



ALBOAN

SIDA desde una perspectiva de justicia. Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo

BFA
DFBBizkaiko Foru
Aldundia
Diputación
Foral de Bizkaia

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

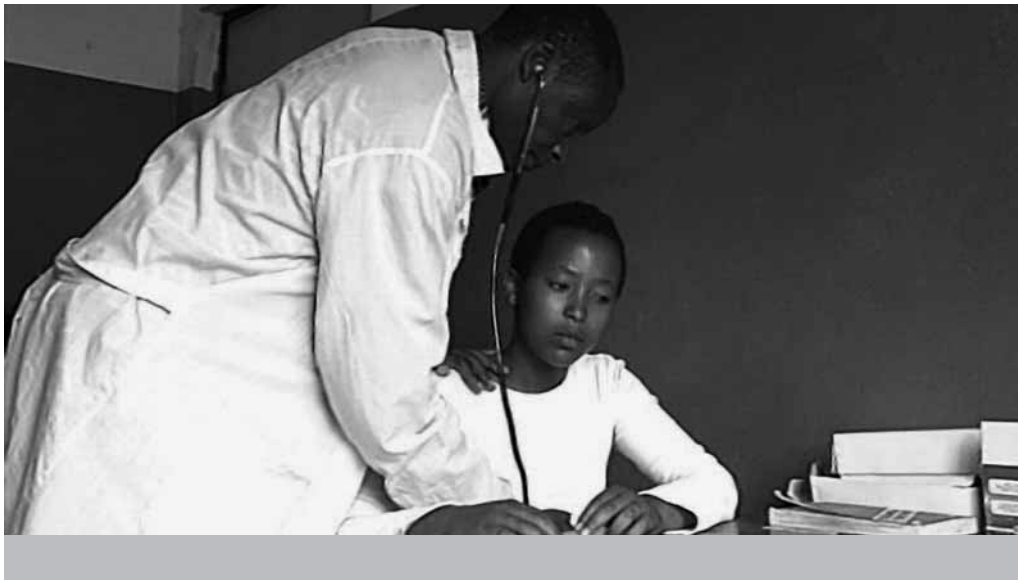
ETXEBIDITZA ETA GEZARTE
GABETAKO SALA
Gizarte Gaitasunak Salbuzordetza
Garapen Lanikidetsariko ZuzendaritzaDEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y
ASUNTOS SOCIALES
Viceconsejería de Asuntos Sociales
Dirección de Cooperación al Desarrollo

Esta publicación forma parte de una colección de 9 cuadernos sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Si tienes interés en profundizar en este tema disponemos también de otros materiales complementarios (cómic, pósters, investigaciones...), que los puedes solicitar en cualquiera de nuestras oficinas o en nuestra página web.

Materiales educativos ALBOAN

- o. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio:
¿Herramienta para el cambio o desarrollo en rebajas? (2007)
- 1. Pobreza cero.
Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo. (2007)
- 2. Educación primaria para todas y todos.
Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo. (2007)
- 3. La promoción de la igualdad de los géneros.
Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo. (2007)
- 4. La reducción de la mortalidad infantil.
Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo. (2007)
- 5. La reducción de la mortalidad materna.
Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo. (2007)
- 6. SIDA desde una perspectiva de justicia.
Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo. (2008)

**SIDA desde una perspectiva de justicia.
Más que un objetivo,
un derecho para el desarrollo**



Edita:

ALBOAN

Padre Lojendio 2, 2º • 48008 Bilbao

Tel.: 944 151 135 • Fax: 944 161 938

alboanbi@alboan.org

Avenida Barañain 2 • 31011 Pamplona

Tel.: 948 231 302 • Fax: 948 264 308

alboanna@alboan.org

C/ Ronda, 7, 4º I • 20001 San Sebastián

Tel.: 943 275 173 • Fax: 943 320 267

alboangi@alboan.org

www.alboan.org

Autoría: Michael Kelly y **ALBOAN**

Fecha: febrero 2008

Traducción: Elhuyar

Diseño y Maquetación: Marra, S.L.

Imprime: Lankopi S.A.

Depósito Legal: BI-3066-07

ISBN: 978-84-612-1232-3

Se autoriza la reproducción parcial de esta obra, siempre que ésta no tenga fines comerciales y la fuente sea citada,

Índice

SIDA desde una perspectiva de justicia.	
Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo. MICHAEL KELLY, SJ	5
I. Introducción	5
II. Marco conceptual	7
III. Estructuras y prácticas económicas globales	16
IV. Implicaciones de la epidemia del SIDA	18
V. Respuesta de las iglesias cristianas al VIH y SIDA	24
VI. Conclusión	25
Apéndice	27
Preguntas o cuestiones para el debate	30
Yo tengo SIDA. MICHAEL KELLY, SJ	33
Mujeres de África: la esperanza de que venceremos esta epidemia. MICHAEL KELLY, SJ	36
Glosario	39



SIDA desde una perspectiva de justicia. Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo

*Michael Kelly, sj.**

I. INTRODUCCIÓN

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son una pieza clave en las políticas públicas de los países en desarrollo, especialmente en los de África Subsahariana. En estos países es donde se padece la mayor prevalencia del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y donde el impacto del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es más grave. Ninguno de estos países será capaz de conseguir todos los ODM. Muchos de ellos no alcanzarán siquiera uno de ellos. Para el año 2015, la pobreza extrema y el hambre no se habrán reducido a la mitad; no se habrá logrado la educación primaria universal; la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres no serán aún realidad; la tasa de mortalidad infantil no se habrá reducido en dos tercios; la tasa de mortalidad materna se mantendrá alta; el VIH-SIDA, la malaria y otras enfermedades seguirán segando vidas; el medio ambiente estará soportando mayor presión y se habrá degradado; la asociación global para el desarrollo será poco más que nominal, con los países ricos del Norte sofocando las voces del Sur empobrecido.

Como en otras muchas ocasiones anteriores, los compromisos de la comunidad internacional para avanzar hacia las metas del 2015 quedarán, con toda probabilidad, en agua de borrajas. Después de haber suscitado las expectativas de las personas pobres, el mundo les dice ahora que deben continuar esperando –y esperanzadas– otros diez, quince, veinte o veinticinco años para que las cosas se arreglen. Mientras tanto, millones de mujeres y hombres enfermarán y morirán. Mucha gente permanecerá en la pobreza, en la desesperanza, en condiciones

* Michael J. Kelly sj, perteneciente al Centro Jesuita para la Reflexión Teológica. Lusaka-Zambia.

infrahumanas y en la degradación. Para ellos y ellas, el emocionante mundo del siglo veintiuno no supone más que la continuación de la oscuridad de la desesperanza propia del mundo de los años ya pasados.

En diciembre de 2004, Gordon Brown, cuando era ministro británico de economía, en un discurso ante el Consejo de Relaciones Exteriores de los Estados Unidos, predijo que *en el mejor de los casos*, de seguir con el ritmo actual de progreso, en África Subsahariana:

- La educación primaria universal no se alcanzará en 2015, sino en 2130. Esto es, 115 años después de lo previsto.
- La reducción a la mitad de la pobreza no se conseguirá en 2015, sino en 2150. O sea, 135 años más tarde de lo acordado.
- La eliminación de las muertes infantiles evitables no llegará para 2015, sino para 2165, lo que equivale a 150 años de retraso.

¿Es justo pedir a las personas pobres que esperen 150 años a que el mundo cumpla sus promesas? ¿Qué está deteniendo el progreso?

En el caso de África tenemos que responder a esta pregunta señalando que una de las principales razones del fracaso radica dentro de los propios ODM: el terrible VIH y SIDA y la falta de compromiso global para afrontarlo. Ciertamente no se pueden atribuir todos los males a la epidemia de SIDA, pero sus implicaciones limitan la capacidad para conseguir los restantes ODM. En las páginas siguientes se explica de qué manera el VIH-SIDA empobrece aún más a las personas pobres, limita la seguridad alimentaria, degrada la situación de las mujeres, contribuye a aumentar la mortalidad infantil y de las madres, pone en peligro la educación, aumenta la vulnerabilidad de los niños y niñas, jóvenes y personas ancianas, agrava el impacto de otras enfermedades, pone en riesgo el medioambiente y compromete seriamente la posibilidad de establecer una asociación para el desarrollo basada en la igualdad y en la justicia.

Si las personas pobres tienen que esperar 150 años para que el mundo cumpla lo prometido, en buena parte se debe a que el mundo no está realmente comprometido con la respuesta necesaria ante la catástrofe del VIH-SIDA. Para responder a esta pandemia, se sigue apostando por enfoques desfasados. No se destinan recursos económicos necesarios (en 2004 se gastaron en el mundo más de un billón de dólares en guerra, armas y seguridad, pero menos de 10.000 millones para luchar contra el SIDA). No se permite a los países necesitados desarro-

llar sus servicios de salud y educación, los dos remedios efectivos contra la epidemia, porque los países desarrollados se llevan a los y las profesionales que podrían fortalecer tales servicios. Se imponen a los países afectados soluciones que han sido en cierta medida eficaces en otras circunstancias sociales, económicas y culturales, pero que ignoran las condiciones de vida que favorecen la expansión de la epidemia.

La peste negra, el holocausto nazi en Europa, el genocidio de Ruanda, todos ellos sacudieron al mundo, pero como siempre, se intervino tarde y mal. El VIH-SIDA supera esos desastres históricos en cuanto a duración, número de personas afectadas y extensión de su impacto. Una vez más el mundo responde con demasiada timidez. Si no hay una toma de conciencia enérgica, se llegará demasiado tarde.

Las promesas realizadas con los ODM son una llamada al despertar de las conciencias. Es cierto que en muchos países es realmente tarde para alcanzar tales objetivos. Pero eso no debe ser razón para dejar de trabajar para acercarse a ellos. Percibir los objetivos de manera integral y como un único programa de acción fuertemente amenazado por la epidemia de SIDA debería ayudar a acelerar la acción. Afrontar el VIH-SIDA como una cuestión de justicia que está frustrando todos los intentos de alcanzar los ODM ayudaría a redeterminarnos en lo que se debe hacer.

El objetivo de este cuaderno es suscitar en las conciencias la necesidad de acciones más decididas contra las injusticias inherentes a la epidemia de SIDA, y de este modo, mejor contribuir al logro de los ODM. En junio de 2005, las Naciones Unidas reconocieron que el mundo estaba perdiendo la batalla contra el VIH-SIDA y que, a pesar de ciertos avances, la epidemia seguía fuera de control. Este documento concibe la epidemia como opresora y deshumanizadora en sí misma, enraizada en estructuras y sistemas humanos opresores. Tales estructuras constituyen una red de dominación, opresión y abuso que excluye a millones de seres humanos de un mundo más justo e igualitario. Y el VIH-SIDA es el nodo central desde donde la red extiende sus tentáculos.

II. MARCO CONCEPTUAL

Consideramos que el VIH-SIDA tiene cuatro fuerzas motoras: una, la pobreza; dos, la desigualdad de género y las estructuras de poder asociadas a ella; tres, la discriminación y el estigma que supone la enfermedad; y, cuatro, las estructuras y prácticas de explotación global socio-económicas. Cuanto más potentes sean

estas fuerzas, más se expandirá el VIH-SIDA. Cuanto más se extienda la enfermedad, mayor será la probabilidad de que la pobreza, la desigualdad de género, la discriminación y las estructuras y prácticas socio-económicas injustas se consoliden y perpetúen la epidemia. Estas cuatro fuerzas motoras se manifiestan en un mundo donde existen dos formas dominantes de responder al SIDA: una, enfoca la epidemia como una situación que reclama una respuesta biomédica y farmacéutica; otra, la contempla como una situación resultado del comportamiento humano y que, en consecuencia, requiere acciones dirigidas a cambiar dicho comportamiento.

Ambos modelos pueden ser criticados por centrarse exclusivamente en las causas inmediatas y en los efectos directos del VIH-SIDA, y no afrontar las causas estructurales subyacentes. A pesar de que existe un acuerdo general acerca de que la prevención debería situarse en el centro de la respuesta, las políticas que se siguen actualmente parecen destinadas a una lucha contra las causas inmediatas de la epidemia –comportamiento sexual, transmisión de madre a feto transfusiones de sangre y compartir jeringuillas–. Pero en tanto que estas iniciativas no se preocupan suficientemente por los temas relacionados con la pobreza, la desigualdad social, la discriminación de género o las relaciones Norte-Sur, es probable que la epidemia persista y perpetúe sus injustos resultados.

Una deficiencia particularmente reseñable en el enfoque que aboga por el cambio de comportamientos radica en la asunción implícita de que existe para cada persona una posibilidad real de elegir entre distintas pautas de comportamiento y en el fracaso para reconducir los factores sociales que configuran el comportamiento.

Una sexualidad justa

Dado que la actividad sexual es la principal vía de transmisión del SIDA, hay que analizar la medida en que los comportamientos sexuales están cargados de injusticia, con una especial atención al grado en el que las mujeres y las niñas son víctimas de tal injusticia. Algunas conductas sexuales revelan una doble injusticia: el acto en sí mismo puede ser una violación de los derechos de la compañera sexual y, además, puede acarrear la injusticia de exponer a la pareja al riesgo de contraer el VIH.

Para que prevalezca una “sexualidad justa”, se tiene que respetar la justicia en todo tipo de encuentro sexual. Esto implica, por lo menos, la observancia de dos principios:

- El principio de “no dañar”, que ha de conducir a “quienes llegan a un contacto sexual íntimo con parejas ocasionales, variadas o no permanentes” a adoptar “las medidas necesarias eficaces para prevenir el embarazo, el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual”.
- El principio de igualdad, que otorga a la otra persona el mismo valor que a una misma. Este principio exige, como mínimo, que una persona nunca debe ser forzada, directa o indirectamente, a tener relaciones sexuales o a quebrantar su relación de compromiso exclusivo con otra persona.

Algunas formas concretas de injusticia que pueden ocurrir en cuatro áreas relacionadas con la sexualidad son: las comprensiones estrechas que identifican la sexualidad con la actividad física sexual; la falta de respeto, protección y cumplimiento del derecho de las personas jóvenes a acceder a una educación sexual integral; un enfoque moralizante que se quede corto al considerar las circunstancias personales o socioeconómicas que pueden influir e incluso determinar el comportamiento de la persona; la no afirmación de que las personas están moralmente obligadas a seguir lo que su conciencia les dice que es correcto, incluso en contra de las exigencias de las autoridades, sean eclesiásticas o de otro tipo.

El tratamiento del SIDA

El tratamiento del SIDA requiere buena nutrición, medicación adecuada contra las enfermedades comunes e infecciones facilitadas por el SIDA, disponibilidad y acceso a los antirretrovirales (ARV), infraestructura médica y social que pueda ofrecer y controlar el tratamiento y cuidado, comprensión y apoyo humano.

Es muy difícil para las personas pobres conseguir todos esos elementos. Los programas de ajuste estructural y la inestabilidad económica han impactado negativamente en el estado nutricional de las personas pobres y han comprometido la capacidad de los servicios de salud para responder a las necesidades de la gente. La carga que supone el cuidado personal que requieren los pacientes de SIDA en sus familias recae principalmente sobre las mujeres, que tienden a tener de por sí una carga de trabajo mayor y que pueden estar también infectadas por el VIH. Todavía peor, en ocasiones las niñas son sacadas de la escuela para que ayuden en la tarea del cuidado dentro del hogar o para que asuman la responsabilidad de llevar la casa y el cuidado de los y las más pequeñas, ya que las madres y otras mujeres mayores no pueden hacerse cargo de dichas tareas al estar atendiendo

a las personas enfermas. Esta situación pone en riesgo el futuro de las niñas de un doble modo: al ver truncada su educación están menos preparadas para afrontar la vida en el mundo actual y, además, menos protegidas contra la propia infección de VIH.

La única forma de controlar la infección de VIH cuando se ha instalado en el cuerpo es a través de una combinación de medicamentos antirretrovirales. Estos son muy eficaces para la recuperación de la vitalidad de la persona enferma, incluso en pacientes en estados cercanos a la muerte. Una vez comenzado, el tratamiento con antirretrovirales (ARV) debe continuar el resto de la vida del individuo. Además, debido al modo en que el virus puede desarrollar resistencia a las medicinas utilizadas, la persona debe ser controlada regularmente para asegurar que no se han creado resistencias o, si ése fuera el caso, cambiar a otros medicamentos.

Por ejemplo, Zambia tiene uno de los programas más amplios de África en el tratamiento contra el SIDA. Ofrece ARV a aproximadamente el 30% de las personas que lo necesitan. Pero el tratamiento, como en otros muchos países en desarrollo, llegó tarde. Concretamente, unos seis años después de que fuera desarrollado. Si el tratamiento se hubiera puesto a disposición antes, se habrían salvado millones de vidas. En términos globales, el tratamiento con ARV alcanza a menos del 20% de quienes lo precisan. El resto son abandonados y abandonadas a la suerte de una muerte segura. La permanente injusticia es que “la gente que muere de SIDA no importa en este mundo”. El movimiento global que pide acceso al tratamiento médico para toda persona que lo necesite tiene fuertes raíces en los enfoques humanitarios, de justicia y de derechos humanos.

Desde una posición de justicia y equidad es necesario resaltar otros muchos beneficios de los ARV. La mejora del bienestar físico debida al tratamiento hace posible volver al trabajo, lo que actúa de manera significativa contra la pobreza: ayuda a mantener la economía familiar, evita que niños y niñas se queden sin padres y madres, aleja buena parte de los miedos, mitos y malentendidos que subyacen en actitudes de discriminación y estigmatización social. Además, gracias a que reduce la presión sobre los servicios de salud, la provisión universal de ARV, si bien tiene un coste alto, puede contribuir a un mayor ahorro de recursos nacionales, como se comprueba en el caso de Brasil.

A pesar de los beneficios del tratamiento del SIDA, aún surgen algunas preguntas en el plano de la justicia, la equidad, la ética y la práctica. Se trata de cuestiones que tienen que ver con la sostenibilidad en la provisión del tratamiento y sus

costes. Dado que las personas que comienzan un tratamiento con ARV deben continuarlo el resto de sus vidas, debería haber garantías de que esto vaya a poder ser así. En la actualidad no se dan tales garantías, así que las vidas de esas personas dependen, por lo general, de decisiones políticas y económicas que, con toda probabilidad, serán adoptadas en los países del Norte. También se suscitan preguntas en los casos en los que hay que cambiar de tratamiento a otro más caro, no siempre disponible en los países pobres.

Otras cuestiones hacen referencia a la equidad en el acceso a los ARV. Hacen falta medidas decididas para asegurar que se respeta el derecho al tratamiento de las mujeres, de los habitantes de las zonas rurales y de los grupos marginados (como mujeres que ejercen la prostitución o personas en prisión). También los niños y niñas han sido injustamente pasados por alto. La Organización Mundial de la Salud calcula que 660.000 niños y niñas precisaban ARV en 2005, pero tan sólo el 5% accedieron a ellos debido a la no disponibilidad y/o al altísimo precio de las versiones infantiles de los ARV.

VIH-SIDA y Pobreza

No existe una relación directa entre VIH-SIDA y nivel de riqueza o pobreza de un país. El SIDA no es una enfermedad de los países pobres. Sin embargo, donde la riqueza está concentrada en manos de unas pocas personas, la mayoría es tan pobre que no puede satisfacer sus necesidades básicas y la sociedad está fracturada y dividida, allí el SIDA encuentra el caldo de cultivo adecuado para su expansión. En este sentido, las medidas económicas y sociales que generen una más justa distribución de la riqueza –tanto en el mundo como en cada país– serán, a su vez, medidas efectivas contra el SIDA. Del mismo modo, las medidas que fortalecen a la sociedad civil, promueven una forma de gobierno transparente, estable y predecible y generan un sentido de confianza social son también medidas contra la epidemia.

Si bien no se puede afirmar que el VIH-SIDA sea una enfermedad de los países pobres o de la gente pobre. Existe una conexión bien establecida entre VIH-SIDA y pobreza, dado que las condiciones sociales y económicas ponen a las personas pobres en un riesgo mayor de contraer el VIH y las hacen más vulnerables al contagio. La gente pobre sufre habitualmente malnutrición, malaria, tuberculosis, infecciones por bilharzia y otros parásitos. Cada una de estas afecciones tiene efectos inmunodepresores, de manera que las personas resultan infectadas por el VIH con mayor facilidad. Las consecuencias de la pobreza incrementan la vul-

nerabilidad y potencian la transmisibilidad. Bajo la presión de cubrir sus necesidades inmediatas, las personas pobres han de vivir para el presente. No consideran que tengan un futuro que proteger y de ahí que puedan no apreciar la necesidad de protegerse contra una posible infección de VIH.

El VIH-SIDA también tiene el efecto de empobrecer más a las personas pobres. Esto es debido a que la epidemia hace que los costes suban, que se reduzcan los ingresos y los recursos y sea necesario asignar recursos a otros fines. El coste de los bienes y servicios aumenta a medida que la industria eleva sus precios para compensar los efectos que el VIH-SIDA tiene sobre sus operaciones. Los ingresos y los recursos decrecen a medida que se destruyen los puestos de trabajo, por la enfermedad o la muerte. Los préstamos no se pagan. La producción agrícola se reduce. Los hogares encabezados por personas mayores o por niños o niñas producen menos. El volumen de ventas declina porque los y las consumidoras carecen de recursos extra y apenas consiguen cubrir las necesidades más inmediatas. Además, muchos hogares buscan sobrevivir a través de la venta de sus bienes, entre ellos bienes productivos como animales, maquinaria o equipamiento, poniendo así en peligro su capacidad futura para producir.

La epidemia también genera una desviación masiva de dinero, tiempo, compromiso humano, instituciones y sistemas. Esto ocurre tanto a nivel nacional como internacional y las personas pobres se ven más gravemente afectadas por la forma en que la epidemia devora sus recursos familiares y personales. Éstos se desvían hacia la enfermedad en forma de pago por medicinas, análisis, cuidados paliativos, limpieza, transporte, funerales, períodos de duelo. Mantener los hogares donde han podido quedar huérfanos o huérfanas exige que en muchas familias los limitados recursos se tengan que repartir entre un número mayor de personas. Cuando hay SIDA en el hogar, los recursos del trabajo se destinan a paliar sus efectos.

El efecto acumulado de todas estas situaciones es que las personas pobres devienen más pobres. La pobreza se agudiza y se extiende. La situación de las personas oprimidas de la tierra se hace más opresiva aún, y su vulnerabilidad ante el contagio se acentúa aún más. Quizá el rostro más opresivo del SIDA se ve más claramente en el modo en que éste medra entre la pobreza y la agudiza. Para los hogares y los países azotados por el SIDA, “pobreza cero”¹ es más que una

¹ N. de T. La versión en inglés dice “Make Poverty History” en referencia a la campaña contra la pobreza llevada a cabo en el Reino Unido. En nuestro entorno, la campaña equivalente es “Pobreza Cero”.

frase hecha. Es un grito desde lo más hondo del corazón de la gente oprimida, que clama por liberarse de la dominación de una situación injusta y de explotación que los condena a la pobreza y los aboca al VIH-SIDA.

Mujeres, desigualdad de género y la epidemia del SIDA

Por razones fisiológicas, el riesgo de contagio es mayor para las mujeres y las niñas que para los varones y los niños. Además, el riesgo de las mujeres se ve aumentado por un amplio conjunto de factores sociales, culturales, económicos y legales, todos ellos incrustados en desigualdades de género teóricas y prácticas. Concretamente, a nivel sexual, las relaciones desiguales de poder hacen que las mujeres se hallen en una posición subordinada y de sometimiento a los hombres. Algunas prácticas establecidas en la sociedad también tienen el doble efecto de discriminar a las mujeres y fortalecer su riesgo de infección. Estas incluyen varias formas de violencia sexual en el hogar, la comunidad y el lugar de trabajo. También la tolerancia hacia los hombres que se toman determinadas libertades sexuales y la práctica de los hombres casados mayores de tener otra pareja más joven al margen del matrimonio. Más aún, algunas costumbres, como el matrimonio a muy temprana edad, la herencia de las viudas², las ablaciones rituales y el “sexo seco”³ tienen el mismo doble efecto de tratar a las mujeres como si fueran objetos y hacerlas más vulnerables al contagio de VIH.

El mensaje de que las mujeres están para servir a los hombres, sexualmente o de otras maneras, se transmite desde una temprana edad a través de prácticas educativas que forman a las niñas para aceptar su estatus subordinado respecto a los hombres y que evitan que desarrollen su asertividad. La insistencia en el momento de la iniciación y en las “fiestas de cocina”⁴ prematrimoniales en que la primera responsabilidad de una mujer es complacer a su marido a toda costa refuerza el mensaje de su condición de inferioridad. Esto deja a muchas mujeres

² Tradición por la que un varón de la familia política asume la responsabilidad económica y social de la viuda y sus hijos e hijas.

³ En algunos países sub-saharianos esta práctica es frecuente. Su finalidad es la de aumentar el placer sexual masculino y se realiza mediante la aplicación vaginal de hojas o ciertas sustancias en polvo para absorber las secreciones vaginales. Hay estudios que demuestran que esta práctica aumenta de manera muy importante el riesgo de infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) en las mujeres, ya que esta práctica va asociada a un aumento de laceraciones, lesiones y traumas epiteliales. MARK SCHOOF, *Sida, la agonía en África*.

⁴ Fiesta celebrada para la novia, antes de la boda, en la que participan mujeres mayores de 18 años. El objetivo es aconsejar a la novia sobre el matrimonio, cómo agradar al marido, cómo gestionar de las cuestiones del hogar y cómo ser una buena madre.

sin capacidad psicológica efectiva para dar pasos para protegerse frente a una posible infección de VIH de sus maridos.

En la sociedad africana, como en muchas otras partes del mundo, las mujeres casadas padecen violencia y abusos si demandan el uso del preservativo o si rechazan tener relaciones sexuales con sus maridos o parejas estables.

Determinados factores económicos acentúan aún más la vulnerabilidad de las mujeres a la infección del SIDA. El acceso de la mujer a la propiedad normalmente se articula a través de su relación con un hombre. Cuando la relación se acaba, la mujer se enfrenta con mucha probabilidad a perder su casa, su tierra, su ganado, sus bienes, dinero, vehículo y cualquier otra propiedad. Tales violaciones pretenden y de hecho consiguen perpetuar la dependencia de las mujeres respecto a los hombres y socavar su situación social y económica.

Para empeorar aún más estas limitaciones y problemas está la pesada carga de VIH-SIDA que las mujeres deben soportar. A la responsabilidad sobre el cuidado del hogar que ya cargan sobre sí las mujeres, se le suma la carga añadida de atender a los familiares enfermos y a los y las huérfanas de su propia familia extensa o de la de su marido. Incluso estando infectadas por el virus, o padeciendo cualquier otra enfermedad, las mujeres deben seguir atendiendo el hogar, cuidando a sus miembros, haciendo la comida o generando ingresos. El acceso a los ARV es difícil para muchas mujeres, que se sienten sometidas por una cultura que da prioridad a las necesidades sanitarias de los varones: “las mujeres se sienten abrumadas ante toda la burocracia que rodea al acceso a los ARV. Hay que firmar documentos oficiales y muchas mujeres no saben leer ni escribir, y se sienten intimidadas” (IRIN)⁵.

En gran medida, este acoso del SIDA a las mujeres nace por la asignación social de un estatus inferior. La epidemia no tendría el alcance mundial que hoy tiene de no ser por el trato injusto y la explotación que sufren las mujeres. No sería tan fuerte en África como lo es hoy. Estarían infectados menos hombres. Aún muchas menos mujeres lo estarían y, en consecuencia, aún menos niños y niñas enfermarían por la transmisión de madre a hijo o hija.

La respuesta al SIDA basada en la prevención, el tratamiento y la mitigación del daño únicamente tendrá éxito cuando se tomen medidas decididas, sostenidas y

⁵ Integrated Regional Information Networks (IRIN): Agencia de noticias humanitarias de NNUU.

concretas para reducir y eliminar el prejuicio, la discriminación y el trato injusto que sufren las mujeres. Sin un ataque frontal contra la injusticia manifestada en la desigualdad de género, la epidemia seguirá campando a sus anchas.

La equidad de género es necesaria a la luz de lo que el VIH-SIDA puede hacer a las mujeres. Pero aún lo es más por sí misma. Con o sin SIDA, las mujeres y los hombres son iguales en lo esencial. Hacer de esa igualdad una realidad viva es uno de los principales retos que tiene cada individuo, comunidad, institución y país.

Estigma y discriminación

La estigmatización y la discriminación son potentes mecanismos que tienen el doble efecto de generar menosprecio hacia aquellas personas afectadas por el VIH y de complicarles aún más la manera de afrontar la enfermedad.

La estigmatización de una persona viviendo con VIH-SIDA conlleva despojarla de todo crédito, calificarla de inútil y sin valor a los ojos de las demás personas y, a menudo también, a sus propios ojos. Lo que no siempre se reconoce es que el acto irracional de la estigmatización también provoca la deshumanización de la persona estigmatizadora. Quien estigmatiza trata a quienes tienen SIDA como si fueran menos valiosos o valiosas y de esta manera disminuye su propio valor como ser humano.

El estigma y la discriminación se manifiestan en muchos escenarios –en el hogar, en la comunidad, en el puesto de trabajo, en los servicios de salud y educativos, etc–. Lo que dichas personas experimentan en estos ámbitos diversos constituye en la práctica una negación de sus derechos humanos. De manera perversa, la injusticia causada de este modo por el VIH-SIDA contribuye asimismo a la pervivencia y expansión de la enfermedad. Esto se debe a que el estigma y la discriminación generan una cultura del silencio y de negación en la que se hace complicado adoptar las acciones necesarias para combatir la enfermedad.

Las injusticias que provocan el estigma y la discriminación generan historias calladas de infelicidad personal a quienes viven con la enfermedad. Muchas de las personas que contraen la infección son capaces de asumir la realidad de la enfermedad. Pero casi todas encuentran mucho más difícil vivir con el estigma y la discriminación. Estas últimas cuestionan su sentido de la autoestima, de la dignidad y de lo que implica ser personas. La filosofía africana reconoce que “una

persona lo es a través de otras personas”. Con el ataque a los lazos que unen a la gente, el estigma socava la propia humanidad de los individuos infectados y hace imposible para muchas personas continuar viviendo.

III. ESTRUCTURAS Y PRÁCTICAS ECONÓMICAS GLOBALES

Durante los años en los que la globalización se ha hecho presente en la vida de las comunidades y personas la pobreza y la desigualdad han aumentado. No está claro en qué medida se puede atribuir directamente a la globalización la responsabilidad por dicho aumento. Pero el modo en que se ha venido llevando a cabo la globalización ha aportado mayor riqueza, prosperidad, influencia y promesas de futuro para unas pocas personas, y pobreza, exclusión, enmudecimiento, estancamiento en la desesperanza para la mayoría. La urgencia de estas situaciones ha elevado considerablemente la susceptibilidad de países, comunidades y personas a verse afectados por el VIH-SIDA, especialmente cuando recordamos que la pobreza y la desigualdad, trabajando codo a codo, sientan un terreno fértil para que la epidemia continúe extendiéndose. En tal sentido, debe reconocerse que las estructuras y prácticas económicas globales han facilitado la presencia dominante de la epidemia de SIDA y, en algunos casos, han contribuido directamente a tal dominio.

A pesar de una cada vez mayor conciencia global sobre el SIDA, el enfoque general –especialmente el que se concreta en las políticas de cambio de comportamiento– parece una combinación de contención, por una parte, y lo que podría llamarse “alterización”⁶: no permitir que la epidemia se expanda más allá de los actuales puntos calientes; confinarla en grupos marginados (personas que ejercen la prostitución, homosexuales, adictas a las drogas que se inyectan vía vena, personas pobres en los países en desarrollo...). Es decir, hacer del SIDA el problema de “los demás”, que está “ahí fuera” y pertenece a “ellos y ellas”, no a “nosotras y nosotros”. De manera inevitable, claro está, esto institucionaliza el estigma y la discriminación en el corazón de las políticas globales. En la práctica supone denegar que el VIH-SIDA sea una enfermedad global y, por tanto, una preocupación del mismo alcance. Pero la sociedad global es demasiado porosa, demasiado flexible, demasiado interconectada como para que esto funcione.

De una manera más específica, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (BM y FMI, respectivamente) han sido objeto de fuertes críticas en

⁶ N. de T.: Traducción de “otherisation”.

los últimos años debido al duro impacto de sus programas de ajuste estructural sobre los servicios de salud y de educación. Las críticas, que van desde afilados exabruptos hasta elaboradísimas evaluaciones académicas, vinculan tales políticas con la expansión de la epidemia del SIDA. Así, Stephen Lewis escribe que “una de las razones fundamentales de la incapacidad de África para responder de manera adecuada a la pandemia se puede explicar por las tasas que tienen que pagar las personas usuarias para acceder a los servicios de salud y educación”. El fundamento de las críticas está en que tales instituciones otorgaron prioridad a la estabilidad económica, muy por delante de las necesidades sociales y de los derechos humanos, incluyendo el derecho a la vida y a la buena salud.

Las estructuras de comercio internacional son relevantes para la epidemia del SIDA por dos razones. En primer lugar, tales estructuras tienen mucho que ver con el mantenimiento o la superación de la pobreza en un país. Y en segundo lugar, el Tratado de aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio (TRIPS, en sus siglas inglesas) tiene mucho que ver con la disponibilidad y flujo de medicamentos antirretrovirales y de otras tecnologías para responder al SIDA.

Los esfuerzos de prevención de la enfermedad han de enraizarse en una lucha más amplia por los derechos económicos y sociales de las personas pobres. No obstante, las actuales relaciones comerciales internacionales no favorecen a los países pobres de África y de otras regiones del mundo. Más bien están fuertemente orientadas en beneficio de los países más ricos, a la vez que crean barreras que impiden el acceso a sus mercados a los productos procedentes de los países pobres. Este injusto proceso global perpetúa en la pobreza a los países pobres, y por eso mismo, los condena a la epidemia de SIDA que les asola. Prácticamente lo mismo se puede decir sobre la deuda externa, que obliga a los países a destinar al reembolso tanto o más que a los servicios de salud pública. Las limitaciones que el pago interminable de la deuda impone a la capacidad de los países de salir de la pobreza son también limitaciones a su capacidad para responder al SIDA.

El acuerdo TRIPS, por su parte, abarca todas las áreas relacionadas con la innovación tecnológica, su transmisión y su difusión. Su importancia en relación al SIDA es que el acuerdo alcanza también el acceso a las medicinas antirretrovirales que han sido desarrolladas por un puñado de gigantes farmacéuticos en Europa y Estados Unidos. También el mencionado tratado afecta a otras tecnologías relacionadas con la enfermedad, como son las pruebas diagnósticas de VIH para las niñas y niños más pequeños.

La organización mundial del comercio (OMC) ha reconocido los problemas de salud pública derivados del VIH-SIDA y de otras epidemias, y ha animado a los Estados miembros a hacer pleno uso de las flexibilidades que el acuerdo TRIPS incluye. Aunque ha habido algún progreso, el consenso entre quienes trabajan en el ámbito de la enfermedad es que, incluso con las más recientes reformas de diciembre de 2005, la regulación todavía no permite que las medicinas —especialmente las desarrolladas más recientemente— se pongan a disposición a precios accesibles. Se ha hecho aún muy poco para abrir una vía legal que permita a los países más pobres desarrollar, manufacturar o importar medicamentos que sirven para preservar la vida.

IV. IMPLICACIONES DE LA EPIDEMIA DEL SIDA

El movimiento de personas

Los movimientos de población a gran escala contribuyeron a la temprana y explosiva extensión del VIH y el SIDA. Y continúan haciéndolo. Se estima que unos 150 millones de personas viven de forma permanente o por largos períodos de tiempo en un país diferente al suyo. Además están los millones de personas que migran de las áreas rurales a las urbanas en los mismos países. En la raíz de muchas de las migraciones tanto a nivel interno como internacional se encuentran factores económicos. Normalmente, las personas migrantes buscan trabajo o empleos mejor remunerados. También existe mucha migración no voluntaria. En este apartado se incluyen las personas refugiadas de situaciones de conflicto o guerra civil y las desplazadas por causas de desastres naturales y otro tipo de conflictos.

Factores tales como la excesiva movilidad, la separación de las normas y costumbres protectoras, el trabajo en situaciones de alto riesgo o en situación de aislamiento, las formalidades fronterizas prolongadas o el negocio del sexo incrementan la vulnerabilidad al VIH de la población itinerante. Debido a que sus principales preocupaciones se centran en la supervivencia física inmediata y en la necesidad económica, muchas personas que viven en constante movimiento consideran el VIH como un riesgo distante. Pero durante sus viajes o en sus destinos, muchas de ellas viven en condiciones que son óptimas para la transmisión de la enfermedad.

Muchas cuestiones de equidad y justicia surgen de la vulnerabilidad al VIH de las poblaciones que se desplazan: la acuciante necesidad de acabar con toda forma de tráfico de humano; asegurar que todas las personas migrantes tengan acceso al servicio de salud, pruebas, cuidados, tratamiento y servicios de apoyo, y que

sean animados a hacer uso pleno de tales servicios. También se encuadran entre estas cuestiones la protección de las personas migrantes con VIH-SIDA ante la discriminación y la xenofobia cuando están en otro país; la posibilidad de seguir viviendo allí donde comenzó su acceso a los ARV. Y no menos importantes son otros asuntos como el establecimiento de regulaciones de extranjería que no bloqueen la entrada –o exijan la deportación– por motivos relacionados con el VIH; acelerar la emisión de visados y documentación sobre las mercancías en las fronteras para así evitar situaciones de riesgo de infección debido a los retrasos; mejorar las condiciones de vida y de trabajo para las personas temporeras agrícolas, del mar, empleadas domésticas y mineras y, por supuesto, la mejora y desarrollo de las oportunidades de empleo en los lugares de origen para que así haya menos migración por razones económicas.

Fuga de cerebros

Muchos países gravemente afectados, especialmente los más pobres, encuentran una dificultad añadida para responder al VIH-SIDA en la pérdida de sus profesionales de la salud –y de otro tipo– que parten hacia los países ricos. La respuesta a la epidemia también se ve dificultada por el considerable movimiento de profesionales de la salud dentro de los propios países (de las áreas rurales a las urbanas, del sector público al privado y de la salud primaria a las especialidades secundarias y terciarias) y entre los propios países en desarrollo a los más ricos (por ejemplo, de Zambia a Botswana).

La fuga de cerebros de personas trabajadoras en el sector de la salud presiona aún más a los ya frágiles sistemas sanitarios de todo el continente en su lucha por distribuir ARV a cientos de miles de personas. Un caso atípico en esta situación es la predisposición de países que apoyan programas formativos de los países en desarrollo para llevarse a las personas mejor preparadas una vez finalizada la capacitación y adquirida cierta experiencia.

Otra cuestión extraña es que la provisión de ARV dentro de los países está agravando la falta de personal para otras necesidades de salud básicas. Los programas de VIH-SIDA financiados desde el exterior ofrecen habitualmente mejores salarios y condiciones laborales que los propios ministerios de sanidad. Así que ejercen una fuerte atracción sobre el personal médico, enfermero, farmacéutico y personal técnico, desde el sector público hacia programas financiados por la cooperación internacional. A resultas de esto, los ya débiles servicios de salud nacionales quedan aun más debilitados.

Impacto sobre las personas jóvenes

A medida que la epidemia de SIDA avanza, el mundo se hace más consciente de los modos diversos en que afecta especialmente a las personas más jóvenes: niños, niñas incluyendo las huérfanas y huérfanos, personas de menos de 25 años. El caso de las y los huérfanos es especialmente relevante debido a la manera en que la enfermedad les roba aquello que les vincula a su pasado, socava sus oportunidades presentes y pone en serio riesgo su futuro. Las personas jóvenes de menos de 25 años generan una preocupación particular, ya que son la generación del SIDA. Nunca conocieron un mundo sin él. Además, están en la edad donde son más susceptibles de contagiarse. De hecho, la mitad de los nuevos contagios entre personas adultas se produce en el grupo de edad entre 14 y 25 años, y suponen el 28% del total global de gente que vive con el VIH-SIDA.

La mayor cuestión de justicia en relación con los y las huérfanas y otros niños y niñas vulnerables, es el fracaso para incluirlos a casi todos los niveles en las respuestas que se han venido dando a la epidemia. Por ejemplo, el gobierno de Zambia ha reconocido que no está dando prioridad suficiente a los problemas de este grupo. Tampoco los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza⁷ manifiestan un compromiso firme con las necesidades de las personas huérfanas. Incluso en muchos de ellos ni tan siquiera se les menciona. Si bien es cierto que UNICEF y algunas importantes ONG suelen abogar en todo el mundo por intervenciones más significativas que benefician a los huérfanos y las huérfanas y en general a la infancia vulnerable, la respuesta de las organizaciones de las diferentes iglesias está siendo muy buena en los niveles de base, donde se producen los problemas realmente. La proliferación de este tipo de organizaciones, lideradas por una tropa de personas voluntarias que encuentran sus motivaciones en la fe, está contribuyendo sustancialmente a la protección de generaciones de huérfanos y huérfanas en África. Aún se podría hacer más desde estas organizaciones religiosas si le dieran una prioridad mayor a la movilización para el cuidado de las personas huérfanas, niños y niñas y familias afectadas por el VIH-SIDA. También si suscitaran y hablaran de este tema con mayor frecuencia en sus celebraciones religiosas y en otras ocasiones oportunas, y si mantuvieran presión sobre el gobierno y la sociedad civil para que no pasaran por alto las necesidades de la infancia.

⁷ N. del T.: Estos documentos, conocidos por sus siglas inglesas PRSP, son elaborados por los gobiernos de los países pobres para acceder al alivio de la deuda externa y a la financiación de sus programas.

Las injusticias contra la infancia también pueden cometerse cuando las familias se rompen tras la muerte del padre o de la madre, o cuando las huérfanas y huérfanos, o niñas y niños de la calle son “repatriados” desde la ciudad a un área rural. Permitir que los niños y niñas huérfanas puedan permanecer juntas con sus hermanos y hermanas tiene una importancia clave en su bienestar emocional y psicológico. Más aún, además de vulnerar su derecho a participar en las decisiones que afectan a su futuro, la práctica de enviar a los niños y niñas a las zonas rurales de donde se cree que procedían sus padres y madres fallecidos crea frecuentemente numerosos problemas sociales que acarrearán una gran dosis de frustración e infelicidad tanto para los niños y niñas como para las personas del pueblo donde son reubicados. En esta cuestión, también es necesario conseguir una mayor adhesión al principio según el cual en todo aquello que afecta a las niñas y niños, hay que priorizar ante todo lo que más les beneficie.

La relación entre VIH-SIDA y juventud abarca un amplio espectro de temas, de los cuales hay cuatro que resuenan con fuerza en la cuestión de la justicia:

1. Aunque la gente joven por debajo de 25 años supone casi la mitad de la población del mundo, a las personas adolescentes y jóvenes no se les ofrecen posibilidades suficientes de expresar sus demandas.
2. Aunque la mayoría de la gente joven conoce algo sobre el VIH-SIDA, aún no tienen acceso a una información suficientemente adecuada.
3. Los y las adolescentes y jóvenes adultos carecen de acceso adecuado a servicios de salud y a las pruebas de VIH.
4. Mucha gente joven carece de seguridad económica y de perspectiva de acceder a un empleo, siendo la mitad de personas desempleadas menores de veinticinco años.

La falta de puestos de trabajo y de perspectivas laborales para las personas jóvenes es uno de los ingredientes clave perdidos en las estrategias globales contra el SIDA. Y no es precisamente porque cuando la juventud tiene poco que hacer disponga de más tiempo para incurrir en comportamientos de riesgo. Se trata más bien de que es privada de las oportunidades para desarrollar su dignidad humana y su autoestima.

Impactos en las personas mayores

En muchos países en desarrollo, el SIDA ha aumentado la carga sobre la gente de más edad de dos maneras diferentes. Primera, debida a que la muerte sus descendientes les priva del apoyo financiero y de otro tipo que sus hijos e hijas les hubieran aportado de no haber fallecido. Y segunda, en su fragilidad y a menudo pobreza, han de asumir la responsabilidad y el cuidado de las huérfanas y huérfanos. La gente mayor siempre ha estado involucrada de algún modo en el cuidado de las personas más jóvenes. Pero a causa del SIDA, tal participación ha aumentado de manera espectacular.

La carga del cuidado de las huérfanas y huérfanos recae cada vez más en las personas más débiles de la sociedad: mujeres ancianas, usualmente muy pobres y habitualmente con mala salud. Una característica peculiar del modelo de hogar que se está desarrollando es que a menudo no existe una generación intermedia de hombres o mujeres, sino únicamente personas ancianas y jóvenes que se apoyan mutuamente. Las personas mayores encargadas del cuidado sienten ansiedad por no estar seguras de ser capaces de cuidar de las personas más jóvenes, pero aceptan la responsabilidad porque no hay nadie más que pueda hacerlo. Debido a la edad, la situación de la salud de las personas mayores no suele ser buena y tiende a empeorar por la tensión y estrés de tener que responsabilizarse del cuidado. Esto colma a muchas de ellas con una sensación abrumadora de preocupación.

Una prueba del compromiso de una sociedad con los principios de justicia y equidad es cómo se ocupa de estos cuidadores y cuidadoras tan frágiles. Surgen aquí dos cuestiones:

1. ¿Cómo posibilitar que estas personas afronten las demandas psicosociales, económicas, de cuidado que se dirigen a ellas?
2. ¿Quién cuidará de estas personas ancianas que cuidan cuando ya no son capaces de responsabilizarse de sí mismas y de quienes dependen de ellas?

Hay razones extraordinariamente fuertes para la adopción de medidas excepcionales para la protección de las personas cuidadoras más mayores. Tal y como sucede con las niñas y niños infectados por el VIH, se trata éste de un grupo altamente vulnerable. Pero a diferencia de las personas huérfanas y, se trata de un grupo al que apenas se presta atención. Las Naciones Unidas han sugerido la adopción de medidas de protección social para responder a sus necesidades,

pero hasta la fecha pocos gobiernos han hecho algo (aunque algunas experiencias piloto de transferencia directa de dinero han resultado exitosas y podrían ayudar a alterar esta situación).

La vulnerabilidad de la Tierra

El VIH-SIDA afecta a los sistemas directa e indirectamente a través de la enfermedad y la muerte. Y no sólo a los sistemas humanos, tales como los educativos o de salud, sino también a los sistemas ecológicos de los que la humanidad depende tan estrechamente. La dureza con que los hogares experimentan el impacto laboral y económico del SIDA les priva de su capacidad para utilizar los recursos naturales de manera sostenible. Cuando hay que gastar tiempo, energía y dinero para aliviar los efectos del SIDA, y cuando hay menos individuos sanos en un hogar que pueden trabajar, la preocupación por la integridad medioambiental a largo plazo no se encuentra entre las prioridades. Como consecuencia de esto, existe una probabilidad mayor para que se produzca una sobreexplotación y mala gestión de los recursos naturales.

También contribuye a la sobreexplotación la incapacidad de transmisión del conocimiento y habilidades para el manejo de los recursos entre generaciones. Las poblaciones rurales son conscientes de la necesidad de mantener una relación equilibrada con el entorno que les mantiene. Siglos de experiencia han dado como resultado modelos agrícolas, agropecuarios, de pesca y, en general, de gestión medioambiental que producen buenos resultados para las poblaciones a la vez que evitan el daño al medioambiente. El conocimiento y habilidades para mantener esta relación equilibrada se transmiten de generación en generación, no de manera formal sino a través del aprendizaje informal de las generaciones jóvenes respecto a sus mayores. Tal transmisión se ve gravemente amenazada por el SIDA. Han fallecido –o están gravemente enfermas– tantas personas de la generación que posee estos conocimientos que ya no es posible su transmisión a las generaciones más jóvenes. El resultado es un riesgo considerable de degradación medioambiental, a través de la pesca excesiva o en las épocas no adecuadas del año, de no preservar determinadas especies de árboles o de falta de atención a las canalizaciones de agua o hacia dónde se dirige el agua de las precipitaciones.

A través del VIH-SIDA, “nuestra propia carne y sangre, la tierra, está muriendo”. Pero parece que esto preocupa a muy pocas personas. Tienen que pasar años antes de que el daño que el VIH causa en el cuerpo humano se manifieste en la

enfermedad del SIDA. Podría suceder lo mismo con la tierra. La generación presente tiene la responsabilidad de encontrar formas novedosas para asegurar que la epidemia no ponga en riesgo el futuro de los seres humanos o su entorno. Esta es una cuestión de justicia hacia las generaciones presentes, las futuras y también hacia la tierra, de quien todos los seres dependemos para nuestra supervivencia.

V. RESPUESTA DE LAS IGLESIAS CRISTIANAS AL VIH Y SIDA

Hay que reconocer y declarar la enorme contribución que las principales religiones, y en particular las Iglesias Cristianas están haciendo en la prevención, cuidado, apoyo, tratamiento y disminución del impacto del VIH. Sus actividades en este área se fundamentan en una clara aproximación a los derechos humanos, que promueven una cultura de vida, el respeto a lo sagrado de la persona y la celebración de la vida. Tales actividades también se inspiran en la enseñanza social y abogan decididamente por la transformación de la economía, de la política y las estructuras sociales que de hecho excluyen a las personas pobres y niegan la igualdad de género y dignidad de la mujer. En otras palabras, la enseñanza de la iglesia está marcando algunas de las principales líneas de actuación contra la epidemia de SIDA. El inmediato contacto de las comunidades de creyentes con la gente más humilde, en sus casas y donde fuere, refuerza aún más sus habilidades para abordar los variados problemas que surgen de la epidemia.

Con su cercanía a la gente y su vasta experiencia, las Iglesias de Zambia han llegado a reconocer que no es ni efectivo ni suficiente tratar el VIH como si fuera un objeto de intervención, aislado de su contexto social y económico. Reconocen los aspectos médicos y actitudes que despiertan el VIH y SIDA, pero no creen que sea suficiente afrontar la epidemia desde fuera, por medio de intervenciones tecnológicas del condón, de la prueba de SIDA o de los anti-retrovirales. Además de estas cuestiones, ven necesaria una aproximación más holística que aborde también cuestiones de desarrollo personal y económico. En consecuencia cada vez es mayor la actividad de la iglesia dedicada al desarrollo social y económico, mientras que tradicionalmente la mayor parte de la preocupación de la iglesia ha venido siendo siempre en relación con el desarrollo de la persona.

Por esta razón, además de las tradicionales actividades en salud y educación, los diferentes grupos eclesiales en Zambia trabajan por la mejora de la agricultura, mejora del acceso al agua potable y del saneamiento, mejora de los medios de

subsistencia, aceptación de la igualdad entre hombres y mujeres, mejora de la nutrición en niños, niñas y personas adultas, y desarrollo de infraestructuras. Cada una de estas actividades se refiere de manera significativa a impulsar un entorno que sea menos propicio para la transmisión del VIH. En la mayoría de los casos las iglesias emprenden estas tareas sin reconocer de manera explícita que contribuyen al control del VIH y SIDA.

Aunque se han llevado a cabo muchas acciones, todavía queda mucho por hacer: hablar más y con sinceridad sobre la epidemia en cualquier ocasión que sea posible; rechazar de manera absoluta cualquier declaración, pronunciamiento o práctica que suponga connotación que estigmatice o discrimine; trabajar con más ímpetu en las principales tareas que eliminan la pobreza y acaban con la discriminación de la mujer; movilizar a las comunidades con una respuesta humana masiva y efectiva ante el desafío de acogida de tantas personas huérfanas; impulsar entre los miembros de las comunidades actuaciones para reducir la transmisión del HIV, la promoción de una sexualidad justa, proporcionar cuidado y apoyo a las personas infectadas y a las afectadas y, suavizar los impactos de la enfermedad y epidemia.

El tiempo del SIDA es un tiempo que provoca mucha perplejidad. Es además tiempo de gran desafío y tiempo de gracia abundante. La Iglesia tiene la responsabilidad de discernir a Dios en la situación actual y de escuchar lo que Dios está diciéndole a través de la crisis que provocan el VIH y el SIDA. Además debe ayudar a otros a experimentar a Dios incluso en las circunstancias del VIH y SIDA. En definitiva, la responsabilidad de la Iglesia es vivir, hablar y actuar como lo hubiera hecho Cristo en este tiempo de VIH y SIDA, ser Cristo para aquellas personas que están infectadas y afectadas, traer el mensaje de Cristo de esperanza y victoria segura a las personas que sufren, al mundo que sufre.

VI. CONCLUSIÓN

Este estudio se ha orientado desde tres claves:

1. La fuerte sinergia entre la epidemia de SIDA y cuatro causas básicas: pobreza; desigualdad de género y estructuras de poder; estigma y discriminación; y estructuras y prácticas económicas globales abusivas.
2. La práctica de la justicia está íntimamente conectada con las respuestas al VIH y al SIDA.

3. La ligazón entre SIDA y las cuestiones de justicia es tal que actuaciones en nombre de la justicia serán casi automáticamente acciones contra la epidemia.

Desmantelar las estructuras injustas que sustentan la pobreza, el bajo estatus de la mujer, el estigma y la discriminación que provoca la enfermedad, las prácticas abusivas de la económica global, y establecer estructuras y hábitos justos en su lugar, crearán un terreno en el cual el virus de la inmunodeficiencia no pueda prosperar. De la misma manera, acciones contra la epidemia serán acciones a favor de la justicia. Como muestra este informe, la situación y la extensión de la epidemia de SIDA queda determinada por fuerzas injustas, la mayoría de las cuales provienen de ámbitos que normalmente no son abordados por los programas VIH y SIDA. Enfrentarse al VIH y SIDA sirve como entrada y catalizador para abordar situaciones de injusticia. Resumiendo, pues, uno puede decir que cuanto más VIH-SIDA, menos justicia –y cuanta más justicia–, menos VIH-SIDA.

RECOMENDACIONES DEL JCTR (JESUIT CENTRE FOR THEOLOGICAL REFLECTION) PARA ACCIONES QUE RESPONDEN AL VIH Y SIDA: UNA PERSPECTIVA DE JUSTICIA

A partir del análisis del estudio de Michael Kelly, nosotros desde el Centro Jesuita para la Reflexión Teológica (JCTR) ofrecemos algunas recomendaciones concretas para actuaciones que pueden acometerse en respuesta a los retos que él plantea. Estas acciones están en línea con nuestro compromiso de abogar por una mayor justicia social para todas las personas, especialmente para las pobres.

Gobierno

- Debería poner más atención al entorno socio-económico en el que se contrae VIH-SIDA –por ejemplo, condiciones de pobreza, oportunidades de educación, cuidado de la salud en general, posibilidades de empleo, etc.–.
- Debería definir el desarrollo orientado a las personas y no simplemente en términos de crecimiento económico o creación de riqueza.
- Debería promover mayor justicia a favor de las mujeres a través de acciones en la economía, estructuras sociales y culturales que mantienen estructuras que incapacitan a las mujeres.
- Debería abordar más seriamente el reto del crecimiento de población de huérfanos y huérfanas, niñas y niños en situaciones vulnerables con programas de protección, cuidado, educación y salud.

Donantes Internacionales

- Deberían examinar de manera crítica y rechazar reformas económicas impuestas que han causado considerable sufrimiento social entre la mayoría de las gentes en un país como Zambia.
- Deberían promover la reforma de acuerdos comerciales injustos que generan pobreza en los países en desarrollo (por ejemplo, los subsidios a la agricultura) o que restringen la accesibilidad a medicinas baratas (por ejemplo, las regulaciones de la OMC).

- Deberían apoyar intervenciones más allá de las médicas y de actitud, tales como incrementar las oportunidades de educación para todas las personas, especialmente para las niñas.
- Deberían incitar y apoyar a los gobiernos a abordar iniciativas de “impacto rápido” tales como programas de nutrición en las escuelas para aumentar los logros en educación y promover una buena nutrición.

Iglesia

- Debería mantener su voz fuerte a favor de una mayor justicia social en todos los ámbitos de la vida y persuadir en ello a través de su testimonio claro de justicia.
- Debería condenar tajantemente y cortar de raíz cualquier estigma o discriminación relacionada con personas que viven con VIH-SIDA.
- Debería contemplar su enseñanza moral con una perspectiva más holística, pasando de la discusión miope del “debate sobre el uso del condón” a una discusión más amplia sobre la “sexualidad justa y responsable”.
- Debería poner más atención a la cuestión de la justicia para con las mujeres, tanto en la iglesia como en la sociedad, con el fin de fortalecer la vida familiar, que es la que aguanta la responsabilidad social en un mundo desafiado por el VIH-SIDA.
- Debería proporcionar a los y las jóvenes mayor acceso a oportunidades de educación enfocadas al desarrollo integral de la persona, al aprendizaje de habilidades para la vida y a la formación moral, a la participación en la toma de decisiones y a la capacitación general para afrontar con madurez los desafíos de la vida.

Profesionales de la medicina e instituciones

- Deberían apuntar hacia más cuestiones de salud referidas al VIH-SIDA que al estricto suministro de antirretrovirales.
- Deberían presionar a gobiernos y donantes para promover una sanidad universal para todas las personas sin fijarse en su situación financiera.
- Deberían presionar para que mejoraran las condiciones de trabajo del personal sanitario, lo que aseguraría una adecuada prestación de servicios sanitarios y disminuir el impacto de la “fuga de cerebros”.

ONG

- Deberían promover de manera efectiva las cuestiones de justicia, especialmente aquellas relacionadas con el “empoderamiento” de la mujeres y de las y los jóvenes y el cuidado de las personas mayores.
- Deberían afrontar el desafío de cualquier práctica tradicional o cultural que favorezca un entorno en el que se extienda el VIH-SIDA.
- Deberían prestar más atención a las cuestiones ecológicas más vinculadas al VIH-SIDA.
- Deberían emplear la cesta de necesidades básicas del JCTR (JCTR Basic Needs Basket) como una herramienta de “advocacy” para asegurar mejor alimentación y vivienda (por ejemplo, presupuestos responsables).

Familias

- Deberían impulsar una cultura de responsabilidad sexual que sea verdaderamente justa.
- Deberían enseñar los valores de autonomía, trabajo duro y cuidado de la comunidad.

Estos son sólo algunas de las recomendaciones que sentimos que emanan del estudio de M. Kelly. Lo común a todas ellas es la convicción de que la pandemia VIH-SIDA sólo será efectivamente afrontada de manera justa respondiendo a las tres consideraciones que Kelly ha argumentado en la base de su estudio:

- La fuerte sinergia entre la epidemia de SIDA y las cuatro causas básicas: pobreza; desigualdad de género y estructuras de poder; estigma y discriminación; y estructuras y prácticas económicas globales abusivas.
- La respuesta al VIH y al SIDA está íntimamente conectada con la práctica de la justicia.
- SIDA y cuestiones de justicia están tan íntimamente ligadas que actuaciones en nombre de la justicia serán casi automáticamente acciones contra la epidemia.

Desde JCTR invitamos a otras personas a unirse a nosotros y nosotras para responder al VIH-SIDA desde esta perspectiva de justicia.



PREGUNTAS O CUESTIONES PARA EL DEBATE Y LA ACCIÓN

- ¿Qué elementos te han parecido novedosos en el texto?
- ¿Qué aspectos te han sorprendido?
- ¿Cuáles añadirías?
- Realiza un mapa conceptual identificando la realidad de las personas con el virus del SIDA y las consecuencias que tiene en su desarrollo vital. ¿Qué puedes observar? Compáralo y enriquecelo con el resto del grupo.
- ¿Cuáles son los grupos más vulnerables? ¿Qué se puede hacer para facilitarles su situación?
- Conoce los datos de la realidad de las personas afectadas por el virus del SIDA en el mundo analizando los aspectos que se presentan en el texto.
- Analiza información aparecida en medios de comunicación: noticias, publicidad... ¿aparecen noticias sobre este tema? Las que aparecen ¿qué enfoque tienen?, ¿presentan las causas?, ¿las consecuencias?, ¿proponen soluciones?
- Comenta el texto adjunto y piensa en propuestas para disminuir la incidencia del SIDA a nivel mundial: “cuatro fuerzas motoras: una, la pobreza; dos, la desigualdad de género y las estructuras de poder a ella asociadas; tres, la discriminación y el estigma que supone la enfermedad; y, cuatro, las estructuras y prácticas de explotación global socio-económicas”.

- Comenta el texto adjunto y analiza las propuestas pensadas anteriormente con esta clave: “dos formas dominantes de responder al SIDA: una, que enfoca la epidemia como una situación que reclama una respuesta biomédica y farmacéutica; otra, que la contempla como una situación resultado del comportamiento humano y que, en consecuencia, requiere una respuesta dirigida a cambiar dicho comportamiento.”
- ¿Qué te sugiere el comentario del ex secretario de Naciones Unidas Kofi Annan: “Un estudio tras otro nos ha enseñado que no existe un instrumento para el desarrollo más eficaz que la autonomía de la mujer. Ninguna otra política tiene las mismas posibilidades de aumentar la productividad económica o de reducir la mortalidad en la infancia y la mortalidad derivada de la maternidad. Ninguna otra política tiene la misma fuerza para mejorar la nutrición y promover la salud, incluida la prevención del VIH-SIDA. Ninguna otra política tiene el mismo poder para aumentar la posibilidades educativas de la próxima generación⁸...”?
- ¿Qué se te ocurre que puedes hacer tú para mejorar esta situación?
- ¿Conoces alguna organización o institución que trabaje en ello? Infórmate e informa sobre ella.
- ¿Sabes algo de la campaña Pobreza Cero que aparece mencionada en el texto? Infórmate.

⁸ UNICEF, *Prólogo del Estado Mundial de la Infancia 2007*.

- Realiza una propuesta para una “sexualidad justa”. Puedes tomar como referencia algunas ideas que aparecen en el texto:
“Para que prevalezca una “sexualidad justa”, se tiene que respetar la justicia en todo tipo de encuentro sexual.
Esto implica, por lo menos, la observancia de dos principios:
- El principio de “no dañar”, que ha de conducir a “quienes llegan a un contacto sexual íntimo con parejas ocasionales, variadas o no permanentes” a adoptar “las medidas necesarias eficaces para prevenir el embarazo, el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual”.
- El principio de igualdad, que otorga a la otra persona el mismo valor que a una misma. Este principio exige, como mínimo, que una persona nunca debe ser forzada, directa o indirectamente, a tener relaciones sexuales o a quebrantar su relación de compromiso exclusivo con otra persona.”
- Elabora una carta de opinión con las opiniones que te ha sugerido el texto respondiendo a la frase que aparece en el texto:
“la gente que muere de SIDA no importa en este mundo.”
- Difunde tus opiniones por los medios de comunicación a los que tienes acceso: prensa, radio, Internet...



YO TENGO SIDA

*Michael J. Kelly sj**

En mi papel de Profesor de Educación en la Universidad de Zambia, era responsable del diseño y puesta en marcha de un curso sobre educación y desarrollo destinado a unos 300 estudiantes que ingresaban para estudiar educación. En este curso tratamos la mayoría de las cuestiones que más tarde serían integradas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio: lograr la enseñanza primaria universal, reducir la pobreza y el hambre, promover la igualdad de género en y a través de la educación, mejorar la salud maternal e infantil a través de mejores oportunidades educativas para las niñas, y criticar el orden estructural internacional que mantiene y refuerza tantas y tantas de las situaciones injustas en Zambia y en los países limítrofes que hacen imposible alcanzar las metas esenciales en educación.

Entonces, a mediados de los ochenta, a partir de una información filtrada sobre el VIH-SIDA, comencé a darme cuenta de que un nuevo desafío estaba cerniéndose sobre el sector de la educación y en mi propio área. Me interesé sobre la tasa de expansión de la enfermedad en Zambia, lo que me hizo ver que íbamos a enfrentarnos a tres nuevos problemas: uno, el de mantener el “suministro” de profesorado y administradores de cara a la epidemia de SIDA; dos, utilizar el sistema educativo para acordar una respuesta, y tres, responder al creciente y acelerado número de huérfanos y huérfanas, niñas y niños afectados por el VIH y SIDA. Estas consideraciones me condujeron a pensar, enseñar, escribir y hablar sobre las dos maneras de interacción entre SIDA y educación, entre “advocacy” y

* Michael J. Kelly sj, perteneciente al Centro Jesuita para la Reflexión Teológica. Lusaka-Zambia.

creciente conocimiento sobre los huérfanos y huérfanas, y esporádicamente a un espectro más amplio de las áreas relativas al SIDA.

Me he hecho la prueba y he dado negativo. No tengo VIH y sin embargo en cierto modo puedo decir que “Yo tengo SIDA”. Es en mi corazón, en mi conciencia, en mi oración y en mi mente. Nunca me deja. Caminando o durmiendo, ahí está, delante de mí. Lloro por los cientos de amigas y amigos que se ha llevado esta enfermedad. Me quedo apocado ante los miles de personas que hablan abiertamente sobre su situación y comparten su corazón y su coraje con otras. Me maravillo ante las decenas de miles de personas que están infectadas y que afrontan con tanto coraje su lucha. Me preocupan los huérfanos y huérfanas, las niñas y niños afectados, privados de la única cosa que la ingenuidad humana y la bondad no pueden reemplazar –el amor y ternura de los padres–.

Desde que “cogí el SIDA” mi vida ha cambiado. A pesar de mi edad, más de setenta años, la rutina de la vida de un profesor de universidad tuvo que acomodarse a las conferencias en muchas partes del mundo. Su preparación y transcripción y la correspondencia me llevan todo el tiempo. Finalmente tuve que dejar las clases, porque mis frecuentes ausencias no eran buenas para mis estudiantes. En mi vida personal, no hubo más tiempo o energías para mi solaz y disfrute cuidando el jardín y buscando contactar con Dios a través de la naturaleza en la madre tierra.

El SIDA no me lo permitía. Me consumía y sigue haciéndolo, como lo hace en los cuerpos de las personas que están infectadas con el virus. Como jesuita, me desafía con las tres grandes cuestiones ignacianas: ¿Qué he hecho por Cristo enfermo con VIH y SIDA? ¿Qué esto haciendo ahora por este Cristo? ¿Qué más debería hacer para que sufra menos, se reduzca el SIDA, y la gente tenga una oportunidad para vivir con más dignidad y para realizarse en un mundo que se acerque a ser el mundo feliz que Dios había planeado que fuera?

Pienso que no podría continuar con lo que estoy haciendo si no fuera por la gente y los niños y niñas. Me siento comprometido por su sufrimiento y la manera como son humilladas y deshumanizadas. Pero igualmente me siento comprometido por su resistencia, su espíritu, su determinación, su coraje y su alegría. El Salmo 138 me invita a agradecer a Dios por el “milagro de mi ser”. Aquellas personas que viven con VIH o SIDA, las mujeres, las huérfanas y los niños y niñas afectados por la epidemia, me invitan a agradecer a Dios por el milagro de sus seres,

por la maravilla de sus respuestas. Ese es el milagro de esta gente, que tienen tan poco en este mundo de cosas y comodidades, pero que abundan en los magníficos regalos de la fortaleza, de preocuparse los unos por las otras, de la determinación, de creerse ante la adversidad, y de la absoluta confianza en un Dios de amor, que me mantiene vivo. Por su inspiración y por su amor tengo que seguir. Mientras una persona siga con VIH o la enfermedad deje a un niño o niña sin padres, no puedo parar. Hasta que Dios me llame, o el SIDA pare, yo tengo que seguir.

MUJERES DE ÁFRICA: LA ESPERANZA DE QUE VENCEREMOS ESTA EPIDEMIA

Michael J. Kelly sj

La Pasión y la Crucifixión de Jesús fueron acontecimientos odiosos. “Maldito todo el que esté colgado de un madero” (Gal 3, 13). Sin embargo fueron el canal del poder salvador de Dios entre nosotros y nosotras, y el camino a la victoria de la Resurrección. El VIH-SIDA muestran las mismas características perversas. Son detestables en sí mismos, exigen luchar contra ellos sin descanso, y a la vez son el canal que ha posibilitado a una infinidad de personas mostrar su grandeza de espíritu.

Piense en Brigitte Syamalevwe, una profesora de francés en un centro de educación secundaria en Zambia. Se le diagnosticó que era portadora de VIH en 1992, en un tiempo cuando el coste de los anti-retrovirales en África era extremadamente alto. Durante algún tiempo su vida parecía desmoronarse. Perdió la esperanza, desesperó, gritó contra Dios y contra el hombre. Pero en su trastorno recibió el apoyo de un sabio sacerdote que la animó a afrontar y asumir su situación hablando sobre ella de manera que otras personas no cayeran en lo mismo.

Brigitte asumió este desafío y se convirtió en una dinámica agente sobre todo lo referente a la epidemia y especialmente para la gente que vivía con VIH. Se retiró de su trabajo como profesora y se entregó por entero al trabajo de divulgación y advocacy. Para finales de los noventa era una figura reconocida en el ámbito internacional que hablaba sin miedo, con sentimiento y con valentía sobre VIH-SIDA.

No obstante durante todo ese tiempo la enfermedad fue menoscabando su cuerpo. Los anti-retrovirales eran más accesibles y su precio iba bajando. Seguidores de Brigitte se ofrecieron a pagarle un tratamiento médico, pero ella rehusó,

diciendo que lo haría sólo cuando las personas pobres de Zambia, y las mujeres en particular pudieran acceder a ese tratamiento.

Mientras tanto siguió con su tarea, dando conferencias por el mundo, promoviendo “talleres” para educadores, educadoras, trabajadoras y trabajadores, y asegurándose de que los poblados rurales con miembros infectados con VIH seguían produciendo los alimentos que necesitaban para su supervivencia. Cuando al final de una conferencia o un taller, se le preguntaba cómo se sentía, ella sonreía fatigosamente, admitía padecer un terrible cansancio y a veces náuseas, y hablaba de los dolores en las piernas y muslos. Pero ella seguía batallando, siempre maravillosamente alegre, siempre dando esperanza a las demás personas, nunca pensando en ella misma, incluso rechazando seguir con el tratamiento médico.

Pero desde 2001, las cosas empezaron a deteriorarse en su vida. A su hijo más joven, Ubert, de 20 años, su preferido, le amputaron un pie a causa de la gangrena. En los oscuros meses posteriores, ella le dio un maravilloso apoyo y le transmitió coraje a este joven deportista. Él, agradecido, le decía con frecuencia que a ella Dios le había dado una misión, la de contar al mundo lo del VIH y SIDA, cómo se vivía dentro, y que nunca abandonara esta misión.

No fue fácil para ella. Se iba quedando cada vez más débil porque su sistema inmunitario lentamente se iba colapsando. Al mismo tiempo, afrontó el problema y evitó que las familias infectadas con VIH de las que ella se había responsabilizado, casi 100, carecieran de arados o semillas y fertilizantes cuando llegaron las lluvias y el tiempo de plantar. Estaba envuelta en estos problemas cuando, en octubre de 2002, su esposo murió de SIDA. Pero en vez de pasar el periodo largo tradicional de luto y duelo, apenas finalizado el funeral de su marido, regresó rápidamente a trabajar con las familias infectadas con el VIH.

Mientras tanto, la salud de Ubert empeoró porque el cáncer que había tenido en el pie se había extendido por todo el cuerpo. Por ese tiempo Brigitte tuvo que ir a Londres a dar una conferencia en el Instituto Católico de Relaciones Internacionales (CIIR). Ella le dijo a Ubert que desde que él estaba tan enfermo, no sabía qué hacer. Una vez más, él le recordó lo que antes le había dicho: que ella tenía una misión especial de Dios, y que por eso ella tenía que ir a Londres y dar esa conferencia y que no permitiese que ninguna preocupación acerca de él la retuviese.

Fue a Londres, y a su llegada le comunicaron que Ubert acababa de morir. Ella se quedó en la habitación de su hotel aquella noche, sola, sentada en el suelo, tambaleándose de aquí para allá en su pena, pensando en su amado hijo y su deseo de que ella hiciera el trabajo que Dios le había dado. Cuando amaneció, fue a la BBC para una entrevista de una hora, en la tarde hizo su presentación en el CIIR, y por la noche cogió un vuelo para Zambia para el funeral de su hijo, el segundo miembro de su núcleo familiar que era enterrado en dos meses.

La muerte de Ubert desgarró su corazón. Su salud siguió deteriorándose. Finalmente accedió a que un médico la examinase y a tomar ARVs si fuera necesario. El doctor se los recetó, se compraron, pero cuando su familia iba a recogerlos a la farmacia, ella les dijo que no lo hicieran, para dejarse en las manos de Dios. Y así, llena de sufrimientos, cansancio y dolores, murió tranquila y con paz en febrero de 2003, dejando a su espíritu pasar a Dios, a quien ella había amado y servido tan bien.

Es imposible no quedar impactado por una mujer como ésta. Y el caso de Brigitte no es el único. Ella representa a las innumerables mujeres en Zambia y en toda África que viven con coraje a pesar del VIH-SIDA. Seguramente llegará el día cuando nos movilizemos para canonizar a las Brigittes que representan a las mujeres de África y a la maravillosa gente que vive con el VIH. Ella y la gente como ella son quienes nos interpelan y dan esperanza de que venceremos esta epidemia. Ellas son testimonio pascual en la oscuridad del VIH-SIDA. Se lo agradecemos para honrar su memoria.



GLOSARIO

ANTIRRETROVIRALES: medicinas que inhiben enzimas esenciales, con lo que reducen la replicación del VIH (virus del SIDA). De esta manera se frena el progreso de la enfermedad y la aparición de infecciones. Aunque el SIDA no puede propiamente curarse, sí puede convertirse con el uso continuado de esos fármacos en una enfermedad crónica compatible con una vida larga y casi normal. El nombre procede de la manera de funcionar el virus: el código genético del VIH, esto es, las características genéticas que necesita para replicarse, se localiza en el ácido ribonucleico (ARN) de las células. En situaciones normales el “comportamiento” del ácido ribonucleico (ARN) es “controlado” por el ácido desoxirribonucleico (ADN). Sin embargo, el VIH consigue invertir el sentido de la información, enviando sus mensajes de su ARN al ADN de la célula, y por esa razón se le llama retrovirus.

BANCO MUNDIAL: organización internacional creada en 1944 para ayudar a reconstruir la Europa asolada por la segunda guerra mundial. El éxito alcanzado en esa empresa llevó al Banco, al cabo de unos pocos años, a ocuparse de los países en desarrollo. En la actualidad es propiedad de 184 Estados Miembros y su misión es reducir la pobreza en el mundo y mejorar los niveles de vida de las personas, a través de préstamos con intereses bajos, créditos sin intereses y donaciones para proyectos de educación, salud, infraestructura, comunicaciones, etc. El Grupo Banco Mundial está formado por:

- El Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), que centra sus actividades en países de ingreso medio y países pobres con capacidad crediticia.

- La Asociación Internacional de Fomento (AIF), que ayuda a los países más pobres.
- Tres instituciones afiliadas: la Corporación Financiera Internacional (CFI), el Organismo Multilateral de Garantía de Inversiones (OMGI) y el Centro Internacional de Arreglo de Diferencias relativas a Inversiones (CIADI).

[www.bancomundial.org]

DESIGUALDAD DE GÉNERO: se refiere a la diferencia de trato y de oportunidades que reciben las personas en función de los atributos asignados culturalmente a su sexo y de la valoración que se hace de lo masculino sobre lo femenino. En nuestras sociedades, la discriminación de género establece límites diferentes para el desarrollo e integración de hombres y mujeres en las esferas de la vida pública y en el espacio familiar, circunscribiendo a las mujeres principalmente a este último; determina la menor participación femenina en la esfera pública y el acceso desigual de hombres y mujeres a los recursos productivos, e incide así en el escaso acceso de las mujeres a las instancias de toma de decisiones y ejercicio del poder.

[www.oit.org.pe/ipec]

[www.unifem.org.mx]

FONDO MONETARIO INTERNACIONAL (FMI): institución multilateral creada en 1945 con el fin de velar por la estabilidad del sistema monetario y financiero internacional (el sistema de pagos internacionales y tipos de cambio entre las monedas nacionales que hace factible el comercio entre países). Cuenta con la participación de 184 países. Las actividades del FMI pretenden: fomentar la cooperación monetaria internacional; facilitar la expansión y el crecimiento equilibrado del comercio internacional; fomentar la estabilidad cambiaria; coadyuvar a establecer un sistema multilateral de pagos; poner a disposición de los países miembros con dificultades de balanza de pagos –con las garantías adecuadas– los recursos de la institución. Para lograr estos objetivos, el FMI emplea tres mecanismos principales: la supervisión, la asistencia técnica y la asistencia financiera.

[www.imf.org]

GLOBALIZACIÓN: proceso por el que la creciente comunicación e interdependencia entre los distintos países del mundo unifica mercados, sociedades y culturas a través de una serie de transformaciones sociales, económicas y políticas que les dan un carácter global. Así, los modos de producción y de movimientos de capital se configuran a escala planetaria, mientras los gobiernos van perdiendo atribuciones ante lo que se ha denominado la “sociedad en red”.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL COMERCIO (OMC): organismo internacional que se ocupa de las normas que rigen el comercio entre los países para asegurar que las corrientes comerciales circulan con la máxima facilidad, previsibilidad y libertad posibles. La OMC está integrada por cerca de 150 Estados que representan más del 97% del comercio mundial. Se constituyó en 1995 pero es la sucesora del Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT) establecido en 1948 tras la segunda Guerra Mundial. En esencia, los acuerdos de la OMC son contratos que garantizan a los Estados miembros importantes derechos en relación con el comercio y que, al mismo tiempo, obligan a los gobiernos a mantener sus políticas comerciales dentro de unos límites convenidos en beneficio de todos. En la OMC las decisiones suelen adoptarse por consenso entre todos los Estados miembros para después ser ratificadas por los respectivos parlamentos.

[www.wto.org]

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (NNUU): organización intergubernamental fundada en 1945, que tiene como objetivo mantener la paz y la seguridad internacional y promover, a través de mecanismos de cooperación internacional y multilateral, los derechos humanos y el desarrollo sostenible de todos los pueblos del mundo. Cuenta con 192 Estados miembros.

*Hegoa (2006) “Las mujeres en las conferencias mundiales.
De lo local a lo global”*

[www.un.org/spanish]

SEGURIDAD ALIMENTARIA: hace referencia a la situación en la que las personas tienen en todo momento acceso material y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades y preferencias alimenticias a fin de llevar una vida activa y sana. En 1996 la FAO promovió en Roma una Cumbre Mundial sobre la Alimentación, en la que jefes de Estado de la comunidad internacional reafirmaron el derecho de toda persona a la seguridad alimentaria.

[www.fao.org]

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA): enfermedad que afecta a las personas infectadas por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Se dice que una persona padece de sida cuando su organismo, debido a la inmunodepresión provocada por el VIH, no es capaz de ofrecer una respuesta inmune adecuada contra las infecciones. El VIH se transmite a través de los fluidos corporales, tales como sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna.

TRIPS – ADPIC: acuerdo de la OMC sobre aspectos de los derechos de la propiedad intelectual relacionados con el comercio. Los derechos de propiedad intelectual se confieren a las personas sobre las creaciones de su mente. Suelen dar a la persona creadora derechos exclusivos sobre la utilización de su obra por un plazo determinado.

[www.wto.org]