



Campaña mundial
contra el SIDA

¡ESCUCHA, APRENDE y VIVE!

Con los Niños y los Jvenes en Campaa contra el SIDA

Secretariado

ONUSIDA

Comité Directivo

• ONUSIDA
y copatrocinadores:

UNICEF

PNUD

FNUAP

UNESCO

OMS

BANCO MUNDIAL

• Otros:

Asociación Mundial
de las Guías Scouts

Federación Internacional
de Sociedades de la Cruz Roja
y de la Media Luna Roja

Internacional de la Educación

International Save the Children Alliance

MTV International

Organización Mundial
del Movimiento Scout

ONUSIDA

20, avenue Appia

CH-1211 Ginebra 27

Tel. (+41 22) 791 47 65

Fax (+41 22) 791 48 98

<http://www.unaids.org>

dirección electrónica:

renaudt@unaids.org

Los niños y el VIH/SIDA

Documento de información del ONUSIDA

Actualización del Documento de información
para la Campaña Mundial contra el SIDA de 1997,
publicado en junio de 1997.

**Programa Conjunto de las Naciones Unidas
sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Febrero de 1999**

	páginas
Los niños y el VIH/SIDA	2
Los niños con el VIH: un futuro comprometido	5
Los niños infectados por el VIH/SIDA en los países en desarrollo	5
Las mujeres y los niños: una doble vulnerabilidad	6
Medicamentos contra el VIH para proteger a los bebés de la infección	7
No únicamente transmisión de madre-a-hijo	8
Los niños huérfanos por causa del SIDA	9
Una experiencia particularmente dolorosa	9
Las familias extensas resisten a la presión, pero ¿hasta cuándo?	9
El círculo vicioso de la pobreza y de la discriminación	10
¿Qué estamos haciendo para ayudar?	11
Asistir a los niños antes de que sus padres mueran	11
Los niños bajo la amenaza del VIH	12
El VIH y los abusos sexuales contra niños	12
– Los niños objeto de comercio sexual	12
– Abusos más próximos al hogar	13
El VIH y las relaciones sexuales consentidas entre iguales	13
El VIH y el consumo de drogas	14
Los niños refugiados y desplazados	14
El VIH y los niños en detención	15
Una ventana a la esperanza	15
Reforzar el desarrollo para hacer frente al VIH en mejores condiciones	15
Educación escolar sobre el VIH/SIDA	16
Informar a los niños alejados del contexto escolar	17
Consumo de drogas intravenosas y prevención de la infección por el VIH	17
Conseguir la participación de los niños	17

Los niños y el VIH/SIDA

Las imágenes de niños afectados por la epidemia del SIDA son uno de los más abrumadores indicadores del alcance de esta crisis mundial — ya se trate de los niños enfermos y desatendidos muriendo por causa del SIDA en los orfanatos de la Rumania de Ceaucescu o de los jóvenes cuidando a sus padres moribundos en el África oriental.

Los niños de hoy — definidos como seres humanos menores de 18 años por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño — están creciendo en un mundo con SIDA. Tienen que hacer frente, no sólo a asuntos y problemas que ya existían mucho tiempo atrás y que ahora ha puesto al descubierto la epidemia de VIH/SIDA, sino también a los que resultan directamente de la epidemia y que, hasta una fecha reciente, solamente debían afrontar los adultos.

Actualmente hay más niños que contraen el VIH que antes y no hay ningún indicio de que la tasa de infección esté disminuyendo.

Los niños menores de 18 años son vulnerables a la infección por VIH por causa de la transmisión de madre a hijo, el uso de sangre contaminada y prácticas de inyección poco seguras, las relaciones sexuales — incluidos el abuso, la coacción y la explotación sexual con fines comerciales — y el consumo de drogas por inyección. La mayor parte de esta vulnerabilidad es consecuencia de la falta de respeto por sus derechos, incluidos los que están garantizados por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño.

Desafortunadamente, la magnitud del problema sigue sin documentarse con precisión. Existe un vacío evidente en los datos acerca de la incidencia de la infección en niños en el momento que pasan a la adolescencia.

Una de las deficiencias de la vigilancia epidemiológica del VIH, hasta la fecha, ha sido el uso de un valor límite de 14 años que define los niños más jóvenes, mientras que el grupo de edad de 15 a 49 años se consideran adultos para efectos de recolección y agregación de datos. Por consiguiente, un primer paso para que los gobiernos cumplan sus obligaciones con respecto a los niños en el contexto del VIH/SIDA, es recabar datos exhaustivos sobre la transmisión del VIH entre los niños mayores y adolescentes de modo que, a la luz de esos datos, puedan establecer programas eficaces de prevención y asistencia.

El número de niños infectados en la fase perinatal es más fácil de estimar. Aproximadamente el 90% de los niños que se infectan antes de los 15 años de edad contraen el virus a través de sus madres seropositivas antes o durante el parto o en la lactancia. Y teniendo en cuenta que el número de mujeres en edad de procrear que se infectan es cada vez mayor — una tendencia que refleja su vulnerabilidad social frente al VIH — el número de bebés infectados a través de su madre aumenta de forma correlativa.

Desde el inicio de la epidemia de VIH/SIDA, a finales del decenio de 1970 y principios del de 1980, el ONUSIDA y la OMS estiman que más de 4 millones de niños menores de 15 años han contraído el VIH. Solamente en 1998, alrededor de 1400 niños fallecieron diariamente por el SI-

DA y un número de niños todavía mayor se infectó cada día. A finales de ese año, se estima que 1,2 millones de niños menores de 15 años tenían el virus. Más del 90% de esos niños viven en países en desarrollo.

En el África subsahariana, la región afectada más gravemente por el SIDA hasta el presente, la Oficina del Censo de los Estados Unidos ha previsto que el SIDA contrarrestará los progresos conseguidos en la mortalidad de bebés y de niños pequeños durante la última década. **Para el año 2010, si no se detiene la propagación del VIH, el SIDA puede aumentar la mortalidad infantil hasta en un 75% y la de niños menores de 5 años en más del 100% en las regiones más afectadas por la enfermedad.**

Los niños no sólo están infectados por el VIH, sino también afectados por la enfermedad. Mientras el número de niños infectados por el VIH continúa creciendo, la epidemia también está teniendo un efecto devastador en millones de otros niños cuyas vidas se han visto alteradas para siempre por la intrusión del VIH/SIDA en sus hogares o comunidades.

Los niños que viven en comunidades severamente afectadas sienten el impacto cuando pierden a sus padres, profesores o cuidadores por causa del SIDA, cuando se sobrecargan los sistemas de salud más allá de sus límites y cuando sus familias acogen a otros niños que han quedado huérfanos por la epidemia.

Las familias afectadas por el SIDA suelen sufrir de un modo desproporcionado el estigma, el aislamiento y el empobrecimiento y el tributo emocional que pagan los niños es todavía mayor. A

medida que aumenta el número de niños huérfanos o afectados de otro modo por el SIDA, los sistemas de seguridad social, que si existen están subfinanciados y sobrecargados, están al borde de la quiebra. La repercusión es más aguda en las niñas y los niños que ya están afrontando dificultades o desatención —los que viven en instituciones de asistencia, en barrios pobres o míseros y los refugiados— y mayor aún para los jóvenes que tienen oportunidades desiguales para la escolarización y el trabajo.

En países como Uganda, donde la epidemia se afianzó hace más de una década, el impacto del SIDA en la organización socioeconómica de las comunidades se hace cada vez más visible. Como señala un informe conjunto UNICEF/OMS, «los efectos de la epidemia son absolutamente obvios, desde las plantaciones de bananos sin cultivar y las casas cerradas o abandonadas, hasta las procesiones de entierro en las carreteras y las tumbas recientes junto a las casas donde los abuelos cuidan a los niños que se han quedado sin padres.» El SIDA hace retroceder el desarrollo y cambia la orientación de la vida. Para un niño, eso se traduce en un mundo al revés.

Pero la sombra de la epidemia se extiende mucho más allá de los millones de niños infectados y afectados. **En definitiva, hoy en día todos los niños del mundo se enfrentan a un riesgo durante toda su vida de contraer el VIH. El riesgo de infectarse por el VIH esta presente en las distintas etapas de su vida en camino hacia la edad adulta, sea por circunstancias como la explotación y el abuso sexuales o simplemente por la violación de su derecho a la información, educación y los servicios.** Se necesita un mayor reconocimiento de las necesidades específicas de las chicas y de los niños y niñas especialmente vulnerables, como son los refugiados, los niños de la calle y los que están expuestos al consumo de drogas.

En resumen, los niños y los jóvenes de todos los países y los que los atienden y son responsables de ellos, deben ajustarse y adaptarse a este nuevo mundo. La epidemia mundial continúa acelerándose. De momento no existe una vacuna contra el virus ni tampoco una cura. A pesar de todos los progresos recientes y bienvenidos en materia de tratamientos médicos, no se sabe con certeza si tales tratamientos serán accesibles y de qué modo, para la gran mayoría de las personas infectadas por el VIH viviendo en países en desarrollo.

El SIDA ha cambiado el mundo para los niños. La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño proporciona un marco para el fomento y la protección de los derechos de los niños que puede reducir al mínimo el impacto de la epidemia de VIH/SIDA sobre ellos. Sin embargo, y a pesar de su ratificación casi universal, la respuesta a los niños infectados, afectados y vulnerables sigue siendo poco consecuente. En el ámbito internacional, los programas sobre el SIDA para los niños han sido puntuales y fragmentados y han quedado rezagados detrás de los programas para adultos. En muchos países en desarrollo, esta situación ha empeorado por la pobreza y otros factores como las guerras y el consiguiente derrumbe social de muchas comunidades.

El mundo industrializado tampoco ha satisfecho las necesidades de los niños afectados. En una encuesta llevada a cabo en 1992 en los Estados Unidos, los grupos de presión al gobierno sobre asuntos relacionados con niños reconocían que, mientras que por lo general tenían éxito en el fomento de causas como los programas de educación y contra la pobreza, obtenían resultados mucho menos satisfactorios en las cuestiones relativas al SIDA y la infancia, como la prevención, la asistencia a los huérfanos y la educación sobre salud sexual.

En un mundo con SIDA, la responsabilidad de los niños nos concierne a todos.

Con motivo del Día Mundial del SIDA de 1994, los jefes de gobierno de 42 países participantes en la Cumbre de París sobre el SIDA hicieron un llamamiento en favor de la colaboración mundial para reducir el impacto de la epidemia de VIH/SIDA en los niños y los jóvenes.

En la presente exposición se resume de qué modo la epidemia está teniendo un impacto en los niños que están infectados por el VIH, en los que están directamente afectados por el VIH/SIDA en su familia o comunidad, y en los que corren el riesgo de infectarse. Se destaca la acción mundial y nacional que se necesita para apoyar a los niños y sus familias frente a un mundo con SIDA.

Los derechos del niño en el contexto del VIH/SIDA

Todos los niños menores de 18 años que viven en el mundo de hoy — estén infectados por el VIH, afectados por el SIDA en su familia o comunidad o viviendo con el riesgo de contraer el VIH — están reconocidos por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. La Conven-

ción de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño en el contexto del VIH/SIDA ha definido unos principios para reducir la vulnerabilidad de los niños a la infección y para protegerlos de la discriminación por causa de su condición de seropositividad real o presunta. Los gobiernos pueden

emplear este marco para asegurar que se fomenten y se defiendan los intereses superiores de los niños con respecto al VIH/SIDA:

- Debe garantizarse el derecho del niño a la vida, a la supervivencia y al desarrollo.
- Los derechos y las libertades civiles de los niños deben respetarse, insistiendo en el abandono de políticas que pueden provocar la separación de los niños de sus padres o familias.
- Los niños deben tener acceso a la educación e información sobre la prevención del VIH/SIDA y a los medios de prevención. Hay que tomar medidas para eliminar los obstáculos sociales, culturales, políticos o religiosos que impiden este acceso.
- Debe reconocerse el derecho de los niños a la confidencialidad e intimidad con respecto a su condición de seropositividad. Esto incluye el reconocimiento de que las pruebas para la detección del VIH deben ser voluntarias y realizarse con el consentimiento informado de la persona afectada, consentimiento que hay que obtener en el contexto de consejería previa a las pruebas. Si intervienen los tutores legales del niño, deberán prestar la debida atención a la opinión de éste, si es suficientemente mayor o maduro para opinar al respecto.
- Todos los niños deben recibir el tratamiento y la atención adecuados para el VIH/SIDA, inclusive cuando esto implique costos adicionales, como es el caso de los huérfanos.
- Los Estados deben considerar el VIH/SIDA como una discapacidad, si existe una legislación sobre discapacidades, para reforzar la protección de las personas afectadas por el VIH/SIDA contra la discriminación.
- Los niños deben tener acceso a los servicios y programas de atención de salud y hay que eliminar los obstáculos que encuentran para ese acceso los grupos especialmente vulnerables.
- Los niños deben tener acceso a las prestaciones sociales, incluida la seguridad social.
- Los niños deben gozar de un nivel de vida adecuado.
- Los niños deben tener acceso a la educación e información sobre la prevención del VIH/SIDA en la escuela y fuera de ella, sea cual sea su condición con respecto al VIH/SIDA.
- Los niños no deben sufrir ningún tipo de discriminación por causa de su condición con respecto al VIH/SIDA en las actividades del tiempo libre, recreativas, deportivas y culturales.
- Los gobiernos deben tomar medidas especiales para prevenir y reducir al mínimo el impacto del VIH/SIDA causado por el tráfico de drogas, la prostitución forzada, la explotación sexual, la incapacidad para negociar una relación sexual protegida, el abuso sexual, el consumo de drogas por inyección y las prácticas tradicionales nocivas.

Fuente: *The Role of the Committee on the Rights of the Child and its impact on HIV/AIDS: Problems and Prospects*, exposición del Programa Mundial sobre el SIDA, de la Organización Mundial de la Salud, en la conferencia sobre "AIDS and Child Rights: The Impact on the Asia-Pacific Region", celebrada en Bangkok, Tailandia, los días 21 a 26 de noviembre de 1995.

Los niños con el VIH: un futuro comprometido

El VIH/SIDA es una enfermedad que afecta a las personas jóvenes. El año pasado, 590.000 niños menores de 15 años se infectaron por el VIH en todo el mundo de modo que, a finales de 1998, la suma total de niños infectados alcanzó la cifra de 1,2 millones. Todos los años cientos de miles de niños infectados por el VIH nacen de madres seropositivas.

Solamente en 1998, de los 2,5 millones de personas que fallecieron por el SIDA, 510.000 eran niños menores de 15 años. Los servicios de salud, que en muchos países en desarrollo y en las zonas más pobres del mundo desarrollado están ya desbordados, probablemente tendrán que atender a un número creciente de niños con enfermedades graves asociadas al VIH.

Los niños infectados por el VIH en los países en desarrollo

La infección por el VIH en los niños suele progresar más rápidamente hacia el SIDA y la muerte, que en los adultos. El SIDA pediátrico lleva a la muerte con particular rapidez en los países en desarrollo. En esos países los niños enfermos corren, por lo general, un mayor riesgo de morir que los que viven en países industrializados y eso es igualmente cierto para los niños infectados por el VIH. En Europa, el 80% de los niños infectados sobreviven por lo menos hasta su tercer año de vida y más del 20% llegan a cumplir los 10 años. En Zambia, por el contrario, un estudio señaló que aproximadamente la mitad de los niños infectados por el VIH habían fallecido antes de los dos años de edad. En otro estudio realizado en Uganda, el 66% murieron antes de los tres años de edad.

En África, en general, la situación de los niños seropositivos enfermos es muy grave. **Muchos de los antibióticos y otros medicamentos comunes y baratos que se utilizan para tratar a los niños enfermos no infectados por el VIH son también eficaces para tratar a los niños seropositivos, pero a menudo esos medicamentos no están disponibles.** Las familias pobres tienen menos posibilidades para obtener asistencia sanitaria y medicamentos esenciales para infecciones oportunistas, un problema que es aún más grave en los países con presupuestos sanitarios reducidos y donde es difícil acceder a los servicios de salud. Además, los medicamentos para las enfermedades menos frecuentes asociadas con el VIH no forman parte de los programas de medicamentos esenciales que abastecen los hospitales y consultorios más pobres del mundo y las directrices clínicas prácticas para el SIDA pediátrico suelen ser menos claras que las que están destinadas a los adultos. Aumentar la disponibilidad de antibióticos esenciales para las infecciones respiratorias agudas, de medicamentos antifúngicos para las aftas y de medicamentos para tratar la tuberculosis es una prioridad urgente para los países en desarrollo con niños y adultos afectados por el SIDA. Mejorar el acceso a esos medicamentos es una de las principales preocupaciones del ONUSIDA.

Sin embargo, el curso más rápido del SIDA pediátrico en África se explica no sólo por la existencia de sistemas de atención de salud menos desarrollados, sino también por la nutrición deficiente y por las enfermedades infecciosas generalizadas a las cuales los niños son especialmente vulnerables.

La pobreza es una razón clave para explicar por qué los niños mueren más rápidamente por causa del SIDA en los países en desarrollo. Si en una misma habitación duermen entre tres y cuatro niños, fenómeno muy común en las familias más pobres, cuando uno de ellos padece de tuberculosis u otra enfermedad respiratoria, es mucho más probable que estas se transmitan a los demás. Si los niños tienen una nutrición deficiente, su sistema inmunitario estará debilitado. Las familias que no tienen acceso a agua salubre son más vulnerables a las enfermedades transmitidas por el agua, como la diarrea.

Los niños seropositivos suelen sufrir emaciación y tener un desarrollo retardado y a menudo mueren por causa de enfermedades infantiles como la diarrea, el sarampión, la tuberculosis y otras infecciones respiratorias. Como esas enfermedades son con frecuencia las mismas que causan la muerte a otros niños, los agentes de salud que trabajan en países pobres, sin acceso a un equipo costoso para efectuar las pruebas de detección del VIH, a veces tienen dificultades para distinguir a los niños seropositivos de los que no lo son. Eso puede tener, por lo menos, dos consecuencias importantes: en primer lugar, es posible que los niños seropositivos no reciban la asistencia especial que necesitan. Segundo, puede aparecer un desinterés general por la salud de los niños, con repercusiones para todos ellos. En las comunidades de todo el mundo, el aumento del número de muertes de bebés y niños pequeños por causa del SIDA puede conducir a la idea equivocada de que los programas de inmunización y nutrición para niños no son eficaces. El desencanto de esos progra-

mas puede elevar la mortalidad en los niños no infectados.

Las mujeres y los niños: una doble vulnerabilidad

Durante 1998, 5,2 millones de adultos se infectaron por el VIH, cerca de la mitad de los cuales eran mujeres.

Las mujeres en edad de procrear representaron una proporción creciente de las personas con el VIH en el mundo, una tendencia que refleja su vulnerabilidad biológica y social a la infección. Las continuas manifestaciones de discriminación por razón del género en los ámbitos jurídico, económico y social y el desinterés por la salud sexual de la mujer influencian considerablemente su vulnerabilidad al VIH/SIDA.

En Kenya, por ejemplo, en un informe del Proyecto de Control y Prevención del SIDA (AIDSCAP) se comprobó que la vulnerabilidad de la mujer se exacerba por la tendencia histórica que obliga a los hombres a alejarse de su familia durante largos períodos, lo cual aumenta la aceptación de la actividad sexual extramatrimonial del hombre y aprueba el comportamiento de los hombres mayores que utilizan su riqueza y su prestigio para tener relaciones sexuales con niñas y jóvenes.

Sin embargo, a largo plazo, reducir la vulnerabilidad de los bebés a la transmisión vertical exige el mismo tipo de acción que se necesita para reducir la magnitud de la transmisión sexual a la mujer. Deben propiciarse y protegerse los derechos de la mujer, un enfoque que recibió el apoyo de la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994 y de la Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre las Mujeres, que tuvo lugar en Beijing en 1995. Ambas conferencias propugnan el fortalecimiento de los

programas preventivos y la adopción de iniciativas que tengan en cuenta las diferencias de género para dar una respuesta al VIH/SIDA y poner fin a la subordinación social de las mujeres y las niñas. Este enfoque engloba la capacidad de todas las mujeres, sean o no seropositivas, para tomar decisiones —y llevarlas a término— sobre su salud sexual y reproductiva, entre las que figura evitar los embarazos no planeados y/o no deseados.

Es también primordial aumentar, con carácter inmediato, el acceso de la mujer a la información sobre la prevención de la transmisión del VIH en general y más concretamente sobre los posibles modos de reducir el riesgo de la transmisión de madre a hijo antes y durante el embarazo y después trabajo de parto. Pero para que las estrategias de prevención sean equitativas y eficaces, los programas sobre el SIDA tienen que evitar caer en la vieja trampa de ver a las mujeres sólo como madres. Y sería trágico si, una vez más como en el caso de la anticoncepción, se dejara solas a las mujeres con la responsabilidad de la prevención del VIH en las relaciones sexuales, mientras que se absolviera a los hombres de esa responsabilidad. La prevención del VIH debe ir también más lejos de las medidas centradas principalmente en reducir la transmisión del VIH entre la pareja sexual. Como destacan el FNUAP y otras organizaciones influyentes, para comprender los límites que imponen las diferencias de género sobre las conductas relacionadas al VIH, y para modificar esos límites, deben tenerse en cuenta las condiciones y los papeles respectivos del hombre y la mujer en la sociedad.

¿Por qué los niños nacidos en países pobres corren mayor riesgo?

El modo principal de transmisión del VIH a los recién naci-

dos se denomina transmisión de la madre al niño (también llamada transmisión vertical o perinatal). Aunque en los países más pobres algunos recién nacidos se infectan todavía a través de la sangre o el equipo médico contaminados, **prácticamente todos los lactantes infectados por el VIH han contraído el virus a través de sus madres VIH-positivas durante el embarazo, el trabajo de parto o el alumbramiento, o bien después de nacer a través de la lactancia materna.** De los más de 4 millones de lactantes y niños menores de 15 años infectados por el VIH desde el comienzo de la epidemia, más del 90% contrajeron el virus por esa vía.

Por lo menos el 95% de todos los lactantes infectados a través de la transmisión de la madre al niño viven en algún país en desarrollo. La mayoría de ellos viven en el África subsahariana. Sin embargo, el número de casos en la India y el Sudeste Asiático está aumentando rápidamente.

Si bien no todos los niños nacidos de madres seropositivas se infectan, **este riesgo es, una vez más, significativamente mayor en los países más pobres.** La mayoría de los estudios muestran que la probabilidad de que el hijo de una madre seropositiva contraiga el virus oscila entre el 25% y el 35% en los países en desarrollo donde la lactancia materna es la norma, y entre el 15% y el 25% en los países industrializados.

Existen diversos factores que aumentan el riesgo de que una mujer tenga un hijo infectado, entre los cuales figuran un estado inmuno-deprimido, una nutrición deficiente, complicaciones del embarazo, y un largo trabajo de parto después de la ruptura de membranas.

Otro factor de riesgo importante para los bebés es el amamantamiento, una práctica que en los países en desarrollo es la norma por excelencia. Se estima que en las poblaciones donde la lactancia

materna es la norma esa práctica es responsable de más de una tercera parte de todas las infecciones transmitidas de la madre al niño. **Pero, así como la lactancia materna puede provocar la muerte por la transmisión del VIH, la alimentación con biberón también puede ser peligrosa y aumentar los riesgos para la salud del niño.** En los últimos años se ha fomentado y estimulado mucho la lactancia materna y con gran razón puesto que brinda una protección decisiva contra las enfermedades infantiles mortales, sobre todo la diarrea y las enfermedades infecciosas respiratorias. Además, la lactancia materna es un método natural y sin costo alguno, mientras que en los países en desarrollo el costo de las fórmulas infantiles e incluso el del agua salubre y del carburante necesario para la elaboración de éstas suelen estar por encima de los recursos con que cuentan las familias pobres.

Las madres de un recién nacido que saben que son seropositivas se encuentran con el difícil dilema de tener que decidir entre la lactancia natural y la artificial. El contexto varía de acuerdo con el país y la situación socioeconómica de la mujer. Por ejemplo, en Tailandia, donde hay un acceso relativamente amplio al agua salubre, las madres seropositivas reciben del gobierno leche artificial, junto con información sobre los factores de riesgo y se las anima a utilizar esta opción conocida como «alimentación de reemplazo». No obstante, en muchos contextos de algunos países del África subsahariana no sería apropiado distribuir leche artificial porque no se dispone de agua salubre para su preparación. En muchos lugares, entre las alternativas realistas y sostenibles pueden figurar el amamantamiento por mujeres de la familia que han dado resultado negativo en las pruebas del VIH y el empleo de preparados caseros a base de leche animal, generalmente de vaca, cabra, búfalo u oveja. La

composición de la leche animal es distinta de la leche humana, y puede carecer de micronutrientes, especialmente de hierro, de modo que sería conveniente modificarla para los lactantes conforme a las recetas nutricionales aprobadas.

Habida cuenta de la importancia que tiene la lactancia natural para la salud del niño, pero reconociendo al mismo tiempo el papel de la leche materna en la transmisión del VIH de la madre al niño, el ONUSIDA, el UNICEF y la OMS recomiendan que se hagan disponibles unas alternativas a la lactancia materna asequibles a las mujeres que han dado resultado positivo en las pruebas del VIH, y al mismo tiempo proponen que se intensifiquen los esfuerzos para proteger, fomentar y apoyar la lactancia materna por mujeres que son seronegativas o que desconocen su estado serológico con respecto al VIH.

La política del ONUSIDA y de sus copatrocinadores es estimular a las madres seropositivas a que se informen lo mejor posible sobre los riesgos relativos de la lactancia natural y los métodos alternativos de alimentación de manera que puedan decidirse. Las mujeres deben escoger por sí mismas cómo abordar el delicado equilibrio entre los riesgos y las ventajas de las diferentes opciones puesto que no existe una recomendación universalmente válida. Pero solamente la mujer que tiene toda la información está preparada para tomar decisiones con pleno conocimiento de causa. Y esa información entraña saber si una persona está o no infectada por el VIH, lo cual requiere poder acceder a servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias.

Medicamentos contra el VIH para proteger a los bebés de la infección

En 1994, investigadores franceses y estadounidenses descu-

brieron que el medicamento antivírico **AZT (zidovudina), administrado a las mujeres seropositivas durante el embarazo, el trabajo de parto y el alumbramiento, y a sus hijos recién nacidos, reducía la tasa de transmisión vertical en unos dos tercios en ausencia de lactancia natural.** Esto significó un claro progreso, y en muchos países industrializados como el Reino Unido y los Estados Unidos, y en países como el Brasil, el tratamiento inicial con AZT se administra ahora sistemáticamente a las mujeres embarazadas VIH-positivas y a sus recién nacidos.

Sin embargo, se vio pronto que ese tratamiento preventivo sería difícil, sino imposible, de aplicar en muchos contextos de los países en desarrollo. Para empezar, la AZT es un medicamento muy costoso. **Un plan terapéutico preventivo completo para una mujer embarazada y su hijo recién nacido cuesta unos US\$ 1.000 en los Estados Unidos.** Otro problema de similar importancia es que el tratamiento con AZT tal como se desarrolló al principio obliga a que se dé el medicamento durante varios meses antes del parto y a que se administre por vía intravenosa durante el parto. **En muchos países en desarrollo, donde los gastos anuales per cápita en salud quizá alcanzan apenas US\$ 10,** y donde las mujeres suelen acudir a los consultorios prenatales al final del embarazo, si es que acuden a ellos, solo pueden conseguir el AZT las personas muy ricas o las mujeres que participan en estudios clínicos patrocinados por organismos de países industrializados. Por consiguiente ONUSIDA ha promovido y patrocinado investigaciones para identificar regímenes terapéuticos alternativos que se adapten mejor a las circunstancias de las mujeres de los países en desarrollo.

En febrero de 1998, en un ensayo efectuado en Tailandia se puso de manifiesto que un tratamiento breve con zidovudina

administrada durante las últimas semanas del embarazo reducía a la mitad las tasas de transmisión de la madre al niño, por menos de una décima parte del costo del tratamiento más prolongado. Como a las mujeres del ensayo se les dieron también alternativas seguras a la lactancia materna, la transmisión general a los lactantes de la población estudiada se redujo al 9% en comparación con la norma del 25% al 35% en los países en desarrollo. Se está efectuando otro estudio para desarrollar tratamientos aún más breves, incluido un tratamiento que podría administrarse incluso a mujeres que no solicitan asistencia hasta el momento de iniciar el trabajo de parto. Además, los investigadores siguen examinando si algunos tratamientos pueden ser útiles para reducir la transmisión a los lactantes a través de la lactancia materna.

El ONUSIDA, conjuntamente con el UNICEF y la OMS, ha emprendido una iniciativa en 11 países piloto para reducir la transmisión vertical en países con ingresos limitados y para aumentar las posibilidades de las madres de tener hijos sanos. Esa iniciativa prevé proporcionar apoyo a aproximadamente 30.000 mujeres seropositivas, y tiene los seis componentes siguientes: acceso precoz a una asistencia prenatal adecuada; asesoramiento y pruebas voluntarias y confidenciales del VIH para las mujeres y sus compañeros sexuales; administración de antirretrovíricos antes y después del embarazo y el parto para las mujeres VIH-positivas y sus recién nacidos; mejoramiento de la atención durante el trabajo de parto y el alumbramiento; asesoramiento para las mujeres seropositivas, proporcionándoles información sobre las posibles alternativas para la alimentación de los lactantes, y apoyo a las mujeres seropositivas que deciden no dar de mamar.

Al mismo tiempo, debe hacerse lo posible para asegurar que

la mujer reciba consejo y apoyo para negarse a tener relaciones sexuales no protegidas durante el embarazo, para su propio bien, para elevar al máximo las posibilidades de seguir sin infectarse y para proteger a sus hijos. Es igualmente importante reconocer y fomentar la responsabilidad masculina a este respecto.

Para aumentar el control de la situación por parte de la mujer es importante que los países pongan a su disposición de una forma más generalizada servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH. A medida que las intervenciones preventivas pasen a generalizarse más, las mujeres infectadas por el VIH deberían conocer su estado serológico con respecto a ese virus para poder beneficiarse de tales servicios. Tanto si puede accederse a esos servicios en general o dentro de los programas de asistencia prenatal, deben ser confidenciales, remitir al apoyo psicológico y prestar asistencia a las mujeres VIH-positivas que se enfrentan al abandono de su familia y al ostracismo de la comunidad. Incluso cuando no se cuenta con intervenciones terapéuticas, el asesoramiento y las pruebas voluntarias son útiles para las mujeres y los hombres seropositivos y para su respectiva pareja. Esos servicios les permiten adoptar decisiones informadas con respecto a la actividad sexual, la anticoncepción, la interrupción del embarazo (donde esta medida esté legalmente disponible) y las alternativas de alimentación del lactante, y les dan la oportunidad de solicitar asistencia de forma precoz.

No únicamente transmisión de la madre al niño

- **Aproximadamente el 10% de los niños menores de 15 años seropositivos se infectan por vías diferentes de la transmisión de la madre al niño.**

- **Algunos niños contraen el VIH a través de productos sanguíneos que contienen el VIH o por el contacto con instrumentos perforantes de la piel contaminados.**

En Europa occidental y los Estados Unidos, a comienzos de la década de 1980 un número importante de niños con hemofilia, un trastorno de la coagulación de la sangre que afecta principalmente a los varones, se infectaron a través de productos sanguíneos contaminados. A pesar de que desde entonces las prácticas médicas y los suministros de sangre han mejorado en estos y en muchos otros países, en otros lugares los peligros de transmisión a través de la sangre y del equipo para inyección contaminados persisten en hospitales y otros centros médicos. El riesgo de infección por VIH a través de una transfusión sanguínea es particularmente elevado para los niños que viven en países donde la sangre no se somete a un análisis sistemático y adecuado para la detección del virus.

Los adolescentes son especialmente vulnerables a la infección por el VIH a través del consumo de drogas por inyección y, sobre todo, de las relaciones sexuales. Más adelante en el presente informe se describen diversas cuestiones relacionadas con estos niños en riesgo.

Los niños huérfanos por causa del SIDA

Nadie sabe con exactitud cuántos niños han quedado huérfanos por causa del SIDA en todo el mundo. Sin embargo, el ONU-SIDA estima que, entre el comienzo de la epidemia y finales de 1997, 8,2 millones de niños menores de 15 años habían perdido a su madre por causa del SIDA; más del 90% de esos niños vivían en países del África subsahariana. Al final de 1997, había alrededor de 6,2 millones de tales huérfanos menores de 15 años luchando por sobrevivir sin su madre, y a menudo también sin el padre.

Si bien la cifra acumulativa de 8,2 millones de huérfanos es abrumadora, refleja solamente una ínfima parte de una tragedia social de mucha más envergadura. Los niños cuya madre o cuyos padres tienen el VIH empiezan a sentir la pérdida y el sufrimiento mucho antes de la muerte de sus progenitores. Sea cual sea el país de que se trate, el número de niños que tienen a uno de los padres infectado es mucho mayor que el de los que ya han perdido a uno de sus progenitores por causa del SIDA. Los niños huérfanos por el SIDA son simplemente la parte más visible, la punta del iceberg, de las mayores preocupaciones que se ciernen sobre los niños que tienen a uno de sus padres viviendo con el VIH/SIDA.

La mayor parte de los niños huérfanos por causa del SIDA se concentran en los países más gravemente afectados por la epidemia. El ONUSIDA estima que para fines de 1997, 1,1 millones de niños ugandeses menores de 15 años habían perdido por lo menos a uno de sus padres por causa del SIDA.

De acuerdo con el UNICEF, los niños huérfanos por causa del SIDA en Zimbabwe forman la categoría de niños en circunstancias difíciles más numerosa y la

que crece con mayor rapidez. El ONUSIDA calcula que para fines de 1997, aproximadamente el 8% de los niños menores de 15 años habían perdido a su madre por causa de esta enfermedad.

Una experiencia particularmente dolorosa

Los niños que pierden a uno de sus padres por causa del SIDA sienten aflicción y confusión, como cualquier otro niño que sufre la muerte del padre o la madre. Pero hay ciertas diferencias particulares.

Primero, el impacto psicológico puede ser todavía más intenso que para los niños cuyos padres mueren por una causa más repentina, como en un conflicto armado o en un accidente. En última instancia, el VIH conlleva a enfermedades en las personas, pero su curso es imprevisible. Por lo general se viven unos meses o años de estrés, sufrimiento o depresión antes de que uno de los padres muera. En los países en desarrollo, donde se concentra la epidemia, con frecuencia no existe ningún servicio eficaz de manejo del dolor o de los síntomas para mitigar el sufrimiento de los padres seropositivos.

La aflicción de los niños suele agravarse por el prejuicio y la exclusión social dirigidos a las personas seropositivas y a sus familias. Este estigma puede traducirse en el rechazo de los niños huérfanos por causa del SIDA para que accedan a la escolarización y a la asistencia sanitaria y en la negación de sus derechos de sucesión. A este respecto, las niñas pueden estar en aún mayor desventaja.

Una última diferencia, especialmente difícil, con respecto a otras enfermedades de los padres es el hecho de que el VIH proba-

blemente acabe transmitiéndose sexualmente entre el padre y la madre. Por tanto, las posibilidades de que un niño pierda relativamente pronto a su segundo progenitor son mucho más altas que, por ejemplo, las de un niño que ha perdido a uno de sus padres por causa de una enfermedad no transmisible.

Las características particularmente dolorosas del VIH/SIDA en los padres causan obviamente una gran preocupación en los propios adultos. Para el padre y la madre seropositivos, disponer lo necesario para su familia es una prioridad básica cuando se enteran de que están infectados. «Mi mayor preocupación era pensar qué les ocurriría a los niños», dice Ruranga Rubamira, comandante del ejército ugandés y fundador de la Asociación Nacional Ugandesa de Personas Seropositivas. «No sabía cuánto tiempo seguiría con vida pero sentía que durante el tiempo que me quedaba tenía que intentar hacer algo. Traté de poner en marcha un negocio para mi esposa y también me puse a construir una casa.»

Las familias extensas resisten a la presión, pero ¿hasta cuándo?

En muchos países las familias extensas son el sistema tradicional de seguridad social. Por consiguiente, en muchos países en desarrollo los sistemas de parentesco profundamente enraizados prestan apoyo a los niños y a las familias afectados por el SIDA. Es habitual, por ejemplo, que los niños huérfanos por causa del SIDA sean acogidos por sus tíos o incluso por sus abuelos, los cuales quizá tengan pocos ingresos y confiaban precisamente en el apoyo de su hijo o hija fallecidos por causa del SIDA.

La destacable generosidad de mucha gente en los países más afectados por el SIDA queda también demostrada por el hecho de que frecuentemente el cuidado de huérfanos es brindado por hogares de guarda en familias sin parentesco alguno con el niño, a menudo por vecinos. En un estudio realizado en Kagera (Tanzanía) se destacó que las familias que habían vivido la experiencia de una muerte por causa del SIDA en su propio seno, acogían con más frecuencia a un niño de otra familia huérfano por esta misma causa. Esas familias que ya tenían más personas a su cargo eran también las más dispuestas a acoger a otros huérfanos.

Las presiones financieras ejercidas sobre las personas que pueden resistirlas menos han aumentado de forma inevitable. «Tengo a 11 huérfanos viviendo en mi casa», dice Leone, de Uganda; y continúa: «Mi hermana mayor murió y me dejó a sus seis hijos. Los otros cinco eran de mi hija, que también falleció. Cuidar a todos esos niños es verdaderamente difícil.»

Desde antes de la epidemia de SIDA muchas de esas comunidades estaban siendo sometidas a una gran presión como resultado de la migración laboral, los cambios demográficos y otros factores. Con la aparición del SIDA, las dificultades han pasado a ser todavía mayores. Uno de los síntomas de este fenómeno es el número progresivo de familias al frente de las cuales hay un niño: con anterioridad, algunas de esas familias podían estar presididas, tras la muerte de los padres, por los abuelos. «La muerte de un abuelo puede conducir a una situación en que no haya nadie más en la familia extensa dispuesto a ocuparse de los niños, lo que da lugar a familias de huérfanos encabezadas por el hermano o la hermana mayor», dice Geoff Foster, del Fondo de Asistencia a las Familias con SIDA, de Zimbabwe.

El sistema de la familia extensa está en aprietos no solamente

en los países en desarrollo: «Muchos países europeos, sobre todo en Europa central y oriental, están sufriendo problemas como resultado de la presión que se ejerce sobre los sistemas familiares por causa de las estructuras sociales y la demografía cambiantes», explica Naomi Honigsbaum, del Foro Europeo sobre el VIH/SIDA, los Niños y las Familias. Este fenómeno es cada vez más patente, por ejemplo, en las zonas metropolitanas de los Estados Unidos, como New Haven y Nueva York.

El círculo vicioso de la pobreza y de la discriminación

La relación entre el VIH/SIDA, el empobrecimiento y la negación de los derechos humanos se pone de manifiesto en el impacto de la epidemia sobre los niños que han quedado huérfanos por causa del SIDA.

Cuando el diagnóstico de seropositividad en una familia es de conocimiento público, los amigos quizá acudan a visitarla con menos frecuencia y los niños pueden verse ridiculizados y atormentados por sus compañeros de clase. En Zimbabwe, discusiones en grupos focales con miembros de comunidades afectadas por el SIDA, señalaron que **el aislamiento social de los niños huérfanos por causa del SIDA era un fenómeno habitual.** Y en el norte de Tailandia, en un estudio de 116 familias afectadas por el VIH realizado en 1994, se halló que la estigmatización, debida en gran parte a ideas erróneas sobre la transmisión del VIH, estaba generalizada en su vida cotidiana. El 20% de las familias afectadas por el VIH reconocieron que a otros niños en el vecindario se les prohibía jugar con los suyos.

La pobreza de la familia puede ser consecuencia de la estigmatización. En el estudio tailandés se puso de manifiesto que muchos padres habían perdido su trabajo como resultado del

SIDA y que las empresas familiares habían perdido clientes.

Muchas familias extensas que han acogido a huérfanos no pueden permitirse mandar a todos sus hijos a la escuela y **los huérfanos suelen ser los primeros a los que se les niega la educación.** «Mi madre adoptiva no quiere que vaya más a la escuela. Quiere que me ponga a trabajar como sirvienta y gane dinero para comprar comida», dice Beatrice, una muchacha de 16 años de Kenya. En un estudio llevado a cabo en Zambia se indicó, que en las zonas urbanas, el 32% de los huérfanos no iban a la escuela, en comparación con el 25% de los que no lo eran. En las zonas rurales, el 68% de los huérfanos no estaban escolarizados, frente al 48% de los que no eran huérfanos.

Para muchas familias, mandar a sus hijos a la escuela es simplemente algo imposible. «Cuando murió mi padre yo tenía 14 años», dice Maurice Kibuuka, un niño ugandés. Y prosigue así: «En casa éramos ocho, y mi madre se quedó sola para ocuparse de nosotros. Me convertí en el cabeza de familia, con la responsabilidad de buscar dinero, comida, ropa e incluso vivienda... No tuve más remedio que dejar la escuela.»

La discriminación para acceder a la atención de salud es una importante forma de exclusión social con la que se enfrentan las personas infectadas o afectadas incluyendo los huérfanos. Aproximadamente las dos terceras partes de los niños nacidos de madres seropositivas no contraen la infección y crecen tan sanos como cualquier otro niño en su comunidad. No obstante, este hecho a menudo se desconoce o no se toma en consideración. Los datos dan a entender que los niños huérfanos por el SIDA pueden correr mayor riesgo de morir por causa de enfermedades e infecciones prevenibles, debido a la opinión equivocada de que cuando enferman es porque tienen el SIDA

y por tanto no merece la pena buscar ayuda médica.

Los niños huérfanos por causa del SIDA corren también el riesgo de perder sus derechos de propiedad y de sucesión. Además, como se ha demostrado antes, la comprensión de los derechos del niño está entrelazada de modo inextricable con los derechos humanos de su madre: por esto las leyes que privan de derechos civiles a las viudas tienen un efecto devastador en la vida de sus hijos.

La pobreza y el aislamiento resultantes pueden crear un círculo vicioso y provocar que los niños huérfanos por causa del SIDA, y en particular las niñas huérfanas, corran mayor riesgo de contraer el VIH.

«A esta señora le gusta abusar de mí porque mi madre está muerta», dice una niña ugandesa entrevistada por PANOS. Y añade: «Quiere que me acueste con hombres porque vivo en su casa. Los trae a casa y me presenta a ellos. A menudo dice que debo portarme bien con ellos o que de lo contrario no podré seguir viviendo en su casa.»

¿Qué estamos haciendo para ayudar?

Los problemas con que se enfrentan las familias afectadas por el VIH han pasado a ser una prioridad importante para muchos programas nacionales de ayuda, así como para organizaciones internacionales como el UNICEF y el Save the Children Fund. En todo el mundo hay miles de pequeños programas basados en la comunidad cuyo objetivo es dispensar asistencia y apoyo a los huérfanos por causa del SIDA. En Uganda, por ejemplo, una organización llamada Uwesó facilita socorro material de emergencia y formación profesional para esos huérfanos. En Côte d'Ivoire, la Oficina Católica Internacional para los Niños ayuda a encontrar un

hogar de guarda para los niños huérfanos y facilita formación y asistencia. En Kenya y Tanzania, el Fondo Africano de Desarrollo ha financiado proyectos agrícolas, programas de educación secundaria y el alojamiento para las familias afectadas por el SIDA.

Pero **esos proyectos no se llevan a cabo en la escala necesaria.** La mayoría de los programas para huérfanos solamente pueden ayudar a menos de un centenar de niños a la vez. En algunos países como Tailandia, Uganda y Zambia, donde cientos y miles de niños están afectados, se necesita urgentemente orientar la respuesta para ofrecer apoyo básico continuado a los que más lo necesitan.

Los recursos financieros son un factor importante. Muchos programas para huérfanos confían en fondos facilitados por organizaciones no gubernamentales establecidas en países económicamente prósperos y por organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, y son raramente autónomos. Se necesita invertir en esos niños huérfanos para lograr un futuro estable, tanto para los propios niños como para su comunidad. **Pero en los países más pobres del mundo, los niños huérfanos por causa del SIDA es probable que se consideren simplemente una de tantas prioridades urgentes en pugna.**

A pesar de la opinión generalizada de que los huérfanos están bien atendidos por las organizaciones de asistencia relacionadas con el SIDA, crece el convencimiento de que esa asistencia es inadecuada y de que **los niños huérfanos por causa del SIDA suelen ser en realidad un grupo olvidado.**

Asistir a los niños antes de que sus padres mueran

Los problemas planteados para los niños afectados por el SIDA son más agudos a partir del momento en que se diagnostica el VIH en uno de sus padres. Si las

organizaciones aguardan hasta que los niños sean huérfanos, será demasiado tarde. Antes de las matanzas de 1994 en Rwanda, Caritas Rwanda, una ONG católica, trató de ayudar a los padres a preparar el futuro de sus hijos. Esta organización colaboró con los padres para buscar soluciones y preparar la instalación de los niños en casas de parientes o de padres adoptivos. Caritas también asesoró a los padres acerca de asuntos legales y de la propiedad.

En 1994, representantes de varias ONG del África oriental y austral redactaron la «Declaración de Lusaka sobre el Apoyo a los Niños y las Familias afectados por el SIDA». En ella se insta a que, dondequiera que sea posible, **deben hacerse esfuerzos para mantener en su comunidad a los niños de familias afectadas por el SIDA.** Esos esfuerzos, se añade, deben empezarse antes de la muerte de los padres. Los programas domiciliarios de asistencia, en que los equipos de atención de salud o de apoyo comunitario acuden al hogar del paciente de SIDA, deberían también ocuparse de ayudar a los padres a planificar el futuro de sus hijos.

La declaración también reconoce que las familias afectadas por el VIH son vulnerables a la explotación y recomiendan que las ONG informen a las personas afectadas por el virus acerca de sus derechos jurídicos, y que los gobiernos revisen la legislación vigente para proteger más a esas personas.

De acuerdo con los expertos, los orfanatos deberían considerarse solamente como el último recurso

para dispensar asistencia a los huérfanos por causa del SIDA. Los orfanatos son mucho más costosos que los enfoques basados en la comunidad y pueden ser culturalmente inadecuados si separan a los niños de sus orígenes sociales. Los lazos entre generaciones son muy importantes.

Los niños bajo la amenaza del VIH

En un mundo con SIDA, hay niños que ya han sido infectados por el VIH y otros que sufren como consecuencia de los efectos de la epidemia en su familia o su comunidad. Pero el SIDA arroja su sombra más amplia sobre los cientos de millones de niños que viven sometidos al riesgo del VIH ya sea porque se hace caso omiso de sus derechos fundamentales, entre los que figuran la atención sanitaria y la información y educación relativas al VIH, o porque sus circunstancias personales los hacen particularmente vulnerables.

El VIH y los abusos sexuales contra niños

Si bien no se trata de un fenómeno nuevo, el abuso sexual durante la infancia y la adolescencia ha surgido recientemente como un problema importante que afecta a todas las sociedades.

El abuso sexual que tiene como víctimas a los niños presenta dos formas básicas: la explotación sexual comercial, que, según se sabe actualmente, es una industria de ámbito mundial que maneja muchos miles de millones de dólares; y el abuso sexual en el hogar o en la comunidad a manos de familiares, «amigos» o personas relacionadas con la familia del niño, o a manos de otros cuya proximidad al niño facilita el abuso, como sucede con maestros o patronos. Sea cual sea la forma que presente el abuso sexual, por lo general deja graves secuelas psicológicas a sus víctimas.

Los niños objeto de comercio sexual

No se sabe cuántos niños trabajadores del sexo hay a escala mundial. Debido al carácter clan-

destino de esa actividad no se conocen cifras exactas, y la falta de investigación fiable en ese sector tiene carácter crónico. Las cifras que se presentaron en el Primer Congreso Mundial contra la Explotación Sexual de Menores con Fines Comerciales, celebrado en Estocolmo en agosto de 1996, sugieren que:

- más de un millón de niños se incorporan todos los años al comercio sexual mundial;
- en Europa hay niños que trabajan prostituyéndose;
- según una encuesta realizada por la revista *India Today*, en la India se prostituyen entre 400.000 y 500.000 niños;
- de acuerdo con otra encuesta llevada a cabo en la República Dominicana, alrededor de 25.400 menores se dedican a la prostitución en ese país.

Las investigaciones realizadas sugieren que la explotación de los menores va en aumento, y que las víctimas son cada vez más jóvenes. La mayoría de los menores incorporados a la industria sexual son muchachas de edades comprendidas entre los 13 y los 18 años, aunque se sabe de casos en que se ha vendido a niñas de menor edad. Muchos de esos niños pasan la mayor parte del tiempo en las calles, con frecuencia para escapar a la violencia o a los abusos sexuales de que son objeto en su propio hogar. Otros menores viven en burdeles, y han sido arrastrados a la prostitución por intermediarios. A las niñas, por ejemplo, las venden sus padres o se las atrae a las ciudades con promesas de empleo, educación o dinero, para luego venderlas a un proxeneta.

Las muchachas están más expuestas que los chicos debido a la sistemática discriminación por razones de género, que se traduce en menores oportunidades educativas y laborales. Quienes ya han sido víctimas de abusos sexuales o se han visto forzadas a prostituirse, quedan con frecuencia estigmatizadas o marginadas, lo que empeora todavía más su situación y disminuye sus oportunidades de acceso a la educación o a un empleo oficial y, en muchas sociedades, al matrimonio.

La epidemia de VIH/SIDA ha hecho que el abuso sexual y la prostitución de los niños sean aún más peligrosos que anteriormente. **Los estudios realizados en todo el mundo indican que las tasas de infección por el VIH entre profesionales del sexo infantiles y entre los niños que viven en la calle son con frecuencia muy elevadas.** Las encuestas sobre muchachas kenianas que viven en la calle indicaron que hasta un 30% eran seropositivas.

La creencia en la menor predisposición de los niños a la infección por el VIH ha contribuido a que, en los últimos años, haya aumentado la demanda de profesionales del sexo cada vez más jóvenes. La vulnerabilidad de los niños a la explotación sexual, ya sea por la prostitución o los abusos, puede hacer además que contraigan otras enfermedades de transmisión sexual, como la blenorragia, la sífilis y el chancro blando. Debido a las lesiones producidas en las superficies del aparato reproductor, tanto el trauma físico como las enfermedades de transmisión sexual aumentan la predisposición del niño a la infección por el VIH, así como el riesgo de que sus clientes resulten infectados por el VIH o contraigan enfermedades de transmisión se-

xual. El problema se agrava por la falta de servicios de atención sanitaria orientados a las necesidades de los niños en materia de salud sexual y reproductiva.

Tan sólo en época reciente un importante movimiento activista en defensa de los niños, impulsado sobre todo por grupos no gubernamentales, han despertado la atención internacional sobre la explotación sexual de menores. El Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños de 1996 supuso el primer intento internacional concertado de enfrentarse con el problema.

A nivel nacional se están adoptando medidas que tienen por objeto combatir la explotación sexual no sólo en el propio país sino también en el extranjero. En algunos países, entre los que figuran Alemania, Australia, los Estados Unidos, el Japón, los Países Bajos, el Reino Unido y Suecia, nuevas leyes extraterritoriales permiten procesar a los nacionales culpables de delitos sexuales contra niños en el extranjero. La Organización Mundial del Comercio creó recientemente un Grupo Especial cuyo objetivo es localizar operadores turísticos y hoteles que atienden a sabiendas a turistas sexuales. La puesta en vigor de estas nuevas sanciones y leyes requerirá la cooperación internacional de diversos actores, entre los que figuran entidades como los sistemas policial y jurídico, así como las ONG.

Diversos expertos presentes en la conferencia de Estocolmo hicieron hincapié, sin embargo, en que si bien el turismo sexual es un problema importante y está bien documentado, «la explotación sexual de los niños es, de manera predominante, un problema local, en el que tanto los clientes como los agentes proceden de la comunidad local».

Sean los explotadores ciudadanos nacionales o extranjeros, su condena es necesaria, pero no suficiente. Existe la necesidad ur-

gente de fomentar un cambio en la actitud y el comportamiento sexual de los adultos.

Abusos más próximos al hogar

Se empieza a conocer mejor en todo el mundo la importancia de los abusos sexuales contra niños que se cometen en el ámbito mismo del hogar o en sus proximidades. **Tanto en los países industrializados como en desarrollo, muchos menores —sobre todo, muchachas— corren riesgo de sufrir abusos sexuales por parte de sus familiares, de otros miembros de la comunidad de la que forman parte o de extraños.** El abuso sexual en el hogar es además uno de los principales factores que empujan a los niños a abandonarlo, perpetuando de esa manera un ciclo de vulnerabilidad.

En un estudio realizado en Zimbabwe se puso de manifiesto que, probablemente, la mayoría de los casos de abuso sexual infantil no se denuncian. Algunos se detectan cuando el menor contrae una enfermedad de transmisión sexual, con lo que queda demostrado que se mantuvieron relaciones sexuales. Por ejemplo, durante un periodo de un año, en el Centro Genitourinario de Harare se trató a 907 niños menores de 12 años por enfermedades de transmisión sexual. La mayoría de los infractores, responsables de la transmisión, eran vecinos o parientes próximos.

Si bien en algunos casos se recurre a la violación pura y simple para consumir la relación sexual, muchas veces se utilizan medios que van desde la seducción a la coacción. El número cada vez mayor de «protectores» ilustra las zonas de penumbra que rodean el trueque de favores sexuales por bienes y dinero. Los «protectores» son hombres de edad avanzada que buscan a jovencitas (a menudo porque creen correr menos riesgo de infectarse por el VIH si tienen relaciones con menores) y

las tientan invitándolas a comer, ofreciéndoles ropa, artículos de lujo y dinero en efectivo, e incluso el pago de tasas académicas. Las diferencias entre las muchachitas y sus protectores, hombres de más edad y con experiencia sexual, aumenta especialmente para ellas el riesgo de infección por el VIH.

Por su parte, las muchachas empleadas domésticas son vulnerables a otro tipo de abuso sexual: el cometido por el cabeza de familia o sus hijos varones. El riesgo ocupacional a la coacción sexual no está, por supuesto, restringido a las empleadas domésticas, pero las criadas residentes corren mayores riesgos debido a su accesibilidad durante las veinticuatro horas del día.

Sanciones y leyes no son más que un primer paso para impedir que se abuse sexualmente de los niños. A corto plazo pueden servir para que se conozca mejor esta terrible plaga. El hecho de que se preste mayor atención a este fenómeno contribuirá a su vez a romper el hábito de silencio que rodea el abuso sexual y a aumentar la sensibilidad social en materia de niños explotados y de víctimas de abusos sexuales. Pero, **aunque existan en casi todos los países las leyes que prohíben la explotación sexual de los niños son sumamente difíciles de aplicar.** Incluso cuando a veces esos casos llegan a los tribunales, los niños víctimas de abusos sexuales suelen mostrarse muy reacios a testificar.

El VIH y las relaciones sexuales consentidas entre iguales

Los niños no sólo corren el riesgo de contraer la infección por el VIH cuando se los explota o se abusa de ellos sexualmente, sino también cuando consienten en mantener relaciones sexuales. En muchos países, un gran número de niños tiene su primera relación sexual antes de cumplir los 18 años. Y los adolescentes, por su

parte, también mantienen, sin protección, relaciones con profesionales del sexo.

Una fuente importante de vulnerabilidad en el caso de los niños es su ignorancia de todo lo relativo al embarazo y a la transmisión del VIH y de las ETS, así como su falta de conocimientos prácticos a la hora de reconocer situaciones de riesgo, como el consumo de bebidas alcohólicas, de resistir las presiones para mantener relaciones sexuales (y usar drogas), o de negociar la utilización de preservativo y otras formas de mantener relaciones sexuales sin peligro.

El amor y la confianza también hacen vulnerables a los niños. La tasa de cambios de pareja es con frecuencia mayor durante la adolescencia y los primeros años de la veintena que más adelante. Esto atañe no sólo a las parejas ocasionales sino a las sucesivas relaciones habituales. Aunque esas relaciones quizá no duren mucho, desde la perspectiva de los jóvenes se consideran con frecuencia, en lo referente a la transmisión del VIH, «sin peligro», porque son habituales y monógamas. En consecuencia, se mantienen relaciones sexuales sin protección (coito sin preservativo) con parejas sucesivas, pero se disfraza el riesgo por la aparente monogamia y confianza que imperan en cada una de esas relaciones. Sin embargo, los embarazos no deseados y las elevadas tasas de enfermedades de transmisión sexual entre los jóvenes ponen de manifiesto que las consecuencias no deseadas pueden ser graves y — en un mundo azotado por la epidemia de SIDA— letales.

El VIH y el consumo de drogas

En un mundo con SIDA, inyectarse sustancias ilícitas, que ha sido siempre una práctica peligrosa, conlleva un riesgo adicional: la infección por el VIH. Cuando personas de cualquier

edad comparten agujas y jeringuillas para inyectarse drogas, se producen microtransfusiones con capacidad suficiente para transmitir el VIH y otros microorganismos. El consumo de drogas por inyección es, por consiguiente, un fenómeno que autoridades, educadores y especialistas en la prevención del SIDA interesados en la protección de los niños han de tener inevitablemente en cuenta.

No es necesario que las drogas se inyecten para que exista el riesgo de infección por el VIH. El alcohol, las drogas que se fuman o la inhalación de pegamento pueden hacer olvidadizas o descuidadas a las personas en cuanto a las precauciones necesarias para mantener relaciones sexuales sin riesgo, reduciendo con ello la utilización de preservativos. Si bien algunos adolescentes se inyectan drogas, son muchos más los que, sin recurrir a la inyección, consumen sustancias que pueden incrementar su vulnerabilidad a la infección por el VIH.

Son muchos los factores, tanto individuales como sociales, que influyen en la utilización de las drogas. Sin embargo, la asociación entre el consumo de drogas y la infección por el VIH parece ser especialmente peligrosa para los jóvenes de baja condición económica, incluidas las que tienen relaciones sexuales por dinero, así como para los niños y las niñas que viven en la calle. Entre los factores ambientales coadyuvantes figuran la pobreza, la discriminación y la falta de acceso a la educación y a la atención de salud. «Cuando se les pregunta, los jóvenes de países industrializados o en desarrollo indican que, con frecuencia, consideran como razones básicas para el consumo de drogas el aburrimiento, la curiosidad y las ganas de sentirse bien. Otros objetivos que se persiguen con el abuso de sustancias son aliviar el hambre, adoptar una actitud rebelde, darse ánimos para mendigar o para mantener relaciones sexuales por dinero, man-

tenerse despierto, conciliar el sueño o soñar», dice un informe de la OMS.

Los niños que viven en circunstancias difíciles es más fácil que no renuncien a las drogas e incluso que aumenten su consumo. Para las muchachas que viven o que trabajan en la calle los riesgos son especialmente grandes por cuanto a menudo han de enfrentarse con la violencia, la infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y abortos peligrosos. Si llegan a dar a luz, se ven con frecuencia abandonadas a su suerte a la hora de ganarse la vida y sacar adelante a su prole.

Los niños refugiados y desplazados

Dado que los conflictos civiles, la persecución política y los desastres naturales siguen asolando a muchas naciones, millones de seres humanos se ven obligados a vivir fuera de su país de origen. La mayoría de los refugiados que hay en el mundo son niños y mujeres. En entornos que van desde los grandes campamentos rurales con escasísimas infraestructuras hasta los abarrotados barrios marginales en las ciudades, los refugiados de corta edad son especialmente vulnerables a las relaciones sexuales no consentidas. Pero incluso aunque exista el consentimiento, la disponibilidad de preservativos es a menudo prácticamente nula.

Todo esto es igualmente aplicable a muchos niños desplazados que, sin cruzar las fronteras de su país, se encuentran lejos de sus hogares. Esos niños sobreviven en un medio muy inestable, con frecuencia amenazador, donde los riesgos son elevados y donde muy pocas veces se protegen los derechos de las personas. Para empeorar las cosas, se sabe que los refugiados y desplazados de corta edad son objeto frecuente de

Una ventana a la esperanza

violaciones y abusos sexuales por parte de torturadores de su propia comunidad, así como por parte de explotadores venidos del exterior que se aprovechan de esas situaciones en las que con frecuencia se violan los derechos de los niños.

El VIH y los niños en detención

De manera similar a lo que sucede con los adultos encarcelados, también los niños en detención o en centros correccionales están expuestos con frecuencia a la violencia, los malos tratos y las relaciones sexuales no deseadas. También el consumo de drogas es un factor agravante para la transmisión del VIH, junto con la prohibición del uso de preservativos; lo mismo puede decirse con respecto a las perforaciones de la piel y los tatuajes antihigiénicos y peligrosos. Los jóvenes recluidos en reformatorios y en otras instituciones parecidas tienen con frecuencia muy pocas posibilidades, si es que tienen alguna, de evitar la infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Sin una reforma radical de la administración de justicia para los jóvenes y de las instituciones para el bienestar social, se seguirán violando los derechos de esos niños al mismo tiempo que aumentan los riesgos a que están expuestos.

Reforzar el desarrollo para hacer frente al VIH en mejores condiciones

Los costos socioeconómicos del SIDA están comprometiendo la capacidad de las economías en desarrollo para sostener los avances conseguidos, y esto tiene enormes repercusiones sobre los niños.

Hay otras enfermedades con graves consecuencias para la supervivencia y el bienestar de los niños. Pero un rasgo característico del SIDA es que también afecta a un enorme número de personas jóvenes que además son padres: adultos en el periodo de la vida más productivo y más activo sexualmente. En las zonas especialmente afectadas, los recursos resultan cada vez más insuficientes a medida que la mortalidad por el SIDA agrava el problema de generar ingresos y de atender a los niños, cargándolo sobre las espaldas de un menor número de adultos de salud más deteriorada. El estigma que supone el SIDA puede minar la buena disposición de comunidades y familias extensas para atender y apoyar a los más afectados. La capacidad de la sociedad para hacer frente al problema se ve además negativamente afectada por el hecho de que las consecuencias del VIH se manifiestan durante un período de varios años y que las defunciones causadas por el SIDA tienden a agruparse dentro de las familias, dándose con mucha frecuencia el caso de que en un hogar concreto estén infectados más de un progenitor y más de un hijo.

Sin embargo, todavía es difícil hacer estimaciones válidas acerca del impacto del SIDA sobre las economías, por cuanto la

epidemia influye de manera distinta sobre diferentes sistemas socioeconómicos e incluso sobre sectores diferentes dentro de la misma economía. Así por ejemplo, la pérdida de un solo generador de ingresos en una familia puede tener distintas consecuencias en zonas rurales y urbanas debido a los diferentes tipos de estructuras familiares. En las zonas urbanas, la pérdida de un solo asalariado puede afectar a un grupo importante de miembros de la familia extensa. Los sistemas agrícolas de uso intensivo de la mano de obra son también más vulnerables a la pérdida de adultos en buen estado de salud.

Lograr que estos problemas se entiendan mejor no tiene un interés puramente teórico. Se trata de una necesidad práctica. A no ser que se conozcan más a fondo los efectos socioeconómicos del SIDA y que ese conocimiento se refleje en la planificación y en la formulación de políticas, las economías precarias de todo el mundo tenderán a considerar la infección por el VIH/SIDA un problema más entre los que compiten por las ayudas disponibles, y quizá descubran que cada vez les resulta más difícil destinar recursos a los programas de prevención.

Es igualmente importante hacerse cargo de que un conocimiento más cabal de estas cuestiones refuerza el argumento en pro de incrementar el desarrollo como una de las maneras de ayudar a que familias y comunidades resistan el impacto del SIDA.

Hay que insistir menos en el socorro inmediato y más en los planes intersectoriales a largo plazo para atender las necesidades de los niños afectados por el SIDA. El planteamiento que propugna la atención directa de las necesida-

des de los niños no es, en general, sostenible en los sitios donde el número de afectados es cuantioso. Siempre que sea posible, los recursos deberán destinarse a permitir que familias y comunidades establezcan y mantengan una base económica suficiente para atender a esas necesidades. Y también es preciso reforzar las oportunidades educativas y de empleo para los mismos niños si se quiere que salgan del círculo vicioso de la pobreza y del SIDA.

Aunque los niños son una parte cada vez mayor del problema del SIDA, también es cierto que han de tener una participación decisiva en su solución. «Los niños de 5 a 18 años son una ventana abierta a la esperanza», dice el doctor Sam Okware, Comisario para la Salud de Uganda. «Si se logra educar a ese grupo de personas, si su cambio de comportamiento puede orientarse de manera que eviten los riesgos, creo que podremos afrontar el futuro.»

En destacadas organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, como el UNICEF y la UNESCO, se tiene el convencimiento de que educación y responsabilidad, junto con la promoción de los derechos de los niños, son la clave para prevenir la infección por el VIH y el SIDA. Se necesita, sin embargo, dirigirse no sólo a los menores mismos sino a sus familias, que son el apoyo social más importante con que cuentan los niños. Reducir su vulnerabilidad al VIH significa mejorar la situación económica de sus familias. Organismos para el desarrollo como el PNUD han hecho hincapié repetidamente en la necesidad de crear microfondos, planes de microcrédito, planes de empleo rural y otros instrumentos que puedan mejorar los niveles de vida y aseguren a los niños y a sus familias una manera sostenible de ganarse la vida. Disminuir la vulnerabilidad de los niños al VIH supone también que, cuando se busquen, por ejemplo, objetivos para la ayuda al desarro-

llo, no se pierdan de vista los distintos riesgos relacionados con la epidemia a que están expuestas las comunidades. En Tailandia septentrional, por ejemplo, el proyecto Hijas de la Educación proporciona fondos para que muchachas que, en el caso contrario, podrían ser vendidas a la industria del sexo, sigan yendo a un centro de enseñanza y consigan mejores perspectivas de empleo.

En otras palabras, el desarrollo no solo fortalece la capacidad de la sociedad para hacer frente al impacto del VIH/SIDA, sino que refuerza igualmente su capacidad para evitar la transmisión del VIH.

Educación escolar sobre el VIH/SIDA

La educación sobre el SIDA y sobre la salud sexual es un tema que provoca controversia en todo el mundo. La objeción contra la educación en materia de salud sexual se concreta de ordinario en el miedo a que estimule las relaciones sexuales tempranas. Recientemente, el ONUSIDA encargó una actualización de un análisis anterior, realizado por la OMS, de estudios —llevados a cabo en su mayoría en los Estados Unidos y en Europa— sobre los efectos de la educación en materia de salud sexual. Su finalidad era valorar el impacto de esa educación sobre el comportamiento de los estudiantes en función de las tasas de embarazos de adolescentes, abortos, nacimientos, enfermedades de transmisión sexual y actividad sexual declarada.

El análisis puso de manifiesto que es posible aprender comportamientos responsables y sin riesgos. La educación sobre sexualidad, sobre el VIH, o sobre ambas cosas, no contribuye a una mayor actividad sexual. De hecho los programas de calidad ayudan a retrasar la primera relación sexual y protegen a los jóvenes sexualmente activos de las enfermedades de transmisión sexual,

incluida la infección por el VIH, y del embarazo. Entre otras cosas, los programas de calidad incluyen una explicación clara sobre los riesgos de las prácticas sexuales sin protección y de los métodos —incluida la abstinencia— para evitarlos y para ayudar a los jóvenes a practicar la comunicación y las técnicas de negociación. Asimismo, la experiencia de algunos programas satisfactorios demuestra que la educación impartida por compañeros tiene una mayor credibilidad y aceptación. La participación de los propios niños en la formulación de mensajes y enfoques es un elemento crucial.

Se debate cuándo debería iniciarse la educación sobre el SIDA y la salud sexual. Concretamente, cuestiones como la creciente evidencia de abusos sexuales contra niños han convencido a algunos profesores y agentes de salud especializados en el SIDA de la necesidad de alguna forma de educación sobre «preparación para la vida» en la escuela primaria. En el análisis encargado por el ONUSIDA se halló además que es mejor iniciar la educación sobre salud sexual antes del comienzo de la actividad sexual. Los agentes de salud especializados en el SIDA creen que esa educación temprana es muy importante en los países en desarrollo, donde la asistencia a la escuela secundaria se reduce mucho en relación con la primaria, sobre todo en el caso de las muchachas. En muchos países, la mayoría de los niños abandonan la escuela antes de cumplir los 15 años. Alertar a tiempo a estos adolescentes, muchos de los cuales son pobres, no saben ni leer ni escribir y se hallan entre los más vulnerables a la infección por el VIH, es posiblemente la máxima prioridad en materia de prevención contra el SIDA.

Según uno de los agentes de salud especializados en el SIDA de Zimbabwe, «empezamos en las escuelas cuando los niños tienen entre 8 y 9 años. Parece demasiado pronto, pero en nuestro país son

muy frecuentes los abusos sexuales perpetrados contra niños, incluso violaciones, por lo que es muy importante que planteemos el problema durante ese periodo o incluso antes. Queremos que todos los niños sepan que su cuerpo es suyo, que nadie tiene derecho a su cuerpo y que si alguien juguetea con él deben decírselo a su mamá y a su papá para que los protejan. Empezamos por ofrecer a esos niños la información que los ayuda a saber quiénes son y cuál es la mejor manera de protegerse», nos dice.

Además de reconocer la importancia del papel que los niños pueden desempeñar en su propia protección y en la de su comunidad frente a la infección por el VIH, es igualmente importante reconocer el poder que muchas personas y estructuras institucionales pueden ejercer para evitar que los niños accedan a la educación, la información y al adiestramiento en materia de «preparación para la vida». Esos «guardianes» pueden ser padres, profesores, educadores, dirigentes comunitarios y religiosos, profesionales de los medios de comunicación, autoridades y funcionarios gubernamentales. La experiencia demuestra, sin embargo, que cuando se informa adecuadamente a los padres, aceptan, en general, la necesidad de la educación sobre el SIDA. Se necesita con urgencia lograr que esos guardianes se suban a bordo para contar así con su cooperación a la hora de promover una educación temprana sobre la preparación para la vida y la prevención. Ello trae consigo la necesidad de proporcionar también educación sobre el SIDA y sobre la salud sexual a los adultos.

Informar a los niños alejados del contexto escolar

Aunque algunas de las discusiones más acaloradas en esta materia se han centrado en la educación sobre salud sexual en el entorno escolar, el ONUSIDA y

sus copatrocinadores insisten en que la educación necesita tener también como objetivo prioritario a los niños que no van a la escuela.

En algunos países hasta el 80% de los niños no pasan de la escuela primaria. Y son precisamente esos grupos los que suelen correr más riesgo de infectarse por el VIH. Entre esos niños figuran los que viven en zonas rurales y en barrios marginales, los que trabajan en fábricas, los refugiados, los emigrantes y quienes están explotados sexualmente.

Entre los que corren mayores riesgos se hallan los niños de la calle. Algunas estimaciones sugieren que hay en el mundo muchos millones de niños y adolescentes que trabajan o viven en la calle, con frecuencia en situaciones de violencia y de peligro. Tan sólo en el Brasil, se calcula que siete millones de niños y adolescentes de familias muy pobres viven y trabajan en la calle. Esos grupos figuran entre los más vulnerables a la infección por el VIH y a otros peligros. Para muchos de esos niños las relaciones sexuales pueden ser un medio de conseguir dinero, alimentos, cobijo, protección, como-didades o afecto.

Consumo de drogas intravenosas y prevención de la infección por el VIH

Al igual que para tratar de evitar la transmisión sexual, la prevención relacionada con la utilización de drogas ha de abarcar mucho más que el simple suministro de información. Ha de hacerse hincapié en la adquisición de conocimientos prácticos sobre negociación, aumento de la confianza en uno mismo, adopción de decisiones acertadas, resistencia a las presiones de los iguales y acceso a los medios de prevención y a los tratamientos medicamentosos. Y el contexto en el que viven

esos niños, que los priva del poder de decisión, ha de ser reconocido como tal y solucionado: hay que reconocer, por ejemplo, el punto de enlace que existe entre el consumo de drogas, que estigmatiza especialmente a las mujeres, y la explotación sexual comercial de las muchachas.

Es crucial integrar la educación sobre salud sexual y la educación sobre la prevención del consumo de drogas, en lugar de abordarlas separadamente, puesto que las dos están inextricablemente ligadas a la transmisión del VIH.

Deben adoptarse y ponerse en práctica medidas que ayuden a crear un entorno de apoyo para esos niños. La información por sí sola no basta. La prevención contra el VIH significa llegar a las raíces de la vulnerabilidad de sus víctimas. Significa ayudar a los niños a adquirir los conocimientos prácticos que necesitan para negociar unas relaciones sexuales sin peligro, para resistir las presiones de sus iguales en materia de sexo y utilización de drogas, y para establecer redes personales de apoyo. Significa también proporcionar alfabetización, formación laboral y asistencia social, si es necesario. La labor de orientación es importante porque ayuda a los niños a madurar y a tomar decisiones acertadas. En pocas palabras, la prevención del riesgo de infección por el VIH asociado a la utilización de drogas reclama programas cuyo objetivo sean los usuarios mismos de las drogas, sus parejas y familiares, los agentes de atención de salud y la comunidad en general. Requiere además campañas de concienciación a fin de que los adultos no induzcan a los niños a consumir drogas.

Conseguir la participación de los niños

Para que los niños representen de verdad una «ventana a la

esperanza» por su capacidad para influir sobre la evolución futura de la epidemia de SIDA, será crucial entender sus necesidades y percepciones.

En una conferencia internacional sobre el SIDA celebrada en Marrakesh en 1995, una «delegación» de jóvenes africanos de 11 países de tan sólo 14 años de edad hizo pública una declaración sobre sus necesidades y prioridades. «Estamos plenamente convencidos de que nuestra energía, nuestro idealismo y nuestra entrega pueden utilizarse para atajar la difusión de la epidemia de SIDA que está devastando el tejido

social y económico de nuestros países», declararon.

Al mismo tiempo, hay que reconocer que los niños no están solos en el mundo. Padres, profesores, dirigentes religiosos y comunitarios deben participar también en la elaboración de programas para los niños si se quiere que sean aceptados por la comunidad y que contribuyan a la construcción de un entorno seguro y de apoyo. Para conseguir su participación hay que asegurarse de que están al corriente de las preocupaciones y las aspiraciones de los niños. Pueden encontrarse formas creativas de «amplificar» la

voz de los niños. En Tailandia, por ejemplo, se ha creado en el parlamento un Foro de los Niños, al mismo tiempo que una «página de comunicación» en periódicos y revistas se hace eco de la voz de los niños y canaliza sus experiencias hacia el mundo de los adultos.

Hay que reconocer a los niños y a las organizaciones de niños por su potencial para contribuir a las familias, las comunidades y la sociedad. Para ampliar la respuesta al SIDA en los países hay que empezar ampliando las asociaciones con grupos que representan a los niños, y con los propios niños.

El SIDA es la enfermedad a la que se da mayor publicidad en el mundo, pero el gravísimo problema de su impacto sobre los niños no ha recibido una respuesta adecuada. Los adultos pueden y deben contribuir a aliviar los sufrimientos de los niños infectados por el VIH, pueden y deben ayudar a los niños que viven en hogares y comunidades afectados por el SIDA y pueden y deben permitir que todos los niños sometidos a la amenaza de la infección por el VIH lleguen a la madurez sin padecerla. Pero tal vez el curso futuro de la epidemia lo determinarán las acciones de aquellos que están siendo afectados: los niños que viven en un mundo con SIDA.