familia. El rechazo y la ceguera ante el sufrimiento socializado lleva a agravar la situación.		
<b>El SIDA en México</b>	<i>Humberto G Bedoy</i>	17
La enfermedad se puede considerar como un desajuste en la salud del individuo o como resultado de muchas causas o como resultado de una manera determinada en que se estructura y organiza la sociedad.		
<b>La enfermedad en el AT.</b>	<i>Mario López Barrio</i>	32
El aspecto religioso es considerado desde el Antiguo Testamento: higiene, pureza e impureza cultural, pureza de corazón. A pesar de sus aspectos positivos las leyes marginaban al enfermo del ámbito social y religioso de la comunidad. La marginación era otro fardo añadido al de la enfermedad.		
<b>Jesús y la liberación de la maldición</b>	<i>Carlos Bravo</i>	35
Ante la marginalidad, Jesús practica a Dios, Padre de corazón tierno y solidario con el que sufre. Entra en la historia para cambiar su muerte.		
<b>Reto o Maldición</b>	<i>Luis García Orso</i>	38
Ante el SIDA como marginación, enjuiciamiento y rechazo, ¿cuál debe ser la práctica cristiana? ¿Da lo mismo un Dios distante e indiferente o un Padre cercano y luchando de frente contra esa marginación?		
<b>Aspectos éticos</b>	<i>Luis Ochoa</i>	41
Aspectos éticos: el uso del condón, el rechazo a los enfermos.		
<b>Conclusiones pastorales</b>	<i>Jorge Manzano</i>	45
Si a mí sacerdote viene un enfermo de SIDA ¿qué le digo? ¿Cómo me comporto?		
<b>Panel sobre el SIDA</b>	<i>Ernesto Torres Oseguera</i>	49
Preguntas y respuestas complementarias a las conferencias.		
<b>Entrevista a un enfermo</b>	<i>Entrevistó: Salvador Reyes</i>	55
Después de las conferencias da su opinión y lo que piensa hacer para apoyar a otros.		
<b>Clausura</b>		37
<b>Palabra</b>		59
<b>Eucaristía, memorial de la victoria de la vida (Lc 22, 14-23)</b>	<i>Paulo Lockmann</i>	
La fuerza de la comida pascual recide en que es generadora de tradiciones y creadora de lazos de compromiso liberador en medio del pueblo.		



## NO TENGAN MIEDO A LA LLUVIA

*En noviembre los campesinos de Palenque tomaron la presidencia municipal. El autor de esta narración, nos expresa cómo vivió tres momentos de esa lucha.*

*Alejandro Guerrero R.*

Escrito 12 noviembre 1987  
Palenque, Chis.

Fecha del suceso: 11 del XI de 1987.

Comenzaba a briznear. El sonido del altavoz me llegaba, claramente, hasta la calle por la que me dirigía al parque. En esa dirección, silenciosos, avanzaban muchos campesinos.

"Hemos venido, compañeros, para dialogar. Nombren su comisión. El gobierno del Estado y el sr Gobernador quieren solucionar el problema". —decía un delegado de la CNC.

Bajo el cielo gris y en medio de la lluvia, fina, casi imperceptible, seguían llegando campesinos al parque. Nadie respondió a la invitación del delegado. Siguió un rato de silencio, hasta que se escuchó, por el aparato de sonido, la voz de un campesino:

"No tengan miedo a la lluvia, compañeros. Nosotros estamos acostumbrados a andar en medio de la lluvia. ¿Verdad, compañeros?"

"Sí" — fue la respuesta unánime y fuerte de la multitud.

"Seguiremos aquí —continuó hablando el campesino— hasta que den una respuesta a lo

que pedimos. Ya no queremos dialogar. Hemos venido muchas veces a eso y hemos recibido regaños y burlas, nunca una respuesta". Un fuerte aplauso se escuchó por toda la plaza.

Con fuerza siguieron denunciando los campesinos la falta de servicios, las vueltas inútiles que les han hecho dar, los gastos que han hecho, el trato déspota y burocrático del presidente y, lo más indignante, el que su policía asesinó a un joven indígena y ni la indemnización le dieron a la familia.

Allí estaban, agrupados frente a la presidencia, de pie bajo sus sombreros y medio cubiertos por unos plásticos. Los del pueblo, estaban sentados en las bancas, debajo de las ramas de los árboles, como descansando, pero oyendo y sumándose pasivamente a la lucha campesina.

Los delegados de la CNC seguían su discurso, como quien no oye ni ve lo que sucede alrededor. "Compañeros es necesario el diálogo. El camino que están siguiendo no es el correcto. No está bien el pedir la destitución. Primero hay que hacer auditoría y, después, si se comprueba la malversación de fondos, se destituye al presidente. Así se hace según la institucionalidad" añadió uno de ellos.

No hubo respuesta. La gente parecía no estar escuchando.

"Compañeros, el palacio municipal es del pueblo. Si el pueblo pide la destitución, se tiene que hacer" —fue la conclusión expresada por otro campesino. Con un fuerte aplauso terminaron.

La gente se fue dispersando. Ya habían guardado sus plásticos. Se dirigían algunos al río, otros a tomar su pozol o, simplemente, a seguir esperando, pues el campesino está acostumbrado a esperar en medio de la lluvia.

## "SIN MIEDO COMPAÑEROS VAMOS ADELANTE"

15 noviembre 1987  
Palenque, Chis.

Fecha del suceso: 12-XI-87

Bajamos del parque hacia la cabeza maya, en la entrada de Palenque. Nos dijeron que, por allí, pasaría la marcha. Grupos de campesinos, algunos con sus mantas enrolladas, nos pasaban en la misma dirección. Despreocupadamente, caminaban, también hacia allá, mujeres con sus niños y grupos de muchachos y jóvenes.

La lluvia había pasado. De repente se colaba entre las nubes, con timidez, un rayo de sol. Se sentía fresca la tarde.

Ibamos dejando por la calle principal una valla humana, que esperaba el paso de la marcha. Los comerciantes, con nerviosismo, cerraban sus tiendas.

El pueblo del turismo y el comercio había sido tomado por los indígenas. Los verdaderos dueños de estas tierras estaban recuperando, después de varios siglos, su derecho a tener presencia y palabra en el poblado. El chól y el tselal resonaban, por el altoparlante, en todos los extremos de Palenque.

Comenzó a oírse una voz de un aparato de sonido que se venía acercando. Eran las 4.15 p.m.

En los volantes de invitación habían anunciado la marcha un cuarto de hora antes. Aparecieron los campesinos que venían encabezando la marcha. Detrás de ellos venía una multitud.

Apenas hacía ocho días el presidente había declarado, públicamente, que este movimiento era manipulado, que eran una minoría. Hoy caminaban 63 ejidos y los barrios del pueblo. Una columna humana, que avanzaba ágil y ordenadamente.

"Aquí, allá, Padilla ya se va" "Lo quiera o no lo quiera, Padilla va pa'fuera". "El pueblo unido, jamás será vencido". . . Se entrecruzaban los gritos de las diferentes consignas, que gritaban los diversos contingentes.

Abrían la marcha, y eran la mayoría, los ejidatarios. Cada ejido iba en torno a su manta, organizados por sus autoridades. Las mantas era difícil

leerlas. El viento las movía y unas a otras se tapaban. Pero, en todas, unánimemente pedían y exigían auditoría y destitución.

Detrás de la multitud de sombreros, que subían y bajaban desordenadamente, venían los maestros democráticos. Reconocidos luchadores del Estado de Chiapas, muy perseguidos y amenazados por el gobierno. "Campesino, hermano, el maestro te da la mano" —gritaban a una sola voz.

Los barrios, que al inicio del plantón, no se sabía cómo iban a reaccionar, también se hicieron presentes. Cada día que pasó, fue una oportunidad más para enterarse del por qué de la lucha, sumar el descontento y tomar una posición activa. Desde el primer día fue clara la respuesta solidaria, con apoyo económico, del pueblo; pero se dudaba que se animaran a expresar públicamente su descontento. "Exigimos servicios para el barrio de san José. ¡Fuera Padilla!" — decía una de las mantas. Y como esa, le seguían otras del barrio san Juan y Los Olvidados.

Corrimos hacia el parque para poder ver la magnitud del contingente. En el parque parecía una feria. Ambiente festivo, como quienes esperan el paso de un desfile. Amas de casa, niños jugando, multitud de vendedores ambulantes con naranjas, palomitas, dulces, tacos. . . y los campesinos que se quedaron a cuidar el plantón.

Nos abrimos paso entre tante gente. Se me hizo un nudo en la garganta y se me empañaron los ojos al dominar, desde lo alto, el panorama completo de la marcha. Unas ocho mil gentes llenaban la calle a lo largo y a lo ancho.

—Que venga a ver Padilla como lo quieren— comentó uno de los espectadores.

En medio de los gritos de las consignas, en ese momento dominaba la invitación que hacían los maestros a los observadores: "Compañeros palencanos, únense a la lucha. . ."

Al final de la columna se escuchó una banda de guerra. Los estudiantes venían cerrando la marcha. Su participación era de solidaridad con los campesinos, pero también querían manifestar su descontento. Varios jóvenes habían sido apesados y golpeados durante los 20 meses de esta administración. "Lo quiera o no lo quiera, Padilla va pa'fuera". —gritaban con fuerza.

Cruzaron el parque y continuaron el recorrido hacia el oriente. Mientras daban la vuelta por ese rumbo de la ciudad, nos dirigimos al frente del

palacio. Al llegar, un escalofrío me recorrió el cuerpo. Policías antimotines cuidaban la entrada al palacio. Eran 10. Su sola presencia era una agresión. De uniforme azul oscuro, con grandes escudos ambar, cascos del mismo color, chalecos gruesos de los que resaltaban unos bultitos, y unas armas como bazucas. A su lado estaban cuatro policías, de azul más claro, parecían ser los del municipio. Estos no tenían armas.

Por todo el parque corría el rumor de la presencia de la policía. La tensión aumentaba con la expectativa de la entrada de la marcha.

—¿Qué irá a suceder?— pensaba. Era secreto a voces que la gente tomaría el palacio. Ya estaban cansados de tanta espera y silencio. Hacía ya ocho días que una comisión había llevado su demanda ante el H Congreso del Estado. Como única respuesta, habían enviado a los de la CNC, los supuestos líderes campesinos, para regañarlos y proponerles que se retiren y, entonces, hacer la auditoría.

Aparecieron los primeros campesinos por el costado derecho del palacio. Allí se detuvieron. Entre los que estábamos en el parque crecía la tensión.

Reiniciaron la marcha, entrando al parque, y distribuyéndose por los flancos y el frente del palacio. "Se animarán a entrar al palacio? Va a haber violencia" pensaba, mientras fijaba la vista en el área que cubrían los policías. Un grupo de campesinos, lentamente, pero con seguridad se fue acercando a la puerta del palacio.

¡Fuera Padilla! ¡Fuera! —gritaba con gran fuerza la multitud.

El grupo de campesinos se detuvo un momento antes de entrar al corredor del frente del palacio.

—¡Sin miedo compañeros! ¡Vamos adelante!— les gritaban desde atrás.

Entraron al corredor. Ya no alcanzaba a ver qué sucedía. De pronto, una explosión. Un silencio sordo, una nube de humo y la estampida.

Siguió la confusión. Consignas y gritos contradictorios. Una nueva explosión. La fuerza de la gente que huía me arrastraba. El miedo y la sorpresa marcaban nuestras facciones.

—¡Regresen compañeros! ¡No tengan miedo! Sólo es gas que hace llorar —decía una voz clara,

que salía del aparato de sonido. La voz corrió por todo el pueblo. Poco a poco, la gente comenzó a regresar. Un grupo de mujeres mestizas, desde el atrio de la iglesia, daban gritos de ánimo para que regresaran y no tuvieran miedo.

Al vernos de frente, nos descubrimos con los ojos rojos, llorosos. Otros, además, tosían y se doblaban, como queriendo volver el estómago.

Aparecieron policías en el techo del palacio. Desde allá, seguían lanzando bombas. La gente seguía recuperándose. Al regresar, se cuidaba del humo. Ya no huía.

—¡Dejen las piedras, compañeros!— gritaba un campesino a quienes, airados, regresaban preparados para responder a la agresión. Pronto, varios espontáneos siguieron su ejemplo. —Nuestra lucha es pacífica. No provoquen más represión decía el campesino, al tratar de convencer a sus compañeros.

—Ellos traen armas. Tenemos que defendernos— respondían algunos jóvenes, todavía agitados por el coraje y la indignación.

—Dame las piedras. Al arrojarlas, arriesgas la vida de los que están al frente, tratando de entrar— les dijo otro señor. Por fin se convencieron.

Frente al atrio de la parroquia se fue calmando la gente. Varias personas ya habían conseguido agua y la ofrecían para quitarse las molestias del gas.

Del otro lado del parque llegaban, todavía, ruido de explosiones. Del costado izquierdo del palacio salía una nube de humo. La gente corría hacia un lugar donde pudiera respirar. Al acercarme a ver qué sucedía me alcanzó la nube de gas. Se me cerró, inmediatamente la garganta. Era imposible respirar. La cara, principalmente alrededor de los ojos, me comenzó a arder y a picar.

Hermanito, cálmate el ardor con ésto— me dijo un joven campesino, al tiempo que me ofrecía un pañuelo humedo.

En un momento en que volví la vista al palacio, se abrió la puerta del balcón. Aparecieron dos campesinos. Toda la gente dio un grito de alegría. Uno de los campesinos comenzó a tocar la campana.

Desde dentro del carro de sonido, surgió la voz de una mujer que nos invitaba a cantar el himno nacional. Aunque con voces desentonadas y sin

el acompañamiento de una banda de música, todos cantamos. Se me quebró la voz al sentir, junto con todo el pueblo, que después de la agresión, habíamos recuperado nuestra dignidad de personas y de ciudadanos mexicanos.

Se había conseguido tomar el palacio. Los campesinos pudieron lograr, sin armas, vencer la represión y controlar a un pueblo enardecido que deseaba destruir el palacio y linchar a los policías que apresaron.

Al terminar el himno, se escucharon las campanas de la iglesia. La parroquia ya había sido tomada, desde el primer día, por los ejidatarios. Este día, al tocar las campanas, nos hicieron recordar otras gestas libertarias de nuestra historia.

### “ES DURA SU PALABRA”

16 noviembre 1987

Palenque, Chis.

Fecha del suceso: 14-XI-87

Un fuerte ruido nos despertó. Parecía una bomba. Por la calle se oyeron las carreras de algunas personas. Aún estaba oscuro, pero en el horizonte comenzaba a nacer el día.

—Sonó como una bomba— dijo uno de los compañeros de cuarto, mientras se vestía rápidamente. Salió a preguntar qué había sucedido. Fue un choque. Dos borrachos fueron a estrellar su camioneta contra un auto, que estaba estacionado, y luego contra un poste. Casualmente fue en la esquina del palacio.

El susto pasó. El resto del día se nos fue en esperar. En el pueblo no se hablaba más de lo que sucedió ayer y las hazañas que cada quien había hecho. Conforme fue entrando el día, se fue disipando la tensión por la llegada del ejército.

Los campesinos, disciplinadamente, barrían el parque. Se percibía un fuerte olor a orines. Por las calles iba creciendo la basura amontonada.

—El señor Juan Martínez dona \$5,000— Un aplauso, compañeros —se oyó la voz que salía del altavoz. Y así continuó todo el resto del día la entrega de aportaciones para la alimentación de los campesinos en plantón.

— Una señora trae diez kilos de tortillas y el señor Díaz regala una vaca. Un aplauso, compañeros— seguían anunciando por el sonido. Los habitantes del pueblo se volcaron en apoyo de las demandas de los campesinos, además añadie-

ron sus propias demandas.

Comenzaba a terminarse el día y, con él, la esperanza de que hoy llegara una respuesta del H Congreso. Ya sería mañana. Los campesinos se fueron dirigiendo al atrio de la parroquia para cenar.

Iban a ser las 8 p.m., cuando se oyó por el aparato de sonido una voz, que hablaba el castellano con claridad y con un tono muy impositivo: “Me acaban de llamar, para avisarme que ya está aquí la comisión de Tuxtla. Hasta mañana comenzarán las pláticas”. Luego dijeron, era López Rivera, el presidente del Comité Local del PRI.

Hubo un murmullo general, como de satisfacción. Desde ese momento, se respiró un clima de mayor tranquilidad. El estado de ilegalidad, la posibilidad de saqueos, robos, era una posibilidad que desbordara al movimiento. Desde la tarde, habían mandado un camión, con altavoz, para invitar a los cantineros a que cerraran sus negocios, que colaboraran al orden público. Sí hubo respuesta.

Al día siguiente, la comisión de Tuxtla se hizo esperar. Hasta el mediodía, enviaron aviso del lugar donde sería la reunión con los comisariados. Se iniciaron las negociaciones.

Pasaron tres, cuatro horas, hasta que salieron los comisariados.

— Es dura su palabra. Nos culpan de todo lo sucedido. Defienden a Padilla para que regrese. Pero nosotros no lo aceptamos —dijo uno de los comisariados. Se veía cansado y un poco desilusionado.

La segunda sesión se realizó a las seis de la tarde. Ahora estuvieron presentes, también, representantes de los barrios. Tardaron varias horas. No hubo solución.

— No se pudo platicar. Los del pueblo rodearon la casa donde estaba la reunión. Gritaban. Insultaban a los de la comisión. Ellos tuvieron miedo y se fueron. No dijeron cuándo nos volveríamos a ver” —comentó uno de los participantes.

— A mí me dijo el subsecretario que Padilla salía. Eso era seguro. —comentó otro.

Había un clamor popular: “Padilla no regresa”. El pueblo mostró su indignación.

— Un presidente que nos recibió con bombas, ya no puede regresar al cargo. Insultó al pueblo —dijo un hombre, después de oír los comentarios de los comisariados.

Esa noche, todos dormimos más tranquilos.

Excepto los comisariados y representantes de barrio, que se tuvieron que reunir a la media noche para tomar un acuerdo. Así fue. No habría solución hasta que no saliera Padilla e hicieran auditoría.

El domingo fue un día de fiesta.



# **EL SIDA MALDICION O RETO**



# **CUADERNO**

- **DATOS PARA UN FUTURO INCIERTO**
- **ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL SUJETO Y SU FAMILIA**
- **EL SIDA EN MEXICO**
- **LA ENFERMEDAD EN EL ANTIGUO TESTAMENTO**
- **JESUS Y LA LIBERACION DE LA MALDICION**
- **RETO O MALDICION**
- **ASPECTOS ETICOS**
- **CONCLUSIONES PASTORALES**
- **ENTREVISTA A UN ENFERMO**

---

# DATOS PARA UN FUTURO INCIERTO

---

Dr. Ernesto Torres Oseguera

Quiero compartir con ustedes esta noche algunas ideas, preocupaciones y esperanzas sobre un problema médico, que por sus características específicas ha sobrepasado el interés de los especialistas, para circular a sus anchas en los medios de información y desinformación, en el buen y mal gusto, en el prejuicio y la reivindicación. Me refiero al sida, síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Procuraré en honor a la claridad mantenerme alejado de los tecnicismos y de conceptualizaciones muy especializadas.

Las ideas básicas de esta presentación son tres: primera, el síndrome si bien tiene implicaciones psicológicas, éticas, sociológicas, que explorarán los compañeros de panel, desde un punto de vista médico se trata solo de una enfermedad, que como las demás tiene una causa, un diagnóstico, un pronóstico y puede o no tener tratamiento. Segunda: en el estado actual de conocimiento de la enfermedad, las medidas preventivas son el único recurso efectivo para su control. Y tercera: un llamado a los trabajadores de la salud para actualizar frente a esta enfermedad el humanismo de nuestro trabajo y nuestra solidaridad con los enfermos.

El SIDA es una enfermedad causada por un virus, el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) como se le conoce actualmente. Este virus ataca las células del aparato de defensa del organismo, desmantelándolo totalmente. Un paciente enfermo de SIDA se encuentra de pronto desprotegido frente a padecimientos que la mayoría de los individuos controlan fácilmente. El paciente se ve afectado por formas muy agresivas de infecciones virales como el herpes, diarreas intensas causadas por bacterias y hongos, formas muy poco comunes de tuberculosis diseminada.

También puede padecer enfermedades degenerativas que anteriormente eran raras, de evolución muy lenta y que solo se encontraban en personas de edad muy avanzada, como el sarcoma de Kaposi o los tumores de ganglios linfáticos.

El SIDA es una enfermedad nueva en la historia de la medicina: muestras de suero tomadas en los años setentas procedentes de África Central (especialmente Zaire) y examinadas retrospectivamente contienen anticuerpos anti-VIH. En el Continente Americano y posteriormente en Europa, se tiene conocimiento de la enfermedad desde 1981, incluyendo a México, donde el primer caso se presenta en el mismo año.

Hasta el 9 de septiembre pasado, la OMS (Organización Mundial de la Salud), notificó 59,563 casos de SIDA reportados en 123 países. En México hasta el 1 de septiembre, el número de casos fue de 713 y se estima que a finales de octubre habrá más de 800 enfermos. Del total de casos, el 77o/o corresponde al Continente Americano, 12o/o a Europa y 10o/o a África. En América, los cinco países con mayor número de casos son: Estados Unidos 87o/o, Brasil 3.9o/o, Canadá 2.5o/o, Haití 1.9o/o y México 1.2o/o. En México las entidades federativas que registran mayor número de casos, son en orden decreciente: Distrito Federal, Jalisco, Coahuila, Nuevo León y Baja California Norte. De los 713 casos mexicanos, el 87.5o/o corresponde a homosexuales y bisexuales masculinos, el 7.9o/o a aquellos que recibieron sangre y hemoderivados, 3.7o/o por transmisión heterosexual y 0.5o/o por transmisión perinatal. En cuanto a grupos de edad, el 70.8o/o corresponde a individuos entre los 25 y 44 años de edad y el 3.4o/o a individuos menores de 15 años.

De acuerdo con el doctor Sepúlveda, por cada caso de SIDA manifiesto hay entre 50 y 100 personas infectadas "solo el 1o/o de los casos es conocido y reportado por haber requerido atención médica, mientras el 99o/o restante pasa desapercibido". De estas 100 personas infectadas, continúa el doctor Sepúlveda, "el 35o/o... (aún sin síntomas pero ya infectadas) desarrollará el SIDA en cinco años; 4o/o desarrollará síntomas de una enfermedad conocida como el 'complejo relacionado al SIDA', que no constituye propiamente la enfermedad florida, y entre un 25 y 30o/o permanecerá asintomático". Haciendo una prospectiva, de acuerdo a la fuente citada, "... en nuestro país estamos hablando posiblemente de 22,000 a 33,000 casos de SIDA para el año de 1991, de continuar el ritmo de

crecimiento que ha ocurrido durante los seis años anteriores".

Las formas de transmisión del virus son fundamentalmente cuatro: el contacto sexual con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada, la transmisión de la madre a su hijo en el interior del útero o en el momento del parto y lactancia y el compartir agujas contaminadas entre adictos a drogas intravenosas.

No se transmite, y esto es muy importante señalarlo, por el contacto social. Beber del mismo vaso, saludar con un beso en la mejilla, estrechar la mano, nadar en una piscina donde lo hace un enfermo de SIDA, ni por la atención de enfermos en el medio familiar u hospitalario, a menos que exista una herida accidental con una aguja o instrumento contaminado. No se transmite por utilizar sanitarios o lavabos comunes. Tampoco las picaduras de mosquitos pueden transmitir el virus.

Es conveniente señalar que de acuerdo con el doctor Montagnier, los virus de los enfermos presentes en la sangre, son muy sensibles a la temperatura: agujas e instrumentos se vuelven estériles al hervirse a 100 grados centígrados. Sin embargo, en estado seco, el virus es mucho más resistente. Una gota de sangre contaminada seca, puede permanecer infecciosa durante varios días a temperatura ambiente. Por lo tanto se debe desinfectar enseguida cualquier gota de sangre de un enfermo y no dejarla secar nunca.

Los síntomas del sida se pueden clasificar como generales y específicos. Los síntomas generales son: pérdida de peso de más de cinco kilos que no se deba a dietas o incremento en la actividad física; fatiga sin causa aparente; dolores de cabeza, mareos o vertigos; fiebre constante que puede manifestarse como sudoraciones nocturnas.

Los síntomas específicos están relacionados con la enfermedad oportunista que puede causar en el paciente la pérdida de sus defensas orgánicas y son: aumento del tamaño de los ganglios, dificultad para respirar, tos persistente que no tiene motivo aparente, manchas violáceas en la piel, hemorragias por cualquier orificio del cuerpo, recubrimientos blanquecinos de la lengua o garganta.

Si consideramos las formas de transmisión de la enfermedad, de las cuales la principal es la relación sexual, podemos hablar de tres grupos potenciales: los heterosexuales, los bisexuales y los homosexuales.

En el Africa Central el SIDA tiene una incidencia mayor entre individuos predominantemente heterosexuales. Esto no sucede en el Continente Americano y en Europa donde las cifras iniciales son mayores para el grupo predominantemente homosexual, aunque es importante señalar que las tasas de incidencia van declinando lenta pero significativamente del grupo predominantemente homosexual hacia el grupo predominantemente heterosexual, en tanto que el grupo de pacientes que reciben transfusiones intravenosas y los adictos a drogas intravenosas que comparten agujas, no ha tenido un incremento significativo.

Existe una prueba de laboratorio que puede determinar con cierto margen de seguridad el que una persona ha estado expuesta al virus del SIDA. Esta prueba detecta anticuerpos anti-VIH y su positividad no significa necesariamente que la persona tenga la enfermedad.

Una persona que resulta positiva a la prueba, debe ser sujeta a otra serie de pruebas confirmatorias. Una vez que ha sido confirmada, debe ser considerada infectada y por lo tanto con capacidad de transmitir el virus por los mecanismos antes expuestos.

Un resultado positivo verdadero solo indica la presencia de anticuerpos que pueden corresponder a una infección pasada o presente con VIH o con un virus similar.

Los pacientes que resulten ser positivos al VIH deberán someterse a un examen médico cada seis meses para verificar cualquier cambio en su estado de salud o para recibir nuevas indicaciones.

En lo que se refiere al tratamiento, la estrategia médica hasta el momento solo permite controlar hasta cierto punto la sintomatología ocasionada por las infecciones oportunistas. No existe en este momento una terapéutica efectiva contra la inmunodeficiencia.

En una nota del 26 de octubre de este año, en La Jornada se dice que la Oficina de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos aprobó recientemente la primera vacuna contra el VIH, que será utilizada en protocolos de investigación en humanos. Sin embargo será a partir de 1990 cuando dicha vacuna, de resultar efectiva, podrá aplicarse en grandes poblaciones.

Frente a esta enfermedad de características todavía inciertas, las únicas medidas para hacerle

frente son preventivas.

Considerando que la relación sexual es uno de los principales vectores del virus, se ha recomendado ampliamente el uso del condón. El doctor Levy de la Universidad de California demostró in vitro que una película de caucho impide el paso del VIH.

Sexo sano es un concepto profiláctico que clasifica las prácticas sexuales en tres grupos: de alto, mediano y bajo riesgo.

Son prácticas sexuales de bajo riesgo: la masturbación mútua, el beso en la mejilla, los masajes y el frotarse cuerpo a cuerpo, los abrazos y el uso de juguetes sexuales que no se comparten.

Son prácticas sexuales de mediano riesgo: el coito anal o vaginal usando condón, siempre y cuando éste no se rompa y se derrame el semen; el sexo oral sin eyaculación en la boca, siempre y cuando no existan lesiones en la cavidad oral o en los genitales; el beso con intercambio de saliva, ya que se sabe que aunque la saliva puede contener el virus VIH, no se ha demostrado que sea un vehículo de transmisión; el contacto con la orina siempre y cuando la piel esté íntegra, sin heridas y sin permitir que toque ojos, nariz, boca, ano o vagina.

Son prácticas de alto riesgo: el coito anal o vaginal sin usar condón, ya que durante el mismo se pueden producir pequeños desgarres que permiten el contacto entre la sangre y el semen. Aquí el riesgo es igual para el penetrado que para quien penetra. El sexo oral eyaculando en la boca, ya que el virus VIH se encuentra en el semen de las personas infectadas y la infección se lleva a cabo a través de lesiones que puedan existir en la mucosa oral; y en general todo tipo de actividad sexual que permita el paso de sangre de uno a otro miembro de la pareja.

Establecidos los riesgos, es tarea de la pareja el encontrar formas imaginativas de relación sexual que permitan la satisfacción plena sin riesgo. Este es el reto para la inagotable inventiva y capacidad lúcida de las parejas hetero, bi u homosexuales.

Es la oportunidad para cambiar el centro de gravedad de la relación sexual de la genitalidad hacia un concepto erótico más amplio que incluya la totalidad del cuerpo humano.

Las enfermedades en general y el SIDA en parti-

cular no pueden ser abordadas desde una perspectiva axiológica. No existen enfermedades buenas y enfermedades malas. No hay por tanto víctimas inocentes y truhanes castigados. Sólo enfermedades y enfermos.

Los trabajadores de la salud hemos de asumir con los enfermos de SIDA una actitud humanitaria dentro de la más pura tradición médica. Como en las grandes epidemias que en el pasado han azotado a la humanidad, los profesionales de la medicina hemos de tender la mano y debemos servir al enfermo aun a riesgo de nuestras vidas.

En cuanto a los grupos gays, su labor es especialmente importante y consiste en informar de manera sistemática y permanente a los miembros de la comunidad gay sobre las prácticas sanas de relación.

Con los enfermos, la comunidad gay es nuevamente convocada a dar una respuesta frontal, más allá del prejuicio y la discriminación, por encima del señalamiento, del rechazo. Habrá que poner el brazo sobre el hombro del enfermo de SIDA, mirando siempre hacia el futuro. . .



# ASPECTOS PSICOLOGICOS EN EL SUJETO Y SU FAMILIA

Dr. José Romero Gallardo

## INTRODUCCION

De improviso, entra a la puerta de mi oficina un individuo consternado. Al verle me doy cuenta que su andar es lento, casi arrastrando 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 ésto. . . Mi destino es la muerte y una agonía peor que la que vivo desde este instante. . . Sus ojos se rascan cuando menciona la palabra "agonía" y todo su cuerpo se desploma sobre sus 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 le 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 ésta 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 le 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. Aunque la paz dura solamente unos cuantos días. Ya que cuando surge 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 al principio.

Aunque no es el 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 él le explica cómo llegó a la conclusión diagnóstica, el enfermo ni siquiera oye los comentarios. Sale de la oficina como autómatas. No acaba de percatarse de todas las implicaciones que conlleva ese momento. Lo cierto es que se encuentra totalmente desencajado. Pero aun 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 están 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 consciencia 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 funcionan como verdaderas redes de apoyo para el sujeto

con SIDA. Y comparten la depresión y la importancia que vive el enfermo. Tratan de buscar una solución; buscan desesperadamente una solución en especialistas, homeopatas, 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 encuentran dándole rienda suelta a sus pensamientos y el rumiar indefinidamente la enfermedad postran más al paciente. 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 de todos es inminente. Otra opción, cuando termina el impacto, es la continuación con otro impacto. Ya que cuando se trata de buscar la red de apoyo estas se convierten en una espuma inexistente. Y 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". Lo que obviamente debemos entender que redundara en mayores oscilaciones disturbantes. Ya que 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 El, es solamente para agredirlo.

En ocasiones la depresión se abandona por la ira que el enfermo dirige a su familia y le anima a continuar la lucha; o por el coraje que le despierta el sistema médico que se muestra incompetente para aliviarlo, acarreado que en ocasiones la ira se convierta 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.

Haciendo un pequeño paréntesis, podemos decir que estas etapas semejan a las que vive un enfermo terminal. Al igual que son dinámicas por excelencia, el estar en 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 esta a negación. Lo mismo que no son exclusivas de los enfermos, también de las personas acompañantes: familiares, amistades y cuerpo médico, también cursan por estos niveles, conscientes 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 entender que el enfermo verdaderamente acepta —contrariamente a lo propuesto por Freud respecto de la muerte— morir. Y los estímulos exteriores son anulados y 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 en 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. El segundo —creación de un vacío— la familia borra de la historia familiar la presencia de un enfermo por SIDA. Evocando con este mecanismo, 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. El reprimir una depresión o un dolor no lo solucionan, simplemente lo postergan y lo hacen más difícil de identificar.

## CONCLUSIONES FINALES

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 nutricionales, 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 ge-

nerarse, 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 solo hasta últimas fechas la psiquiatría les había etiquetado 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 inconfundible que el SIDA no es una exclusividad 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", en este apartado no tiene por que ser la excepción. Mi conclusión personal al respecto es que el chiste o la agresión no solucionan una forma de ver el mundo y de seleccionar la pareja al que el homosexual ha optado.

Recordemos que en las familias donde existe un homosexual, éste ha sido blanco de todas las críticas y agresiones. Formándose 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 el 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 este 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 y 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 síndrome, es que este juego se hace posible solamente para expertos de 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 pétreo. 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 evi-

tar agresiones internas. Estas se perciben cuando ya se han roto, voluntariamente, las viejas alianzas y se han establecido verdaderas vinculaciones afectivas y el ejercicio de voluntad y/o libertad responsabilizada.

Se debe de 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, hospitalizaciones 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 son 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 con lleva la separación por el deceso de su familiar.

Al 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 poder imaginar qué pasaría con una familia social en donde cada uno de nosotros tuviera una consciencia para definirse ante la prostitución, la drogadicción, no tuviera que vender su sangre para sobrevivir o, simplemente 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 consciencia, 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. . .



---

# EL SIDA EN MEXICO

---

Humberto G Bedoy

## NOTAS DE SOCIOLOGIA MEDICA

Desconozco si han sido los primeros, pero se han dado ya tres casos que pudieran ser representativos de una actitud, de una manera de pensar que comienza a propagarse entre algunos grupos sociales en relación al problema del SIDA: uno fue Le Pen, francés, que propuso publicamente la expulsión del continente europeo para los asiáticos y africanos ya que se ha señalado al Africa como el sitio de origen del virus del SIDA. El segundo caso fue la iniciativa de La Rouge, en los Estados Unidos, que pedía el aislamiento de los homosexuales quizá en forma similar a como se hizo en ese país con los indígenas: confinarlos en *reducciones*. Y el tercero se dio cuando 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, sobre todo varones.

Esas actitudes, esas maneras de pensar, que comienzan a difundirse peligrosamente, nos muestran con claridad hasta dónde podría llegar esa especie de "cruzada histórica de discriminación social y racial", que se sumaría a la injusta represión socio-sexual que habitualmente sufren los homosexuales. Pero también nos muestran el problema de los prejuicios, los peligros que puede ocasionar el pánico, el *alarmismo*, y la necesidad de una suficiente y adecuada información. Los enfermos reales y potenciales, es decir las víctimas del virus, son las que están sufriendo, además de la enfermedad, la represión y el estigma social por parte de esas personas o grupos que piden una *depuración* social.

El problema del SIDA es, indudablemente, grave. Hasta la fecha no se le ha encontrado curación. Es mortal en un alto porcentaje de enfermos que han contraído ese virus. El Dr Guillermo M Ruiz-Palacios, jefe del Departamento de Infectología del Instituto Nacional de la Nutrición, que realiza investigaciones sobre el SIDA, afirma que "se ha calculado que la vida media de

los pacientes con SIDA en México es de aproximadamente 6 meses, y el costo por paciente está entre 7 y 10 millones de pesos. . ." (Girón H, Elvia, *La lucha por el tratamiento, en Icyt Información*, Vol 9, núm 132, sept 1987, Méx p 31). Y hasta el 31 de mayo de este año, había 534 casos reportados, según datos oficiales de instituciones del sector salud. Sin embargo, la propagación es casi exponencial. El Dr. Guillermo Soberón A, prevé que podría haber hasta 30,000 enfermos (entre 22,000 y 33,000 según el Dr Jaime Sepúlveda Amor, Director General de Epidemiología de la Secretaría de Salud: *ICYT*, p 11) para 1991, es decir, dentro de 4 años (Cfr *La Jornada*, 3 de oct).

No puede negarse que el problema es grave. Se impone, pues, una reflexión seria y, en nuestro caso, una reflexión desde el punto de vista sociológico. Para comenzar, nos pareció conveniente usar algunos elementos del marco teórico que propone Rojas Soriano sobre el proceso salud-enfermedad, en algunas de sus obras. Este sociólogo se refiere a tres niveles o perspectivas, vinculadas entre sí pero que corresponden a diversas posiciones teórico-metodológicas. Hay que reconocer que existe cierta validez en determinado momento en cada uno de ellos y que también cada uno responde a circunstancias individuales y sociales diferentes. Sin embargo, eso no debe impedirnos constatar cuál debe ser el nivel o la perspectiva adecuada para analizar el proceso salud-enfermedad, y, en nuestro caso, del SIDA.<sup>1</sup>

El *primer nivel* se da cuando una persona se enferma. Para obtener la salud, el paciente recurre al médico. Y este, para curarlo, parte de una teoría, utiliza un método y dispone de técnicas, medios e instrumentos adecuados. Así, realiza un diagnóstico (basado en ciertas hipótesis) y un cuadro clínico. El diagnóstico permitirá iniciar el tratamiento correcto para que el paciente recobre la salud y para reducir lo más posible las secuelas incapacitantes y los efectos secundarios de los medicamentos o tratamientos medicinales.

Este nivel supone una concepción de la enfermedad y un modelo. La enfermedad está considerada como un desequilibrio, un desajuste en el individuo, producido, ordinariamente, por causas naturales, y el individuo recobrará la salud gracias a la aplicación de un dispositivo técnico. La medicina debe preocuparse por dar una legitimación laica al sufrimiento y a las carencias. De esta manera se justifica el desarrollo y el énfasis de una terapia concebida como "reparación de

lo descompuesto". La salud, entonces, se define como el estado en el que no se tiene ninguna enfermedad ya que la enfermedad es una alteración de la salud.

La medicina es quien investiga qué significan *salud y enfermedad*. El juicio del médico será la única autoridad aprobada socialmente para determinar a qué se le puede llamar "enfermedad". La salud es, pues, un problema, digamos, *técnico* que sólo compete a los expertos. Y esta será siempre un estado en sí misma, o sea, un estado opuesto a la enfermedad, una fuerza que lucha contra la salud, que tiene por campo de batalla el cuerpo humano individual. La salud está considerada, pues, como un estado de desequilibrio del cuerpo humano, como un estado que se conserva dentro de las *normas* de salud establecidas por la medicina oficial. El concepto de salud se sitúa en un marco biológico, psicosomático. Establecer con precisión los límites entre salud y enfermedad siempre será difícil, pero una excluye a la otra.

Y este nivel, habíamos dicho, supone no sólo una concepción de la enfermedad, sino también un *modelo*. Modelo que presenta dos características fundamentales: ordinariamente es *monocausal*, considera una sola causa o un solo tipo de causas que quitan la salud, y, ordinariamente, se trata de una causa *natural* (patógena, física, química, etc). Además, es un problema de salud *individual* y de responsabilidad individual del sujeto. Se responsabiliza al individuo enfermo como provocador y cómplice de su enfermedad porque es sucio o está mal nutrido; o a la naturaleza a causa de los moscos, por ejemplo. El individuo, porque es ignorante, no se preocupa por su salud.

Este nivel, repito, tiene, como los otros, su validez de acuerdo con su base teórica, con su perspectiva específica. Y se fundamenta según una cierta concepción de la salud. Como se ve, la enfermedad no se considera en el ámbito, en el cuadro de las condiciones y causas sociales en que se produce. El binomio salud-enfermedad sólo tiene una manifestación clínica.

Este último punto establece la diferencia fundamental con el *segundo nivel*: en este, ya no se concibe al individuo, al enfermo, aislado, sino como parte constitutiva de un grupo social concreto, con determinadas características económicas, políticas e ideológico-culturales. La *historia clínica* del enfermo no se reduce a los datos individuales, personales del enfermo, sino que aporta

elementos que están relacionados con la enfermedad. Son factores culturales, físicos, económicos, etc. Estos elementos tienen importancia en cuanto que hacen ver las relaciones entre ellos y el tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad.

En otras palabras, se constata la relación que existe entre la enfermedad y determinadas condiciones de vida y de trabajo deterioradas, como la falta de higiene, el hacinamiento, la promiscuidad, la desnutrición, sitio insalubre, falta de agua potable, contaminación ambiental, etc. Consecuentemente, se trata de un modelo *multicausal*, que considera a la enfermedad con *dimensiones sociales*. La causa de la enfermedad no es sólo un bacilo, un mosquito, un virus, sino también ciertas condiciones físicas, sociales, que intervienen causalmente en la enfermedad.

Pero, no obstante que se concibe a la enfermedad como un fenómeno vinculado al entorno físico y social, relacionado con variables socioeconómicas y culturales, se trata de un fenómeno todavía *ahistórico y mecanicista*, que únicamente presenta relaciones externas e inmediatas entre los diversos factores. Es un modelo *inmediatista*, que no se ocupa de establecer una jerarquía entre esos diversos factores, ni llega a la explicación de fondo de las más profundas causas de las enfermedades.

a) Finalmente, el *tercer nivel* que busca descubrir y analizar las causas fundamentales de la enfermedad, la esperanza de vida y de la muerte. Del acceso real de las personas reales, concretas, a los servicios médicos. Los enfermos y las personas viven, estudian y trabajan en sitios concretos, forman parte de determinados grupos sociales concretos, tienen una forma de vida también concreta, etc, *como resultado de una manera determinada en que se estructura y organiza su sociedad* para producir y reproducirse. Es también un modelo multicausal que considera igualmente a la enfermedad con dimensiones sociales, pero que jerarquiza la causalidad, tiene una dimensión histórica y sitúa la causalidad última en la misma estructuración social, que es la que configura el tipo de relaciones sociales.

Y dado que los nexos internos entre los diversos fenómenos que orientan la búsqueda de las causas influyentes, condicionantes y determinantes de la enfermedad no se aprecian a primera vista, en la superficie, hay que ir hasta la forma en que la sociedad organiza los pro-

cesos de producción, las condiciones concretas del trabajo, etc., históricamente determinadas.

Consecuentemente, la salud-enfermedad es un proceso condicionado socialmente que se especifica en circunstancias y seres históricos, y que encuentra su cabal explicación en la estructura y organización social. En la forma en que la sociedad se estructura y organiza en determinado momento para producir y reproducirse. Esto significa que el proceso salud-enfermedad es un proceso global, condicionado por lo social, que obedece históricamente a un modo de producción prevalente, es decir, que adquiere particularidades, especificidades en cada sociedad y grupo social concreto. Significa que cada sociedad concreta crea su propia patología y produce las condiciones sociales en que ella se produce y se reproduce, de acuerdo con el tipo de sociedad de que se trata, de acuerdo con el modo de producción prevalente.

- b) Ahora bien, es necesario analizar y tomar en cuenta esas particularidades, esas especificidades a partir de planteamientos teórico-metodológicos. El punto de partida es que la sociedad no es un conglomerado humano, una colectividad *homogénea*. Presenta estratificaciones o clases sociales que conviven y se relacionan en diversas formas. La medicina es el resultado de una práctica, de una experiencia histórica. Y se especifica y conforma de acuerdo con el grupo social que la produce y que la controla. En otras palabras, la medicina posee un *contenido de clase*, tiene una relación con los factores y elementos que condicionan la *diversidad social* —la disimetría social de los diversos grupos: el trabajo humano, las relaciones de producción y el grado de desarrollo de las fuerzas productivas.

La consideración de una sociedad estratificada es muy importante también en el ámbito de la medicina. Por ejemplo, es muy distinto el grado de esperanza de vida y las posibilidades reales de acceso de los grupos económicamente bien situados, con relación a los de los campesinos y obreros mexicanos. Y aún más específicamente, los accidentes automovilísticos ordinariamente no se dan entre los sectores pobres de la sociedad por la sencilla razón de que no tienen automóvil. Son mucho más frecuentes las enfermedades gastrointestinales, infecciosas, tuberculosis, etc., en los sectores pobres que en los de clase media o alta, puesto que las dietas alimenticias, la salubridad o

insalubridad de los sitios de vivienda y trabajo difieren mucho. Bastaría, simplemente, considerar las posibilidades de acceso a las medicinas, a las instituciones de salud y al médico mismo, de los distintos sectores sociales para constatarlo.

Más aún, dentro de los distintos estratos o clases sociales existen claras diferencias en cuanto a las características de la morbimortalidad, la esperanza de vida y aun el nivel de conciencia sobre los problemas de salud y el acceso real a los servicios médicos. Intervienen muchos factores, como el tipo de trabajo, las condiciones de vida (alimentación, vestido, vivienda) y de trabajo, las características culturales, las diversidades en la legislación laboral y económica, etc., y otro tanto debe decirse de la situación diferente entre las zonas urbanas y las campesinas.



Descendiendo aún más al caso de México, nos encontramos con una sociedad capitalista *subdesarrollada, periférica, tercermundista*, etc. El calificativo que se use es secundario, donde, por una parte, estamos en el área dependiente de la medicina norteamericana y de algunas transnacionales de este campo, de otros países, y, por otra, nos encontramos con una medicina *mixta*, si hacemos el paralelo con la economía del país: la medicina privada y el sector salud, oficial, institucionalizado.

Respecto a nuestra dependencia en materia de salud-alimentación, medicinas, instrumental médico, etc., de algunas transnacionales y de nuestra

situación geoeconómica y geopolítica respecto a los Estados Unidos, habría mucho qué decir. Es la problemática que incluye la imposición de patrones de consumo y de modelos en la enseñanza de la medicina; el despojo y control de materias primas y de productos médicos; la ingerencia de algunas Fundaciones en las políticas, los programas y las medidas de salud y salubridad; el control mediante las patentes; la venta de productos —a veces prohibidos en su país de origen—, dentro del control del mercado de la industria farmacéutica; la exportación de desechos peligrosos (productos químicos y productos radioactivos) y de la fabricación de productos peligrosos o nocivos en países subdesarrollados, etc. Y eso nos llevaría demasiado lejos.

Creo que por ahora basta con citar un párrafo especialmente significativo, que resume algunos aspectos importantes de esta problemática. Su autor, Vicente Navarro, escribe en el verano de 1980, en la Universidad John Hopkins: “. . . la principal causa de muerte y de enfermedad en las áreas pobres del mundo donde vive la mayor parte de la población mundial hoy *no es la escasez de recursos ni los procesos de industrialización, ni siquiera la tan pregonada explosión demográfica, sino, más bien, un patrón de dominio sobre los recursos de esos países en los que la mayoría de la población no ejerce control sobre ellos. . .*” (*En Salud e imperialismo*, Edit Siglo XXI, México, 1983, p 12)

Cuando hablamos de *institucionalización* del sector salud en México, nos referimos no sólo a la serie de prácticas concretas que el Estado realiza en el ámbito de los problemas de la salud (que incluiría las instituciones: hospitales, centros médicos, dispensarios, centro y casas de salud, campañas, etc), sino también a la institucionalización del paradigma médico capitalista —empezando por las escuelas o facultades de medicina— y a la legislación jurídica del tutelaje del Estado sobre la salud de los mexicanos, con toda la dimensión política de control, de dominio y de legitimación que implica.

El primer aspecto se refiere, sobre todo, a la serie de actividades encaminadas directamente a la construcción de una infraestructura sanitaria, e, indirectamente, a la reproducción de la mano de obra. Y aunque ve especialmente a la reproducción económica, constituye también una fuente de legitimación. Los aspectos segundo y tercero se refieren fundamentalmente al tutelaje político y práctico que lleva a cabo el Estado sobre el sector salud. Están estrechamente rela-

cionados con la legitimación, es decir, con la creación de consenso y con la reproducción ideológica.

El tutelaje estatal de la salud debe entenderse como la expropiación del control directo de todo el proceso salud-enfermedad de manos del pueblo: de las personas, grupos, asociaciones y organizaciones. Es el Estado el que da o no soluciones a los problemas y a las reivindicaciones de salud que plantea el pueblo. Tutelaje que se extiende a negar la incorporación de principios y prácticas de las medicinas “*paralelas*” al cuerpo mayor de la medicina *oficial*.

“En el capitalismo —dice Michel Foucault (en *Vigilar y castigar*, Edit Siglo XXI, Méx 1976, p 189, citado por Alvarez L, Selene, *La salud robada*, Edic Quinto Sol, Méx, 1987, pp 71-72) se tiende a que el sujeto sea socializado en un mundo de jerarquías y *verdades de autoridad*, dentro de un sistema de relaciones estructurado en torno de pautas claras de dominación. Las cosas son como son porque así lo dice (ordena) el padre, el profesor, la autoridad (en nuestro caso, el médico, el hospital, el Estado). El mundo internalizado está construido en torno de categorías puras, es decir, perfectamente transparente, dispuesto según límites que lo demarcan, distinguiéndolo; todo está bien cuando está *en regla*. Hay un bien y un mal que se oponen nitidamente. Hay lo normal y lo patológico, que coexisten sin tocarse formando dos esferas puras.

“La culminación del control autoritario se da a través de un sistema internalizado de clasificaciones fuerte y de una estructura de jerarquías posicionales claramente definidas (. . .). Lo Normal se establece como principio de coerción en la enseñanza con la instauración de una educación estandarizada y el establecimiento de las escuelas normales; se establece en el esfuerzo por organizar un cuerpo médico y un encuadramiento hospitalario de la nación, capaces de hacer funcionar unas normas generales de salubridad; se establece en la regularización de los procedimientos y de los productos industriales. . .”

**Y si** la medicina estatal responde cada vez menos a los objetivos sociales por su instrumentalización política autoritaria que pretende el control, el consenso y la legitimación social, la medicina privada responde aún menos. Tanto la medicina estatal como la privada constituyen la medicina *oficial* (que se define por oposición a la medicina alterna, la popular, despectivamente

denominada *yerbería*, y los que la administran, *yerberos*). En sociedades como la nuestra, la medicina oficial se ha ido integrando en la lógica económica del sistema capitalista del que formamos parte. De ahí que la actividad médica oficial haya adquirido una *orientación* económica y se haya convertido en algo así como una rama de la economía.

En principio, los médicos deberían buscar la eliminación de todas las enfermedades y, por lo tanto, la eliminación de ellos mismos. Pero las sociedades capitalistas no se distinguen precisamente por el sacrificio y la generosidad, y van orientando la medicina no a la búsqueda del alivio y bienestar humano, sino para el aprovechamiento de una fuerza de trabajo eficiente, eficaz, no enferma, y, sobre todo para la medicina privada, prestigio, status social más elevado, victoria en la competencia del mercado de trabajo y lucro. En ocasiones llega a convertirse en comercio con la sangre y el dolor humano.

El poder económico dominante asegura una suficiente armonía entre comercio y medicina y hace que esta se adapte al mecanismo típico de la oferta y la demanda. Esto significa que la estructura económica produce, en cierta forma, una determinada medicina y la produce de determinado modo. Y la medicina privada ha sido la más afectada, es decir, se ha convertido en la más mercantilizada, puesto que, por una parte, no tiene los frenos políticos de la estatal, como el control y la necesidad de obtener consenso y legitimación; y, por otra parte, como iniciativa privada, entra de lleno en las leyes y mecanismos del sistema de mercado, como la competencia, el prestigio, la publicidad, el lucro, etc.

La medicina, pues, en los países capitalistas, como otras ciencias, prácticas y fenómenos, ha adquirido un *tinte* marcadamente económico, y la medicina privada parece haber adquirido una vocación mercantil y consumista: se ha establecido todo un sistema de tabuladores económicos para las consultas, análisis, medicinas, tratamientos y operaciones quirúrgicas; se han establecido diversas tarifas según la situación geográfica de las instituciones —zona residencial o barrio popular, en el extranjero o en el país, en la capital o en la provincia—, según la universidad en donde obtuvo el título el profesional de la medicina, como la marca de un producto, de un objeto. Los *consultorios* médicos tienen los muros atiborrados de títulos y diplomas con los que intenta aumentar su prestigio el profesional, como un sucedáneo de la publicidad de un artículo en los me-



dios masivos de comunicación.

La práctica médica ha entrado de lleno en el consumismo, donde cuentan la marca del artículo, el prestigio del laboratorio, el sitio del servicio (a domicilio o en el *consultorio*, en Houston, Rochester, Los Angeles. . .) etc. No es casualidad, incluso que el lenguaje médico haya adquirido connotaciones económicas. Así, se dice que existen *bancos* de sangre, *bancos* de ojos, *bancos* de semen y de órganos humanos.

Finalmente, el aspecto ideológico. En efecto, la práctica médica como tal, ya sea preventiva o curativa, tiene una sustentación científico-ideológica de la medicina, que proporciona material abundante y determina la concepción de la medicina, de la enfermedad, la salud, etc. Cuando, por ejemplo, se pretende aparecer como *técnica* la solución a un problema médico específico y se prescinde de los condicionamientos sociales, cuando se intenta generalizar y hacer aparecer como de interés nacional lo que sólo es, en realidad, de interés particular de grupos privilegiados, cuando se pretende justificar la mercantilización de la medicina, etc., se está utilizando la ideología dominante. Se distorsiona el hecho de que el proceso salud-enfermedad es un proceso global que es propio, en México, del modo de producción prevaleciente de un capitalismo subdesarrollado.

La medicina estatal no ha abatido ni erradicado los altos índices de morbilidad, la tradicional ignorancia y falta de higiene del medio rural; se muestra impotente ante los problemas modernos de contaminación, insalubridad, etc. Y cuando

estos y otros problemas no se solucionan, se culpa al burocratismo, a la falta de financiamiento, a fallas humanas y a otras causas, pero no se reconocerá que las que fallan son las instituciones, la concepción misma de la medicina, del proceso salud-enfermedad. En una palabra, el que falla es el sistema social. La transmisión ideológica pretende impedir la toma de conciencia de que lo que hay que cambiar son las causas últimas y profundas, las que están en la raíz de las enfermedades. Que no son los bacilos o los mosquitos, sino el sistema capitalista en que vivimos.

## 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 estos 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, 30.11o/o eran de adobe, 15.89o/o eran de madera, 9.85o/o eran de barro u otros materiales, 44.15o/o eran de tabique o ladrillo. Por otra parte, el 41o/o de la población vivía en casas con pisos de tierra. Sólo el 31o/o de las viviendas tenía baño.
- Del total de viviendas, el 58.51o/o no tenía drenaje, el 41.1o/o no tenía electricidad. El 61.25o/o no tenía toma de agua domiciliaria;

y, en cuanto a la población, el 39o/o 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 40o/o de las viviendas tenía un solo cuarto; el 29o/o, dos cuartos; el 13o/o, tres cuartos; y el resto, más de 4 habitaciones. En los dos primeros grupos de viviendas —de uno y dos cuartos— vivía casi el 70o/o 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 46o/o de la población del país no tiene servicios de agua potable y que el 59o/o 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*, t 3: *Vivienda*, Edit Siglo XXI, Méx, 1982, pp 42,43,44).
- 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 cómo se degrada más y más la Laguna de 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.

- 23.41o/o de la población no comía pan de trigo; 20.61o/o no comía carne; 23.17o/o no comía huevos; 38.05o/o no tomaba leche y 70.15o/o 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, 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 75o/o de las enfermedades y muertes de los niños mexicanos. Recientemente, Cravisto ha revelado que el 90o/o 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 15o 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: 1o. la influenza y neumonías con 53,868 muertes, es decir, 89.6 por 100,000 habitantes. 2o. 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 30o/o (contra el 10.5o/o en Cuba y 3.7o/o 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 30.11o/o 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 eran 12 millones de personas en áreas urbanas y 14 millones en áreas rurales. Que la suma, 26 millones, es decir, casi el 70o/o 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, el 30o/o

de la población, el sector más pobre, disponía del 10o/o de los productos agrícolas, mientras que el sector más acomodado, no mayor del 15o/o de la población, directa o indirectamente consumía el 50o/o 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 t 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 93.7o/o 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 97.5o/o se dieron en esos mismos sectores pobres, que conforman el 70o/o 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 90o/o 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 (20o/o del consumo mundial corresponde a México 2o. 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 un récord mundial. Entre el decil pobre (el 10o/o más pobre de la población), que recibe el 1o/o del ingreso nacional, y el decil rico, que recibe el 38o/o, 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 estas, 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 (40.5o/o) se encontraban en la zona metropolitana del DF, mientras que había 88 (0.17o/o) en el Estado de Quintana Roo, 227 (0.44o/o) en Baja California Sur, 231 (0.45o/o) en Tabasco, 240 (0.47o/o)

en Campeche, 264 (0.51o/o) en Aguascalientes, 268 (0.52o/o) en Colima, 394 (0.66) en Querétaro, 415 (0.8o/o) en Nayarit, 247 (0.83o/o) en Zacatecas, 451 (0.88o/o) en Tabasco, 590 (1.15o/o) en Chiapas, 621 (1.21o/o) en Durango, etc. Es decir, que, mientras en el área metropolitana de la capital se concentraba el 40.5o/o del personal médico, en 12 Estados del país se encontraba el 8.2o/o.

Asimismo, esa zona metropolitana capitalina concentraba el 41.1o/o de las enfermeras y enfermeros, el 33.47o/o de camas de hospital, el 26.3 de gabinetes radiológicos, el 42.5o/o de laboratorios y el 30o/o de Quirófanos (Ibid p 325). Según López Acuña, "el 80o/o de los médicos está concentrado en ciudades y poblaciones mayores de 50,000 habitantes, que constituyen menos del 0.5o/o 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 20o/o de la población económicamente activa (PEA), que se estima en 26.5 millones (Cfr Vázquez S J Luis, *La Jornada*, 28 febr 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 40o/o de los mexicanos en edad adulta y con capacidad de trabajar, carece de los mínimos básicos de cultura (*La Jornada*, 3 ag 1987).

En 1986, el gasto presupuestal del Gobierno Federal que se refiere a la educación y a la sa-

lud se redujo: el primero, del 3.9o/o al 2.6 del PIB entre 1982 y 1986, y el segundo, del 3.5o/o al 2.4o/o en el mismo período (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 la 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 contracción del 16o/o en el período (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 (67.7o/o en 1986) y a la administración (20.8o/o), mientras que a la atención preventiva se destina solamente el 5o/o. "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 2.6o/o al 1.7o/o 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 las que presentó el FAT en su análisis.

En México, podrían considerarse, simplificando, cuatro tipos de atención profesional a la salud: 1o. los servicios tradicionales o populares (curanderos, *yerberos*, brujos, etc). 2o. 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 financiamientos provenientes de

los patrones, de los mismos trabajadores y/o del gobierno. Entre estos, 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 Ma-



rina (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, en seguida, los servicios personales de 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 cobertura 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 71.2o/o y realmente, a sólo el 63.8o/o 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 disminuido? ¿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 50o/o. ¿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!

## 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 nacimiento, la desnutrición, insalubridad, los bajos niveles de penetración de la comunicación pública, los insuficientes presupuestos de salud per cápita, 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 hetero-

geneidad 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 los 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:

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

(1) Fuente: OMS (en *ICYT*, Op cit, p 9). Correspon-  
día 80o/o a América, 11o/o a Europa y  
9o/o a Africa. Se consideraba que, por lo me-  
nos, había 100,000 casos de enfermedad que  
ya tenían síntomas relacionados con el SIDA  
(1o/o 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, 77o/o corresponde a América, 12o/o a  
Europa y 10o/o a Africa.

(4) Fuente: OMS (*El Informador*, 3 oct 1987).  
Al parecer, muere alrededor del 50o/o de los  
enfermos.

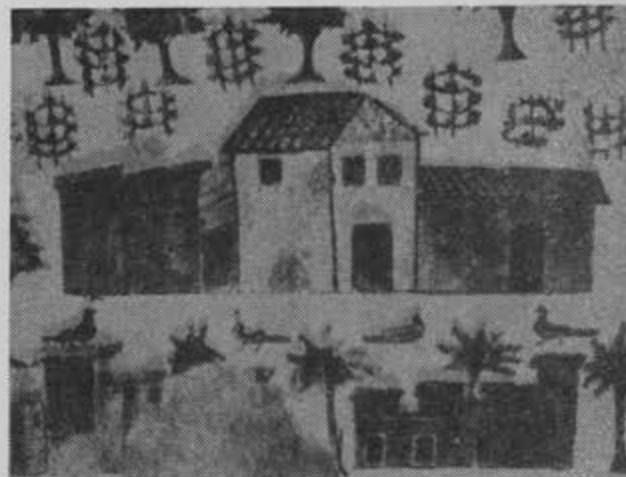
(5) Fuente: ONU (*El Informador*, 23 oct 1987).  
Se aprecia una gran diferencia entre el número  
de enfermos de países capitalistas al de países  
socialistas. En Cuba, por ejemplo, 5 casos; en  
Checoslovaquia, 7; en Hungría, 5; en Alema-  
nia Democrática, 4 (contra 1,400 casos en  
Alemania Federal); en China, 2 casos y en la  
URSS, 4 (contra 42,534 de los Estados Uni-  
dos) (OMS: *El Informador*, 3 nov 1987).

El caso de Estados Unidos es especialmente gra-  
ve: en diciembre de 1986, el número de enfer-  
mos registrados de SIDA era de 28,098 (de los  
que ya fallecieron 15,757, es decir, el 56o/o)  
(Fuente: *Vida Nueva*, 28 feb, p 26, Madrid). 4  
meses después (hasta el 1o. de mayo de 1987)  
era de 34,178 (82.2o/o 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 66o/o 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 gra-  
vedad 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, subdirec-  
tor de Inspección y Control del Depto del Teso-  
ro de Estados Unidos, 1969, en California, que  
el 80o/o de los estudiantes universitarios del país  
usaban drogas, y —en 1969— el 50o/o de los mu-

chachos de high school (Fuentes: el 1o. es dato  
del jefe del Instituto de Medicina Legal de Mede-  
llín, César Augusto Giraldo G, en *Uno más Uno*,  
26 jul 1985. el 2o. en *Excelsior*, 10 oct 1969).  
El año pasado el tráfico de clorhidrato de cocaí-  
na arrojó un movimiento total de 82,000 millo-  
nes de dólares (Fuente: Informe anual de la Or-  
ganización de la Reforma a las Leyes sobre Uso  
de la Marihuana —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 *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 in-  
yectan droga, etc (Cfr *La Jornada*, 26 oct 1987).  
“. . . Las minorías negras, latinoamericanas y  
asiáticas seguirán siendo las más perjudicadas (. .  
(. . .). En New York, el 54o/o 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 Epidemio-  
logía de la Secretaría de Salud— la transmisión  
inicial del virus (del SIDA) a nuestro país está  
asociada 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 repor-  
tado casos de transmisión interna, es decir, per-



sonas 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 3o, 4o, 5o, y 6o. 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 (46.5o/o del total del país) y Jalisco, 76 (15.1o/o 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 México:

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)

(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 Informa-*

*dor*, 11 de oct 1987). (4) (Fuente: OMS, en *La Jornada*, 16 de oct 1987).



La población más afectada en México es la que se sitúa entre los 25 y los 44 años (73o/o). Luego, la de 45 a 64 años (13.1o/o). El tercer sitio, la de 15 a 24 años (8.43o/o). En 4o. lugar, los menores de 15 años (3.74o/o) y, finalmente, los mayores de 65 años (1.7o/o) (Cfr *ICYT*, op cit, p 9). Y, respecto al sexo, los hombres: 24 hombres por cada mujer. Y alrededor de 88o/o se presenta en homosexuales (Cfr Dr J Sepúlveda A, en *El Informador*, 28 dept 1987). Otras fuentes dan alrededor del 90o/o, 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, neumonías, 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 en-

fermos 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 publicamente 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 cuento 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 podría ser una luz, quizá aún pequeña, pero luz de esperanza, al fin. En la prensa nacional, en días pasados (lunes 26 de oct) salió la noticia de que la Oficina de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos había aprobado la primera vacuna contra el SIDA, aunque su aplicación generalizada sólo se realizaría hasta 1990, es decir, dentro de 3 años. Al parecer, esta semana se inician los protocolos de investigación de la primera fase, con 60 homosexuales voluntarios seronegativos (o sea, no portadores del virus). En caso de que los resultados fueran satisfactorios, se realizaría la fase II, con 100 a 200 voluntarios. En caso de éxito, la vacuna —llamada *Micro-GeneSys*— se aplicaría, en la fase III, a nivel masivo (Cfr *La Jornada*, 26 de oct 1987). ¿Será verdad...?

# LA ENFERMEDAD EN EL ANTIGUO TESTAMENTO

Mario López Barrio

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 Nazaret: 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 proscribió son las prácticas mágicas relacionadas con los cultos idolátricos (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 Yahve 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"*  
(Eclo 30,14-16).

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, de 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 historiado-

res 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.e. la lepra: Lev 13-14; 2 Re 7,3) o corrompido (cadáveres: num 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 se conseguía la curación o moría el enfermo.

La falta de integridad corporal necesaria para el culto de Yahveh 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; Num 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 protetas se encargarán de proclamar cons-

tantemente 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 impurezas legales son solo 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 irrepachable.

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 período 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 proceptos, 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 demoníacos de la obscuridad, 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

---

Carlos Bravo

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 y la *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 leprosos, 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 expia-*

*torio* 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 S 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 expresará 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 (!).<sup>1</sup> Muchas de sus 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 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 su 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 (Cr 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 protes-

ta 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 una orden de silencio al leproso: "No digas a nadie esto", es decir, que te toqué y te purifiqué. 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. Llegan 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 por que 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 has 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 aun físicamente). ¿Dónde anda alentando el Espíritu de Jesús?

## CLAUSURA

Dr José Morales O  
Rector

En nombre del Instituto Libre de Filosofía y Ciencias queremos agradecer en primer lugar a los conferencistas que con su trabajo de investigación nos han contribuido a formarnos un juicio más adecuado sobre el fenómeno del SIDA. La calidad de sus conferencias y la brillantez de la exposición han contribuido sin duda a que obtengamos mayor claridad sobre este problema y nos han ayudado a tomar una postura más humana y cristiana.

En segundo lugar agradecemos al equipo coordinador, gracias al cual hemos podido organizar la preparación y realización de este ciclo de conferencias.

Quiero también mencionar a las instituciones que han colaborado con nosotros: Casa Loyola, Ciudad de los Niños del P Cuéllar, Comunidad del Triángulo Rosa. No hemos querido estar solos en este evento. Pues nos necesitamos unos a otros. Y el fenómeno del SIDA requiere que sea abordado no solo desde diversos ángulos, sino también por diversas instituciones y organizaciones que luchan por una sociedad más humana y cristiana.

Finalmente agradecemos la presencia de todos ustedes que nos han honrado con su confianza. Si las conferencias, el debate suscitado y la reflexión que sin duda las ha acompañado los han ayudado a tener una actitud más humana y cristiana, más libre, pensamos que este evento ha cumplido su cometido, y nos damos por bien pagados. Muchas gracias.

---

## RETO O MALDICION

---

Luis García Orso

Después de haber abordado la enfermedad del SIDA desde diferentes ópticas: médica, psicológica, sociológica, ética, bíblica, podemos hacer ahora 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 de 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 presentadas 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 se ha gastado la herencia en vicios. . . Así, el *amor al prójimo*, el corazón que ama al otro, relativiza 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 explique 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 es 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 que 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 hi-

jos. . . 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

Lic Luis Ochoa

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.

## EL USO DEL CONDON

El problema ético que puede presentar el uso del condón es el propio de los anti-conceptivos. 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 anti-conceptivo. 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 Obstetrices, de 1951.
- Pío XII también, en su alocución a los Hematólogos, 1958.
- Paulo VI, en su Encíclica "Humanae Vitae", 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 Humanae Vitae produjo no solo 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 tampoco en ella 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 "Humanae Vitae", 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 suficien-

te 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 anti-conceptivos, (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 el 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 anti-concepción.

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 es una doctrina falible, y si una persona: por su 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, sino que “debe” disentir.*

## 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 representante 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 sidoso, 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 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 pobres enfermos:

*Excelsior*, 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 homo-sexuales 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 histeria 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 sidoso, 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 la atención a otro joven que pedía la extracción de una muela. El doctor X se negó a intervenirle 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 del 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.

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 jo-

ven Jesuíta. 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 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, Calif. 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, Ariz, 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. Sep-

tiembre de 1987.

2. MEDICINA Y ETICA EN DISCUSION. Paul Sporken. 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. REGULACION DE LA NATALIDAD. Alfonso Llano Escobar, SJ Ed. "Tercer Mundo". Bogotá. 1977.
5. SHALOM: EL SACRAMENTO PAZ DE LA RECONCILIACION. Bernardo Häring. Ed "Herder". Barcelona 1971.



# CONCLUSIONES PASTORALES

Jorge Manzano

Hemos oído sabientes 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 incompleto, y con deseo 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! (consuévalo); alguien de cuyo destino me será pedida no poca cuenta. Yo vengo a ser un medio para que él palpe el corazón de Dios<sup>1</sup>.

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<sup>1 a)</sup>:

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<sup>2</sup>.

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 que 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!<sup>3</sup>.

Podríamos meditar juntos sobre textos como los siguientes:

— “¿Dónde está, muerte, tu victoria?”<sup>4</sup>.

Audaz palabra de exclamación ante Cristo resucitado —el primer engendrado, el primer resucitado—<sup>5</sup> y ante nuestra propia resurrección. El vence a todos los enemigos, y el último de ellos es la muerte<sup>6</sup>.

— “Yo soy alfa y omega, principio y fin, la estrella matutina<sup>7</sup>, que no conoce acaso”<sup>8</sup>, dice Jesús.

Y nosotros, unidos con él, podemos decir lo mismo.

— “Aunque vaya por cañadas oscuras (la muerte), no temeré, ¡porque tú vas conmigo!”<sup>9</sup>.

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!”<sup>10</sup>.

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 enferme-

dad sus ropajes 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?"<sup>11</sup>. 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 criatura tan maravillosa!"<sup>12</sup>.

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 criatura tan 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<sup>13</sup>. 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<sup>14</sup>. Jesús, en el huerto pasa angustias y tristezas de muerte<sup>15</sup>. Y en la cruz, al morir, dicen sus labios, lo que siente mi corazón: "Dios mío, ¿por qué me has abandonado?"<sup>16</sup>. Jesús, en la cruz, toma mi lugar de pecador, de leproso,<sup>17</sup> 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<sup>18</sup>. 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;<sup>19</sup> 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<sup>2 0</sup>.

Y a que vean en su hijo no una ignominia, ni un baldón, o desventura, isino una gracia! Quizá la oportunidad de su vida para que realmente crezcan<sup>2 1</sup> 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<sup>2 2</sup>.

Las condiciones de vida en México y en muchos otros países son tan malas<sup>2 3</sup>, 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<sup>2 4</sup>, 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<sup>2 5</sup>, que el amor cubre multitud de pecados<sup>2 6</sup>, y que el amor es la plenitud de la ley<sup>2 7</sup> y de la vida.

## EN RESUMEN

Si bien puede considerarse todo mal —y la enfermedad es un mal— como consecuencia del pecado<sup>2 8</sup>, 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.

## NOTAS

- 1 V Confer Carlos Bravo y Luis García Orso.
- 1a. V Confer Ernesto Torres.
- 2 V Confer. Luis Ochoa.
- 3 V. Salm 118, 17.
- 4 1 Cor 15,55 V. Oseas 13,14.
- 5 Col 1,15-18 V. Apoc 1,15.
- 6 1 Cor 15,26.
- 7 Apoc 22,13-16.
- 8 Exalten, Liturgia Noche Pascual.
- 9 Salm 23,4.
- 10 Cant 8,6.
- 11 2o. Modo de hacer buena y sana elección. Ejercicios de San Ignacio.
- 12 Salm 139,14.
- 13 Mt 25,14-30.
- 14 V. Confer José Romero.
- 15 Mt 26,37-8.
- 16 Mt 27,45-46.
- 17 V. Conf Carlos Bravo y Luis García Orso.
- 18 V. Rom 6,8 y Col 3,3.
- 19 V. 2 Cor 1,7; Fil 1,29 y 1 Pedro 4,13.

20 V. Confer Carlos Bravo y Luis García Orso.

21 V. Confer. José Romero.

22 V. Confer Roberto Navarro.

23 V Confer Humberto García Bedoy.

24 Rom 14,17.

25 1 Dn 1,8.

26 1 Pedro 4,8.

27 Rom 13,10.

28 V. Confer. Mario López Barrio.



---

# PANEL SOBRE EL SIDA

---

Jueves 5 de Noviembre

¿Puede transmitirse el SIDA por acupuntura?  
¿Cuáles son las posibilidades de curación por acupuntura y cuáles los reportes de los países que la practican?

## RESPUESTA DEL DR ERNESTO TORRES

Depende del grado de contaminación de las agujas. En los Estados Unidos y tal vez en México se encuentran actualmente agujas de acupuntura estériles y desechables que no implican ningún riesgo.

Sobre las otras preguntas no tengo información. Sugiero una consulta bibliográfica a SECOBI (Servicio de Consulta a Bancos de Información).

La vacuna que está en fase de investigación tiene en cuenta la aparición de alguna otra variante del actual VIH?

## RESPUESTA DEL DR ERNESTO TORRES

La información sobre la vacuna procede de una nota periodística (La Jornada, 26.10.87, p 13) que cito textualmente: "... MicroGeneSys y el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de ese país (EEUU) desarrollaron la vacuna llamada VaxSyn HIV-1, con la que se experimentará en humanos. Esta vacuna contiene la envoltura gp 160 producida mediante ingeniería genética. De acuerdo con los estudios in vitro (con suero de animales inmunizados y con cultivos de linfocitos T humanos a los que se agregó VIH), el virus del SIDA no infecta a los linfocitos debido a la presencia de los anticuerpos. La vacuna tendría un efecto neutralizante al bloquear las proteínas del virus que participan en el reconocimiento y entrada del VIH a los linfocitos T..."

Las líneas de investigación iniciales para encontrar una vacuna buscan los componentes bioquímicos de la capa externa del VIH que no cambien genéticamente y, al parecer, la parte del genoma viral que tiene esta característica es la molécula gp 160 del gene estructural env.

Inquietud sobre las relaciones sexuales de los

adolescentes y los cambios en ellas a raíz de la aparición del SIDA, y sobre la utilización que hacen algunos adultos de los adolescentes para una relación sexual más segura.

## RESPUESTA DEL DR Jose ROMERO

Podría dividir el comentario en dos partes. Por un lado, una de las causas por las que existe un inicio más temprano en las relaciones sexuales es por la existencia de los métodos anticonceptivos. Las estadísticas y estudios especializados confirman esto.

Por otro lado, por ahora no hay estadísticas serias que confirmen el comentario de si a raíz de la aparición del SIDA hay una búsqueda por parte de algunos adultos de un adolescente o un joven para tener una vida sexual sin riesgo a contaminarse; o al contrario, si el adolescente o joven es inducido a tener relaciones por temor.

Estamos apenas tratando de buscar qué es lo que sucede, qué es lo que pasa en este tipo de fenómenos sociales, y qué es lo que está sucediendo a nivel de la conducta sexual íntima.

Lo expresado en la conferencia del Maestro García Bedoy parece ser más una crítica al capitalismo, cuya validez no se trata ahora de discutir, como causa mediata de las enfermedades. El tema del SIDA parece ser tan sólo el pretexto para hacer la crítica al sistema socio-económico que vivimos. Pero no se ve la relación directa entre capitalismo y SIDA. ¿Podría el ponente mostrar más concretamente esta relación como distinta de la relación capitalismo-tuberculosis, capitalismo-hemorroides o capitalismo y cualquier otra enfermedad?

## RESPUESTA DEL MTRO HUMBERTO GARCIA BEDOY, SJ

No estoy utilizando un pretexto para criticar al capitalismo que vivimos, aunque estoy convencido de que el capitalismo es muy criticable en muchos aspectos. Me parece que el sistema social está en el centro del problema que estamos tratando. Si viviéramos en un sistema socialista, considero que tendríamos que criticar los aspectos negativos que le encontráramos, pero no es el caso. Vayamos al punto. La relación entre el capitalismo y el SIDA en México, como traté de mostrarlo en la primera parte de mi trabajo, es muy estrecha. Quizá no explicité suficientemente esa relación.

Brevemente: la tesis que está en la base de esa primera parte de mi exposición es que las causas últimas y fundamentales de los procesos de

salud-enfermedades no son ni los microbios, ni los mosquitos, ni los virus, sino la estructuración y organización de la sociedad, es decir, el sistema social. En una palabra, que cada sistema social produce su propia y específica patología, que los condicionamientos sociales son determinantes en el surgimiento de las enfermedades.

No estamos examinando las causas del surgimiento y propagación de las enfermedades —y del SIDA, como caso concreto— en países o en sistemas socialistas, sino en México. En un país que tiene un sistema capitalista y capitalista subdesarrollado. Por eso he tratado de presentar algunos rasgos importantes de la situación mexicana, que actúan como condicionantes socioeconómicos (“patología de la pobreza” en contraposición con la “patología de la abundancia” en México), sociopolíticos (por ejemplo, la contraposición de las clases sociales, organización e infraestructura de la medicina “oficial”, privada y estatal) y socio-ideológicos (el mismo concepto del binomio salud-enfermedad, por ejemplo). Y, asimismo, he tratado de hacer ver cómo los sectores sociales más pobres son los que, como en otros campos, soportan las cargas más pesadas, en beneficio de los privilegiados.

Aunque expresamente señalé que hablar del papel de las transnacionales —empresas típicamente capitalistas— en lo que se refiere a la salud, nos llevaría demasiado lejos, sin embargo, junto con los procesos de concentración/centralización de riquezas (en el sentido más amplio de la palabra: económicas, políticas o bienes que se refieren al proceso salud-enfermedad), que también son manifestaciones inherentes al sistema capitalista, son manifestaciones claras de lo que significa el sistema capitalista en el ámbito de la salud-enfermedad. Espero haber aclarado aún más mi punto de vista y haber respondido a la pregunta que se me hizo. Gracias.

¿Ha curado usted por homeopatía a alguna persona que tuviera diagnóstico de SIDA?

**RESPUESTA DEL DR ROBERTO NAVARRO**  
Apenas hemos comenzado a trabajar en tres pacientes a quienes se les ha diagnosticado esta enfermedad. No puedo decir aún nada. Pero, de acuerdo a experiencias y conocimientos, de acuerdo a la evolución de otras afecciones, y viendo que para nosotros las causas de las enfermedades no son los microorganismos, podemos asegurar que el SIDA se cura con homeopatía.

¿Se puede transmitir el SIDA por la vacuna o

puede debilitar éstas las defensas?

**RESPUESTA DEL DR ERNESTO TORRES**

Definitivamente no. La vacuna VaxSyn HIV-1 se obtiene mediante ingeniería genética, por clonación a microorganismos no patógenos. Por otra parte, la función de las vacunas es aumentar las defensas del organismo frente a determinada enfermedad.

¿Por qué se ha hablado en las conferencias sólo de homosexualidad masculina y no se hace mención de las lesbianas? ¿Qué pasa con ellas? ¿Por cuáles medios se infectan con el SIDA y cuál sería el sexo sano para ellas?

**RESPUESTA DEL DR ERNESTO TORRES**

La razón por la cual las intervenciones en este tipo de foros se centran en las relaciones sexuales masculinas homo o heterosexuales es porque vivimos en América y en ella, esta enfermedad, por razones que no se conocen, se ha presentado en hombres homo y heterosexuales en una proporción de 22 a 1 en relación a las mujeres.

En cuanto a las lesbianas, hasta donde yo tengo información, no hay casos registrados de SIDA. El sexo sano para las lesbianas se basaría en los mismos principios generales: evitar aquellas prácticas sexuales que favorezcan el intercambio de fluidos orgánicos potencialmente contaminados, especialmente sangre.

¿Qué se hace actualmente en Guadalajara para ayudar a la familia y no sólo al enfermo de SIDA en el aspecto psicológico?

**RESPUESTA DEL DR JOSE ROMERO**

Podría dividir la respuesta en dos partes. Lo que estamos tratando de motivar en actividades de este tipo, tanto en ponencias como en las universidades, es que el sistema debe ser tratado de una forma integral; lo que estamos tratando de percibir es que hay diferencias en la manera tradicional en que la medicina enfoca la enfermedad: no sólo importa el aspecto físico, sino también el emocional. Las repercusiones emocionales son fuertes en el caso del SIDA, tanto en el desarrollo de la enfermedad, como después de la muerte del paciente sídico. Las inquietudes sobre las repercusiones en la familia son importantes y las estamos contemplando todos los que trabajamos en el campo de la terapia familiar.

La segunda parte respecto a esto sería que el que una familia reciba una atención integral es el medio para el que esta misma familia sirva de

eslabón para hacer contactos de solución con otro tipo de enfermedades o situaciones. Porque aquí lo más importante es que el paciente, si va a morir, que fallezca tranquilo y apoyado por su familia; y que la familia, si va a perder al paciente, tenga la tranquilidad de que se hizo lo que se pudo y que se solucionaron los conflictos que la enfermedad trajo consigo.

Pero aún estamos en pañales ante la forma de tratamiento más adecuada e integral.

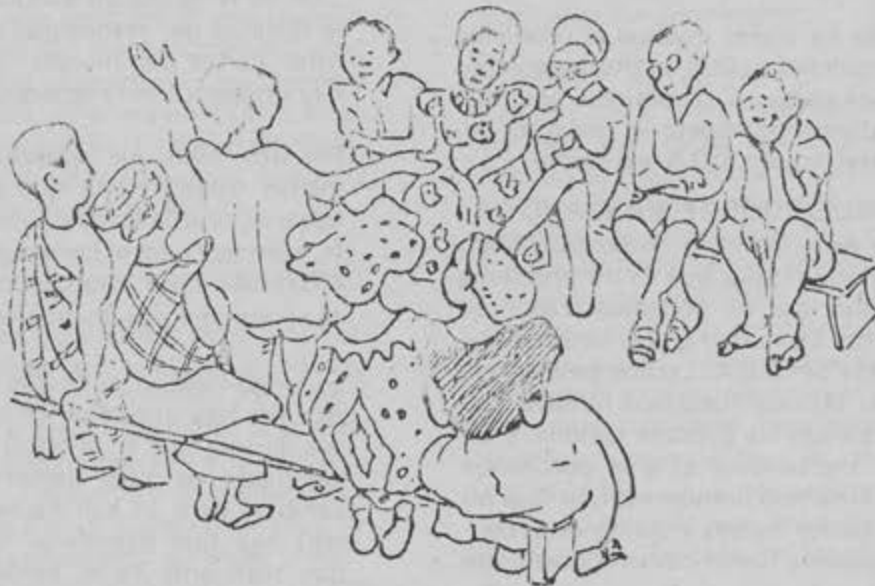
Viernes 6 de Noviembre

Observación al P Luis Ochoa, SJ; en su ponencia utilizó el término "sidoso" que es despectivo. El término que se utiliza es "sídico" o "sidaico"

Por otro lado, ya hemos dicho que no se trata de ver en el SIDA un castigo de Dios. Es una enfermedad. No podríamos hablar aquí de pecado, sino de un sufrimiento humano que necesita la compasión, la misericordia y la compañía de los demás cristianos. De lo contrario caeríamos en el fariseísmo.

Lo que se ha expuesto aquí es muy bueno, pero nuestra diócesis es catalogada como tradicionalista. ¿Qué se hace para que a nivel general del clero se acepte todo lo que se ha expuesto aquí en el sentido de dar amor y apoyo a los enfermos de SIDA? Muchos sacerdotes, por entregarse a la línea intelectual, no muestran ningún amor.

RESPUESTA DEL DR JORGE MANZANO SJ



¿Qué haría su comunidad si uno de sus estudiantes tuviera SIDA?

¿Lo mandarían curar a su casa?

¿Qué pecado pueden tener los niños y señoras con SIDA? ¿Es para usted castigo de Dios?

RESPUESTA DEL LIC MARIO LOPEZ BARRIO SJ

Considerando lo que hemos visto, en este caso hipotético que puede ser real, podría decir que haríamos lo posible entre todos para seguir los pasos que hemos tratado de señalar: comprensión, atención médica, humana, cristiana, jesuítica, religiosa, para que, según la gravedad del enfermo, pueda acompañarse lo mejor posible hasta el último momento.

Hay una frase muy famosa de Nietzsche que dice que el único cristiano fue Cristo, los demás nada. Tomando en cuenta esto la pregunta se podría dar por contestada.

Es cierto que muchas veces nos ha pasado a los sacerdotes que por cultivar la línea intelectual nos olvidamos del amor. Es una consecuencia de esta vida tan azarosa. Por otro lado, aunque a mis colegas no les gusta que salga con frases de este estilo, se dice que los verdaderamente santos mueren jóvenes por que Dios los ama mucho, se los lleva, como si estuviera celoso de que alguien se los arrebatará; a los más capacitados humanamente ni se les ocurre seguir este camino; y quedamos los demás, esto es, ni santos ni muy dotados humanamente; no les queda a ustedes más remedio que soportarnos.

**RESPUESTA DEL DR LUIS GARCIA ORSO SJ**  
La Iglesia la formamos todos los cristianos bautizados católicos y, así, entre todos tendríamos que responder. En este sentido yo proponía que tenemos que asumir el reto todos. 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 México, la Iglesia no ha intervenido en nada. Más aún, 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 se puede hacer por nosotros: que nos unamos para establecer una ayuda efectiva a diferentes niveles.

Esta enfermedad ha traído consigo el problema de la homosexualidad. ¿Qué actitud debemos tener ante el homosexual: aceptar sus prácticas sexuales, o simplemente respetarlo como ser humano y, si es enfermo de SIDA, ayudarlo?

**RESPUESTA DEL DR JORGE MANZANO SJ**  
El tema de este panel no es la homosexualidad. No rehuímos el tema. Sólo que es un problema sumamente amplio que no podemos responder con un sí o un no. 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 ciertamente el gran porcentaje inicial se dio en el campo homosexual, lo cual no pasó en Africa. Como hemos visto en estas conferencias, no podemos tomar como equivalentes

SIDA = homosexual o SIDA = homosexualidad.

*Nota respecto al Triángulo Rosa:* en el Instituto nos pareció conveniente invitar a otras instituciones para estas conferencias entre las que está el Triángulo Rosa. Este es un grupo, hasta donde yo conozco, de ideales elevados hasta donde se puede garantizar todo; también nosotros somos de ideales muy elevados hasta donde se puede garantizar todo. . .

**RESPUESTA DEL DR JOSE ROMERO**  
Quisiera hacer un comentario respecto a esta inquietud, relacionada con una pregunta de ayer en la que se afirmaba que el homosexual es un desviado.

Dentro del campo psicológico ha habido diversas categorías aplicadas a los homosexuales: a prin-

cipios de siglo se les llamaba "perversos sexuales"; después se les "mejoró" y se les llamó "desviados sexuales"; y actualmente se reconoce al homosexual como un estilo de selección de pareja y de vivencia de lo que es el amor y la relación.

Se puede estar de acuerdo o no. Pero es necesaria un poco más de apertura para conocer más ampliamente no sólo el fenómeno homosexual sino también el heterosexual.

¿Qué posibilidad hay de que cambie la posición oficial de la Iglesia respecto al uso de preservativos? Concretamente en Guadalajara hay dos farmacias importantes que no venden condones.

**RESPUESTA DEL LIC LUIS OCHOA, SJ**  
Creo que si nos quedamos solamente con la posición de la Iglesia en México, no abarcamos toda la realidad del avance que se está verificando en otras partes del mundo. En otros episcopados hay un avance muy esperanzador en este punto.

Por otro lado, me remonto a la encíclica "Humanae Vitae" en la que el Papa Paulo VI no habla nunca de estos puntos como cuestiones de fe, sino que deja el campo abierto para que otros estudiosos sigan estudiando. El no se fundamenta en argumentos dogmáticos sino filosóficos.

Sí tengo esperanzas de que esto vaya cambiando. Además hay que tener en cuenta que movimientos de este tipo en la historia de la Iglesia no han cambiado en poco tiempo. Ha habido muchos cambios pero se han hecho con el tiempo. Por esto hay que considerar en este punto que el que realmente va al timón de nuestra nave es Dios y en Él podemos confiar. Más tarde o más temprano llegará un tiempo en que se esclarezca esta verdad.

Dr Ernesto, usted ayer hablaba de estadísticas, entre ellas la del costo de atención a un enfermo de SIDA: en Estados Unidos 75,000 dólares; en México, varios millones. El Dr Navarro nos hablaba de que una persona puede no contraer la enfermedad si tenía un medio favorable, medio que sólo los ricos pueden tener. ¿Hay en México instituciones que se dedican a aportar dinero o a crear las condiciones óptimas para un tratamiento de enfermos con SIDA?

**RESPUESTA DEL DR ERNESTO TORRES**  
En cuanto al tratamiento médico propiamente dicho, éste lo asumen las instituciones oficiales de seguridad social o la Secretaría de Salud. Sin embargo, el apoyo psicológico, fraterno, amisto-

so, solidario, no lo pueden ofrecer estas instituciones. En el Distrito Federal existe la Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA, en Guadalajara, el Proyecto Azomalli que trabaja en difusión de prácticas de sexo sano. Existen otros grupos gays como la Iglesia de la Comunidad Metropolitana, organización ecuménica que ofrece información sobre SIDA a sus miembros; nuestro grupo, Comunidad Triángulo Rosa, con un trabajo de investigación y difusión de información a través de su publicación *Crisálida*, y conferencias en escuelas y universidades. Además existe el Centro de Apoyo a la Comunidad Gay, propiedad de un conocido activista gay, que eventualmente ofrece conferencia sobre el tema.

Como se ha dicho, el amor es muy importante en la atención a los enfermos de SIDA; pero el amor no basta. El enfermo necesita otro tipo de ayudas como la de una atención eficaz. Dado lo costoso e ineficaz de los tratamientos actuales, se me ocurre que una alternativa es la homeopatía, que no es costosa, pero que no ha sido aceptada por la medicina oficial. Deberíamos, pues, informarnos más profundamente de lo que es la homeopatía y dejarla como una opción.

#### COMPLEMENTACION DEL DR JOSE ROMERO

Una de las cosas más importantes dentro del tratamiento psicológico es lo más barato y todos lo podemos dar: el escuchar al enfermo y a la familia. Creo que en el enfermo la característica más importante es un silencio interior. Y el hablar es para él una fuente de encuentro de posibilidades y alternativas frente a su problema de salud o familiar. Por esto es importante aprender a escuchar sin juzgar. El escuchar tiene repercusiones curativas: disminuye la necesidad de drogas, se requieren menos analgésicos, menos consultas médicas, etc.

Se ha dicho que la doctrina infalible de la Iglesia se sustenta en la Biblia y en la Tradición. La Biblia es tanto el Antiguo como el Nuevo Testamento. Y mi confusión es en esto. El P López Barrio habló sobre la manera de concebir la enfermedad en el AT; y el P Bravo, sobre la actitud de Jesús ante los enfermos. Y mi confusión es que los principios morales se fundamentan en ambos libros, y me parece que ambos se contradicen aunque ambos sean buenos.

#### RESPUESTA DEL DR CARLOS BRAVO, SJ

Para responder quisiera referirme a la carta a los Hebreos en la que se dice al principio que Dios ha hablado mucho y de muchas maneras a través

de los profetas y, finalmente, nos ha hablado en su Hijo. Con esto se habla de 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, de una Revelación procesual hecha en dimensiones culturales y situaciones sociales diferentes. Nosotros mismos tenemos la experiencia de esta procesualidad en nuestra experiencia de Dios. . . Sin embargo, hay una continuidad. El que la Revelación esté en el AT y en el NT, no quiere decir que esté de la misma manera. Además hay que tener en cuenta los géneros literarios, contextos culturales, expresiones inexactas, etc. De esto hay muchos ejemplos: la narración de la creación en siete días, la poligamia, etc. Es un proceso que hay que interpretar. Un error es interpretar literalmente que es lo que hace el fundamentalismo, porque entonces sí se vive en la contradicción permanente.

#### RESPUESTA DEL LIC LUIS OCHOA, SJ

Cuando decía que la Revelación está contenida en esas dos partes del depósito total, no se quiere decir que todo lo que se afirme en esos dos libros o todo lo que se haga a través de la Tradición es necesariamente una cuestión de fe. Porque en la Biblia hay, por ejemplo, muchas narraciones de tipo histórico sobre conductas de las personas, como en el caso de los fariseos, en las que no hay evidentemente una afirmación invitatoria a llevar ese tipo de conducta. Lo que llamamos verdadera Revelación del Señor son aquellas manifestaciones de Dios de tipo doctrinal, de manera que nos acercan al conocimiento de Dios. Todo lo que El haya dicho en este contexto es lo Revelado, no las historias de conductas, etc.

#### RESPUESTA DEL DR JORGE MANZANO, SJ

Toda la Biblia, desde la primera letra del Génesis hasta la última del Apocalipsis, nos habla de Jesús. Pero al principio sólo entre sombras y cuando llega él, él es la plena luz. ¿Vamos a tirar las sombras? Nos darían ganas, pero Jesús dice que él no viene a destruir nada, sino a llevar la Ley a su plenitud. Un ejemplo de esto es el caso de la pureza en el AT y en el NT.

No hay curación aún para el SIDA, y el tratamiento además de ser costoso no es efectivo. ¿Cuál es su causa? No se sabe. Ciertamente que la homeopatía es una alternativa en la medicina, pero se nos olvida una que es más importante que todas: la medicina tradicional o herbolaria. Esta

se descarta sin más, a pesar de que muchas medicinas están hechas a base de hierbas. En las universidades se ha descartado la botánica. En la medicina tradicional tenemos muchas cosas que han dado resultados, no totalmente favorables, pero sí algunos esperanzadores en el tratamiento de enfermos de SIDA.

Un joven que se entera que está contagiado de SIDA siente, supongo, un mínimo de ánimo para superar este mal. Sin embargo, su estado psicológico de rebeldía persiste. ¿Cómo podría usted

convencerlo de no tener relaciones sexuales con personas sanas?

#### RESPUESTA DEL LIC LUIS OCHOA, SJ

No creo que exista una respuesta estandar para todos los casos. Si yo conociera previamente a este joven, debería tratar de mover sus resortes motivacionales para invitarle a que llegue a esta conclusión. Ahora bien, si no lo conozco, creo que se impondría para mí el conversar con él un mínimo suficiente, que me ayudara a conocer por dónde van estos resortes que se pueden utilizar.



---

# ENTREVISTA

## A UN ENFERMO

---

- ¿Cuándo fue la primera vez que oíste sobre el SIDA?
- Fue a partir de que me hicieron la prueba, en mayo del 87, y pues me interesé más al verlo en periodicos y en la televisión.
- ¿Te hiciste la prueba para saber por pura casualidad si eras positivo o negativo?
- No, desde diciembre de 1982, ya andaba con los síntomas del SIDA, en ese tiempo yo no sabía nada de que se trataba. Acudí al dermatológico, donde me revisaron e hicieron algunas preguntas y después de eso me informaron que ahí no hacían ese tipo de exámenes y luego me enviaron al Centro Médico.
- ¿En el dermatológico te preguntaron si eras homosexual?
- Si, y también me preguntaron si había tenido relaciones sexuales en EE.UU o si había recibido alguna donación de sangre, y... les dije, que si había recibido la donación de sangre en una operación. Después fui con José Jiménez, le conté todo y me dijo: "creo que vas a salir positivo".
- ¿Con lo que te dijo tu amigo como te sentiste?
- Al principio no le creí, y dije sea lo que Dios quiera, y de ahí fui al Hospital Civil en donde me examinaron e interrogaron. Pasó el tiempo me empecé a poner más nervioso, tenía muchas dudas, pues se manifestaban más en mi los síntomas de la enfermedad. Y pensaba. Si salgo positivo ¿Dios mío qué voy a hacer? ¿Cómo me voy a enfrentar a mis padres? Y algunas preguntas similares.
- Antes de darte los resultados, ¿te prepararon psicológicamente?
- No, antes de saber los resultados, fui al templecito que se encuentra junto al Hospital y le dije al Señor: "Señor, tu sabes si me lo das o no me lo das; y sí salgo positivo ayudame a soportarlo". Iba confortado, pero espiritualmente

mente por el Señor. Entonces ya en el Hospital la Doctora me dijo: no me gusta dar este tipo de noticias pero saliste positivo, ella pensó que yo iba a gritar o algo parecido, pero yo me quedé callado y agache la cabeza; me pregunto que si me sentía mal y le respondí que sí, que estaba desconcertado pero que lo iba a tomar tranquilamente, pero no sabía como lo iba a enfrentar con mi familia.

Me ofreció ayuda psicológica para decirlo ante mi familia y le conteste que no. La doctora se portó bastante bien. Luego me dió algunas instrucciones de cuidados para con mi familia, como echarle un chorrito de cloro a la tasa del baño después de usarlo, lavar la ropa interior también con cloro, pero que sí podía usar el mismo baño y usar la misma loza que utiliza mi familia. Pero por las dudas aunque no es necesario separé mi loza, ya que a uno le dan muchos temores de contagiar a alguien y más cuando escucho que alguno "anda mal del estomago".

Además que el virus dura dos horas vivo fuera del cuerpo, pero se dice que no se transmite por la orina, lagrimas, sudor o saliva, pero sí por el semen o sangre.

- Al llegar a tu casa ¿se los dijiste a tus padres?
- No, pero mi madre me notaba nervioso y me dijo después de haberle dicho que me había hecho dichos exámenes: "Hijo, soy una madre del siglo XX, nada me espantaría, no te sientas rechazado, nosotros te ayudaremos en todo, nomas dime que debemos hacer, yo aun traté de negarlo todo y le dije: "mami si todavía no se nada". Al día siguiente me dije: Chin, como se lo voy a decir, le va a dar un infarto.

Fui con Pedro Preciado para que me orientara, me dio ánimo y me dijo que no me preocupara. Pero lo que mas me desconcertó fue que mi caso se publicara en la revista PROCESO.

- ¿Y no supiste quien lo mando publicar?
- No, pero cuando fui de nuevo con Pedro Preciado: me dijo: "¡Ay! ya te hiciste famoso" y le contesté: "¿y eso?", y que me enseña la revista en donde decía que yo era religioso, que era portador del virus y que no sabía como enfrentarme a la comunidad.
- ¿Y el artículo que escribió Pedro Preciado en la revista PROCESO te perjudicó?
- Mucho, a tal grado que hubo rechazo para mi

cuando estuve internado.

- ¿Sentiste a parte de este rechazo algun otro?
  - De mis padres y hermanos no, de los amigos de siempre no; más bien fueron de los amigos ocasionales que siempre me hacían preguntas por morbo.
  - ¿Cuándo y cuáles fueron los primeros síntomas?
  - Fue por 1982, una mancha, luego la diarrea, falta de apetito, mareos, ganglios inflamados, todo eso.
  - ¿Qué te decían los médicos?
  - Simplemente que era un caso interesante.
  - ¿Tenías pareja cuando supiste lo de tu enfermedad?
  - No.
  - ¿Lo saben en tu trabajo?
  - No, no lo saben, sí lo supieran me despedirían, estoy afiliado al IMSS y buscaría la forma de sacarle una pensión.
  - ¿Cómo se tratan entre ustedes los enfermos del SIDA?
  - Nos damos apoyo mutuo, cuando a alguien le falta apetito le decimos "come porque si no te lleva el carajo", a muchos los abandonan sus familiares y algunos van pero no entran con ellos, es muy feo ver morir a un compañero, queda como calcomanía.
  - ¿La gente gay te ha apoyado?
  - Si, la gente que ya nos conocíamos si, y la gente que yo no conocía también, ahora somos amigos.
- En una situación muy difícil como esta, la verdad, no sabes a donde correr.
- ¿Cómo te enteraste de Triangulo Rosa?
  - Es que conozco a varios de ustedes. Del grupo de lesbianas no conozco a nadie y de ellas estoy muy poco informado.
  - ¿Puedes comentarnos más sobre los proble-

mas que te causó la publicación de tu caso?

- Cuando la Dra se enteró se enojó bastante porque yo había quemado a los religiosos y le dije que no sabía nada, que igual me pasó con la entrevista por radio, yo conteste el teléfono en mi casa, pero yo no sabía que en ese momento estaba saliendo al aire. Entonces le explique a la Dra que ya había hablado con los religiosos para que no buscaran entre ellos y, además, no era en la orden que ella decía. Ella me dijo que era la segunda clase de moral que me daba, siendo que yo debería darle clases a ella, todo esto después de una serie de alegatillas.
- ¿Cómo se llama la Doctora?
- Doctora Vargas.
- ¿Y no te has quejado en la Dirección?
- Pensaba ir a la subdirección del Centro Médico, incluso de ser posible, pedir el cambio del medico, creo que la doctora no debe meterse con la vida privada de los pacientes.
- ¿Los religiosos se enteraron del artículo publicado?
- Si, y además les dije la verdad. Dio la casualidad de que del seminario llamaron preguntando por mi y contesto mi mamá diciendoles que me encontraba internado en el hospital, y se asombraron ¡como! ¿en el hospital? Después un padre me visitó a mi casa y durante la platica, entre broma y broma me dijo: "¡que se me hace que tienes SIDA?" ¿Y sí fuera cierto? le conteste ¿que haría usted? Me contestó "sería un escándalo grandísimo, pero no eres el unico con SIDA, ya se murió un Padre"; le pregunte ¿quién? Y contestó: "no, no, no, nadie de nosotros".

Cuando se enteraron en la ciudad de México, un maestro mío echo el grito: "¡Ay! no, ¿y como está tu familia?" y le contesté: pues aguitados, y tú ¿como estas? "¡Ay! pues ni modo que me ponga a bailar". No se ustedes que vayan a decir. . . ¿qué voy a hacer. . .? Y me dijo: "ahora le hablo a la comunidad".

Hasta mucho después el padre estaba muy molesto por lo publicado porque el escándalo sería mayusculo y más para ellos. Además le dije: ¿dónde estaba la caridad para con el enfermo? ¿Dónde esta la fraternidad? ¿Dónde

está la humildad? ¿Qué mientras estuve bueno y sano ayudé cuando estuvieron enfermos y necesitados? El me respondió: "que la orden no estaba dispuesta de aceptar enfermos" Le dije lo de las reglas. . . "Y si alguno de los hermanos cae enfermo, los otros hermanos deberán servir como quisieran ellos ser servidos" (cfr Mateo 7,12).

Y hasta la fecha no me han llamado.

- ¿Qué te gustaría que dijeran en las conferencias sobre el SIDA?
- Lo principal es que se intensificara una campaña para prevenir, porque el SIDA se puede prevenir, hace falta mucha información sobre el SIDA en las escuelas, universidades, fabricas, etc. Ahora ya no existen grupos de alto riesgo, cualquiera puede ser infectado.
- Y tu vida sexual ¿es activa?



- No, nada de activa.
  - ¿Desde que saliste del seminario?
  - Hago de cuenta que sigo en él. Tranquilo sin nada de nada, no quiero que la gente pase la misma experiencia que yo, sé que se morirían lentamente y no quiero ser el culpable.
  - Ha habido propuestas en ocasiones de algún chico?
  - Por supuesto, les digo que gracias y se quedan conmigo platicando. Hace falta que se publique, que se impulse más información sobre esto.
  - ¿Crees que el SIDA es un castigo de Dios?
  - Me recordaste lo que me dijo el padre: "¿Y ya se perdió tu fe en Dios"? Le respondí: todavía creo en Dios y más, pero en hombres como ustedes ¡no creeré jamás! Y afortunadamente es Dios quien me va a juzgar y no el hombre.
  - Entonces desde que tuviste el rechazo del seminario ¿cambio tu concepto de los sacerdotes?
  - Mira, hay excepciones, hay sacerdotes muy buena onda, hay otros que quizás por la desinformación que se tiene al respecto, rechazan, tienden más bien medio a atacar el problema o enfrentarse.
- Yo no veo al SIDA como un castigo de Dios, más bien como un mensaje que da nuestro Señor a través de mí a la demás gente. Algo tengo que hacer todavía en esta bella vida. Ya me salve del terremoto en México y de las operaciones que nomas no eran nada, ¡y todavía ando aquí! Algo he de hacer todavía. ¿Que es? ¡Quién sabe! pero castigo de Dios, no.
- ¿Qué piensas hacer?
  - Espero ayudar a personas que estan en las mismas circunstancias, porque es la que más necesita de amigos que le tiendan las manos. Hay veces que el enfermo se ensucia y no hay gente que se le acerque porque huele muy feo y los excrementos dan asco.
  - ¿Qué esperas?
  - Espero una muerte tranquila y mientras viva

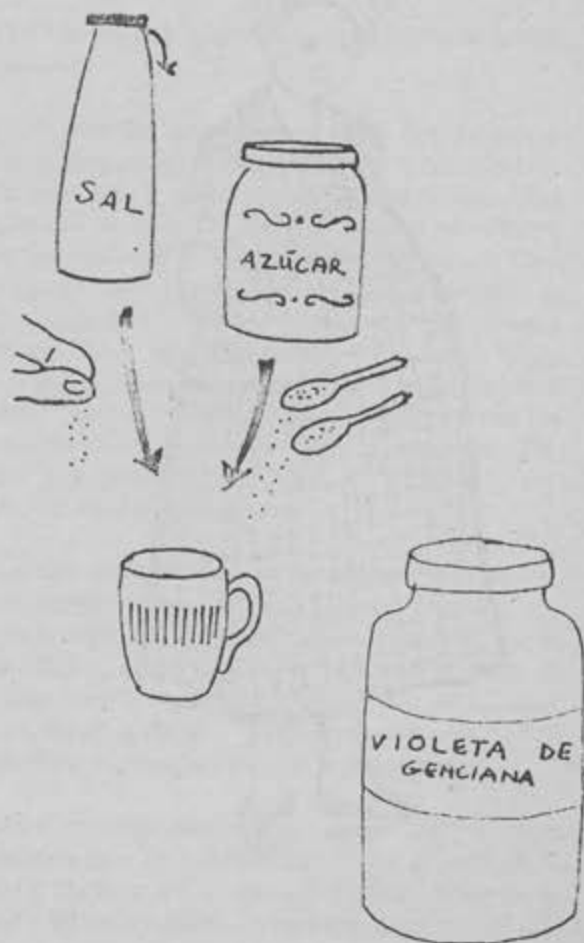
poder ayudar a los demás. Da miedo tener una muerte violenta, da angustia y dolor saber que lo van a incinerar.

- ¿Ha habido represión en tu trabajo?
- No, no porque lo desconocen.
- ¿Qué piensas de niños que nacen con SIDA o que lo contraen desde muy pequeños?
- Pues yo digo que es un enigma del Señor, no es un castigo de Dios, él se nos manifiesta en los niños para que se vea que no nomás es una cosa de unas cuantas personas pecadoras, porque los niños ¿que pecados tienen? ninguno. Yo podría decir que la Iglesia también debe tener conciencia de esto, porque es un eslabón muy necesario para quien sea, de la religión o modo de pensar que sea.
- ¿Cuál es tu opinión del Panel que organiza el Instituto Libre de Filosofía y Ciencias?
- Era lo que más esperaba, que gente de la Iglesia tomara cartas en el asunto y esto inspira esperanzas, de que algo se tiene que hacer, y bendito Dios, que El se manifiesta a toda la gente. Yo creo que es el primer paso que se da.
- Si, un paso muy grande, y si funciona bien podría repetirse en algunos barrios.
- Es muy importante hacerle más propaganda.
- ¿Piensas invitar a tu familia?
- Ya los invité.
- ¿Van a asistir?
- Si, porque hay un punto muy interesante para ellos, es la atención pastoral al enfermo y a su familia.
- ¿Qué estas haciendo para controlar el virus? ¿Tomas alguna medicina?
- Actualmente estoy tomando un tratamiento naturista, son puras plantas medicinales y tal parece que esto esta funcionando, porque ya empiezo a aumentar de peso al igual que un amigo que ya esta gordo y chapeteado, cosa que antes parecía calcomanía, lo natural es tardado pero efectivo.
- En el aspecto político, sobre el manejo que se

ha dado al SIDA ¿qué piensas de la campaña de la Secretaría de Salud, antes del destape del precandidato del P.R.I. a la presidencia de la república? Antes de esto se difundió mucha información, pero cuando supieron los nombres de los seis y no apareció el secretario de salud, dicha información desapareció.

- Yo creo que son intereses que tiene la persona, hay bastante gente oportunista que nomas esta viendo la forma de hacer dinero, le interesa más su economía y su carrera política.
- ¿Hay mucha gente con la enfermedad?
- Si, se esta duplicando, sobre todo en gente joven, desgraciadamente algunos medicos y enfermeras nos rechazan y da miedo tratar con ellos.
- Gracias por todo.
- De nada.

Entrevistó: Salvador Reyes.



## **EUCARISTIA: MEMORIAL DE LA VICTORIA DE LA VIDA (Lc 22, 14-23)**

Paulo Lockmann

Sentarse a la mesa como espacio de transmisión de la tradición y fortalecimiento para la lucha.

Queremos mostrar en este estudio bíblico cómo la experiencia de la comida pascual sirvió como espacio de formación y transmisión de una tradición liberadora.

Sentarse juntos, comer y compartir era —y continúa siendo— un lugar cualitativamente vital en la manifestación de la vida que viene de Dios. En estos momentos comunitarios Dios se alegraba y sigue alegrándose y haciendo sentir su presencia. En estos momentos crecen el compromiso y la solidaridad en la lucha por la justicia y por el Reino de Dios.

Por eso las fuerzas que conspiran contra el pueblo hacen una relación y ven una tradición subversiva a sus intereses de opresión y muerte cuando ven al pueblo de Dios que comparte el pan, reparte los problemas, se ayuda mutuamente y camina con las manos unidas.

Es ahí en donde se evidencia la fuerza de la comida pascual como generadora de tradiciones y creadora de lazos de compromiso liberador en medio del pueblo. Esto contradice una línea de interpretación que ve en la eucaristía solamente una celebración expiatoria, en donde la memoria de la subversión en el orden histórico y económico es acallada y vuelta inofensiva.

En el primer orden histórico fue Egipto, con su sociedad esclavista. Allá Dios desestabiliza la sociedad y libera a Israel del yugo del Faraón. La

comida pascual va a actualizar esto en cada celebración. En el segundo orden está Dios en Jesucristo, que va al encuentro de los pobres y cuestiona a una sociedad que, a través del sistema de pureza, estableció una élite dominante; dicha élite hace alianza con un rey usurpador (Herodes) y con el imperialismo extranjero de Roma. Esos poderes quedan desestabilizados en la vida de Jesús y de sus seguidores.

Uno de los principales cuestionamientos de Jesús se da en relación al templo y al poder organizado ahí. La clase sacerdotal y sus seguidores habían neutralizado la fuerza liberadora de la celebración pascual (Lc 19,39). No en balde piden a Jesús que haga callar al pueblo en ocasión de su entrada a Jerusalén. Lo que querían era agotar la esperanza y la memoria de la liberación contenida en el acontecimiento pascual, en provecho de la preservación del culto y de una falsa seguridad.

En Jesús Dios vuelve a reunir a los pobres, al igual que los profetas hicieron tantas veces a lo largo de la historia de Israel, restableciendo así en la Eucaristía el ideal de liberación.

¿Cómo se da esto? De entre las muchas posibilidades de estudio y reflexión, nos gustaría detenernos en el estudio de la Eucaristía en Lc 22, 14-23.

### **EUCARISTIA COMO ACCION DE GRACIAS**

*"Y tomando el cáliz, después de dar gracias, dijo: tomen y repártanlo entre ustedes" (Lc 22,17)*

Sin duda el relato de Lucas tiene un orden diferente al de los demás evangelios sinópticos. Es porque sigue de cerca el ritual de la celebración de la Pascua judía.

Dado que la cena de Jesús con sus discípulos fue una cena pascual, seguía entonces este orden: el jefe de familia o del grupo levantaba primero la copa de vino y pronunciaba la fórmula de acción de gracias: *'alabado seas Tú, Yahvé, nuestro Dios, Rey del mundo, que creaste el fruto de la vid'*. Ciertamente Jesús debió haber hecho lo mismo.

La pregunta entonces es: ¿cuál es la importancia de esta acción de gracias? ¡Vital! Aquí es donde se pone adecuadamente la pregunta de a quién debe rendirse culto; a quién pertenece la tierra, la vid y su fruto. Estas son cuestiones de actualidad permanente.

En Egipto el faraón quedó muy indignado por las acciones del pueblo de Israel quien, en vez de rendirle culto al mismo faraón, quiso celebrarle a un dios desconocido en el desierto. Pero el motivo de la indignación de Yahvé tiene también una base económica, pues sabemos que Israel era la 'mano de obra' barata y esclava de aquel tiempo, puesta al servicio de las grandes construcciones del faraón. La reacción del faraón es característica de la de aquellos que no quieren perder control sobre el pueblo. El faraón quiere mantenerlo esclavo.

De igual manera hoy los grandes terratenientes o empresas agrícolas, al juzgarse como dueños de la tierra, quieren ser reconocidos así por el pueblo. No reconocen que este pueblo, al hacer producir la tierra y al regarla con su sudor, se vuelve el dueño legítimo del fruto que la tierra produce. Así lo afirma la misma Biblia, al decir que la tierra es de Dios (Lev 25).

Entonces queda claro que la Acción de Gracias es afirmación del señorío de Yahvé, porque muchas veces se ha puesto en contra de los falsos señores en favor del pueblo, desestabilizándoles su falso poder y liberando al pueblo. ¡Asombra todo lo que está detrás de la elevación del cáliz en la Eucaristía!

## EUCARISTIA COMO COMUNION

*"Tomen y repártanlo entre ustedes" (Lc 22,30)*

Uno de los elementos fundamentales en la experiencia de la Eucaristía es su carácter de comunión; ahí adquieren significado profundamente humano y divino las expresiones como perdón, fe, amor, justicia. Ahí se crean lazos profundos de compromiso entre las personas, por los que de pronto nos volvemos al cuerpo de Cristo y miembros unos de otros. Apoyamos y somos apoyados en una misma jornada.

Una de las características más vivas de los movimientos de restauración del verdadero Israel y de su memoria histórica era el carácter de solidaridad y compromiso radical de unos con otros: la comunión. Eso quedó marcado, en un primer

momento, en el movimiento de los Macabeos (1 Mac 2,41-43). Más tarde los mismos esenios, en el desierto de Judá, vivieron también un régimen y repartición de sus bienes.

Cuando hablamos de la comunidad de Qumrán, debemos mencionar que el mismo Libro de la Regla de la Comunidad enfatizaba el carácter de comunión y compromiso mutuo de repartir. De esa manera todos habían de tener siempre lo suficiente para la vida. El mismo trabajo tenía el carácter comunitario y de ayuda mutua.

Entre todos estos movimientos, la cena pascual tiene siempre un carácter solidario y de renovación del compromiso con Dios y, de ese modo, de unos con otros. Se hacía así un espacio de renovación de la esperanza y de las fuerzas para el tiempo de lucha que se acercaba. También era superación del pecado, muchas veces enraizado en la vida de la comunidad, causante de la división y la muerte.

Se trataba de un momento decisivo, dado que en el contexto de esos movimientos bíblicos estaba presente la fe en la posibilidad de que Dios, a través de aquella cena pascual, volviera a actuar con poder y los liberara de los opresores, como lo hizo en Egipto.

Tal esperanza está comprobada en diversos elementos. Durante la dominación romana la guardia de Jerusalén era doble, teniendo en cuenta que muchos movimientos mesiánicos de liberación podrían ocurrir durante la fiesta nacional. Otro ejemplo es la revuelta de Matatías, el Macabeo, que surgió por la prohibición de celebrar la pascua que hizo Antíoco IV, el rey helenista de la dinastía de los Seléucidas. Además, según los escritos de la Apocalíptica judía, el juicio de Yahvé sobre Edom y las naciones paganas de la tierra ocurriría en la pascua y también, consecuentemente, vendría la liberación de Israel.

Por eso cuando Jesús dice: *'pero la mano del que me entrega está conmigo a la mesa'* (Lc 22,21) comprueba que hay una contrapropuesta a la comunión y a la esperanza. En medio de la comunión, del compartir el cáliz y partir el pan en común, quedan en evidencia las intenciones de los corazones y de los opresores, se trató del faraón o de otros. Ante los propósitos liberadores de la Pascua nada puede quedar escondido; todo debe quedar al descubierto para que haya plena comunión en esa jornada.

A partir de esta comprensión podemos entender

la tradición de la comunión, del compartir y del compromiso que continuó la Iglesia. Eso queda testimoniado en el Evangelio pues, en el relato de la cena, queda proyectada la vivencia de la misma Iglesia, así también, en los Hechos de los Apóstoles, los textos nos dicen que "... *en común. . . vendían sus propiedades, las repartían entre todos. . . eran un solo corazón y una sola alma. . . tenían todas las cosas en común. . . y no había entre ellos ningún necesitado. . .*" (He 2, 42-47; 4,32-34) Las cartas también nos dan testimonio de esta práctica.

Con lo anterior podemos entender la indignación del apóstol Pablo al saber lo que pasaba en Corinto (1 Cor 11,18-26), en donde la Eucaristía había perdido su carácter de comunión en el compartir, cayendo en un modo individualista: unos comían y se embriagaban, mientras otros pasaban hambre.

Tomando esto como base podemos decir que la Eucaristía no está completa si unos no tienen qué comer y, por otro lado, otros comen y se embriagan en sus *'parrandas'*. Este cuadro es el que vemos en Brasil. La Eucaristía tiene que convertirse en una experiencia plena y real en la comunidad brasileña. No es posible repartir el pan a solamente unos pocos. Esto no sería comunión, sino violencia. Por tanto, hablar de la pascua es hablar de repartir el pan y restituir así al trabajo y al trabajador la abundancia de pan que nuestra tierra brasileña quiere y puede darle.

De esta manera, en el culto de cada misa, hacemos un momento de interpelación y resistencia a los que no quieren compartir el pan.

#### **EUCARISTIA COMO MEMORIAL: ANAMNESIS**

*"Y tomó pan, dio gracias, lo partió y se lo dio diciendo: 'este es mi cuerpo que va a ser entregado por vosotros; haced esto en memoria mía'" (Lc 22,19).*

Es fundamental tener en la memoria el contenido liberador de los hechos de Dios en la Historia. Ellos nos dan fuerza y se actualizan en la jornada del pueblo de Dios. La Eucaristía tiene claro ese objetivo, conforme a la voluntad expresada por Jesús en el texto que nos ocupa.

Olvidar la historia solo les interesa a los opresores que esperan siempre sacar partido. Dos ejemplos característicos: a propósito del problema de los nazistas hasta nuestros días, dos jóvenes alemanes decían: 'la gran tesis de los nazistas es

que el pueblo un día va a olvidar la gran desgracia que fue el nazismo para los alemanes y para el mundo'. Otro ejemplo más próximo, sacado de la historia del Brasil: Antonio Conselheiro se presenta en los libros de texto como un fanático religioso, pasando por alto toda una página de lucha de liberación popular. Así es como se intenta aniquilar la memoria de los pobres y de su lucha de liberación.

Pero, por otro lado, no hay duda en cuanto a lo que Dios pretendía con la institución de la Pascua. Los escritores bíblicos reproducirían con claridad este propósito: "... es la Pascua de Yahvé. Este será un día memorable (recordatorio) para ustedes, y celebrarán como fiesta en honor de Yahvé, de *generación en generación*. Decretarán que sea fiesta *para siempre*" (Ex 12, 11-14). O también: "Guarden este mandamiento (Pascua) como *decreto perpetuo* para ustedes y para sus hijos. También *guardarán* este ritual cuando hayan entrado en la tierra que les dará Yahvé, según su promesa. Y cuando les pregunten sus hijos: ¿qué significa para ustedes este rito?, responderán: este es el sacrificio de la Pascua de Yahvé, que pasó frente a las casas de las israelitas en Egipto, cuando hirió a los egipcios y salvó nuestras casas" (Ex 12,24-27a). Entre las muchas expresiones que evocan la memoria subrayamos el término *recordar*.

De manera semejante el texto de la institución de la Eucaristía de Lucas 22, muy característico, subraya con claridad en el versículo 19 el imperativo *hagan* y el sustantivo clave *anamnesis-memoria*. Con eso queda claro que estaba en la mente de Dios y de su hijo Jesús el deseo de que, en el movimiento de la historia de la salvación, la Eucaristía quedara como la nueva Pascua. Y también, que la *memoria* del compromiso de Jesús con los *pobres* y su conflicto con los egipcios de su tiempo (romanos, Herodes y sacerdotes) fuera recordado para siempre; con el propósito de no olvidar que nuestro Dios es un Dios comprometido, que actúa con justicia. De eso queda la prueba de su acción en Egipto y, dando un gran salto, su acción en Jesús.

Este es el Dios de la Biblia. Un Dios que, histórica y socialmente, toma partido. Y toma partido en favor del pobre, del que sufre, de los esclavos, todas categorías socio-históricas que ahora llamamos opresión. Y toma partido, actúa contra el rico y el poderoso faraón, al igualmente rico y poderoso Herodes, contra los sacerdotes y, a través de los dos últimos, contra el imperalismo romano. Toda esta carga anámne-

sis-memoria es la que debe recordarse en la Eucaristía.

## EUCARISTIA COMO RENOVACION DE LA ALIANZA

*"Este cáliz es la Nueva Alianza en mi sangre, que será derramada por vosotros" (Lc 22,20).*

Subrayamos en este texto de Lucas y Pablo (1Cor 11) las palabras *Nueva Alianza*, en donde se da ya una interpretación de la comunidad primitiva; esta comunidad sintetizó diferentes tradiciones y organizó su propio calendario litúrgico y su propia forma de culto. Entendió así la Eucaristía como el proseguimiento de la Alianza con Dios, ahora en una nueva expresión. Ahí el pecado es superado y ya se encamina la comunidad a un nuevo orden de justicia.

La importancia de subrayar este hecho está en el sentido histórico, que es consecuencia de la acción de Dios. La mayor parte de las interpretaciones de este texto se vuelve al pasado; eso es importante, ciertamente. Pero el sentido de una Nueva Alianza se lanza al futuro, significando que Dios, a partir de la experiencia Eucarística de la comunidad, está dispuesto siempre a recomenzar una nueva caminata de liberación, de superación del yugo que aprisiona y que impide que la Alianza de justicia se cumpla. Así pues, a la Alianza viene junto una ley de *justicia*, que queda expresada en el Evangelio.

Esto es: necesitamos adquirir cada vez más una comprensión dinámica de la Alianza en Cristo, pues fue hecha en sangre. Eso significaba y significa: *para siempre*. Por tanto, aunque nosotros no lo recordemos, Dios se acuerda siempre del sacrificio de su Hijo Jesús. Del mismo modo recordamos a los que, en medio de nosotros y siguiendo el ejemplo de Jesús, fueron sacrificados en la lucha por la justicia. La sangre de Jesús, al derramarse, traza un rastro de justicia para el futuro. La señal de que la Alianza está hecha y que la lucha continúa es que *Dios está con nosotros*; eso es lo importante.

Jesús está presente. Este es el gran anuncio de la Nueva Alianza en la experiencia de la comunión del cuerpo y de la sangre de Jesús; son los símbolos de la Nueva Alianza, en donde la presencia de Jesús es actualizada y subrayada.

## LA EUCARISTIA COMO COMIDA QUE PREFIGURA EL BANQUETE Mesianico

*"Les digo que no la comeré más, hasta que se cumpla el Reino de Dios" (Lc 22,16).*

Finalmente, Jesús deja claro su deseo de volver a celebrar la Eucaristía con todos. Este es el sentido escatológico de la Eucaristía.

El carácter escatológico de la Eucaristía fue anunciado ya antes de la última Pascua por el mismo Jesús, en la parábola del banquete (Lc 14,15-24). La parábola es un eco de la apocalíptica judía, de donde viene la imagen de un banquete mesiánico. Con el coronamiento del reinado de Dios, en el sello de la humanidad, en la plena realización de la justicia, el banquete mesiánico cumple una función simbólica del estado ideal según los ojos de Dios; todos en fraternidad, compartiendo el pan y sentados a la mesa con Dios y su Hijo Jesucristo, Nuestro Señor.

Por lo tanto, en la Eucaristía se prefigura el ideal de Dios. En la Acción de Gracias reconocemos y proclamamos que todo pertenece a Dios. Mantenemos viva la *memoria de la liberación*, potencialmente siempre presente. Reafirmamos nuestra fe en la Nueva Alianza, sellada en la sangre de Jesús y de sus seguidores. Vivimos la comunión del *compartir el pan*. Finalmente, seguimos de frente, fortalecidos unos con otros, en la lucha de anunciar y construir el Reino de Dios, en donde todos puedan comer pan a llenar.

Tomado de la Revista *Eclesiastica Brasileira* Estudios Bíblicos 8.

Traducción: Carlos Cervantes.