

## Para tener en cuenta

**En los próximos diez minutos en el mundo...  
50 jóvenes se infectarán con el VIH  
Cuarenta niños quedarán huérfanos a causa del SIDA  
Diez fallecerán por la misma enfermedad**

En las siguientes páginas queremos mostrarles el preocupante diagnóstico del VIH/SIDA en el Mundo y en el Perú. También queremos revelar las cifras del avance de esta enfermedad a través del número de hombres, mujeres, niños y aquellos que aún no nacen que cargan con el peso de ser VIH positivos. Y también, aunque parezca increíble, queremos mostrarles a los que nunca escucharon hablar de esta epidemia.

Les brindaremos una entrevista con el doctor Mario Tavera, oficial de Salud de UNICEF- PERÚ, quien nos da los alcances del trabajo que se hace desde esta institución para fortalecer la respuesta al VIH/SIDA que afecta a los niños por nacer. También nos habla del peligro en el que transitan aquellos adolescentes abandonados a vivir su sexualidad en el más completo desconocimiento de los peligros que ello conlleva.

La carpeta contiene, además, los planes de UNICEF para detener esta enfermedad, pero también información acerca de lo mucho que falta por hacer para ponerle freno. Culmina con el caso de una niña peruana de 11 años que murió no sólo a causa del SIDA, sino también por la desidia, la dejadez, el abandono y el olvido de todos quienes tuvieron la obligación de protegerla. Ella es una muestra de la situación desgarradora en la que viven miles de niños en este país. Porque más allá de las cifras precisas, de los porcentajes y de los cuadros estadísticos que dan verosimilitud a cualquier informe, jamás debemos olvidar que cada uno de esos números fueron alguna vez seres humanos, niños y niñas que nacieron regalándonos una sonrisa y que hoy no están más con nosotros.

## SIDA

### La enfermedad que llegó en un avión

A principios de 1983 un hombre de 41 años traspasó la puerta del consultorio del doctor Rubén Patrucco, profesor y médico respetado de la Universidad de Medicina Cayetano Heredia. Traía en su cuerpo varias molestias, pero sobre todo algunas manchas en la piel que le daban un aspecto desolador. Hacía apenas unos meses aquel hombre había regresado al Perú después de vivir algunos años en Nueva York. Su condición de homosexual lo había arrastrado hacia esas tierras abrumado por la presión que significaba por aquel entonces vivir en el Perú, escondiendo la forma natural con la que llegó a este mundo. Sin embargo, luego de una prolongada ausencia, como le contaría al doctor Patrucco, decidió regresar en 1982, alentado únicamente por el deseo de volver a ver a su familia.

Por entonces, 1983, el país amenazaba con explotar. La violencia desatada por el grupo terrorista Sendero Luminoso y el Fenómeno del Niño asolaron sin piedad a nuestra población. Aún así, este hombre de 41 años que llegó a la oficina del doctor Patrucco decidió volver. Su caso, evidentemente, no era el más común. Las cifras del Ministerio de Turismo registraron tiempo después que entre 1980 y 1985 las llegadas internacionales al Perú habían decrecido en un 20% debido a lo convulsionado del país. Y aunque al inicio pareció una mala noticia, luego se comprobaría que, de todas las desgracias, ésta nos protegió, al inicio, de una epidemia mayor.

El doctor Patrucco, un científico estudioso y conocedor de las artes de la medicina, auscultó con precisión a su paciente y tomó todas las pruebas que consideró necesarias, incluyendo una muestra de sangre. El cuerpo de aquella persona parecía devastado por una serie de enfermedades, y el pronóstico no era de los mejores. Por entonces Patrucco conocía las investigaciones que en París y Estados Unidos se hacían de una extraña enfermedad que atacaba a las personas desde todos los flancos sin dejarles escapatoria, pero únicamente de leídas. Temiendo lo peor, y a razón de los primeros resultados que encontró, el médico decidió enviar la sangre de su paciente a los Estados Unidos. La respuesta que llegaría semanas después le heló el corazón: tenía entre sus manos el resultado positivo del primer peruano enfermo de SIDA. No había nada que pudiera hacer por él. Y aunque en ese mismo año el científico Luc Montaigner descubrió el agente causante de la enfermedad, el VIH, la suerte para este primer peruano estaba echada.

Han pasado 22 años desde entonces, y aunque aquel hombre de 41 años murió poco tiempo después, cosa distinta ocurrió con la enfermedad: en este país encontró la pobreza, la necesidad, el descuido, el abandono, la discriminación y la desinformación necesarios para crecer. En 1985 el doctor

Patrucco realizó un estudio sobre los primeros nueve casos de pacientes infectados. Ocho eran homosexuales y uno era un paciente hemofílico infectado por transfusión de sangre. Sus edades fluctuaban entre los 26 y 65 años, y cinco de ellos habían residido mucho tiempo en Estados Unidos. Los titulares de los diarios vendían la enfermedad como “la peste rosa”, atribuyéndola únicamente al mundo gay. Pero la realidad pronto corregiría dramáticamente esta información: en 1986 dos mujeres fueron diagnosticadas como enfermas de SIDA, y en 1987 nació la primera criatura peruana portadora del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

La enfermedad decidió extenderse entre los más débiles, y decidió acunarse en las covachas de junto al río, donde pasan su vida los niños más olvidados, y en las habitaciones residenciales, donde también se respira el abandono en su más alta y refinada expresión. Avanzó por entre las sábanas de los burdeles y entró sin remedio a las casas respetadas de cualquier hijo de vecino, y, como para que no quede duda de su poder, se metió hasta en el vientre materno para tomar por asalto a quien no había visto ni siquiera la luz del día. Y así, cuando no hubo rincón por el que no haya transitado, empezó a llevarse a cada una de sus víctimas: a hombres que amaban a otros hombres, y a mujeres que, sin saberlo, compartían el amor de los suyos con otros. A los artistas, a los periodistas, a los médicos, a los ingenieros, a los que lucharon por llevar un título a casa y a quienes nunca soñaron con tenerlo. A los amigos, a los vecinos, a sus madres y a los niños. A todos.

Han pasado 22 años desde entonces, y en el camino los muertos ya se cuentan por miles. Y a pesar de todo el poder desplegado por esta epidemia, aún existen quienes creen que ella está muy lejos de alcanzarlos. Aún hay quienes la miran por encima del hombro, la minimizan, la empequeñecen, la menosprecian. Quienes la respetan de palabra pero no de convicción. Quienes piensan que están muy lejos de convertirse algún día en un número que aumente las estadísticas de muerte de esta enfermedad llamada SIDA, que llegó al Perú hace más de dos décadas en un vuelo de avión y hasta ahora no tiene boleto de partida.

## VIH/SIDA en el mundo

Para empezar, debemos diferenciar a estas dos compañeras inseparables llamadas VIH y SIDA. Una persona con VIH es aquella a quien se le ha encontrado una prueba positiva (donde se detectan los anticuerpos contra el virus), pero que aún no ha desarrollado la enfermedad. El SIDA, provocado por ese virus que ataca las defensas, se da cuando el paciente ha tenido la infección por varios años y ya empieza a sentir los estragos del mal.

Según información de ONUSIDA al 2004, en el mundo existen un estimado de 38 millones de personas con VIH/SIDA. De éstas, 4'800,000 personas se infectaron tan solo en el 2003. Dos millones de ellas fueron mujeres, y 630,000 fueron niños infectados por sus propias madres al nacer ("transmisión vertical"). En ese mismo año, 2'900,000 personas murieron a causa de la enfermedad. 490,000 de estas muertes correspondieron a niños.

En el mundo existe un total de 2,200 millones de niños y niñas. De ellos, la mitad vive en la pobreza, situación perfecta para que se desarrolle la enfermedad. Por eso no es extraño que sea el África Subsahariana donde el estimado de niñas y niños menores de 14 años que padecen de VIH/SIDA sea de 1'900,000. Estas cifras terribles se hacen aún más dolorosas si se toma en cuenta los recursos financieros que se manejan en el mundo. Como ejemplo tomaremos el gasto anual aproximado que se necesita para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el 2015, entre los cuales está la lucha y erradicación del virus del SIDA: de 40 mil a 70 mil millones de dólares, una cifra trece veces menor al gasto militar que los países del mundo hicieron en el 2003: 956 mil millones de dólares. Esta ha sido la peor derrota de la vida frente a las armas.

Pero las cifras que va dejando el VIH/SIDA parecen no ser tomadas en cuenta por aquellos que tienen en sus manos el alivio del dolor que esta epidemia causa a la humanidad. El número de casos anuales se incrementa en 20% en los países desarrollados, mientras que en los países subdesarrollados avanza rápidamente, entre el 40% y el 60%. De los 38 millones de seres humanos infectados con el virus, el 66% vive en el Africa Subsahariana, el 17% en Asia del Sur y Sudoriental, y el 4% en América Latina y el Caribe.

### VIH en América Latina y el Caribe

El panorama hasta el 2004 para América Latina y el Caribe era el siguiente: 1'900,000 personas vivían con el VIH/SIDA. De ellas, 780,000 eran jóvenes cuyas edades fluctuaban entre los 15 y 24 años, de los cuales el 69% correspondía a hombres y el 31% a mujeres. 56,000 eran niños de 0 a 14 años, e igual número correspondía a mujeres embarazadas infectadas con el VIH. El

número de huérfanos que ha dejado la enfermedad se calculó para el 2005 en 750,000 niños menores de 15 años. Esta misma proyección revela que para el 2010 esta cifra crecerá a 900,000.

Existen países de la región como Guatemala, Honduras, Belice y algunas zonas de Panamá donde la epidemia está generalizada. Según el informe más reciente sobre la epidemia realizado por ONUSIDA, las condiciones en algunos países parecen facilitar más ampliamente la propagación del virus. En el Caribe, el virus se propaga ya entre la población general: Haití, el país más gravemente afectado, sufre una tasa de incidencia entre adultos de alrededor de 5,6%.

El doctor Rubén Mayorga, Coordinador de ONUSIDA para el Perú, Ecuador y Bolivia, sostiene que, después del Caribe, es en la costa pacífica de Ecuador donde se registra la mayor cantidad de personas con VIH/SIDA en esta parte del continente. “Luego le siguen Colombia, Venezuela, Chile y finalmente Bolivia, donde, en teoría, la epidemia es bastante más pequeña, probablemente porque es un país al que es más difícil acceder”, sostiene Mayorga.

Pero quizás la consecuencia más aterradora de toda esta historia es la nueva epidemia que ha nacido a raíz de esta enfermedad: la de los niños huérfanos a causa del VIH/SIDA. Hasta el 2003, según el Estado Mundial de la Infancia 2005, 15'000,000 de niños y niñas menores de 18 años habían perdido a sus padres. Y aunque la cifra es de por sí espeluznante, nadie puede siquiera imaginar lo que para un niño significa verse privado de la presencia de sus padres, el encontrarse solo en el mundo al cuidado de sí mismo, de sus hermanos. Más allá del dolor de haber perdido el único refugio posible en medio de la adversidad, ahora a esos millones de niños les queda la dura tarea de empezar una nueva vida solos. Y esa soledad significa abandonar la escuela, empezar a trabajar y verse expuestos a la violencia, los malos tratos, la explotación y la discriminación.

## El VIH/SIDA en el Perú

Si habría que dar un diagnóstico actual sobre el VIH/SIDA en el Perú, éste sería que es una enfermedad que se va dando cada vez más entre mujeres, jóvenes y niños infectados por sus madres al nacer.

Según La Oficina de Epidemiología del Ministerio de Salud, los casos notificados desde que comenzó la enfermedad en 1983 hasta el 30 de junio del 2005 ascienden a 17,054 para pacientes enfermos de SIDA y a 22,479 para aquellos a quienes se les ha diagnosticado el VIH. Sin embargo, según esta misma fuente, el estimado de personas infectadas con VIH/SIDA es de 76,633, lo que quiere decir que existe un altísimo porcentaje de personas en nuestro país que desconocen su condición de portadoras debido a que no tienen acceso a un diagnóstico y al poco interés que existe sobre el tema.

Las cifras del MINSA señalan a Lima como el departamento con el más alto índice de personas infectadas. El doctor Rubén Mayorga, Coordinador de ONUSIDA para el Perú, sostiene que esto podría darse porque la mayoría de personas infectadas, debido al difícil acceso al diagnóstico y al estigma de la discriminación, tiene que venir de sus zonas de origen hasta la ciudad. Sin embargo, si los casos se miden en relación a la cantidad de habitantes por departamento, Mayorga afirma que es la provincia constitucional del Callao la primera en haber incrementado la enfermedad. Le siguen, en esta misma relación, Lima, Tumbes, Ica, Tacna, Loreto, Moquegua, Ancash y Arequipa (Ver cuadro adjunto).

Otro factor que agudiza el problema del crecimiento del VIH/SIDA es el nivel de pobreza de un país. La situación de abandono en la que se encuentran los niños que viven en las calles da carta abierta a la explotación sexual infantil, la cual es una de las vías de infección más recurrentes. Y las cifras en este sentido no son alentadoras: el 62% del total de niños vive en situación de pobreza, y el 20,4% lo hace en situación de pobreza extrema (APRODEH-CEDAL 2005. Informe anual 2004 Derechos Económico, Sociales y Culturales).

### Los niños frente al SIDA

De los 17,054 casos reportados de personas con SIDA, un total de 396 corresponden a niños y niñas de 0 a 14 años. Las cifras indican que desde que nacen hasta los 4 años se han registrado 288 niños y niñas infectados. De allí, la cifra baja dramáticamente a 62 casos de 5 a 9 años, debido principalmente a que la mayoría muere antes de cumplir los 5 años porque no ha tenido acceso a tratamiento antirretroviral. Un índice importante se registra también entre los adolescentes de 15 a 19 años, que suman en total 430 casos (ver cuadro adjunto). Otro tema, acaso tan preocupante como estas cifras, es el que se

refiere al abandono en el que quedan los niños que han perdido a sus padres a causa de esta enfermedad: para el 2001, el número estimado de huérfanos por SIDA era de 17,000.

Por lo general, la calidad de vida de estos niños se ve empobrecida, pues tienen menores oportunidades en la vida y son discriminados en su comunidad o en su escuela, lo que pone en riesgo la mayoría de sus derechos. Todo esto se da debido a la falta de protección y apoyo a las familias afectadas.

Se sabe que el 96% de todos los infectados por el virus ha contraído la enfermedad por transmisión sexual. Sin embargo, existe un preocupante crecimiento del 3% en niños que han recibido el VIH de sus madres durante la gestación, parto o lactancia. Según las cifras del 2004 registradas por la Oficina de Epidemiología del Ministerio de Salud, en ese año el número de gestantes a quienes se les hizo la prueba del VIH fue de 171,976, cifra baja en comparación al número total de mujeres embarazadas que se estima existen en el Perú cada año, 620,000. Los resultados comprobaron que, tras las pruebas, 417 fueron positivas. Es importante indicar que si una mujer sabe de su calidad de portadora de VIH e inicia los tratamientos indicados a tiempo, es altamente posible que tenga un hijo libre de VIH (ver entrevista con el Dr. Mario Tavera).

Sin embargo, cabe señalar que estos registros abarcan únicamente a mujeres que han tenido la posibilidad de hacerse la prueba para saber si están infectadas. La mayoría pertenece a grupos establecidos en las ciudades. Lamentablemente, estas cifras no reflejan lo que ocurre con aquellas gestantes que viven en zonas alejadas, poblaciones rurales o caseríos, donde es muy difícil el acceso al diagnóstico, y de donde no se tiene registro alguno. En 1987 la relación entre hombres y mujeres con VIH/SIDA era de 23 a 1. Para el 2005 esta proporción cambió dramáticamente a 2.86 a 1. Los estudios de vigilancia centinela del MINSA revelan que la infección por VIH en mujeres gestantes es de aproximadamente 0,3%. Este dato generaría aproximadamente 1,800 embarazos al año con riesgo de transmisión vertical de VIH de madre a niño, de los cuales se calcula que el 30% transmitiría el virus a sus hijos. Esto quiere decir que alrededor de 600 niños podrían nacer con la infección.

Pero, ¿cómo es que un niño puede nacer en peligro de contraer la infección? La Oficina General de Epidemiología del MINSA ha clasificado a la epidemia peruana como “concentrada” en el grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres, donde la población “puente” (varones con comportamiento bisexual) está llevando progresivamente la infección del VIH a mujeres heterosexuales, y ellas, al salir embarazadas, a sus hijos. Esta certeza se hace aún más evidente si se acompaña del estudio del Doctor Carlos Cáceres, de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, quien en el mismo documento reporta

que el 11% de varones tiene relaciones sexuales con otro hombre alguna vez en su vida.

Otro dato importante es el que se refiere al peligro que atraviesan las personas con alguna infección de transmisión sexual (clamidia, gonorrea, sífilis o herpes) que tienen relaciones con un portador de VIH: el riesgo de transmisión se incrementa hasta en 10 veces.

## **Cuánto se conoce del VIH/SIDA en el Perú**

Según la ENDES Continua 2004, el 91% de la población femenina comprendida entre 15 y 49 años ha escuchado hablar sobre el SIDA, y el 84% considera que existen formas de prevenirlo. El problema se encuentra en las mujeres sin ningún grado de instrucción, las residentes en el área rural y las de la sierra, quienes presentan los porcentajes más bajos sobre el conocimiento del VIH/SIDA dentro de sus respectivas categorías (ver cuadro adjunto). Asimismo, los porcentajes de entrevistadas que conocen sobre el VIH/SIDA aumentan con la escolaridad, del 47% en la población analfabeta al 100% en la población con educación superior.

El riesgo de contraer VIH por falta de conocimientos involucra al 16% de la población femenina en edad fértil. Este riesgo es significativamente mayor en el área rural (42%) que en el área urbana (5%).

Un ejemplo concreto de la situación de desconocimiento que se presenta en zonas alejadas del país es citado en el estudio realizado para UNICEF por Apoyo Consultoría en el Valle del Río Apurímac y el Ene en febrero del 2005. Este informe señala que apenas el 52.3% de mujeres de esa zona conoce sobre el VIH/SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual. Este mismo informe agrega que las mayores deficiencias se dan en la población indígena debido a su lengua materna: mientras que el 45.8% de mujeres de 15 a 49 años de habla castellana conoce sobre esta enfermedad, apenas el 4.5% de las mujeres de habla asháninka había escuchado alguna vez mencionar el tema.

El desconocimiento al que se llega es de tal magnitud que la encuesta realizada a jefes de hogar del Valle del Río Apurímac y Ene demostró que la mitad de ellos no está dispuesto a permitir que sus hijos estudien junto a menores infectados con VIH. Este hallazgo puede estar relacionado no solo a la falta de información acerca de las formas de infección con el VIH, sino también a la estigmatización en contra de las personas afectadas por el virus. Tratándose en este caso de niños, el fenómeno repercute en su derecho básico a la educación y en sus posibilidades de desarrollo.

El VIH/SIDA está en el Perú y su presencia merece una respuesta frontal. Aún se puede hacer mucho. La infección se ha “feminizado”, y esta realidad ha tenido un impacto directo sobre la niñez. No debemos dejar que siga avanzando.

## UNICEF y su respuesta al VIH/SIDA

La inversión de UNICEF en antirretrovirales y material para pruebas y diagnósticos registró un incremento sustancial en el 2004, alcanzando los 26 millones de dólares, frente a los 4 millones invertidos en 2002. Algunos de estos medicamentos se destinaron a proyectos apoyados por UNICEF, como Arc-en Ciel (La Casa del Arco iris), un orfanato situado en las laderas que circundan Puerto Príncipe en Haití que acoge a niños y niñas que padecen VIH/SIDA. Este centro, declarado modelo de práctica ejemplar por ONUSIDA, aplica un método que consiste en ayudar a las familias y comunidades que constituyen la primera línea para la asistencia a los niños y niñas afectados por el virus, y apoya la reintegración y reinserción de estos niños a familias y hogares.

Dado que para que el tratamiento sea eficaz es preciso un suministro continuo de medicamentos, UNICEF ha establecido una reserva de emergencia de antirretrovirales por un importe de 1,6 millones de dólares para abastecer a los países que enfrentan carencias de medicamentos. Es por eso que más del 80% del total de fármacos antirretrovirales y más del 75% de los estuches para pruebas que fueron adquiridos por UNICEF en 2004 se destinaron a África. En noviembre del 2004, UNICEF, conjuntamente con la OMS, patrocinó una consulta técnica dirigida a examinar la situación real del acceso al tratamiento infantil con antirretrovirales.

En su calidad de participante activo en la respuesta mundial contra el VIH/SIDA, UNICEF colabora con aliados en todos los ámbitos con el fin de frenar el avance de la infección del VIH y garantizar la atención a los niños, niñas, padres y madres que la padecen.

Estos son algunos de los logros alcanzados durante el 2004:

**Brasil:** Elaboración de directrices y planes nacionales para la creación de políticas sanitarias dirigidas a los adolescentes que viven con el VIH/SIDA.

**El Salvador:** Promoción de campañas para la realización de pruebas gratuitas de detección del VIH en mujeres embarazadas y sus parejas (responsabilidad paterna), con mensajes específicos dirigidos a los hombres para que cuiden bien a las mujeres embarazadas.

**Filipinas:** Apoyo a un concierto de MTV a gran escala dirigido a miles de jóvenes con mensajes sobre la prevención. Un concierto similar fue celebrado en Tailandia.

**China:** Elaboración de una iniciativa para la creación del primer centro pediátrico de atención y tratamiento a enfermos de SIDA; ampliación de los

programas de educación entre pares sobre VIH/SIDA para llegar a más de 3 millones de estudiantes de educación primaria y grado medio de 10 provincias; apoyo al gobierno en la creación de una campaña contra el SIDA dirigida a todos los jóvenes de todas las aldeas de China.

**Myanmar:** Ampliación del programa de formación de técnicas de vida a más de 4 mil jóvenes de entre 10 y 15 años que se encuentran fuera de la escuela. UNICEF presta su apoyo a programas de formación de técnicas de vida en otros 79 países del mundo.

**Territorios Palestinos Ocupados:** En el contexto de una iniciativa regional, examen de la legislación y de las políticas relativas a los derechos humanos de los niños y niñas que de forma directa o indirecta padecen el VIH/SIDA.

## **UNICEF: Lecciones Aprendidas en el 2004 en América Latina y El Caribe**

El documento de UNICEF sobre las Lecciones Aprendidas en América Latina y el Caribe para el 2004 en relación al VIH/SIDA nos refiere lo siguiente:

### **Brasil**

Brasil está activamente comprometido en la llamada Cooperación Sur – Sur que involucra a los siguientes países: Brasil, Bolivia, Paraguay, Guinea Bissau, Sao Tome & Príncipe, Cabo Verde y Timor del Este. La estrategia, que responde al problema del SIDA, señala que los países deben intercambiar conocimientos y experiencias, y actuar juntos para vencer esta epidemia. Pero no solo eso, esta iniciativa reconoce la importancia de los entes políticos de cada país en el apoyo a las estrategias de la Cooperación Sur- Sur

Bajo la campaña denominada “Brasil + 6”, el trabajo de UNICEF se centró en la ayuda para combatir la epidemia de VIH/SIDA en niños y mujeres. Más allá de la perspectiva que implica el cuidado de los niños infectados por VIH/SIDA, la labor desarrollada implicó establecer una estructura que permitiera acceder a la prueba para cada adolescente y mujer, y luego ofrecer el tratamiento para quien lo necesitara. De esta manera se preservó la vida de niños y adultos, y se trabajó en la prevención de la transmisión de madre a niño en una integración de los derechos humanos basada en una propuesta que considera fundamental la protección de la mujer, su pareja y sus niños.

## Caribe del Este

“La cumbre regional de los niños con VIH/SIDA” fue el título que acompañó al trabajo de UNICEF. Esta experiencia demostró que el involucrar a los niños en temas que afectan sus vidas no solo les brinda oportunidades para ejercitar sus derechos, también ayuda a que ellos mismos puedan convertirse en agentes de cambio si se les da la oportunidad de hacerlo. La Cumbre sirvió para que tanto los Ministerios involucrados como los niños y jóvenes participen alrededor del tema del VIH/SIDA en niños.

Algunas de las lecciones aprendidas fueron las siguientes:

1. Las sesiones se debieron trabajar en un ambiente “amigable” hacia los niños para así obtener su plena participación. Los adultos facilitadores debieron ser entrenados para entregar información a los niños de una manera amigable.
2. Incluir testimonios positivos de personas jóvenes infectadas con VIH puede ser una estrategia efectiva para el cambio de actitud de los niños hacia personas que son VIH positivas.
3. El tema del estigma y la discriminación debe ser plenamente abordado con los potenciales participantes antes de llevar a los niños que son VIH positivos o cuyos padres han muerto a causa del SIDA. Muchos niños asistentes a la Cumbre aprendieron acerca de las formas de contagio del VIH y entendieron que no podían discriminar a las personas que vivían con esta infección.

## Guyana

Las lecciones aprendidas en el trabajo realizado son:

1. El compromiso político y el apoyo de los responsables en las tomas de decisiones son vitales.
2. Para que el proceso intersectorial resulte positivo, todos los miembros deben estar plenamente convencidos de que las metas, los objetivos, los roles y las responsabilidades gozan de consenso y están claramente definidas y alineadas.
3. La unión y el sentido de pertenencia son esenciales para trabajar en los cambios.
4. Los mensajes y las ilustraciones son atractivos y culturalmente apropiados para conseguir el reconocimiento de los beneficiarios (por ejemplo, el uso de una pancarta local que mostraba niños guyanenses felices y vigorosos llegó al corazón del público y tácitamente originó su apoyo). Los paneles de discusión deben transmitir conocimientos a la audiencia objetiva y deben ser lanzados cuando los padres puedan

escucharlos (por ejemplo, durante la hora estelar de los medios de comunicación de audio y video: novelas, juegos populares, etc.).

## Honduras

Lo más innovador de este equipo durante el 2004 fue el trabajo desarrollado para la ayuda a los niños huérfanos o golpeados por el SIDA de alguna manera. La llave para conseguirlo ha sido el haber involucrado en esta iniciativa a las esferas de mayor responsabilidad política. Esta es indudablemente una lección aprendida que debe replicarse en otros planes de acción.

## Respuestas frente al VIH/SIDA

Frente al actual panorama que presenta el VIH/SIDA, se ha diseñado una respuesta denominada “Intervenciones Programáticas a favor de la niñez”, la cual contiene las llamadas cuatro “P’s”. Éstas son:

### 1.- Previendo infecciones, manteniendo vivos a los padres:

- Aumentar la cobertura de menos de 10% a 80%.
- Alcanzar 2.3 millones de mujeres en el 2010.
- Evitar 1 millón de nuevas infecciones en niños y niñas.
- Invertir 1.5 billones de dólares (hasta 2010).
- Intervenciones: Servicios de PTMI Plus
  - a) Ofrecer la prueba de forma rutinaria.
  - b) Parto seguro.
  - c) ARV (dosis única en caso necesario).
  - d) Apoyo grupal para mujeres positivas / información para mantenerse negativa.
  - e) Consejería post parto.
  - f) Programas de seguimiento a niños y niñas.
  - g) TARV a madres, niños y niñas, si están infectados.
  - h) Cuidados domiciliarios.
  - i) Apoyo nutricional y alimentación infantil.

### 2.- Ayuda Pediátrica:

- Actualmente se tiene una cobertura menor al 2%.
- Proveer de cotrimoxazole (CT) a 7.6 millones de niños y niñas hasta el 2010 (acumulado).
- Proveer TARV a 1.3 millones hasta 2010 (acumulado).

- Evitar 1.2 millones de muertes en niños y niñas.
- \$1.8 billones hasta 2008 - TARV: \$300-\$400 por año; CT: menos de \$8 año
- Intervenciones: Servicios Pediátricos:
  - a) Fórmulas de ARV y diagnóstico.
  - b) Precios de ARV.
  - c) Suministro de medicamentos, ARV y cotrimoxazole.
  - d) Capacitación a trabajadores de salud.
  - e) Apoyo operacional a clínicas / centros.
  - f) Tratamiento de infecciones oportunistas.
  - g) Apoyo nutricional.

### **3.- Protección a huérfanos y niños y niñas vulnerables**

- Aumentar la cobertura de 3% - 5% a 80%, con una amplia gama de servicios.
- Apoyar a 16 millones de niños y niñas en el 2010
- Implementar un paquete básico de servicios, con un costo de \$265 por año.
- Intervenciones: Servicios para huérfanos(as) y niños(as) vulnerables:
  - a) Educación: tasas escolares, libros, uniformes, evaluaciones y capacitación vocacional.
  - b) Nutrición.
  - c) Atención de salud.
  - d) Apoyo domiciliario.
  - e) Apoyo comunitario.
  - f) Trabajadores sociales.
  - g) Estabilidad económica.

### **4.- Prevención Primaria UNAIDS, UNFPA, UNESCO y otros aliados**

- Información, habilidades y servicios.
- Nuevas infecciones en adolescentes reducidas en más del 50%.
- Combinado con PTMI Plus, evitar las infecciones infantiles en 75% para 2015.
- Actividades de prevención:
  - a) Centros de Salud Amigos de los Jóvenes.
  - b) Educación de pares.
  - c) Consejería.
  - d) Pruebas y diagnóstico.
  - e) Habilidades para la vida.

- f) Materiales de comunicación y medios masivos.
- g) Participación.
- h) Currículos escolares adecuados en género y edad.
- i) Estrategias que respondan a factores de riesgo.

## **Acciones que se vienen realizando en el Perú Quiénes las desarrollan y qué se tiene por hacer**

El Plan Nacional de Acción por la Infancia y la adolescencia 2002 – 2010 señala como la primera de sus dos grandes metas el reducir en un 50% las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH en adolescentes. La segunda meta es lograr que el 100% de los adolescentes y docentes de secundaria tengan los conocimientos y las competencias en educación sexual que les permitan conocer los riesgos de las ITS y el VIH/SIDA.

Las acciones estratégicas son las siguientes:

1. Promoción de redes interinstitucionales locales para la prevención y control del VIH y de otras ITS.
2. Promoción, al interior de la escuela y en organizaciones de adolescentes, de comportamientos sexuales adecuados en adolescentes para el conocimiento de su sexualidad.
3. Realización de estudios sobre grupos adolescentes vulnerables a infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, como son los adolescentes sujetos a explotación sexual y comercio sexual.
4. Incorporación de elementos de las culturas tradicionales y locales al implementar estrategias de IEC (información, educación y comunicación) en el tema de derechos sexuales y reproductivos.
5. Implementación de programas de atención especializada a niños, niñas y adolescentes infectados con VIH y SIDA.

Los responsables directos de la ejecución de este plan son el MINSA, MINEDU, Consorcios Educativos, PROMUDEH y las Mesas de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.

Además del Plan Nacional de Acción por la Infancia, la Hoja de Ruta 2004 – 2006, planteada por el gobierno y enriquecida con los aportes del Acuerdo Nacional comprometió al Estado a mejorar el financiamiento y prestación de servicios de salud reproductiva. También se comprometió a mejorar la prevención y el tratamiento para el SIDA, ITS, tuberculosis, metaxénicas y anemias, protegiendo sus partidas presupuestales y desarrollando alianzas estratégicas entre el sector público, la sociedad civil y el sector privado. Los sectores responsables de este compromiso son el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Salud.

Otra fuente de compromiso se encuentra en la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud, CONAMUSA, formada por el Estado, la sociedad civil, el sector privado y las agencias de cooperación internacional. A través de ella se ha presentado una propuesta al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA,

entidad que viene financiando un programa, y al Fondo Global, que brinda su apoyo de manera complementaria al anterior.

En relación a esta ayuda, es preciso señalar que este año finalizará la primera fase del proyecto para brindar una respuesta efectiva al VIH/SIDA financiado por el Fondo Global. Esta ayuda forma parte de un proyecto de lucha frontal contra la enfermedad que comenzó en el 2002 y que abarca hasta el 2007, para lo cual se contó con un financiamiento de 23 millones de dólares. Los resultados de esta primera etapa serán decisivos para que el Estado peruano no pierda el financiamiento del Fondo Global para cubrir la segunda fase del proyecto. Si no se muestran los efectos de esta inversión, el Estado peruano deberá asumir todo el costo de la prevención y la atención de personas con VIH/SIDA.

Otro tema importante relacionado a los medicamentos necesarios para hacer frente a esta epidemia es la estrategia con la que el Estado peruano debe afrontar el posible aumento de los precios de medicamentos como consecuencia de la firma del Tratado de Libre Comercio (TLC). La provisión de la Propiedad Intelectual extiende la duración de patentes e impide que los países compren medicinas genéricas que se producen a un menor costo. Si el Perú firmara el TLC incluyendo esta provisión, el costo de importación de medicamentos antirretrovirales aumentaría considerablemente, haciendo aún más difícil su acceso a las personas viviendo con el VIH/SIDA. Como buen ejemplo tenemos a los países centroamericanos, que dieron una contundente muestra de claridad en las negociaciones al afrontar este tema en la firma de su TLC.

## Acciones de UNICEF

La cooperación de UNICEF como parte del grupo temático de Naciones Unidas para VIH/SIDA contribuirá a la respuesta nacional para el fortalecimiento de acciones en las áreas urbanas, rurales e indígenas priorizadas. De manera específica, a través de un enfoque integral e intersectorial, fortalecerá y promoverá la universalización del acceso a la consejería y servicios de tamizaje del VIH para adolescentes y mujeres gestantes y sus parejas. Asimismo, contribuirá a mejorar el acceso a los programas de prevención de la transmisión vertical del VIH, y a programas integrales de cuidado para la infancia y mujeres diagnosticadas como portadoras del VIH. En el caso de los adolescentes, se promoverá el acceso a la información y al desarrollo de habilidades para la vida, la consejería y tamizaje del VIH como un derecho y estrategia de prevención. UNICEF también promoverá acciones de prevención contra la discriminación de niñas, niños, adolescentes, huérfanos o familias viviendo con el VIH/SIDA, y velará por su acceso a servicios sociales básicos.

## **Entrevista al Dr. Mario Tavera Oficial de Salud de UNICEF - PERÚ**

**“El 90% de los niños que padecen de SIDA y no han sido diagnosticados muere antes de cumplir los cinco años”**

### **¿De qué manera viene trabajando UNICEF el tema del SIDA?**

Hace dos años empezamos a trabajar este problema, y lo estamos haciendo a través de dos vertientes. La primera se refiere al tema de prevención de la transmisión vertical del VIH/SIDA, es decir, la transmisión de madres portadoras de VIH hacia recién nacidos a través de la gestación y el parto.

### **¿Es posible que una madre portadora del VIH dé a luz a un niño sano, sin transmisión del VIH?**

Así es, si se toman medidas oportunamente. Lo primero es identificar que la madre es portadora a través del tamizaje durante el embarazo. Y de allí se aplica un protocolo que funciona en gran parte del mundo, y que el Perú lo ha adoptado como norma nacional desde hace cuatro años. Consiste en administrar medicamentos específicos durante el embarazo, realizar una cesárea en el momento del parto, y seguir al niño hasta el año y medio, tiempo en el que se hace un diagnóstico definitivo.

### **¿Cuál es el probabilidad de que siguiendo este protocolo un niño pueda evitar la infección?**

Se estima que si no se conoce que la madre es portadora, y durante el embarazo no se aplican las medidas adecuadas y el niño nace sin tomar las precauciones del caso, aproximadamente un 50% de niños recibe la infección. Pero si se aplica el protocolo esa cifra puede bajar entre 3% y 5 %.

### **¿Y ese porcentaje por qué permanece?**

Porque puede ocurrir que la madre haya tenido una carga de virus en el cuerpo durante su embarazo que haga que las medidas no sean suficientes. Pero si son casos comunes y corrientes, no deberían nacer niños portadores del VIH.

### **¿Cuántas mujeres en el Perú acceden actualmente al diagnóstico de VIH?**

Aproximadamente el 30% de las mujeres a nivel nacional accede al diagnóstico de VIH durante el embarazo. En el Perú hay entre 600,000 y 650,000 gestantes cada año, y la información que tenemos es que solo 250,000 acceden al diagnóstico de VIH.

### **¿Y de ellas, cuántas resultan seropositivas?**

Se estima que hay un 0,3% de seroprevalencia en las poblaciones gestantes, es decir, de cada 1000 mujeres embarazadas, tres resultan VIH positivas. Son mujeres que hasta antes de someterse a la prueba no sabían que estaban infectadas.

### **¿Estamos hablando de 1,800 mujeres embarazadas potencialmente infectadas anualmente que desconocían de su enfermedad?**

Son 1,800 que se sometieron a la prueba. Pero la mayoría no se diagnostica, y los niños que nacen de ellas mueren en los tres primeros años de vida por otras enfermedades como diarreas o neumonías. De los 1,800, se estima que en entre la mitad y la tercera parte, o sea 600, se producirá la transmisión si no se adoptan las medidas de caso.

### **¿Y qué se está haciendo para que la mayoría de mujeres en el país pueda tener acceso a esta prueba?**

Nuestro principal esfuerzo en este momento es tratar de promover que la mayoría de mujeres acceda al tratamiento, y lo primero ha sido crear conciencia en las instituciones de salud. Ahora se ha incorporado dentro del Seguro Integral de Salud una prueba para determinar si la madre gestante es portadora del virus. Pero además de esto lo que queremos es llevar este tema a zonas rurales, porque allí el diagnóstico no existe. Las 250,000 mujeres que se realizan la prueba pertenecen únicamente a zonas urbanas.

### **¿No existen estadísticas de zonas rurales?**

No. Según los reportes del Ministerio de Salud son muy pocos los casos de personas portadoras diagnosticadas en zonas rurales, pero la verdad es que no se diagnostican.

**¿Y de qué manera se podría tener un control sobre mujeres embarazadas en áreas rurales, donde la situación de lejanía y de abandono es tan compleja?**

Creo que deberíamos aprovechar que es una población que ya tiene la costumbre de ir al control del embarazo. De acuerdo a la última encuesta nacional de Demografía y Salud del año 2004, el 75% de las mujeres de zonas rurales asiste por lo menos una vez a su control prenatal. Esa es la oportunidad que debemos aprovechar para hacerle el *test* rápido, que solo vale un dólar, y que consiste en tomar una gota de sangre para obtener el resultado inmediatamente. No se necesita de gran tecnología. Si el resultado preliminar sale positivo, se hacen las otras pruebas.

**¿El *test* rápido es la prueba que está considerada dentro del Seguro Integral?**

Sí, el Seguro Integral de Salud lo paga. Lo que sucede es que hay un problema de información tanto a nivel de los proveedores de los servicios de salud como de la propia población. Es por eso que nosotros estamos trabajando en zonas rurales específicas para crear conciencia entre los operadores y la población de la necesidad de tomar esa prueba.

**¿Dónde están trabajando?**

En algunas comunidades rurales de Apurímac, en Abancay, en dos provincias del Cusco, Paucartambo y Espina, y en Ayacucho, en la zona de Víctor Fajardo, con miras a ampliar la cobertura a la zona de San Francisco.

**¿Cómo se está trabajando en estas zonas?**

Estamos trabajando en las preparatorias, es decir, en capacitar en el uso del *test*, en el diagnóstico y en la consejería a las gestantes, para decirles por qué es importante que se hagan el *test*, pues hay una norma nacional que señala que estos exámenes solo pueden hacerse de manera consentida, no de manera obligatoria.

**Usted habló de dos vertientes de trabajo sobre el tema del SIDA en niños. ¿Cuál es la otra vertiente?**

Es la que estamos trabajando con el Ministerio de Educación, y se refiere a la prevención de la discriminación en las escuelas que se da sobre todo por parte de los profesores y padres de familia. Esta es una campaña de información y educación, para que todos sepan que no hay por qué discriminar a los niños con VIH/SIDA, ni tampoco crear escuelas especiales para ellos

### **¿Existe una estadística que nos muestre la cantidad de niños con SIDA que asiste a las escuelas?**

En realidad, los que van a la escuela son muy pocos porque la mayoría muere antes de cumplir los 3 años. Se estima que el 90% de los niños que no fueron diagnosticados murió antes de cumplir los 5 años de edad. Pero ya están empezando a llegar a partir de que en el Perú se están implementando los tratamientos antirretrovirales, tanto para niños como para adultos.

### **¿Se sabe cuántos niños con SIDA están recibiendo tratamiento?**

En estos momentos hay 173 niños que están recibiendo tratamiento, y algunos de ellos están asistiendo a la escuela, pero no todos porque la mayoría tiene menos de 5 años. El problema fue que los primeros que llegaron a ir al colegio fueron discriminados. Y esto ocurrió en escuelas de Lima y Callao, donde se concentra el 83% de los casos de VIH/SIDA conocidos.

### **¿Existe alguna posibilidad de transmisión en la escuela?**

La escuela es un espacio en el cual es imposible que los niños, a través de sus actividades cotidianas, sean infectados con VIH, ya que recordemos que el VIH se transmite a través de las relaciones sexuales, la transfusión de sangre y el uso de jeringas contaminadas con sangre de personas infectadas.

### **¿Y en el caso de los chicos mayores, los y las adolescentes?**

El grupo de 15 a 22 años es un grupo de alto riesgo, y eso tiene que ver con el inicio precoz de la vida sexual. Se estima que en el Perú el 75% de infecciones con VIH se da en gente joven. El promedio de edad para la manifestación de la enfermedad es de 27 años, es decir, la persona estuvo de 5 a 7 años con el virus circulando y transmitiendo la enfermedad.

### **¿Y cómo se trabaja con este grupo de riesgo?**

Nosotros los estamos haciendo con un grupo de instituciones interesadas en el tema de la niñez. La idea es trabajar en la prevención con niños y adolescentes de la calle, para quienes una forma de sobrevivir es la violencia y la prostitución. Existen casos donde hombres mayores van al río y consiguen un niño a cambio de un pan con mantequilla y una gaseosa. Además, estos muchachos tienen una vida sexual muy activa, cambian de pareja con suma facilidad, y si entra el virus en uno de ellos la infección se propaga velozmente. Conocemos casos de adolescentes que ya han muerto por el SIDA.

## ¿El Estado no trabaja con ellos?

La acción de las instituciones públicas es aún limitada. El MIMDES tiene el programa “Educadores de la calle”, y hay ONGs que trabajan con estos adolescentes y forman parte de una red que aboga para que el tema de la transmisión del VIH en este grupo sea considerado como de riesgo para la transmisión de la infección.

## Y mientras tanto nadie detiene al virus

Es cierto. Lo que pasa es que el VIH cambia la vida de todos, especialmente de los niños, porque les da la enfermedad o porque son víctimas de la ausencia de los padres que están enfermos de SIDA. Y lamentablemente nadie, ningún programa, por más bueno que sea, puede reemplazar a los padres. A esos niños, la enfermedad los marca para siempre.

## Morir en silencio

Poco antes del día de la primavera, la profesora Madeleine decidió citar a los padres de una de sus alumnas. La niña se llamaba Lady Melisa, tenía 11 años, y una tarde, mientras esperaba la llegada de todos sus alumnos, la había visto cruzar el amplio patio del colegio como si fuera un fantasma. Había adelgazado tanto que sus ropas le colgaban en el cuerpo, y traía la cara tan pálida que parecía estar viva sin necesidad de que le circulara la sangre. Pero la única respuesta que encontró al estado de la pequeña la dejó aún más preocupada: “Es susto”, le dijo secamente la madre de la niña, dando por concluido el tema. La profesora, alarmada, le contó que Lady Melisa había bajado tremendamente en su rendimiento, que se dormía en clase, que tosía incansablemente y que de un tiempo a esta parte se había convertido en una niña que apenas si pronunciaba palabra. Pero la madre pareció no sorprenderse con la historia. “Llamaré a mi comadre para que me diga qué hacer”, fue su lacónica respuesta.

Una semana después la niña no llegó al colegio. Aquella mañana del 29 de setiembre, cuando su madre la fue a despertar, se encontró con un cuerpo consumido en fiebres, y no le quedó más remedio que llevarla de inmediato a un hospital. Cuando llegó a la emergencia del “2 de Mayo”, los doctores no podían creer lo que veían: Lady Melisa tenía apenas 4 de hemoglobina, y hubo que hacerle una transfusión de sangre de emergencia. Alarmados por ese cuadro, los médicos solicitaron de inmediato que se le hicieran otros exámenes, pero increíblemente, cuando estaban a punto de proceder, la madre, el hermano y la madrina de la niña decidieron llevársela de allí. Nadie pudo por entonces presentir qué era lo que ocurría con esa familia.

Lady Melisa fue llevada a su casa antes de que cualquier médico pudiese hablar con ella., pero no por mucho tiempo. Agobiados por las incesantes fiebres y toses de la niña, su madre y su hermano se vieron obligados a trasladarla de nuevo a un hospital. Esta vez escogieron el “Hipólito Unanue”, donde Melisa, después de pruebas de esputo y placas radiográficas, fue diagnosticada como enferma de tuberculosis y trasladada a un programa para que reciba sus medicamentos. Las doctoras le comentaron por entonces a su madre que habían intentado hablar con la niña porque notaban un cuadro depresivo muy agudo, pero que su hermetismo era tal que habían renunciado por el momento a seguir interrogándola. La mamá nuevamente calló. “Está asustada”, fue su respuesta.

Melisa perdió ese año de colegio. Las pocas personas que la vieron, algunos vecinos y amigos ocasionales que pasaron por su casa, recuerdan que tenía una delgadez que asustaba, pero que su madre parecía no darle importancia. Cinco meses después de su último ingreso a un centro médico, Melisa regresó en estado grave al hospital “Hipólito Unanue”. Estaba

convulsionando, la TBC se había agravado, tenía parasitosis y su nivel de desnutrición era extremo. Una junta médica decidió hacer una evaluación completa y solicitaron la autorización de la familia. La respuesta fue negativa. Ante la sorpresa de todos, el hermano y la madrina de la niña firmaron un documento en el que bajo su responsabilidad se llevaban a Lady Melisa a su casa.

Pero no pudieron. La pequeña parecía morir en sus manos y se vieron en la necesidad de trasladarla al Hospital del Niño. Cuando llegó, además de todo el cuadro infeccioso, tenía neumonía. El Director del Hospital, un hombre acostumbrado a agarrar los problemas con las dos manos, llevó a un costado al hermano de la pequeña, Cirilo, y lo interrogó sin pausa ni tregua. Después de algunos desvaríos y medias verdades confesó: Lady Melisa había sido violada dos años antes. ¿Quiénes eran los culpables? Cirilo dijo no saberlo. Abrumado por su confesión, prometió regresar con su madre y se fue.

En ese mismo instante Lady Melissa fue sometida a la prueba de ELISA. Días después se tuvo la confirmación que estaba enferma de SIDA. En todos esos días la familia de la pequeña no se apareció por el Hospital. Una asistente social fue hasta su casa, pero al no encontrar a nadie dejó un aviso para que se acercaran con urgencia. Nadie lo hizo. Mientras tanto, la pequeña, después de largas conversaciones con la asistente social, dijo las únicas palabras que se le escucharon pronunciar antes de morir: “Fueron mi medio hermano y mi tío. Ellos me violaron”, confesó entre lágrimas. Cuando la asistente le preguntó si alguien más de su familia había abusado de ella, la pequeña se echó a llorar desconsoladamente y con su cabecita dijo que sí. Luego siguió llorando en silencio. Sus labios, desde entonces, se cerraron para siempre.

Lady Melisa entró en un estado de muerte por voluntad. No hablaba, no sonreía, no lloraba. Solo dejaba que la vida la consumiera hasta el día que Dios tenía señalado para su muerte. Un mes después de su ingreso aparecieron su hermano Cirilo y su madrina. Los médicos les confirmaron el diagnóstico de SIDA y les recomendaron denunciar el hecho de la violación ante la fiscalía, pero Cirilo se negó. Firmó una carta de responsabilidad y se llevó a Melisa.

Nadie supo hasta mucho después el infierno en el que esta niña vivió desde quién sabe cuándo. Su padre había muerto años atrás de tuberculosis, y su madre era una mujer que nunca la quiso. Tenía cuatro hermanos de padre y madre, un medio hermano y un tío que vivieron junto a ella. Estos dos últimos fueron quienes la violaron cuando apenas tenía 9 años. Pero nadie sabe si fueron los únicos. Investigaciones posteriores descubrieron que uno de sus hermanos era buscado por la policía por el delito de abuso sexual contra una menor, y el otro, Cirilo, el que había evitado a toda costa que se denuncie a los responsables de su estado, también tenía una denuncia por haber violado a una niña.

Melisa murió en su casa el 13 de junio de 1988. Su madre, su hermano Cirilo y su madrina salieron llorando por la televisión. Declararon que apenas un día antes de morir la niña les confesó que había sido violada. Luego vendría el escándalo por sus mentiras. Pero ya Melisa no estaba. Su caso fue un número más en las estadísticas de aquel año. Pero su historia sirve para que nadie se olvide que detrás de cada uno de esos números hay una vida que se fue, una historia que contar, una agonía que padecer. Una Melisa que dejamos partir.