

LO+POSITIVO

NÚM. 36 · INVIERNO 2006-2007

PUBLICACIÓN GRATUITA SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH



otras MUJERES



ADemás:
Hábitos saludables
Allanamiento de morada
Nuevos fármacos en la CROI

CONTACTO

Para responder a un contacto:

- 1.º Introduces tu carta dentro de un sobre, le pegas un sello con franqueo suficiente y escribes a lápiz en el sobre el n.º de referencia del contacto que deseas responder.
- 2.º Metes el sobre dentro de otro y nos lo mandas a la dirección de gTt: c/ Sardenyà, 259 3º 4ª 08013 Barcelona. Nosotr@s se lo haremos llegar al/a la interesad@.

Recordad que es imprescindible franquear las cartas de respuesta e intentad dar algún dato personal para que os puedan responder. Gracias por vuestra colaboración.



Para poner un contacto:

1º Escribe un texto no superior a 30 palabras junto con tus datos postales, para que podamos enviarte las respuestas.

2º Nos lo mandas a la dirección de gTt:
c/ Sardenyà, 259 3º 4ª 08013 Barcelona

Los contactos más recientes están disponibles en: www.gtt-vih.org/participa/contactos_personales

Ref: 624

Soy un chico de Barcelona, 37 años, heterosexual, asintomático, con muchas ganas de disfrutar. Si quieres compartir mi deseo, búscame... Juntos seguro que es posible. Contacta conmigo por carta o por e-mail: tigre-ton68@hotmail.com

Ref: 625

Manuel, heterosexual, castaño. Ojos azules, 1,72m, 72kg. VIH+, asintomático. 46 años. Quisiera cartearme con catalanas o de cerca de Cataluña. Soy sencillo, cariñoso, legal y dicen que atractivo. Os espero.

Ref: 626

Chica de 43 años de Pamplona, con VIH/VHC y depresión. Me gustaría encontrar amig@s que me ayuden a salir de la depresión y que les guste la naturaleza. "La solitaria".

Ref: 627

Chico de 43 años, heterosexual, VIH+, indetectable. Busco rehacer mi vida con chica. E-mail: nodejaredeseryo@lycos.es. Barcelona.

Ref: 628

José Luis, 39 años, simpático, cariñoso y alegre busca amistad y lo que surja con gente alegre y cariñosa, que sean chicos. Un saludo y hasta pronto.

Ref: 629

Hola, soy un chico gallego de 36 años, VIH+ desde hace unos meses. Busco a chico similar, pero en Madrid capital o alrededores. Que sea persona y honesto.

Ref: 630

Hola. Soy Víctor, 34 años, buen físico, alegre, VIH+ y con muchas ganas de vivir. Quisiera encontrar a chicas para amistad y si surgiera... ¿Os animáis? Asturias. Besitos.

Ref: 631

Vicki de Madrid, 47 años, separada. Me gustaría conocer a chicos para amistad o lo que surja. Buena gente, divertida y sincera. E-mail: vicki_thebest@hotmail.com

Ref: 632

Hola, soy Víctor, 35 años y de Barcelona. VIH+ pero estupendamente por dentro y por fuera. Amante de la naturaleza y con ganas de vivir, me gustaría establecer amistad con chica y compartir ilusiones.

Ref: 633

Chico VIH+, indetectable, 42 años, 64kg. Aspecto joven. Busco a maduros activos, atractivos y con buen físico en Barcelona y provincia.

Ref: 634

Gay, 48 años, buen aspecto, desea conocer a hombres y chicos para todo tipo de relaciones. Vivo en Galicia. E-mail: polponte@hotmail.com

Ref: 635

Javier, 42 años, VIH+ desde 1987. Busco amistades en Madrid y conocer chica para posible pareja. Estoy necesitado de amistad y cariño, contestaré.

Ref: 636

Chico, moreno, 1,66m, 66kg. Quiero que seas simpática y de altura normal. Ponme tu dirección y número de móvil para mandarte unas fotos más. Bueno, ¡adiós! Mi número de teléfono es 664706490.

Ref: 637

Jorge, 36 años, VIH+. Soy sincero y cariñoso. Me gustaría contactar con chica de 26 a 40 años, para hablar y poder ayudarnos mutuamente y tener una relación seria. Soy de Cádiz.

Ref: 638

Me llamo Juan José, 32 años, 1,70m, 73kg. Me gustaría conocer a chicas para poder ser amigos y contar con alguien que me escuche y me apoye. Os espero.



OPINIÓN

- 4** Menos vodka y más metadona **5** La historia interminable **6** La vida: sólo un pulso de poder **7** Una sonrisa nueva **8** Allanamiento de morada **10** Querida Jose **11** El médico activista **13** Apostar de nuevo **14** Y para nosotras, ¿qué hay de nuevo?



EN PERSONA

- 16** Otras mujeres

CUIDARSE

- 31** Hábitos saludables **33** La primavera la sangre altera

A CIENCIA CIERTA

- 36** Nuevos fármacos en la CROI **38** ¡hasta los huesos! (2ª parte) **40** Nuevas opciones de tratamiento para la hepatitis B **41** reintentarlo: tratamiento para la hepatitis C **44** Flashes informativos



AL DETALLE



- 46** La construcción social del estigma **48** Los instrumentos financieros para el desarrollo de nuevas vacunas **50** HIVACAT: en busca de una vacuna contra el VIH **53** El VIH es también un tema de salud sexual y reproductiva **54** Entrevista a Carles Campuzano **55** Recursos en la web **56** Àmbit Previsió



En la lucha contra el VIH estamos en la misma línea: **hacer
crecer
tu vida**

Desde el principio hemos estado a tu lado en la lucha contra el VIH, con terapias eficaces y cada vez más cómodas, que simplifican los tratamientos para mejorar la calidad de vida.

Y, desde hace más de 10 años, nuestro compromiso con la sociedad se manifiesta con una política de precios preferentes para los países en vías de desarrollo, donaciones y ayudas sociales a través del programa "Positive Action".

Así luchamos día a día contra el VIH, así trabajamos para hacer crecer la vida.

EL EQUIPO DE LO+POSITIVO SOMOS:

Georgina Fabrés
Jaume Fabrés
Xavier Franquet
Juanse Hernández
Gonzalo Mazuela
William Mejías
Núria Rodríguez
Ángela Sanz
Joan Tallada
M^{re} José Vázquez
Marion Zibelli

EN ESTE NÚMERO HAN COLABORADO:

Julia Clay
Paul Cummings
Fran Fabrés
Montserrat Moliner
Bárbara Simó
Miguel Vázquez

LO+POSITIVO es una publicación del **Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt)**, una asociación sin ánimo de lucro declarada Entidad de Utilidad Pública, que trabaja para mejorar el acceso a la información sobre tratamientos del VIH y el SIDA.

LO+POSITIVO es una revista GRATUITA: ¡nunca pagues por leerla! Si deseas contribuir a su mantenimiento, y lo necesitamos, contacta con:

REDACCIÓN:

C/Sardenya, 259 3^o 4^o
08013 Barcelona España
Tel: +34 932 080 845
Fax: +34 932 070 063
E-mail: contact@gtt-vih.org
Web: www.gtt-vih.org

IMPRESIÓN:

Gráficas Altgraf S.L.
Depósito Legal: B-40431-97

CON EL PATROCINIO DE:

Laboratorios Abbott
Boehringer Ingelheim
Gilead Sciences
GlaxoSmithKline
Janssen-Cilag
Kern Pharma
Merck Sharp & Dohme
Pfizer
Productos Roche
Schering-Plough

CON LA COLABORACIÓN DE:

- Ajuntament de Barcelona
- Diputació de Barcelona
- Generalitat de Catalunya
- Ministerio de Sanidad y Consumo

Y EL APOYO DE:

Iniciativa Internacional por una Vacuna para el SIDA (IAVI)

LO+POSITIVO no necesariamente comparte el contenido de los artículos firmados.

La información científica tiene una validez de tres meses.

Miembro del
Grupo
Iberoamericano
de Publicaciones
sobre el VIH



Ésta es mi realidad

Éste es el número 36 de LO+POSITIVO y está dedicado a otras mujeres, mujeres que una vez tuvieron una apariencia externa masculina. Algunas defienden su condición de transexuales, otras creen que hay que ser coherentes y llamarse sencillamente mujeres, sin más, y las hay que, a estas alturas, consideran que ya no tiene sentido la referencia a un grupo, sino sólo a una misma.

Podría pensarse que hemos llegado a este tema por oportunismo mediático o agotamiento de otros. En realidad, desde casi el inicio de la revista quisimos abordar la realidad de las mujeres transexuales y el VIH, pero nuestros esfuerzos periódicos no dieron fruto. El hecho de que prácticamente casi todas estas mujeres se dedicaran, todavía en activo, al trabajo sexual, bloqueaba la posibilidad de testimonios directos por miedo a que la visibilidad abundara en el estigma, la discriminación y la exclusión social.

Ahora ha sido diferente. Varias mujeres dan la cara y dos hablan sobre qué significa vivir con VIH con franqueza y confianza. Paradójicamente, sus preocupaciones, inquietudes y anhelos no han encontrado reflejo en las prioridades de otras mujeres, políticamente muy activas, concentradas en obtener estatus legal respaldado por el Estado a su verdadera identidad, pero a las que no se oye hablar ni de trabajo sexual ni del VIH, como si cualquiera de las dos condiciones fuera vergonzante, confundiendo las necesidades diversas de un colectivo plural con los propios deseos de reconocimiento e imagen pública.

Y sin embargo, estas otras mujeres existen, son parte de nuestra comunidad, y han querido que su voz también sea escuchada.

Fraude

La obra de teatro *Marat-Sade* de Peter Weiss es una prueba de fuerza dialéctica entre el revolucionario francés que vive en una bañera por problemas de salud y el marqués encerrado en un sanatorio por loco. En una conocida escena, el personaje que interpreta a Marat intenta convencer a Sade sobre la superioridad moral de las revoluciones colectivas que den dignidad al pueblo por encima de los placeres mundanos. Sade, lúcido, le replica que ninguna revolución podrá triunfar si no consigue la liberación de los cuerpos, de sus más íntimos deseos y temores, por mucho que repugnen a la moral establecida, porque de lo contrario, las represiones que se infligen a sí mismos los revolucionarios surgirán cuando tomen el poder para establecer una nueva dominación, más terrible si cabe, sobre los ciudadanos.

Nuestro colega y amigo Gonzalo Mazuela relata en este número de LO+POSITIVO una experiencia personal muy desagradable de discriminación y de atentado a su dignidad: por vivir con VIH, fue expulsado del piso donde había alquilado una habitación por un sujeto que trabaja para la Fundació Pere Ardiaca, ligada al Partido de los Comunistas de Cataluña. En su página web, dicha Fundación describe su razón de ser como una contribución «al desarrollo de un proyecto emancipador para Cataluña [por lo que] trabajamos para desarrollar cuatro valores fundamentales: libertad, solidaridad, igualdad y fraternidad».

Las consideraciones ligadas a la ética de las personas que agredieron a Gonzalo quedan claras en su escrito. Lo que aquí nos interesa es preguntarnos cómo es posible que una Fundación que dice regirse por valores que expresan derechos humanos fundamentales pretenda hacerlo empleando a sujetos que en su vida privada los pisotean impunemente.

¿Qué tipo de proyecto emancipador persigue la Fundació Pere Ardiaca? ¿Cuenta con una política que explique a sus trabajadores, socios, voluntarios y patronos qué es el VIH/SIDA, cómo se previene, cómo se trata y cuál es su impacto en Cataluña y en el mundo? ¿Realiza seminarios, cursos o charlas en los que se explique y debata la discriminación por VIH y sus perversas consecuencias sobre el modelo social y los graves perjuicios que supone para la persona que la afronta? ¿Qué tipo de cultura institucional, ética colectiva o moral política pone en práctica que permite a sus miembros legitimar el allanamiento de morada, la violación de la intimidad y la revelación de aspectos confidenciales sobre la propia salud? ¿Qué educación dan a quienes se acercan a ellos para formarse si éstos acaban expulsando de casa a un compañero por el simple hecho de vivir con VIH?

Como dice el Sade de Weiss, la revolución de los pueblos empieza por la transformación de las personas. Sin una incorporación en las prácticas cotidianas de los valores que se dice defender, cualquier propuesta política es un fraude.

Menos vodka

Y MÁS METADONA

E

n diciembre de 2006, la Red Mundial de Personas que viven con VIH/SIDA (GNP+, en sus siglas en inglés), a través de un comunicado de prensa, denunció la terrible muerte de 43 mujeres usuarias de drogas inyectables (UDI), la mayoría de las cuales vivía con VIH, y de dos de sus enfermeras durante un incendio ocurrido el 9 de diciembre en una «clínica de rehabilitación» en Moscú.

Kevin Moody, Coordinador Internacional de GNP+, ha declarado en el comunicado: «Estas muertes nunca debieron haber ocurrido». Al parecer, el centro era más parecido a una prisión que a un centro de rehabilitación, dado que sus condiciones no eran las más apropiadas para la atención de mujeres que estaban intentando recuperarse de su dependencia a las drogas.

Para GNP+, «estas mujeres deberían haber tenido la posibilidad de disfrutar completamente de sus derechos humanos y tener acceso a los cuidados más apropiados, que se basan en estrategias de tratamiento cuya eficacia se ha demostrado en la vida real».

A pesar de la enorme cantidad de datos científicos que muestran su seguridad y eficacia, el Gobierno ruso ignora las estrategias de reducción de daños como los tratamientos sustitutivos de opiáceos y los programas de intercambio de jeringuillas (PIJ). En vez de eso, cuenta con medidas penales y represivas que no toman en cuenta el futuro potencial de sus ciudadan@s y sus derechos a acceder a servicios apropiados de prevención y tratamiento tanto de las drogodependencias como del VIH.

Según el comunicado de GNP+, un reciente informe anual de ONUSIDA muestra que el brote epidémico por VIH en la Federación Rusa está encabezado por el uso de drogas inyectables. Asimismo, refiere en dicho comunicado que los mayores obstáculos para hacer frente a la epidemia radican en que todavía no existen planes a gran escala de introducir PIJ, que la metadona y la buprenorfina aún siguen siendo ilegales en el país y se deniega a l@s usuari@s de drogas que viven con VIH el acceso a los tratamientos antirretrovirales que les salvaría la vida. Según denuncia GNP+, el Gobierno ruso está incumpliendo sus responsabilidades con la propia población, al no proveer las herramientas que ayuden a controlar la expansión del VIH en el país.

Por todos estos motivos, GNP+ ha hecho un llamamiento al Gobierno ruso para que implemente un enfoque integral sobre la base de los derechos de l@s UDI, que incluya estrategias de reducción de daños de probada eficacia. Además, también pide al Gobierno ruso respeto total a los derechos humanos de todas las personas que viven con VIH o que son vulnerables frente a éste. Y, finalmente, pide que suministre los tratamientos, cuidados y ayudas en un ambiente de apoyo, humano y no represivo que no ponga en peligro aún más las vidas de estas personas.

Fuente: Comunicado de prensa de GNP+. 12 de diciembre de 2006



La historia interminable



tro nuevo caso de cargos criminales contra 21 médic@s y sanitari@s por haber infectado con VIH a 84 niñ@s en Kazajistán saltó a la palestra a finales de 2006. Siete niñ@s ya han muerto.

En una localidad al sur de la ex república soviética de Kazajistán fueron infectad@s con VIH más de 80 niñ@s a causa de una negligencia médica, según ha reconocido el propio ministro de Salud Pública de ese país, Erbolat Dosayev.

Según sus propias fuentes oficiales, l@s niñ@s fueron infectad@s mientras recibían tratamientos varios en el hospital regional de Shymkent. El ministro Dosayev declaró que «había sido una negligencia evidente y ha habido violaciones de las normas médicas». Ahora con las infecciones por VIH y la muerte de algunos de l@s niñ@s se abrieron 11 expedientes penales y fueron destituidos de sus cargos tanto el ministro de Salud como varios funcionari@s de la provincia.

Por otro lado, las autoridades están intentando localizar a 17 donantes sospechos@s de ser portadores del VIH, cuya sangre fue utilizada en el hospital para las transfusiones realizadas a l@s niñ@s. Un hecho que llama poderosamente la atención y que levanta sospecha de si el motivo de «localizar» a estas personas responda a una política sanitaria con el fin de garantizarles tratamientos y atención médica, o por el contrario, como medida para retenerlos y convertirlos en los próximos «chivos expiatorios» del gobierno kazako, y así tapar las negligencias de sus sistemas de despistaje y cribado de sangre. Además del hecho de la consabida corrupción endémica que lo permite. El tiempo lo dirá.

Por su parte, la justicia de Kazajistán abrió una investigación de los hechos y, tras varios meses de pesquisas, la oficina del fiscal ha informado en un comunicado que ha completado sus investigaciones, presentando cargos contra l@s 21 médic@s responsables sanitarios por negligencia. Algun@s de ell@s también han sido acusad@s de soborno, extorsión y robo de fondos estatales.



Sin restarle ninguna importancia a las tragedias personales y colectivas de l@s afectad@s, direct@s e indirect@s, de este caso, resulta preocupante observar cómo se sigue repitiendo la historia de las infecciones por negligencia médica: Kazajistán (2006), Libia (1999), China (Provincia de Henan en la década de los noventa), y Canadá (en la década de los 80). Es difícil de creer y simplemente concebir que en pleno siglo XXI, tras 25 años de historia y conocimiento del VIH/SIDA, millones de personas fallecidas y más de 40 millones de personas infectadas, actualmente en el mundo siga siendo más importante el gasto militar y de defensa que la inversión en seguridad sanitaria en beneficio de las personas.

Fuente: *El Mundo Salud*

Recomendación: Si cambias de ciudad....

Para l@s residentes en España, sea por el motivo que fuere, si tienes el deseo o la necesidad de establecer te en una Comunidad Autónoma diferente a la de tu residencia habitual es muy recomendable que solicites a tu médic@ de VIH un informe

completo de tu situación dirigido a la unidad de enfermedades infecciosas del hospital donde te atenderán de ahora en adelante. También es altamente recomendable antes de cambiar de ciudad que, en el caso de que estés tomando tratamiento antirre-

troviral, solicites tanto a tu médic@ como al servicio de farmacia de tu antiguo hospital suficiente medicación que te permita realizar los trámites de cambio con la tranquilidad de no quedarte sin medicamento durante el proceso.

LA VIDA: sólo un pulso de poder

En febrero de 1999 cinco enfermeras búlgaras y un médico palestino fueron acusad@s y encarcelad@s en Libia por haber infectado a más de 400 niñ@s con VIH en un hospital de Bengasi. El pasado 19 de diciembre de 2006 el Tribunal Penal de Libia ratificó la pena de muerte para est@s sanitari@s.

En 2004, nos hacíamos eco en esta misma sección de LO+POSITIVO de la situación de est@s profesionales de la salud, que, tras cuatro años de un juicio aparentemente manido y sin garantías de imparcialidad, habían sido condenad@s a la pena de muerte. Sin embargo, como consecuencia de las presiones de la Unión Europea (UE) y de la comunidad internacional para impedir el cumplimiento de dicha condena, dos años más tarde aún sigue el pulso entre la justicia Libia y la Unión Europea.

Para occidente, este juicio no es más que una cortina de humo por parte de Libia para tapar las deficientes condiciones higiénicas del hospital que, previsiblemente, fueron los factores que coadyuvaron a que l@s niñ@s se infectasen.

Para los tribunales libios, l@s acusad@s infectaron a l@s niñ@s deliberadamente con VIH durante un experimento fallido que buscaba la cura del SIDA, según informaba la agencia Europa Press a principios de 2007.

Para occidente, este juicio no es más que una cortina de humo por parte de Libia para tapar las deficientes condiciones higiénicas del hospital que, previsiblemente, fueron los factores que coadyuvaron a que l@s niñ@s se infectasen con productos derivados de la sangre contaminados con VIH. Durante el juicio la defensa argumentó que las infecciones ya se habían producido con anterioridad a la llegada de l@s sanitari@s.

Tanto la Comisión Europea como la propia presidencia de la Unión Europea han pedido a Libia la liberación inmediata de l@s condenad@s y le han advertido de que este caso podría empeorar las relaciones europeas con Tripoli. Por otra parte, el propio Parlamento Europeo ha solicitado directamente a Muammar el Gaddafi que ejerza su poder como presidente de Libia y libere con máxima urgencia al personal médico condenado.

Precisamente Gaddafi, desde que la ONU en 1999 suspendiera el embargo económico que recaía sobre este país africano hasta la fecha está llevando una estrategia de apertura controlada para intentar aminorar la visión que se tiene en el mundo de su régimen.

Una apertura que conviene tanto al país árabe como a occidente por una serie de razones que van desde lo geopolítico a lo económico. Entre los países europeos que realizaron visitas oficiales a Libia en su proceso de apertura se encuentra España (durante la presidencia de José María Aznar) y Gran Bretaña.

Esta situación particular pone entre la espada y la pared a Gaddafi, ya que si intercede en el proceso para liberar a l@s condenad@s, por un lado se podría crear una imagen de debilidad ante su propio régimen, las facciones religiosas y los sectores más conservadores de la sociedad, y por otro, el descrédito tanto del sistema judicial como del sistema sanitario libios. En cambio, si se niega o simplemente no hace nada, las relaciones con Europa y el resto del mundo occidental, necesarias para seguir validando su gobierno y facilitar su apertura, se verán seriamente afectadas.

Por otra parte, resulta paradójico ver cómo el país que ahora está acusado de violar los derechos humanos de cinco personas fuera elegido en 2003 para dirigir la Comisión de Derechos Humanos ante la ONU. Este último hecho es importante, puesto que, poco después del encarcelamiento de l@s procesad@s, ést@s expresaron haber sido sometid@s a interrogatorios vejatorios y haber sido torturad@s para obligarles a hacer declaraciones falsas autoinculpándose de los hechos. Una imagen muy alejada de lo que se espera de un país que ha presidido tal Comisión.

Ahora, a principios de este año, el Parlamento Europeo en una resolución conjunta reitera su profunda preocupación con respecto a las falsas acusaciones en las que se basó la condena de l@s sanitari@s, al trato que se les dio durante su periodo de prisión preventiva y la excesiva demora del proceso. Por este motivo, pide a las autoridades libias competentes que adopten «las medidas necesarias para la revisión y revocación de la condena a muerte y abran la posibilidad de una resolución del caso».

No obstante, la Cámara expresa su plena solidaridad con las víctimas infectadas en Bengasi, y solicita a la Comisión, al Consejo y a los Estados miembros que sigan prestando ayuda para aplicar el plan de acción contra el VIH, con el fin de aliviar el sufrimiento de l@s niñ@s infectad@s y de sus respectivas familias, así como de ayudar a las autoridades a impedir la infección por VIH y a luchar contra su propagación en el país.

En esta materia, el Gobierno español ha ofrecido al Gobierno libio acoger a algun@s de l@s niñ@s infectad@s de forma temporal para darles los tratamientos y la atención médica necesarios. Lo mismo han hecho otros países comunitarios. Aunque todavía no se ha concretado la cantidad de niñ@s que podrían acoger.

Fuente: Servicio de prensa del Parlamento Europeo; Europa Press.

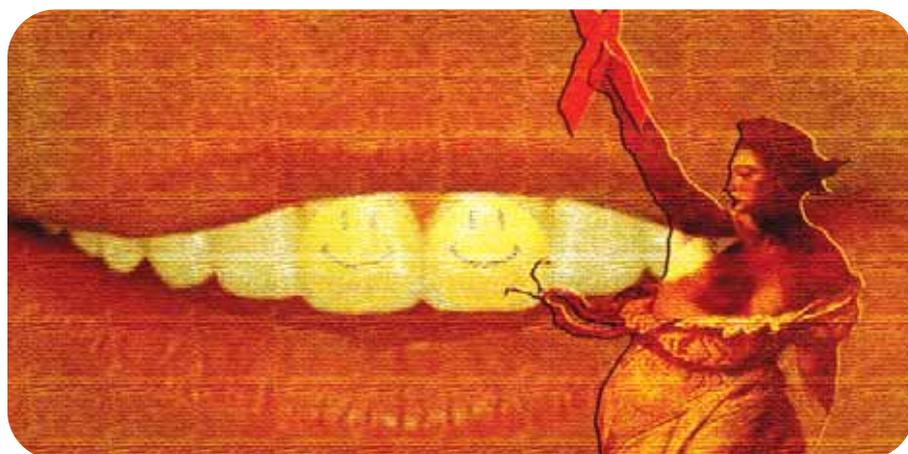
Una sonrisa nueva



oy veo el mundo con una sonrisa nueva...

¿Por qué? Porque tengo la sensación de haber conseguido que mis derechos fueran reconocidos y eso, en los tiempos que corren, se está convirtiendo en un lujo.

Estamos habitud@s a no luchar contra los «grandes» (Estado, bancos...), la mayoría de las veces porque nos sentimos sin fuerza o capacidad, pero tenemos unos derechos y somos nosotr@s l@s que hemos de luchar por ellos. Habrá veces que



no consigamos nuestro objetivo, pero al menos habremos conseguido que se molesten en hacernos caso. Siempre que pensemos que tenemos razón debemos intentarlo.

Pero, ¿por qué os digo todo esto? Os cuento.

Me remonto a 2002; ese año me detectaron una enfermedad congénita en el hígado, además, y paralelamente, me comunicaron mi estado serológico: era VIH+.

Deciden operarme del hígado. En esos momentos quise comprarme una casa, para lo cual me vi obligado a pedir una hipoteca a un banco. Durante los trámites de la misma me hicieron firmar múltiples documentos. Sin embargo, en ningún momento me hicieron consulta alguna sobre mi estado de salud, por lo tanto yo no mentí, simplemente omití información sobre mi estado serológico.

Sigo con el postoperatorio de la operación y me traslado a mi nueva casa.

El tiempo pasa, llegó 2003, y me dio un infarto cerebral, por el que me quedé prácticamente ciego. Paso por un Tribunal Médico y me conceden una Invalidez Absoluta Permanente.

Algun@s amig@s me aconsejaron que solicitase a la empresa aseguradora que me abonase la cantidad que me correspondía por el

seguro de vida. Lo cual, a efectos prácticos, se traducía en la mitad de la hipoteca.

Me pareció que era una buena idea y se lo planteé a la compañía; ésta empezó a hacer gestiones y me pidió los partes médicos y entonces descubrieron que tenía VIH. Así que me contestaron en 15 días y me denegaron mi solicitud, argumentando que el infarto cerebral se había producido como consecuencia del VIH.

Esta respuesta me dejó abatido, ya que bajo mi criterio la aseguradora carecía de conocimientos para llegar a esa conclusión. Decidí ponerme en contacto con una abogada, la cual me sugirió que denunciara a la aseguradora, pues los argumentos que esta esgrimía no tenían ninguna base demostrable.

Me puse en contacto con mis médicos y me confirmaron que, efectivamente, ni ell@s mism@s sabían con certeza cuál era la causa del infarto cerebral; así que podía seguir adelante con la denuncia.

Fue pasando el tiempo y después de muchos avatares, con pérdida de expediente incluido, llegó 2006.

En mayo de 2006 tuvo lugar el juicio; la aseguradora estaba representada por un médico que se había informado concienzudamente sobre el VIH y sobre las infecciones oportunistas. Basó sus argumentos en la hipótesis de la existencia en mi cuerpo de un virus llamado virus JVC, ya que sus síntomas tienen una cierta similitud con el infarto cerebral y es un virus considerado oportunista en l@s enferm@s de VIH.

Esta hipótesis se descartó absolutamente.

Por mi parte, declaró el médico que me había diagnosticado el VIH y que había seguido el curso de mi enfermedad todos estos años, incluido el infarto, con lo cual estaba en conocimiento de datos suficientes.

Mí médico declaró que era imposible determinar si el VIH había originado el infarto.

En julio de 2006 el juez dictó sentencia a mi favor, pero la aseguradora recurrió. Sin embargo, en diciembre se dictó sentencia de nuevo y gané el recurso. El juez también dictaminó que cada parte se pagara sus costas judiciales.

En conclusión, finalmente he conseguido que la aseguradora me pagara lo que era mío por derecho.

Yo me siento feliz y contándoos esto pretendo animaros a defender lo que os pertenece, porque ¡¡¡ya vale!!! No queremos que se nos discrimine más por nuestro estado serológico en ningún ámbito.

ALLANAMIENTO

de morada



esulta paradójico que un individuo trabaje en beneficio de cuatro valores fundamentales (libertad, solidaridad, igualdad y fraternidad), luchando contra la exclusión, la integración, entre otros; y que en su vida privada sean inconsecuentes con lo que desarrolla en su faena diaria, fomentando la discriminación y el estigma. Este relato trata sobre un incidente que vivió en carne propia este redactor con un compañero de piso, trabajador de la Fundación Pere Ardiaca, una entidad creada por el Partido de l@s Comunistas de Cataluña.

Llamada inesperada

Es jueves 18 de enero; me encuentro en el Hospital Clínic de Barcelona esperando ser atendido por algún especialista en VIH/SIDA cuando suena mi teléfono móvil. Luis Juberías Gutiérrez, mi compañero de piso, llamaba para invitarme a almorzar y hablar sobre un «par de temas». Quedamos a las 14:30h en la Plaza de Cataluña.

Un cordial saludo medió el encuentro. Conversamos sobre las labores que teníamos cada uno en ese momento en nuestros respectivos trabajos; él en la Fundación Pere Ardiaca y yo en gTt, ONG que se dedica a la edición de esta revista, entre otros muchos aspectos. Aproveché para contarme las actividades que su fundación estaba organizando para la semana siguiente: recital de poesía, charlas, debates y un largo etcétera que ahora mismo no me viene a la cabeza.

Caminamos en dirección este, buscando un lugar donde comer. Tomamos asiento y pedimos el menú en un restaurante barato del centro de Barcelona. Inmediatamente me comentó compungido sobre una situación de la que se sentía muy avergonzado y por la que estaba, según dice, profundamente enfadado con sus padres, José Luis Juberías López y Dominga Sonsoles Gutiérrez Jiménez: el lunes anterior estuvieron en casa –con una copia de la llave que él les había dejado–, entraron en mi habitación y registraron todo, hasta encontrar mis antirretrovirales.

Según mi compañero, impactados, no dudaron en insistir hasta la majadería sobre Luis, llamándolo constantemente, visitándolo al trabajo, invitándolo a almorzar o a cenar; todo con un único fin: echarme de casa. Luis intentaba calmar los ánimos diciéndoles que como trabajo en una ONG sobre tratamientos en VIH, que es probable que no tenga VIH y que haya traído los medicamentos y prospectos únicamente para estudiarlos. Ésa es la situación, expuso.

No dudé en decirle que, efectivamente vivía –y vivo– con VIH. Inmediatamente respondió que le hubiese gustado haberlo sabido desde el principio para haberlo valorado y evaluado a la hora de decidir si era yo o no la persona que debía compartir piso con él.



Mi intimidad y mi derecho

Ante su confesión, mi réplica, llena de incertidumbre, fue que se trataba de mi intimidad y de mi derecho a revelar o no mi estado serológico. Y como sé que no implica absolutamente ningún riesgo, consideré una información que carecía de absoluta relevancia. Comencé a recordar que en la entrevista aquella me preguntó sobre el lugar en el que trabajo y se mostró en ese momento muy sensibilizado. Meditaba en silencio y con mucha confusión, ¿a qué se deben este tipo de contradicciones? ¿Por qué no me dijo él a mí que iba a ser tan intolerante?

Como un niño mimado, Luis simplemente dijo que no quiere entablar esa batalla con sus padres. Y en su discurso me comunicó que lo mejor sería que empezara a buscar otro lugar adonde irme. Yo seguía cavilando. ¿Pero cómo es posible, si estaba buscando una persona que se quedara un tiempo indefinido, superior a un año o, por lo menos, hasta después del verano? ¿Y a tan sólo once días ya me echa a la calle? Me sentía desconcertado.

Me pedía que le dijera algo, pero estaba en otro mundo, lleno de nervios concentrado en terminarme la sopa para coger el abrigo y largarme de ahí. La humillación que sentía era tan grande al imaginar a sus padres registrando mis cajones, con morbosidad y con mucha frialdad, indagando pruebas con las que condenarme, violando toda mi intimidad. Nunca antes en mi vida me había sentido tan estigmatizado.

Le comenté que les dijera a sus padres que pasaran a hablar conmigo a la sede de gTt, pero su respuesta fue rotundamente negativa. Entonces le planteé que antes de invitarme a comer debería haber buscado información, porque por lo visto se mostraba muy ignorante al respecto. Me expresó que ya lo había hecho y comenzó a hablarme de absurdos riesgos y de una cantidad de información tan ampliamente desmitificada por el activismo del VIH, que me pareció haber retrocedido 15 años atrás.



No esperé al segundo plato. Terminé mi sopa a duras penas sintiendo que hasta el empaste de mis dientes se diluía entre sorbo y sorbo. Le sugerí conversarlo en casa, si es que todavía quedaba algo que decir. Lo cierto es que, ahora mismo, no tengo más remedio que buscar otro lugar donde vivir.

Poca convivencia y hostilidad

A partir de ese día, la convivencia en casa fue inhóspita y hostil, salvo por una chica –Esther– que también vive en el mismo piso. Me comentó que ese mismo jueves Luis la llamó para exponerle la situación. Ella indignada le dijo que no podía entender cómo sus padres eran capaces de meterse en las habitaciones sin ser invitados y que si eso había ocurrido conmigo quién sabe cuántas veces lo habrían hecho con ella, revolviendo su intimidad.

Esta chica intentó mediar entre ambos, buscando solucionar el problema. Su gesto me pareció de una gran nobleza y, convencido de que esto tenía alguna solución, decidí –con mucha ingenuidad y optimismo– escribirle un mensaje a Luis y dejárselo por debajo de la puerta. Al día siguiente me escribió un SMS al móvil agradecido por la carta e invitándome nuevamente a comer, esta vez en casa. Pero le dije que ya tendríamos tiempo de conversarlo más calmadamente durante el fin de semana.

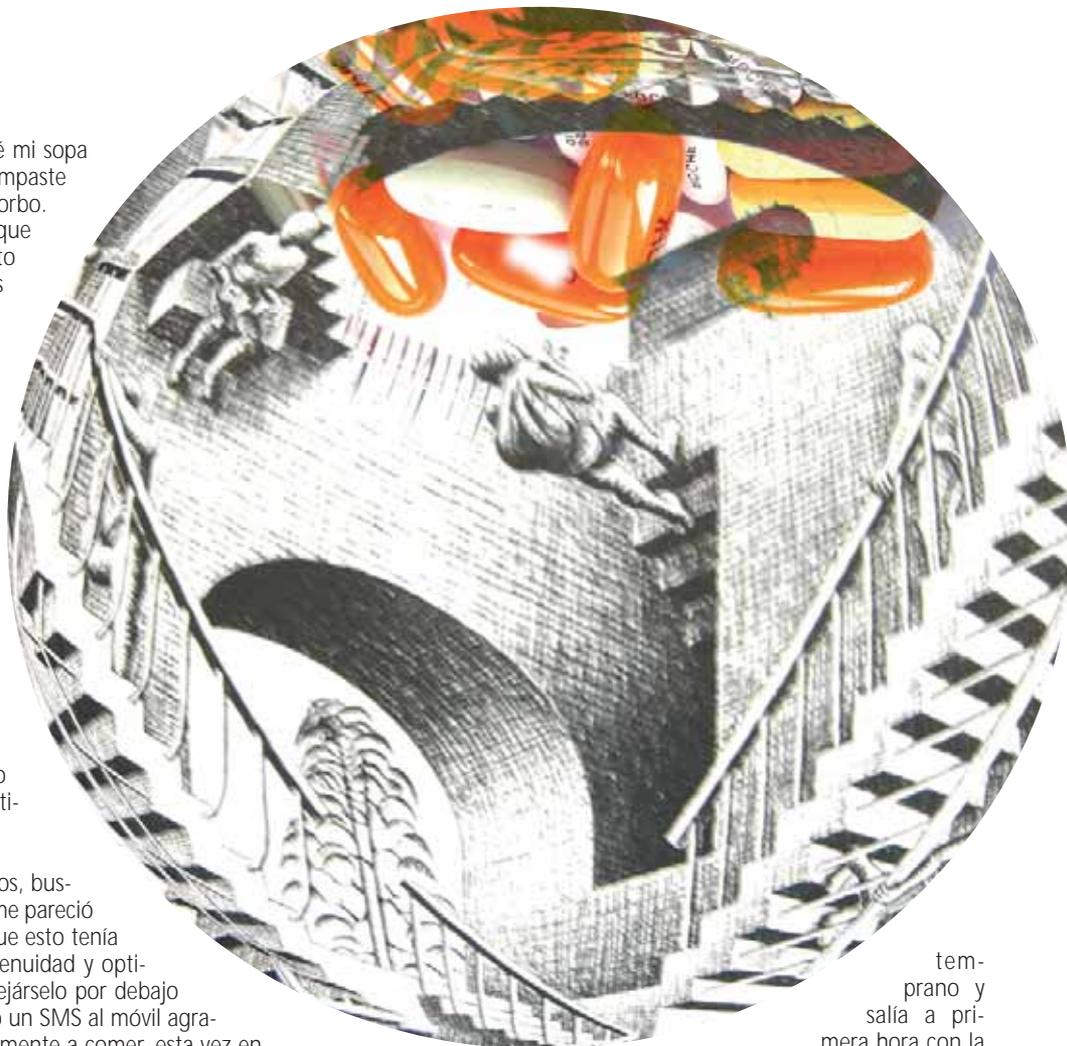
El sábado 27 de enero tuvimos la ocasión perfecta. Y si yo había entendido bien lo dialogado con mi compañera de piso, Luis estaba bastante arrepentido de haberme echado. Así que seguí actuando bajándole el perfil a la situación y no dando mayor importancia y significado a lo ocurrido. Me senté a comer a la mesa mientras él se duchaba. Al salir del baño, se sentó delante de mí y sin ningún tipo de reparo preguntó si ya había encontrado algún lugar donde irme. Respondí que no e inmediatamente replicó que suponía que me quedaría el mes de febrero, pero que de todas formas quería saberlo porque pensaba buscar a algún amigo como nuevo compañero de piso y que le avisara cuanto antes.

Su voz me golpeaba nuevamente. Su tono quería dar a entender lo generoso que era al permitirme dormir un mes más bajo el mismo techo, pero la situación se volvió insostenible.

De ahí en adelante comenzó un desgaste emocional muy grande por mi parte. No me apetecía llegar a una habitación que cada día

Se sentó delante de mí y sin ningún tipo de reparo preguntó si ya había encontrado algún lugar donde irme.

me iba encontrando más defectos y ruidos molestos, a un piso que se transformaba en un lugar frío y sucio, que ya no era para mí. Me daba pereza incluso llegar por las noches a casa, pese al cansancio diario del trabajo. Sí, fue una semana bastante agotadora, mirando pisos, habitaciones. Había una parte en mí que sentía miedo; y otra que pensaba con rabia cómo se le ocurría a Luis repetirme insistentemente en otra conversación que se ponía en mi lugar y que me veía afectado: pero es que no me dijo ni una sola vez «¡quédate, no te vayas!». Nada, ni un mísero gesto. Me levantaba diariamente muy



temprano y salía a primera hora con la intención de no verle, e intentaba llegar cuando no estuviera, porque lo que realmente me apetecía era darle un puñetazo cada vez que veía su cara y esos ojos de indiferencia mirando la televisión. Ya no estaba en mi sitio.

Como consecuencia, un día me llamó Esther y me dijo que se había olvidado las llaves en su pueblo y si podía prestarle las mías. Me sentí violentado y con una paranoia que no lograba controlar. Pensaba que la situación no me afectaba en absoluto y que tenía altura de miras para resolver esta situación, para superar y pasar olímpicamente de mi propio malestar. Me escondía, me ocultaba, huía y daba la espalda a mi propia rabia.

Le dije que no le pasaría las llaves e inventé mil excusas, pensando lo peor de una persona que no hizo más que mostrar gestos de buena voluntad hacia mí. Tanto me afectó que tuve que hacer un alto en mi trabajo, me estaba dando cuenta de que esta situación me superaba, me sentía completamente vulnerable. Mi rabia se transformó en llanto y muchísimo desconsuelo, y tras pedir consejo a mis colegas de la oficina, decidí que lo mejor era ir a conversar con ella y explicarle mis sentimientos. En el metro no paraba de llorar pensando en mi torpeza y en el cambio radical que estaba sufriendo en ese instante. Pasé de confiar ciegamente en Esther a imaginar que lo que quería era quedarse con las llaves, pues se acercaba el fin de mes y por consiguiente, o buscaba un nuevo lugar donde irme o simplemente ya no recuperaría nunca más mis pertenencias.

Después de conversar con Esther la situación quedó aclarada y compartió conmigo mi sentimiento y que la situación en la que me encontraba era francamente insostenible, y me dijo con mucha honestidad que por favor no desconfiara de ella. Me despedí con un fuerte abrazo. Por la tarde cogí mis bártulos y los llevé a mi nuevo domicilio, más grande, luminoso y el doble de caro. No puedo poner las manos en el fuego por mis nuevos compañeros de piso o pensar que esto no volverá a pasar, pero hay algo que si veo claramente en este lugar: el respeto a la intimidad de todos los que cohabitamos en casa.

LO+POSITIVO CUMPLE 10 AÑOS

Y queremos celebrarlo contigo. Nos gustaría conocer tu opinión sobre esta revista: desde cuándo la lees, qué significa para ti, qué es lo que más te gusta, qué mejorarías o cualquier otro aspecto que quieras compartir.

Envíanos un texto breve por correo a: gTt, c./ Sardenya 259, 3^o 4^a, 08013-Barcelona; o por e-mail a: info@gtt-vih.org. Una selección de las respuestas será publicada en el próximo número especial décimo aniversario. Muchas gracias por tu colaboración.

Querida Jose



Me gustaría dedicar unas líneas a mi querida María José, Jose la llamábamos tod@s. Después de compartir veinte maravillosos años, me dejó el 1 de abril de 2006. Tenía una cirrosis muy avanzada y su hígado no aguantó aquella terrible hemorragia que le causó la muerte.

Aprovecho para animar a científic@s e investigadores a proseguir su estupenda labor y recordarles que aunque el VIH parezca que esté controlado con la medicación, la gente se sigue muriendo por culpa de la hepatitis (VHC).

Jose era una persona encantadora, hacíamos buena pareja, los dos teníamos el VIH y VHC; falleció con 47 años. Vivíamos en Andorra, siendo yo andorrano y ella española. A Jose le diagnosticaron el VIH después de ingresar en el hospital de Andorra por una neumonía.

Tuvo bastantes problemas burocráticos para poder recibir la medicación para el VIH. Cada año tenía que pasar por delante de una junta (el Tribunal Médico) para obtener la autorización de dicha medicación. Tuvo que hacer muchos trámites, lo que emocionalmente le afectaba mucho.

Andorra es un país pequeño, mucha gente se conoce y es muy difícil convivir con el VIH. A Jose le daba mucha vergüenza cuando

tenía que recoger la medicación, ya que siempre se encontraba con alguien conocido.

El VIH es una enfermedad que necesita su anonimato por el rechazo social, y en Andorra ella se encontraba muy discriminada, ya que el anonimato era difícil de mantener. Tenía que rellenar muchos papeles e ir a varios sitios antes de recibir la medicación.

Todo ello la hacía sentirse muy débil emocionalmente y tener la moral muy baja, lloraba a menudo.

En el año 2000, decidimos mudarnos a Girona. Fuimos al hospital Can Ruti de Badalona (Barcelona), para las analíticas y visitas médicas. Nos atendieron perfectamente, de una manera profesional y discreta. En Can Ruti se hace todo en el mismo sitio; está muy bien organizado.

Espero que con el tiempo en Andorra aprendan a ser más tolerantes y practiquen políticas menos discriminatorias y así respeten los derechos humanos.

P.D.: Gracias por esta revista tan espléndida que tanto me anima y ayuda en estos momentos tan dolorosos. Hacéis un trabajo estupendo, continuad y gracias.

**Agustí
Figueres (Girona)**



El médico activista

É

ste es un tema personal pero que, según mi criterio, es relevante para la historia del avance de los derechos de las personas con VIH.

Ayer por motivos personales, que nada tienen que ver con el VIH, me enteré de que el médico Ignasi Fina estaba en una situación de salud muy crítica (tema cardíaco). Hoy, al abrir el

periódico he leído la noticia de su muerte, ocurrida ayer por la tarde.

Much@s de vosotr@s ignoraréis quién era este médico y por qué escribo esta nota, pero para mí es una obligación explicar algo acerca de él.

Ignasi tenía un gran amigo, Jordi Riba, que fue de las primeras personas con VIH que se atrevió a dar la cara ante los medios de comunicación españoles y a decir muy claro cuál era su situación serológica.

Jordi Riba fue un gran activista de la lucha a favor de las personas con VIH, fundador de Actúa y ATOS y pionero, junto con otros, de las manifestaciones de Act Up en las calles de Barcelona, tanto en las Ramblas como frente al Ayuntamiento de Barcelona y la Generalitat de Catalunya, a la prisión Modelo de Barcelona, y pegando pasquines en conocidas casas de vestidos de novia. Seguro que de muchas más cosas pero que en este momento no me vienen a la cabeza.

Jordi, que vivía con VIH y VHC, se descompensó de su hepatitis, viajó a Estados Unidos, donde le dijeron que la única posibilidad que tenía para sobrevivir a la hepatitis C era un trasplante hepático.

De regreso a España empezamos a investigar si este tipo de trasplantes se podía efectuar en nuestro país. Como much@s sospechábamos las personas con VIH no podían acceder al trasplante hepático.

Se fundó ATOS (Asociación Trasplante de Órganos a Seropositivos) y nos enfrascamos en una lucha legal y social que, a pesar de que no sirvió para salvar la vida a Jordi, sí consiguió cambiar los criterios para que las personas con VIH pudieran acceder al trasplante de hígado.

Necesitábamos un médico capaz de dar la cara en defensa del derecho de las personas que convivían con el VIH y VHC y que explicara los motivos por lo cuales una persona seropositiva podía ser receptora de un hígado. Ignasi Fina fue el único médico que participó en ruedas de prensa, que nunca dudó de la viabilidad del trasplante en personas coinfectadas y que, desde su anonimato, nos ayudó a conseguir que se dejara sin efecto la normativa que hacía incompatible el trasplante en personas con VIH.

Estuvo presente en otros muchos frentes en defensa de los derechos de l@s trabajadores y salud laboral, pero nadie o casi nadie conoció su apoyo incondicional a las personas con VIH.

Montse Mirabet

A los efectos de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, te informamos de que tus datos personales facilitados en este Boletín de Suscripción, formarán parte de un fichero cuyo responsable es la ONG Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt), C/ Sardenya, 259 3º 4ª, 08013 Barcelona, España. Asimismo te informamos de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente. Si así lo deseas, deberás solicitarlo por escrito a la dirección de gTt.

ORDEN DE PAGO POR BANCO

NOMBRE

BANCO O CAJA

DOMICILIO AGENCIA

Código C./ C. (20 dígitos)

LOCALIDAD

C.P.

FIRMA

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Esta revista es gratuita y la puedes encontrar en asociaciones y centros sanitarios pero si quieres recibirla en casa, colabora con nosotros.

NOMBRE

DIRECCIÓN

POBLACIÓN PROVINCIA

C. POSTAL TEL. FAX

Autorizo una donación anual de:

20 €

40 €

€

Forma de pago:

Talón nominativo adjunto

Giro postal

Por Banco

En el caso de pago por banco, rellena y envía también la Orden de Pago adjunta a:

Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt)

c/ Sardenya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona (España)

Que continúe la vida



Luchamos por un mundo sin VIH

Luchar contra el VIH es mucho más que un objetivo. Es una cuestión personal en la que llevamos involucrados muchos años. Investigando y buscando soluciones para controlar la infección y mejorar el día a día de todas las personas afectadas. Por todos los logros –pasados, presentes y futuros– merece la pena el esfuerzo.

Roche

Farma

Roche Farma, S.A.
C/ Eucalipto, 33,
28010 Madrid
Tel.: 91 324 81 00
Fax: 91 324 83 50
<http://www.roche.es>

APOSTAR de nuevo



Todo parece indicar que tenemos que apostar de nuevo. Es más, quizás lo suyo sea doblar la apuesta. Doblar la apuesta por la educación sexual, aquella que propicia un pensamiento crítico y responsable.

La recién comercializada vacuna del virus del papiloma humano (VPH) crea una situación nueva:

- ▣ La vacuna fue autorizada por la agencia estadounidense del medicamento en junio de 2006 y 4 meses más tarde por la homologa comunitaria.
- ▣ En España, los expert@s recomiendan vacunar a todas las niñas entre 9 y 14 años.
- ▣ Los estudios muestran que el VPH y los cánceres asociados son más comunes entre las personas con VIH.
- ▣ El cáncer cervical es un problema de salud mundial de primera magnitud.
- ▣ Es la primera vacuna que tiene como objetivo principal prevenir el cáncer de cuello uterino.
- ▣ Idealmente la vacuna debería administrarse antes de una posible exposición al virus.
- ▣ Se espera que la vacuna beneficiará a las niñas con VIH antes de que haya una exposición al VPH, igual como se espera de las niñas no inmunodeprimidas.
- ▣ También se espera que la vacuna será efectiva a la hora de parar las infecciones recurrentes o reactivaciones en aquellas personas con VIH ya expuestas al VPH.
- ▣ Es la primera vacuna que está recomendada, para empezar, solamente a las niñas.

Hasta aquí todo bien, prometedor y casi fantástico. Los problemas están surgiendo entorno a la edad de vacunación y sobre la cuestión de si es obligatoria o recomendable.

El quid de la cuestión es que será recomendada para las niñas antes del inicio de las relaciones sexuales, ya que su potencial beneficio puede disminuir conforme aumenta la exposición al virus. Poco les ha faltado a algunos sectores sociales conservadores para cuestionar la vacuna aludiendo a que puede animar indirectamente a las niñas a iniciar más temprano su actividad sexual. Dicen que en el caso de ser obligatoria puede alentar la promiscuidad e infringir los derechos de la patria potestad.

Por suerte, para mi entender, hay otros sectores de la sociedad que ponen el acento en que se trata de una prevención para el cán-

cer. Además, poner a una niña la vacuna del VPH es lo mismo que ponerle la vacuna del tétano: sólo por saberse protegidas las niñas no corren a jugar con clavos oxidados.

Siempre, siempre, siempre, lo más efectivo será tener el acceso a una muy buena educación. Y no menospreciar el derecho de estas niñas a tomar decisiones libres y responsables sobre su sexualidad.

Por otra parte, un buen sistema sanitario es aquel que, a parte de proporcionar productos como una vacuna y establecer directrices de acuerdo con un criterio de salud pública, también ofrece a sus usuari@s un conjunto de servicios y prestaciones llevados a cabo por un grupo de profesionales muy bien cualificad@s.

Una de las grandes deficiencias de la mayoría de sistemas sanitarios es la carencia de servicios de salud sexual y reproductiva especialmente pensados para adolescentes. El gran reto de la llamada medicina adolescente es ayudar a sus pacientes a encontrar un sendero hacia un estilo de vida saludable con el que se sientan confortables.

Ésta es una responsabilidad compartida como profesionales de la salud, líderes de la comunidad y defensores de los derechos.

Nosotr@s debemos procurar que las niñas crezcan con los conocimientos y habilidades necesarios de forma que puedan expresar su sexualidad responsablemente, disfrutar de su derecho a la salud sexual y al placer, y evitar los problemas que son evitables. Unos problemas que también son nuestros.

En un contexto así sería más fácil ver la vacuna del VPH como una buena noticia, como una posibilidad más, como una situación más para ver ampliado el concepto de salud y con él, el de prevención.

El Virus del Papiloma Humano es un virus de transmisión sexual. La transmisión se da por medio del contacto genital (sexo vaginal o anal) y puede afectar a los genitales de las mujeres y de los hombres. Existen unos 100 tipos diferentes y algunos pueden provocar cáncer de cuello uterino o verrugas genitales.



Y para nosotras, ¿qué hay de nuevo?



esulta decepcionante que el comentario más común cuando se habla del tratamiento específico de las mujeres con VIH siga siendo el clásico «son necesarios más estudios» con el que se cierra la mayor parte de las conclusiones en las que se abordan las posibles diferencias (o incluso la ausencia de ellas) entre mujeres y varones, quedando la posible continuidad de la investigación a la espera de que las diferencias detectadas se traduzcan en efectos adversos reales en las vidas de las mujeres.

Durante la reciente CROI celebrada en Los Ángeles en febrero de 2007, la Dra. Shahin Lockman (Brigham and Women's Hospital, Boston) hizo una somera actualización de diversos aspectos del tratamiento de las mujeres con VIH no relacionado con el embarazo. Identificó varios ámbitos en los que era necesario situar el foco de interés, ya que el régimen óptimo para el tratamiento de una mujer a lo largo de su vida (y también en mujeres de diferentes etnias y poblaciones) sigue siendo poco conocido, por lo que propone que deberían ser examinados con una nueva perspectiva los datos de ensayos existentes y promover la realización de más ensayos cuyo diseño contemple el análisis de posibles diferencias entre mujeres y varones. Señaló la dificultad de detectar diferencias de resultados entre sexos en los países occidentales debido a la baja tasa de parti-



cipación de mujeres en la mayoría de ensayos clínicos, aunque recientes estudios realizados en países con recursos limitados muestran respuestas comparables a las de los varones o incluso mejores entre las mujeres.

Conclusiones similares en cuanto a supervivencia pueden observarse en un póster presentado por I. Jarrid a partir de datos recogidos en el estudio WIHS (siglas en inglés de Estudio Interagencias sobre el VIH en Mujeres), que muestran que, a partir de la aparición de TARGA, las mujeres parecen experimentar menos riesgos acumulados que los hombres (contrariamente a lo que ocurría antes de la era TARGA), principalmente para el complejo de demencia relacionado con el SIDA, tuberculosis, sarcoma de Kaposi, linfomas y muerte en ausencia de SIDA. A partir de 1997, las mujeres muestran una progresión a SIDA más lenta que los hombres, con tasas de mortalidad más bajas a pesar de condiciones de tratamiento similares. Estas diferencias quizás se deban a que su exposición a otros agentes (como el bacilo de la tuberculosis o el virus del herpes humano 8 [VHH8]) también es diferente, aunque será necesario un seguimiento más prolongado para establecer si la diferencia en la tasa de mortalidad entre mujeres y hombres infectad@s por VIH puede llegar a ser equiparable a la de la población no infectada.

La Dra. Lockman también observó que son escasos los datos en profundidad relacionados con la farmacocinética de los antirretrovirales y las interacciones de los mismos en mujeres, en cuanto a posibles toxicidades, en diferentes etnias/poblaciones, o en relación a

contracepción hormonal, y destacó la necesidad de evaluar los efectos renales de los medicamentos antirretrovirales, en especial de tenofovir, y las toxicidades cardiovasculares, lipodistrofia y efectos óseos de los fármacos a largo plazo, así como intervenciones y pruebas para prevenir o mitigar estos efectos.

Efectos óseos del VIH y los ARV

La Dra. Lockman apuntó que, a partir de los datos disponibles actualmente, la infección por VIH está asociada con reducción de la densidad mineral ósea y osteoporosis, también en mujeres premenopáusicas. El índice de masa corporal, grasa corporal y músculo está relacionado con la densidad mineral ósea (DMO) en mujeres con VIH, y es muy probable que el tratamiento antirretroviral se asocie con una modesta pérdida inicial de DMO que parece estabilizarse al cabo de un tiempo (tenofovir parece estar asociado con una mayor reducción de la densidad mineral ósea que otros ARV), por lo que podría ser aconsejable realizar pruebas de DMO a mujeres en riesgo de fracturas por fragilidad. De todas formas, concluye diciendo que son necesarios más datos que contribuyan a conocer mejor lo que ocurre en el caso de las mujeres, ya que la mayoría de las personas que participan en los estudios son hombres, con lo cual no es posible establecer la existencia o no de características específicas en aquéllas.

En una sesión de póster, Sara E. Dolan presentó resultados de un estudio realizado sobre 152 mujeres con VIH con el objetivo de observar la acción de bajos niveles de andrógenos, cambios de peso y de composición corporal, y disfunción menstrual sobre la DMO en comparación con 100 controles no infectadas. Los resultados de este estudio indican que los bajos niveles de testosterona libre, el bajo peso corporal, una masa muscular reducida y la oligomenorrea (alteraciones del ciclo menstrual) son factores de riesgo de osteopenia y osteoporosis en la población seropositiva. En un estudio previo realizado sobre 100 mujeres con VIH y 100 controles, la Dra. Dolan aportó datos que mostraban la relativa estabilidad de la DMO en mujeres principalmente premenopáusicas, con infección controlada y con peso estable, pero advierte de que estos datos no pueden ser extrapolados a mujeres mayores, con infección por VIH no controlada y con progresiva pérdida de peso. A partir de estos datos, sugiere que puede ser útil realizar pruebas de DMO a aquellas mujeres que puedan estar en mayor riesgo por la confluencia de algunos de los factores antes mencionados.

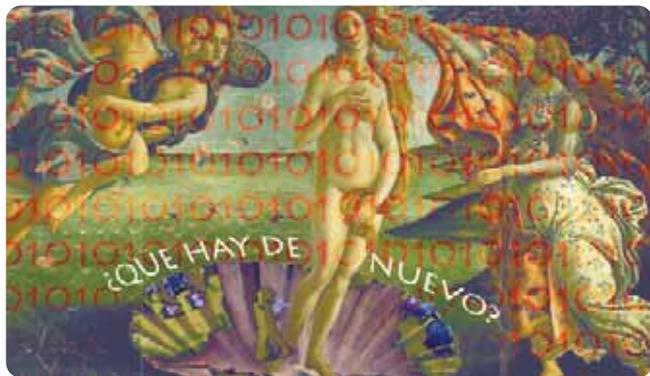
Grace McComsey, presentó resultados de ACTG5163, un estudio en el que se evalúa el efecto del alendronato (fármaco utilizado en población general no seropositiva para el tratamiento de la osteoporosis debido a su capacidad de reducir la reabsorción del hueso

por los osteoclastos [células implicadas en la formación del hueso]) más calcio y vitamina D sobre la DMO en personas con VIH. El estudio comparó a 40 participantes que recibieron suplementos de calcio y vitamina D con 42 que recibieron además alendronato (70mg orales) una vez a la semana.

Los resultados del estudio ponen de manifiesto que, además de ser bien tolerada y no provocar efectos adversos significativos, la combinación de alendronato con calcio y vitamina D resulta en una mejor respuesta que la administración de calcio y vitamina D sólo. Por ello, los autores del estudio concluyen que la adición de alendronato una vez a la semana a una suplementación de calcio y vitamina D es segura y eficaz para el tratamiento de la reducción de DMO en pacientes con VIH, y es una opción mejor que la suplementación simple con calcio y vitamina D.

VIH en el tracto genital

La presencia de VIH en los fluidos genitales femeninos aumenta el riesgo de transmisión sexual y materna del virus, y también ha sido probado a través de diversos estudios que las concentraciones de los fármacos pueden ser diferentes en tracto genital y en plasma. Por eso, parece claro que el tratamiento antirretroviral utilizando los fármacos adecuados puede contribuir a un cierto nivel de protección al reducir la carga viral en el tracto genital, con lo cual no sólo sería beneficioso para la salud de la mujer sino como factor coadyuvante en la prevención. Fármacos con escasa penetración en el tracto genital pueden conducir a que se mantenga una carga viral elevada en el tracto genital y al posible desarrollo de resistencias a largo plazo.



La Dra. Susan Cu-Uvin presentó datos de un estudio realizado con 34 mujeres que tomaban TARGA cuya carga viral plasmática era inferior a 80 copias/mL durante al menos 6 meses. Para el estudio se recogieron muestras de sangre y de aspirado genital por la mañana antes de la ingesta de antirretrovirales y 3 horas después de la misma. Las concentraciones extracelulares de zidovudina (ZDV), lamivudina (3TC), emtricitabina (FTC) y tenofovir (TDF) en el tracto genital fueron más altas que en el plasma sanguíneo. Aunque todos los fármacos del estudio mostraron un aumento significativo en plasma al cabo de 3 horas de la administración, las concentraciones en el tracto genital de inhibidores de transcriptasa inversa no análogos de nucleosido (ITINN) e inhibidores de la proteasa (IP) fueron escasas, lo que indica que la inclusión de ITIN en el régimen terapéutico de las mujeres puede contribuir a mejorar la prevención.

En el mismo sentido, se llevó a cabo un estudio prospectivo en Kenia con la participación de 20 trabajadoras del sexo con VIH no tratadas que iniciaron terapia antirretroviral con d4T, 3TC y nevirapina para el estudio, durante el que se midieron los niveles de ARN de VIH en plasma y en secreciones cervicales y vaginales utilizando análisis de PCR al inicio y a lo largo de 28 días de duración del estudio.

Los resultados mostraron que la reducción inicial de ARN viral fue más rápida en los fluidos vaginales que en plasma, aunque un 50% de las mujeres participantes (10) mantuvo ARN viral detectable o ADN proviral en sus secreciones genitales a los 28 días. Los autores concluyen, por tanto, que los resultados son consistentes con un descenso de

la capacidad infectiva tras la introducción de la terapia, con el consiguiente beneficio en la reducción de probabilidades de transmisión. Pero el hecho de que la supresión viral fuera incompleta en la mitad de estas mujeres es indicativo de que el riesgo de transmisión sigue estando presente y no debe ser despreciado.

Ambos estudios ponen de manifiesto que varios ITIN consiguen concentraciones en tracto genital superiores a las obtenidas en plasma sanguíneo, lo que significa que podrían ser eficaces a la hora de suprimir los niveles virales en el tracto genital y en consecuencia mostrar cierta utilidad en la prevención de la transmisión sexual del VIH así como en la transmisión maternofetal.

Virus del papiloma humano

Hoy en día está bien demostrada la mayor prevalencia de cáncer orofaríngeo, anal y cervical relacionado con el virus de papiloma humano (VPH) en personas con VIH, y el uso de TARGA no parece ejercer más que un moderado efecto sobre la incidencia de este tipo de afecciones. Esto es así debido a que los datos disponibles sugieren que su relación con el VIH no sólo se debe al deterioro inmunitario sistémico, que podría beneficiarse del tratamiento antirretroviral, sino también a alteraciones de la inmunidad de las mucosas.

La aparición de una vacuna contra algunos de los tipos de VPH más virulentos (sobre todo el 16) podría suponer un gran beneficio futuro tanto en la prevención del cáncer cervical como del VIH. De momento, esta vacuna está pensada para ser administrada a niñas antes de que se hayan expuesto al virus y se ha mostrado eficaz principalmente para la protección vaginal, pero poco se sabe del efecto que pueda tener en la exposición oral o anal al VPH, localizaciones que son con frecuencia olvidadas en las mujeres a pesar de que los pocos estudios que las tienen en cuenta ponen de manifiesto su importancia y prevalencia.

SUN (siglas en inglés de estudio para entender la historial natural del VIH) (E. Milu Kojic) es un estudio prospectivo de una cohorte de 687 pacientes con VIH que reciben atención y tratamiento en varias clínicas de Denver, Minneapolis, Providence y St. Louis. Un subestudio realizado en esta cohorte tenía como objetivo evaluar la prevalencia de VPH y de anomalías citológicas anogenitales en mujeres con VIH sanas, y comparar la correlación entre anomalías citológicas cervicales y anales.

Para este estudio se utilizaron los resultados de citología anal y cervical de 94 mujeres con VIH, aproximadamente la mitad de las cuales tenía citologías anómalas de cuello uterino y ano, sin que se observara una asociación estadística entre la presencia de anomalías en ambas localizaciones y tampoco parece haber diferencias respecto a la presencia de VPH entre mujeres que informan sobre prácticas anales y las que no. Es decir, una historia de práctica anal no era un factor pronóstico de un resultado de Papanicolau anómalo (un 42% de las mujeres con historia de sexo anal presentaron anomalías citológicas frente a un 30% entre las que no tenían sexo anal).

Estos datos apuntan a que la prevalencia y diversidad del VPH es mayor en el tracto anal que en el cervical en mujeres con VIH, lo que lleva a los autores del estudio a resaltar la necesidad de aclarar el significado clínico de la infección por VPH, y recomiendan la inclusión de mujeres en estudios sobre las consecuencias clínicas de la infección por VPH anal así como la realización de despistajes citológicos anales en mujeres con VIH, independientemente de su historial de prácticas sexuales anales.

Fuentes: Abstracts de la CROI (www.retroconference.org): Shahin Lockan, Simposio Emerging Strategies for the treatment of HIV; I. Jarrin; poster 776; McComsey G et al. Abstract 42; Susan Cu-Uvin Poster 788; Sara E Dolan poster 777; E. Milu Kojic, poster 779.
Actualización en tratamientos de gTt, 20/02/2007 (www.gtt-vih.org).



Otra mujeres

Si hay un hito que ha marcado la historia del movimiento transexual en España es la reciente aprobación de la llamada Ley de Identidad de Género. Se trata de una ley que permite el reconocimiento de la identidad de una persona y que ésta cambie su nombre masculino al femenino o viceversa, sin necesidad de pasar por el quirófano para someterse a una operación de reasignación de sexo. Pero estos avances no garantizan que se termine de una vez por todas con la discriminación que a diario viven las personas que han construido su género.

Pero más allá de la discriminación que pueda vivir una persona que construye su género, hay algo que sí parece cierto y es que en el colectivo de personas transexuales se habla poco o casi nada de VIH. L@s propi@s afectad@s por este virus encuentran pocos espacios para hablar abiertamente de sus inquietudes tanto por lo que respecta a su infección como a su nueva identidad. Al final, tod@s terminan sorteando sus dudas en el camino a punta de errores y aciertos. ¿Qué ocurre si una persona con VIH que toma tratamiento antirretroviral se está sometiendo a la vez a un tratamiento hormonal para cambiar su sexo? ¿Puede una persona transexual que vive con VIH someterse a una operación de reasignación de sexo? De estos y otros interrogantes tratamos en el siguiente reportaje de LO+POSITIVO. Queremos agradecer la colaboración de Cogam y Àmbit Dona en la realización de este reportaje.



Pocos datos sobre la prevalencia del VIH en mujeres transexuales



En España, no existen estadísticas oficiales que aborden la prevalencia del VIH entre las personas que han cambiado su género. «La realidad transexual es una gran desconocida para la mayoría de la sociedad y muchas veces esto se ve reflejado en la escasez de estudios y datos sobre las características de esta población, siendo esta escasez más evidente a la hora de abordar las tasas de seroprevalencia en personas transexuales», denuncia el COGAM (Colectivo de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales de Madrid) en uno de sus proyectos de prevención para mujeres transexuales trabajadoras del sexo.

«No existen muchos datos sobre los conocimientos que esta población tiene sobre VIH/SIDA», continúa el documento, «y otras ITS, vías de transmisión, prácticas de riesgo... y, por tanto, su capacidad para llevar a cabo conductas preventivas. Pero lo que sí sabemos es la grave situación de exclusión social que sufren en diversos campos como la educación, el acceso al mundo laboral, acceso al sistema sanitario... y cómo éstas pueden influir a la hora de mantener sexo seguro».

El único estudio conocido y manejado por entidades como el COGAM lo realizó en 2001 María José Belza, doctoranda de la Universidad Miguel Hernández (UMH) de Elche y facilitado a LO+POSITIVO por Alberto Martín-Pérez, del colectivo madrileño. Su título, *Situación epidemiológica de la infección por el VIH en las personas que ejercen la prostitución en España*.

El trabajo de investigación se centraba en tres grupos: mujeres, hombres y transexuales o travestidos y revelaba que la prevalencia de infección por el VIH en transexuales y hombres que ejercían la prostitución era «muy superior» a la hallada en las mujeres biológicas. Tanto las que habían consumido drogas inyectadas, como las que nunca se habían inyectado. En concreto, la prevalencia entre les trabajadores/as del sexo ascendía a un 22% entre las mujeres transexuales, a un 12% entre los hombres y a un 1% entre las mujeres.

Los porcentajes ratificaban otro análisis anterior de Belza, *Características sociales y conductas de riesgo para el VIH en un grupo de travestis y transexuales masculinos que ejercen la prostitución en la calle*, realizado un año antes a partir de una serie de entrevistas a transgéneros y transexuales que ejercían la prostitución en las calles de Madrid. En él, se entrevistó a 132 personas transgénero y transexuales, de las cuales el 56% eran españolas. La media de edad de los entrevistados era de treinta años, el 50% tenía un nivel de estudios de EGB o inferior y el 11% se había inyectado drogas alguna vez. La mayoría llevaba ejerciendo la prostitución una media de ocho años y el 66% de ell@s desempeñaba su trabajo únicamente en la calle.

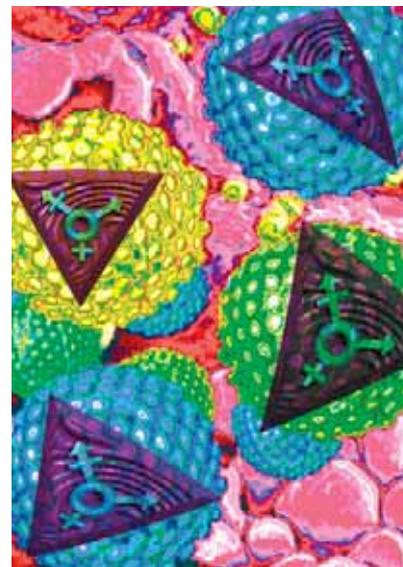
Según las conclusiones de Belza, una de cada cuatro transexuales era seropositiva. Las razones había que buscarlas en el elevado riesgo de infección por una mayor frecuencia de prácticas sexuales anales no protegidas y por un consumo más frecuente de drogas por vía intravenosa. El uso del preservativo con los clientes era generalizado, sobre todo en las prácticas de mayor riesgo. Pero «de las 132 transexuales entrevistadas, 52 habían tenido algún accidente con el preservativo en el último mes, es decir, un 39% del total. Con respecto al último accidente, la mayoría había consistido en la rotura del preservativo durante una práctica anal y sin haber utilizado lubricante. El 72% de las entrevistadas indicó que no había oído hablar de la existencia de preservativos especiales para las prácticas anales y muy pocas usan el lubricante». Unas cifras que indicaban las graves carencias de educación sexual y conocimientos preventivos en el colectivo.

El 84% había tenido relaciones sexuales fuera del trabajo en el último año. «Respecto al número de parejas no comerciales que han tenido durante el último año, el 49% tuvo una, y el 26% entre cinco y nueve. Sobre el uso del preservativo con estas parejas sexuales no comerciales, el 50% dice usarlo siempre, el 24% a veces y el 26% dice no usarlo nunca.» El 60% manifestaba tener pareja en aquel momento

El 39% de las entrevistadas había consumido además alguna droga en los últimos treinta días, siendo el consumo más habitual el de la cocaína, seguido de la heroína, el *popper*, el *speedball* y el *crack*. El 11% se había inyectado drogas alguna vez en su vida.

El 74% de las transexuales se había realizado la prueba del VIH. Pero el 90% de las seropositivas afirmó no hacerse un seguimiento clínico de la infección. Una tercera parte de las seronegativas hacía más de dos años que se habían hecho la última prueba y casi la mitad tenía como referencia asistencial la red sanitaria privada, especialmente las mujeres inmigrantes irregulares, que desconocían sus derechos a la asistencia pública tras empadronarse y obtener la tarjeta sanitaria, o sentían recelo debido a su situación, que genera miedo a la detención y expulsión.

En 2006, la sede de COGAM atendió a 187 mujeres transexuales, de las que 159 se identificaron como trabajadoras del sexo. De estas mujeres, una amplia mayoría proceden de Latinoamérica. La media de edad está entre los 30-40 años.



«Me gustaría tener un espacio donde conversar de tú a tú sobre cambio de sexo, VIH y nuestros derechos»

A

LEXSANDRA ES UNA MUJER TRANSEXUAL y vive con VIH desde hace 13 años, justo 13 años después de iniciar su cambio de género. Con una voz un poco acatarrada contesta el intercomunicador y da ánimos para subir los siete pisos por las escaleras hasta llegar al ático en el que vive. Lo primero que impacta de esta mujer es su estatura, 1,95 metros de altura con los que pareciera rozar el techo con su cabeza. Apoyada en la puerta de entrada nos espera, con su boca bien pintada de rojo y una melena negra azabache.

Alexsandra nació en Barcelona, pero en toda su existencia ha vivido en Bilbao, Madrid, Galicia, Cádiz, Ámsterdam y después de recorrer todos esos lugares volvió a la capital catalana. En la mayoría de estas ciudades ha logrado sobrevivir ejerciendo como trabajadora del sexo, ocupación de la que asegura que «cada día te encuentras algo nuevo, la calle es un peligro». No suele beber alcohol, le trae malos recuerdos de su madrastra que era alcohólica. Y desde los 20 a los 25 años estuvo enganchada a la droga, pero lleva tres años sin consumir sustancias. Bastaron sólo esos cinco años para infectarse con VIH. Tenía un novio que vivía con VIH, con el que compartía jeringuillas, en ese entonces Alexsandra era usuaria de heroína y cocaína. «No lo he cogido haciendo de puta, sino follando a pelo con mi novio. Pero no me siento culpable, me tocó porque me tocó», revela.

LO+POSITIVO: ¿Qué se siente siendo transexual femenina y viviendo con VIH?

Alexsandra: Siento que tengo muchas más desventajas que una persona que esté prácticamente sana; pero aunque estés sana, una transexual tiene muchas barreras en la sociedad. Es decir, ¿tú ves a transexuales de vendedoras o de camareras? No, no se ven. Yo soy trabajadora sexual porque no tengo otra opción, ya que no me dan trabajo. Yo voy a muchas entrevistas. Tengo formación como auxiliar de geriatría y de clínica, estoy preparada y mi trabajo sé hacerlo, en varias ocasiones me han hecho una prueba para ver qué tal hago el trabajo y han quedado flipados con lo que han visto, por mi trato con l@s ancian@s. Pero no te contratan por sexismo.



No se habla del VIH o si se habla es muy poquito, porque en el mundo nuestro hay mucha maldad, sobre todo en la prostitución, muchas saben que tenemos VIH y le dicen al cliente: «¿Vas con esa? Cuidado que tiene el virus». Sé que lo tengo, sé lo que tengo que hacer y lo que no tengo que hacer, sigo la medicación a rajatabla, tomando seis pastillas al día, no es nada para lo que me tomaba antes.

L+P: ¿Se habla del VIH en el colectivo transexual?

Alexsandra: No se habla del VIH o si se habla es muy poquito, porque en el mundo nuestro hay mucha maldad, sobre todo en la prostitución, muchas saben que tenemos VIH y le dicen al cliente: «¿Vas con esa? Cuidado que tiene el virus». Sé que lo tengo, sé lo que tengo que hacer y lo que no tengo que hacer, sigo la medicación a rajatabla, tomando seis pastillas al día, no es nada para lo que me tomaba antes.

L+P: ¿Qué se dice?

Alexsandra: En el trabajo no se habla. En la calle tampoco. Donde se habla al respecto es en las jornadas que organiza Àmbit Dona, donde sí se dan espacios para la reflexión. Pero entre nosotras no se suele hablar, sí se cotillea mucho, pero no te lo dicen en tu cara. Y yo tampoco nunca lo comento porque no me fio de ellas, aunque te las encuentres en los hospitales, pero no hablo al respecto, sino que pregunto: «¿Qué tal nena?». Y te contestan: «Todo bien». Y así se acaba la conversación. Bien es cierto que es algo que yo no se lo deseo a nadie, ni a mi peor enemig@.

De los efectos secundarios de los tratamientos antirretrovirales no se para ni a pensarlo, hay días en que siente náuseas o que se siente cansada, otras veces le da un poco de depresión. Y esto acentúa que al ir por la calle sienta miedo de que le puedan hacer daño «porque hay gente que te insulta, que te tira una botella de agua o que te escupe», afirma.

Ultimamente ha tenido fiebres altas, también ha pasado por dos neumonías y ahora se ha hecho una biopsia de hígado, y empezará un tratamiento para el hígado «a raíz de la medicación te coge el hígado, es como tener una hepatitis C», explica. No siente dolor al respecto, pero sí se siente cansada. También cree haber engordado un poco más de lo habitual.

L+P: ¿Y l@s profesionales te aconsejan al respecto?

Alexsandra: Me siento atendida por l@s especialistas del Hospital del Mar, no soy un número más. Estoy muy nerviosa por lo que significa iniciar el tratamiento para el problema que tengo en el hígado.

L+P: ¿Tú puedes hablar con l@s médicos y despejar todas tus dudas?

Alexsandra: Sí; además, yo les digo que lo que encuentren que me lo digan. Y con el endocrino, pues miro todo lo que tiene que ver con las hormonas. Aunque tuve un problema con el hepatólogo, que no me gustó ni su trato ni nada, y se lo dije: me quería tratar en masculino y le pedí que no me siguiese tratando con ese nombre masculino hasta que él me dijo que aquí se acababa la conversación. Salí fuera, muy educada y hablé con la enfermera y con el psicólogo y les dije que yo a ese médico no lo quería.

L+P: ¿Pusiste alguna hoja de reclamación?

Alexsandra: No, porque pensé que no valía la pena. Yo le dije: «¿Es que acaso tengo cara de tío?». Y respondió que se dirigía a mí con el nombre que figuraba en el historial y que además entre paréntesis ponía «transexual». Se notaba, pues, que lo estaba haciendo con maldad.

L+P: ¿Y recibes alguna recomendación con respecto al tratamiento antirretroviral y las hormonas?

Alexsandra: No. Piensa que son cosas totalmente diferentes. Nosotras nos hemos hormonado por nuestra cuenta. En mi caso,

no tengo ningún problema en ir a la farmacia para comprar las hormonas sin receta, pero también he enviado a mi ex novio para que las compre, pero a él le decían que no, que fuera yo o él con la receta.

L+P: ¿Con qué frecuencia tienes que tomar hormonas?

Alexsandra: Yo llevo un mes y pico sin ponerme hormonas, porque como no me encuentro muy bien, si me las pongo, me da fiebre y tengo que quedarme en casa porque me siento mal.

L+P: ¿Y lo has conversado con el médico?

Alexsandra: Sí, pero es algo normal.

L+P: ¿Por las hormonas?

Alexsandra: Sí, por las hormonas, porque las hormonas te afectan, es como tener una menstruación.

L+P: ¿L@s médic@s te han contraindicado algún tratamiento antirretroviral tomando hormonas?

Alexsandra: Lo que me dicen es que lo haga sin abusar. Como yo ya he abusado de las hormonas y de otras drogas, sé que todo en exceso te puede afectar. Estas hormonas que tomo, en cambio, las uso cada mes o cada dos meses. Antes utilizaba unas hormonas que eran inyectables y eran muy buenas, como una bomba –entonces no había cirugía estética–, pero ya las quitaron. Las hormonas afectan a diferentes sitios y dependiendo de cada persona, a algunas les pueden alterar los pechos y a otras, las caderas. A mí siempre me han afectado en su conjunto.

L+P: De todas maneras, si tú quieres pedirle al médico hormonas, ¿te las receta sin ningún tipo de problemas?

Alexsandra: Sí, porque ellos tienen todo tu historial.

L+P: ¿Y se lo pides a tu médico de cabecera o al endocrino?

Alexsandra: Al médico de cabecera.

L+P: ¿Es adictivo usar hormonas?

Alexsandra: No, pero te pone más sensible, te sientes más femenina, te puedes ver más guapa en el espejo, sobre todo si llevas tiempo sin tomarla. Pero si te pones una cada día, claro, puede ser adictivo.

L+P: ¿Sabes si existe alguna comunicación entre el endocrino y el inmunólogo?

Alexsandra: No, ninguno, cada uno lleva su tema. Faltan muchas cosas al respecto.

L+P: ¿Te has sentido alguna vez discriminada por vivir con VIH?

Alexsandra: Sí, con uno de mis hermanos. Yo iba a coger un poco de comida de su plato y me dijo que no, que si yo quería, él me servía en mi plato. Así que me enfadé muchísimo, nos insultamos, nos tiramos trastos, subí y me puse a llorar y me dio un bajón. Luego se me pasa, tengo el don de perdonar, pero no olvido. Recuerdo que en otra ocasión una de mis hermanas le puso cloro al váter después de que yo saliera del lavabo, e inmediatamente después entró ella.

L+P: Y fuera del ámbito familiar, ¿has sufrido algún tipo de discriminación por causa del VIH?

Alexsandra: No, porque no se lo digo a todo el mundo, salvo a personas con las que tengo confianza.



L+P: ¿Con quién lo hablas?

Alexandra: Por ejemplo, con mi vecina. Tengo una vecina aquí que es divina y que me quiere un montón y no te pide nada a cambio. De vez en cuando me invita a tomarme un caldo.

L+P: ¿Y con tus parejas?

Alexandra: Sí, siempre. Con ellos, lo primero que les digo es que para montarse en mi tren tienen que tener la mente muy abierta y pasar de todo un poco, porque yo soy transexual; así que si quieren acostarse conmigo tienen que ir conmigo para todo, no sólo para tenerme dentro de cuatro paredes. Y después les comento lo del VIH, y entonces ya es su decisión si quieren o no continuar. He iniciado relaciones en las que me han dicho que no y en esos casos se acaba la amistad y se acaba todo. En definitiva, para estar conmigo, el otro tiene que saber lo que quiere.

L+P: ¿Tomas alguna precaución en el trabajo para prevenir cualquier otra enfermedad?

Alexandra: Hasta para beber agua. Claro, también he tenido momentos en que se ha roto el preservativo sin darme cuenta hasta

después de la eyaculación. Entonces lo que hago es ir corriendo a limpiarme donde puedo, porque trabajo en la calle, e inmediatamente me voy a casa y me meto un óvulo. Después me voy al Hospital del Mar a que me den una pastilla de fluconazol para tratar la candidiasis. No te puedes quedar así tan suelta.

L+P: ¿Dónde acudes cuando quieres ir a pedir información sobre enfermedades de transmisión sexual?

Alexandra: A la Asociación Ciudadana Anti-SIDA de Cataluña (ACASC).

L+P: ¿Encuentras la ayuda y la atención específica que buscas?

Alexandra: Siempre, sin ningún problema, y si no acudo, a Àmbit Dona.

L+P: ¿Puedes hablar libremente sin sentirte prejuzgada por las demás por ser transexual o por ser trabajadora del sexo?

Alexandra: Normalmente la gente que hay ahí es muy maja, no me he sentido discriminada ni nada. Y aclaran todas mis dudas.

L+P: ¿Has intentado someterte a una operación de reasignación de sexo?

Alexandra: Sí, pero me da miedo. Pero desde mi punto de vista hacerse un cambio de sexo cuando trabajas en la calle no es muy rentable, el cliente lo que quiere es una mujer con pene. Como dice el personaje de Agrado en *Todo sobre mi Madre*, «a los hombres les gustan neumáticas y bien dotadas». Esto yo lo he visto en la calle, cuando alguna compañera le comenta a algún cliente que se ha operado, éste se sorprende y prefiere buscarse otra que sí tenga pene. Bien es cierto que la gracia de esta profesión es eso, los hombres te lo dicen, les gustas porque eres mujer, tienes unas tetas divinas, un culo estupendo y un buen rabo.

L+P: ¿Crees que vivir con VIH puede condicionar que te hagan esta operación de cambio de sexo?

Alexandra: No, para nada. Pero es una operación muy cara que sobrepasa los 12.000 euros.

L+P: ¿Qué te gustaría reivindicar como mujer transexual femenina?

Alexandra: Que tengamos más espacios donde comunicarnos, donde informarnos, que estos temas no sean tan tabú y hablemos más abiertamente sobre ellos: el VIH, el cambio de sexo, nuestros derechos. Me gustaría contar con un lugar donde pueda hablar con otra persona de tú a tú, de igual a igual.



«Pensaba que si algún día tenía VIH estaba políticamente preparada para asumirlo»

PAULA ES RUBIA, DE OJOS MARRONES y con una mirada profunda. A través de su amplia sonrisa deja notar su acento argentino mientras conversa con LO+POSITIVO sobre su trabajo a caballo entre Zaragoza y Barcelona, la nostalgia de vivir lejos de su tierra y su infección por VIH. Nos sentamos en el salón de la casa okupa en la que habita a los pies de Montjuic, donde prestamos atención a un discurso político sobre la construcción de su género, evitando cualquier etiqueta que la aleje de lo que ella es por encima de todas las cosas, una persona.

Cuando Paula empezó a tomar conciencia de que su entorno social y familiar la veía como una mujer, ya fuese por su forma de vestir o expresarse, tenía tan sólo 13 años y comenzaba a ir al instituto con una melena más larga de lo que habitualmente la llevaban los chicos. Por aquel entonces, tomó asiento en el aula y tras pasar lista, su nombre de chico delató que no era una mujer. Sus compañer@s asombrad@s no dejaron de preguntarle en el recreo si era chica o chico. Paula, entre tanto, intentaba aclararse y después de incesantes agresiones, le impusieron la realidad de l@s demás, que ella no era una chica. «Lo duro no fue sentirme quien soy, sino sentirme quien ell@s decían que yo era, la imposición social desde la ignorancia de las personas y desde la estupidez que tenemos todos los seres humanos», afirma.

Todos sus sentimientos y percepciones sobre su género fueron puestos en tela de juicio. Empezó a defenderse de algo que sentía que tenía que defenderse y escribió un artículo en el que reflejaba lo que creía que era, un homosexual. Nada más alejado de la realidad. «Mis compañer@s me veían como una mariquita, la mariquita cómica, nunca me trataron como varón, me veían como una chica, se fija-

ban en mí como una chica, me tiraban los tejos. Vivía como chica, me vestía como chica», cuenta

Con el tiempo, todos medio arrepentidos y confundidos le hicieron ver que a pesar de que no había nacido chica, sí que lo parecía.

A los 20 años comenzó a militar activamente en el grupo TTLG argentino (grupo de transexuales, travestis, lesbianas y gays). Su trabajo fue reivindicar el género y exigir los derechos de cualquier ser humano de elegir libremente sobre el propio cuerpo. En ese momento, Paula intentaba sobrevivir en un sistema vertical en el que le tocaba ser el último peldaño de la escalera: no era un patrón de conducta a seguir.

Tras este período de activismo, Paula comenzó a descubrir que ante todo es una persona y dejó de definirse políticamente como travesti, «tampoco me defino con la palabra transexual, ni mujer, sino que me identifico con la palabra Paula», afirma.

L+P: A la pregunta de quién eres tú, ¿qué responderías?

Paula: Que yo soy Paula. Socialmente, por suerte, tengo una apariencia bastante femenina, sociabilizo con esta apariencia, mis





relaciones son con esta apariencia, me gusta vivir como una mujer en esta sociedad. Creo que he logrado la meta que tenía a escala personal. Mis relaciones sexuales son como una mujer porque no tengo pene. Todo lo que he construido de mí misma hace que, más allá de lo que las personas puedan detectar sobre si ésta es una mujer construida o autoconstruida, mi forma de ser y de desarrollarme opaca esa realidad. Ésta es Paula.

L+P: ¿A qué edad te viniste a España?

Paula: Me vine hace seis años. Llegué de Argentina con mucho dinero. Entonces me vine a conocer, vine a buscar un trabajo fuera de la prostitución, buscaba una fantasía, enamorarme, encontrar el amor.

L+P: ¿Y encontraste lo que buscabas?

Paula: Sí y no. Al ser tan independiente y tan autónoma no paro de buscar. Creo que soy yo la que no permite crear vínculos mucho más profundos y cuando se crean, quiero seguir adelante, no me quedo. Y en Argentina tengo vínculos más profundos. He ejercido la prostitución desde los trece años hasta venirme a Europa. Cuando tenía 20 o 21 años ejercía el trabajo sexual de forma esporádica, para sobrevivir, pero empezó a no gustarme la prostitución, aunque nunca había trabajado en otra cosa. Y empecé a meterme en el activismo. Entonces conocí a mucha gente y a partir de los 22 años supe lo que era un amigo. Antes no, antes había mucha exclusión, muchos problemas con la policía, gran parte de mi vida la pasé en la cárcel con todos los maltratos que ello conlleva.

L+P: ¿Fue en esa época cuando te enteraste que vivías con VIH?

Paula: No. Mi vida siempre ha estado compartida con personas que han vivido con VIH, amigas y personas muy queridas. Y había hecho procesos, había estado en talleres de prevención, había tenido una vida extremadamente promiscua, extremadamente sexual y sin condón y no me había infectado por VIH. Cuando me vine a Europa me vine sin VIH, después de haber tenido una vida de lo más sexual, divertida, sin preservativo: me había cuidado mucho y no me había cuidado nada.

L+P: Tendrías mucha información al respecto...

Paula: Claro, había tenido un montón de amigas con VIH y yo pensaba que si algún día tenía VIH estaba políticamente preparada. Me decía a mí misma que si tenía VIH no pasaría nada, no por la medicación, sino por la concienciación de asumir que era una enfermedad y que estaba preparada. No quería, no lo deseaba, tenía los miedos y sentimientos de culpa. De hecho, cuando me hice los primeros análisis después de haber caído muy enferma, los médicos me dijeron que estuviera tranquila, pues el resultado era negativo. A partir de entonces empecé a tener más conciencia del cuidado de mi propio cuerpo.

L+P: ¿Cómo te infectaste?

Paula: Después de estar un mes en Barcelona, me fui a Roma donde conocí a un chico de 23 años, un camionero muy guapo, con el que estuve saliendo un año. Me pidió tener relaciones sexuales sin preservativo y aunque al principio le dije que no, después me dejé llevar. Y antes de irme nuevamente a Argentina, vino todos los días a casa y tuvimos mucho más sexo del que nunca antes habíamos tenido. Y en ese momento se me ocurrió pensar que ese chico tan guapo no estaba bien, pues me parecía extraño que sabiendo lo que yo hacía y en lo que trabajaba, quisiera tener relaciones sexuales conmigo sin preservativo una y otra vez, aun a sabiendas de que me iba. Este chico me estaba dejando algo más que el placer físico. Sentí mucha confusión. Estaba por operarme en ese momento, así que viajé a Chile y me hice todos los estudios que tenía que hacerme. El doctor me comentó que los resultados eran un poco confusos. Le pregunté si tenía el VIH y me contestó que no estaba claro. Le dije: yo no entiendo.

L+P: ¿Y por qué en Chile?

Paula: Porque allí era más barata la cirugía de reasignación de sexo. Pero decidí no operarme porque tenía miedo. Me dio un bajón muy grande, pese a haberme sentido preparada para asumir el diagnóstico positivo al VIH. Decidí no operarme en ese momento porque no sabía cómo estaban mis defensas o si moriría en el quirófano. Tenía una parte de la información de lo que era una operación de esa envergadura, pero no sabía lo que implicaba teniendo el VIH. Le dije al médico que no me operaba y me volví a Argentina donde somaticé muchas cosas: tuve fiebre, vomitaba continuamente, no tenía fuerzas para levantarme de la cama. Mucha gente no lo entendía y me decían que todo estaba en mi cabeza. ¡Pero claro que estaba en mi cabeza! ¡Y mi cabeza se lo había transmitido a todo mi cuerpo!



Mis relaciones sexuales son como una mujer porque no tengo pene. Todo lo que he construido de mí misma hace que, más allá de lo que las personas puedan detectar sobre si ésta es una mujer construida o autoconstruida, mi forma de ser y de desarrollarme opaca esa realidad. Ésta es Paula.

L+P: ¿Se lo habías contado a muchas personas?

Paula: Sólo a dos, no quería contárselo a nadie. Todo lo que yo pensaba que podría hacer en ese instante, no lo hice, me mató emocionalmente y me corté el pelo. No pude operarme, pero algo me tenía que cortar y me corté el pelo. Pero después me sentí frustrada: el dinero que no utilicé en la operación lo metí en el banco y justo vino el corralito y no pude sacarlo. Entonces pregunté, me hice los estudios de nuevo, necesitaba saber lo que tenía y cómo estaban mis defensas, también me informe si me podía operar y me dijeron que sí.

L+P: ¿Dónde te informaste?

Paula: En la asociación Nexo, que tenía una revista que se llamaba *NX*. Tenían un médico que dirigió muchos proyectos en Argentina sobre VIH. Aprendí que es una enfermedad bastante social, pero que al fin y al cabo no perjudica a nadie más que a una misma, al menos en la relación cotidiana.

L+P: ¿Vivir con VIH es un impedimento para someterse a una cirugía de reasignación de sexo?

Paula: Depende de las defensas que tengas. Lo que sí he descubierto con esta cirugía es que hay países donde no están obligados a operarte, como por ejemplo, Chile y Ecuador. Yo finalmente me sometí a la operación en Chile, pero quedé mal operada y necesito volver a hacerlo para sobrevivir, porque me limita como ser humano y me genera unas depresiones muy fuertes.

L+P: ¿Tenías noticias de cómo era este tipo de cirugía en Chile antes de operarte?

Paula: Sabía que el cirujano que me atendía no tenía una técnica muy perfecta. Pero no sabía todo lo que iba a implicar con posterioridad: en qué te limitaba como persona la reasignación de sexo, la realidad del cuerpo, cómo se desarrollaba tu vida sexual, cuál era la necesidad de la operación funcional a la hora de seguir haciendo tu vida y manteniendo relaciones sexuales. La importancia de todo esto nadie me lo explicó, porque hay muchos prejuicios, hay muchos tabúes, porque no hay información real.

L+P: Entre las personas que se han sometido a esta cirugía, ¿tampoco se habla?

Paula: No se habla ni de esto ni del orgasmo ni del funcionamiento de la vagina, ni de la lubricación natural.

L+P: ¿Se habla de SIDA?

Paula: De SIDA se habla más.

L+P: ¿En España o en Argentina?

Paula: En Argentina, allí hay menos tabúes que aquí. Aquí hay más tabúes en torno al VIH, por lo menos en el entorno de las personas que cambian su género. Yo particularmente no conozco a nadie que tenga SIDA.

L+P: ¿Qué se dice entre las personas que construyen su género cuando habláis del VIH?

Paula: En mi caso, lo hablo con mis paisanas nada más. Hablamos más desde el sentimiento, de lo emotivo.

L+P: ¿Vivir con VIH ha condicionado que te dediques al trabajo sexual?

Paula: No, más bien porque lo empecé a hacer desde pequeña y era la única forma que tenía de obtener recursos.

L+P: Las personas que trabajan contigo, ¿saben que vives con VIH?

Paula: He trabajado con gente que sabe que tengo VIH y hemos compartido clientes y no pasa nada, porque tomamos los cuidados necesarios. Ahora, cuando se trata del cliente, no se lo digo, porque si no el cliente no querría contratar mis servicios. Entonces yo impongo mi cuidado sobre todas las cosas, hablo de mi cuidado personal porque yo no me siento responsable de la salud de nadie, simplemente de la mía. Cuando me acuesto con alguien no quiero que la persona sepa que yo tengo VIH para que se cuide, sino para que comparta una realidad, para sentirme a mí misma más protegida, inclusive emocionalmente.

L+P: Han pasado ya cinco años desde que te diagnosticaron, ¿cuánto tiempo llevas tomando la medicación?

Paula: Hace 20 días que empecé la medicación. Y estaba muy asustada por tener que empezar, porque siento que es el reconocimiento de la enfermedad, es una decisión muy difícil de tomar.

L+P: ¿Por qué has tenido que empezar?

Paula: Me ha subido la carga viral y me han disminuido las defensas a raíz de la depresión que tengo. Me quería hacer la segunda operación en Ecuador: reuní dinero, pedí un préstamo, negocié con el cirujano, le dije que tenía VIH, me dijo que en Ecuador no estaban obligados a operar a personas con VIH, pero que él me iba a operar igual. Al llegar me atendió otro cirujano que me hizo unos estudios y me dijo que no me iba a operar. El cirujano que me había dicho que sí nunca apareció. Desde entonces estoy intentando sacar fuerzas para seguir adelante, porque emocional y físicamente me siento limitada, porque siento que a pesar de toda la lucha que he hecho en mi vida, todo ha sido en vano, todos los esfuerzos para lograr ser quien quiero ser al final han caído en un saco roto. Y esto me deprime mucho.

L+P: ¿Esto afecta a tu placer?

Paula: Cuando no estás bien mentalmente, afecta también a la parte física. Porque esto no es sólo un cambio de los genitales, es una readecuación porque las terminales nerviosas se redistribuyen en otras zonas, en otras partes del cuerpo que no existían, como es la cavidad vaginal. Entonces es como volver a aprender sobre sexualidad, sobre tu propio cuerpo; pero si los genitales readecuados no están bien hechos, no puedes tener una relación sexual completa ni placentera, como la estabas esperando. Y hay una frustración emocional, creo que no he podido completar el ciclo que empecé, pero no por tener una vagina o por arrepentirme de lo hecho. Si me pones a escoger entre esto y lo anterior, sin dudarlo, mi vagina, que a pesar de no ser perfecta me acerca al sueño que una vez imagine de mí misma. El problema es que no tengo más fuerzas para juntar dinero y volver a hacerme otra operación. Pero ten por seguro que me levantaré y seguiré luchando por sentirme óptima física y emocionalmente, no bajaré los brazos.

L+P: ¿L@s médic@s te dan algún consejo respecto al tratamiento antirretroviral y/o hormonal?

Paula: El médico me recetó unas anticonceptivas que, por lo que veo, ayudan a no deprimirme. Pero me dio un medicamento antirretroviral que, me dijo, no la acentúan. En el caso del endocrino me dijo que tomase unas hormonas, pero me gustaría que encontrase unas que me ayuden a no deprimirme o algo que me ayude a levantar el ánimo.

L+P: ¿Sientes que puedes hablar libremente y resolver todas tus dudas tanto con el endocrino como el inmunólogo?

Paula: Con mi carácter y mi forma de pensar, sí. Lo que pasa es que depende de mí y de cómo expongo la situación.



L+P: ¿L@s médic@s responden a tus preguntas?

Paula: No. La médica, por ejemplo, que me atiende en el Hospital Clínico para el VIH es muy maja y me atiende de puta madre. En cambio, el endocrino me parece un cero patatero, me parece que es una persona que no tiene ni idea de lo que significa real y emocionalmente el cambio de género y las necesidades de las personas. Le expliqué mi problema físico a raíz de la operación que me hicieron y el funcionamiento vaginal y el tío no demostró ningún tipo de interés, porque hay un vacío absoluto en investigaciones en este campo. Después está la psiquiatra que sólo me llama cuando tiene que hacer alguna investigación o estudio, y si yo la llamo porque tengo un problema, no muestra interés real. Me han pasado tal cantidad de casos humillantes donde he sentido tanta prepotencia por parte de l@s médic@s, que una vez le dije a uno que me trató muy mal que si yo le daba asco, que mejor no me tocara, porque me iba a levantar y le iba a dar un par de hostias. Le dije que lo que veía ahí tirado era una persona y que él se comprometió a tratar con personas y yo no tenía la culpa de que me hubieran hecho mal la operación y que si no le gustaba que no me atendiese y se dedicase a otra cosa que no fuese tratar con seres humanos.

L+P: Cuando tienes dudas o quieres saber algo sobre las hormonas, el VIH u otras enfermedades de transmisión sexual, ¿Adónde o a quién acudes?

Paula: Lo de las hormonas es un tema bastante complicado, así que acudo a compañeras que tengan más experiencia. Generalmente, vamos preguntándonos unas a otras; me parece lo más acertado hasta ahora, porque no hay estudios rigurosos sobre las hormonas en personas que han cambiado de género.

L+P: ¿Y cuándo quieres hablar sobre enfermedades de transmisión sexual?

Paula: Prefiero ir a un colectivo de VIH.

L+P: ¿Puedes hablar libremente en esos lugares sin sentirte juzgada?

Paula: Eso también depende de la personalidad de cada una. Soy bastante extrovertida, exigente y se me nota. Eso impone, pero no todas somos iguales. Así que afortunadamente en las ONG nunca me he sentido juzgada. Esto no quiere decir que alguien pueda sentirse mal tratad@, los prejuicios existen para tod@s y desde tod@s.

L+P: ¿Crees que hay suficiente información sobre el tema del VIH?

Paula: Hay información, pero no suficiente en el caso de las personas que construimos nuestro género; por ejemplo, sobre la transmisión a través de los fluidos vaginales, yo no sé si puedo transmitir el VIH por la vagina. Como no tengo fluidos, cuando me hacen sexo oral simplemente pienso «tú come tranquilo que total yo no tengo fluidos...».

Hacia una LEY DE IDENTIDAD DE Género



JULIO CUESTA es el primer transexual de España que cambia de sexo y de nombre en su DNI. No ha tenido que someterse a una operación genital. Julio Cuesta, con su madre, Pilar, enseña el documento con su nueva identidad en el Registro Civil de Valencia. / ALBERTO DI LOLLI

El pasado 16 de marzo, el Boletín Oficial del Estado publicó la denominada «Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas», más conocida como la Ley de Identidad de Género. Votada en el Congreso de los Diputados el día 1 de dicho mes, la ordenanza ofrece desde entonces «cobertura y seguridad jurídica a la necesidad de la persona transexual, adecuadamente diagnosticada, de ver corregida la inicial asignación registral de su sexo, asignación contradictoria con su identidad de género, así como a ostentar un nombre que no resulte discordante con su identidad», según especifica en su Exposición de Motivos. O lo que es lo mismo: permite a l@s transexuales registrarse con el nombre que sienten verdadero, sin necesidad judicial de por medio y sin intervención quirúrgica obligatoria.

Larga ha sido la marcha del colectivo transexual hasta comenzar a ver sus derechos reconocidos. En 1983 obtuvo uno de sus primeros logros, con la despenalización de las cirugías de reasignación de sexo, hasta ese momento consideradas un delito de «mutilación y lesiones» y castigadas con penas de cárcel.

En 1987, el Tribunal Supremo sentenció a favor de que una mujer transexual pudiera modificar su nombre y sexo después de una intervención quirúrgica de reasignación de genitales. Y en 2001, tras varios recursos a la Fiscalía, la justicia abrió finalmente las puertas del matrimonio.

El 15 de mayo del pasado año, siete personas anunciaron el inicio de una huelga de hambre –l@s transexuales Kim Pérez, Gina Serra, Joana López, Andrea Muñoz y Carla Antonelli; el sacerdote José Mantero y el activista Jaume de Urgell– si, antes de que finalizara el mes de junio, el Gobierno no impulsaba la entrada en vigor de la Ley de Identidad de Género.

En cuestión de operaciones de reasignación de género, Andalucía fue la Comunidad Autónoma pionera. El 23 de marzo de 2000, el Hospital Regional Carlos Haya de Málaga llevó a cabo la primera operación de cambio de sexo financiada por fondos públicos. El Servicio Andaluz de Salud corrió con los gastos derivados de la implantación de los atributos femeninos (genitoplastia feminizante con reconstrucción vaginal completa) a un joven de entre 20 y 25 años. Desde entonces y hasta julio de 2006, el centro hospitalario

andaluz había llevado a cabo cerca de un centenar de reasignaciones totales de sexo, mayoritariamente de hombre a mujer. Un número ligeramente inferior de pacientes también había sido intervenido parcialmente. En total, la Unidad de Trastornos de Identidad de Género había atendido a más de 575 personas. Alrededor del 65% de l@s pacientes con trastorno de identidad de género había solicitado una intervención quirúrgica para completar su tratamiento de cambio de sexo. Y de las primeras doscientas personas que habían acudido a la Unidad, 125 eran hombres de entre 15 y 61 años que se sentían mujeres y 75, mujeres de entre 18 y 45 años que se sentían hombres.

Con la aprobación de la Ley, las Unidades Multidisciplinares han echado a andar en el resto de España. En Madrid, serán dos hospitales, el Ramón y Cajal y La Paz, los encargados de ofrecer una atención integral a estas personas. El primero se centrará en las especialidades médicas; y el segundo, en las operaciones. En Barcelona, será el Hospital Clínic, donde ya existía una unidad médica especial que no realizaba hasta ahora operaciones.

Con la aprobación de la Ley, las Unidades Multidisciplinares han echado a andar en el resto de España. En Madrid, serán dos hospitales, el Ramón y Cajal y La Paz, los encargados de ofrecer una atención integral a estas personas. El primero se centrará en las especialidades médicas; y el segundo, en las operaciones. En Barcelona, será el Hospital Clínic, donde ya existía una unidad médica especial que no realizaba hasta ahora operaciones.

«Queda mucho POR HACER»

Aunque no existen datos oficiales sobre el número de transexuales que hay en España, algunos estudios lo cifran entre 7.000 y 9.000. Tampoco hay confirmación oficial de ese porcentaje del 22% que, según la tesina de María José Belza, son seropositivos. Sin embargo, según el COGAM, ésta es una cifra que se aproxima bastante a las que ell@s manejan, por su experiencia en atender a l@s transexuales que acuden en busca de ayuda a la sede del colectivo.

Mónica Martín, coordinadora del Área Transexual de esta organización junto con Lizethe Álvarez, destacan un dato, en parte, más esperanzador: la evolución del número de transexuales en el mundo de la prostitución y la transmisión del VIH. «Según estadísticas del Parlamento Europeo, en 1989 más de un 60% de los transexuales en toda la Comunidad Europea ejercía la prostitución. En España, ese índice era muchísimo mayor. Durante años, descendió mucho el porcentaje, se produjo una normalización de la situación, con una mayor integración, impulsada con medidas legislativas como la Ley 3/2007 reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Ahora mismo, la prostitución la ejerce una minoría de transexuales españolas y prácticamente un 90% o más de las mujeres latinas».

Esta misma evolución se refleja en las cifras de transexuales seropositivos: «El porcentaje de gente infectada en el mundo del trabajo sexual es del 22%, un poco alto. Pero hay que tener en cuenta que muchas personas vienen de sitios donde la sanidad pública es peor que la española y en donde los controles de VIH no se hacen. Por eso los datos han cambiado. Anteriormente el porcentaje de prevalencia del VIH era menor, y ahora sí que ha aumentado, porque much@s no se habían hecho las pruebas en su vida».

La evolución positiva en España ha estado ligada, para Mónica y Lizethe, al aumento de las posibilidades laborales y a la mejor inte-

gración. Antes, «la gente se veía abocada a la prostitución, a veces, para poder costearse las operaciones de reasignación de sexo, que para las mujeres superaba los 12.000 euros y para los hombres llegaba a los 24.000». Pero Mónica también diferencia la situación entre hombres y mujeres transexuales, ya que la «integración de los primeros es más fácil, tienen menos problemas sociales y laborales; mientras que las mujeres aún están rompiendo estereotipos relacionados con el reclamo sexual». Los hombres transexuales permanecen más ocultos: el proceso transexualizador provoca unos cambios físicos que, en el caso de los hombres transexuales (reasignación de mujer a hombre) tienen una mayor similitud fenotípica a los hombres biológicos que en el caso inverso, provocando una mayor visibilidad de las mujeres transexuales y, por tanto, una mayor exposición a la discriminación. Además, «la transexualidad masculina está mejor vista, porque se considera una especie de ascenso en el escalafón social de los sexos», en esta sociedad patriarcal y machista.

En este panorama de cifras, también han influido las medidas que comunidades autónomas como Andalucía han llevado a cabo. Andalucía fue la primera comunidad en crear una unidad de género, integrada por un equipo multidisciplinar, y en incluir en la sanidad pública las operaciones de reasignación. Al no ser una medida estatal, se produjo una saturación de la unidad y una lista de espera que actualmente alcanza el año. A esto también ha contribuido el que





Extremadura, con una unidad de género pero que no realiza operaciones, los derive a Andalucía. La Comunidad de Madrid tiene previsto poner en marcha en las próximas semanas su propia unidad de género.

L+P: ¿Se discrimina a l@s transexuales seropositiv@s a la hora de las operaciones de reasignación de sexo, como en algunos países latinoamericanos?

Mónica: Que yo sepa, en España sí han hecho intervenciones en clínicas privadas. Y en la sanidad pública no es causa de exclusión. Solamente hay que tener en cuenta el momento del tratamiento del VIH, cómo se encuentra, cómo se está realizando. Pero si en ese momento puede hacerse una operación quirúrgica, seguramente lo harán. No es la primera vez.

L+P: ¿Cubrirá también la sanidad pública los arreglos de otras operaciones ya realizadas?

Mónica: En la sanidad pública va a estar incluido todo: el proceso desde un primer momento hasta el final y también aquell@s situaciones anómalas en que se pueda buscar una solución. Pero esto depende de lo que el médico cirujano encuentre en esa cirugía ya hecha por otro médico, de que pueda encontrar la posibilidad de darle una solución al problema que se plantea. Los retoques son difíciles y los médicos tienden a no intervenir nuevamente si no saben qué pueden encontrar dentro.

L+P: ¿Cómo interactúan los tratamientos hormonales con los antirretrovirales? En caso de que se empiece un tratamiento antirretroviral, ¿podría dejarse el hormonal?

Mónica: Personalmente no conocemos ningún caso, pero en unos talleres que hicimos dijeron que no tenían ninguna relación, aunque depende de en qué momento del proceso transexualizador se encuentra la persona. Porque, claro, hay que partir de que el control hormonal puede variar, el médico lo puede disminuir o aumentar, de acuerdo a la respuesta endocrina hormonal que cada cuerpo da. De acuerdo a esos estados, también el tratamiento antirretroviral tendrá que ver. Pero yo recuerdo que no tenía influencia. Se pueden combinar.

Mónica insiste en la importancia del mantenimiento del tratamiento hormonal y los problemas que puede conllevar una hormonación descontrolada: «La hipófisis y la prolactina se disparan, lo que puede ser peligroso y también provoca a largo plazo la osteoporosis. La autohormonación es peligrosa». En este punto, es fundamental el papel del endocrino que lleva el proceso y que puede bajar las dosis en determinados momentos, o subirla cuando se va a someter a la cirugía «ya que prácticamente lo que se produce es la castración química».

Lizeth Álvarez también apunta otro aspecto y es si ha habido o no extracción de las gónadas: «En la cirugía de la reasignación la persona no va a tener más este tipo de sustancia hormonal natural dentro de su cuerpo, por lo que tendrá que tomar hormonas para el resto de su vida. Por tanto requiere un tratamiento hormonal para siempre y controlado. Las personas que no han sido sometidas a la extirpación, pueden llevar un control hormonal y en algún momento determinado pueden dejar de tomar hormonas, porque al ser sustancias químicas, el cuerpo las puede eliminar». Por eso «es importantísimo compatibilizar el tratamiento antirretroviral y el hormonal».

L+P: ¿Cómo es la atención a las personas transexuales en el ámbito de la sanidad? ¿Se han sentido discriminadas alguna vez?

Mónica: Yo que llevo el proceso desde 1982, nunca he notado discriminación. La experiencia que hemos tenido ha sido muy positiva. En los hospitales de referencia, normalmente el Clínico, al que derivan a muchas personas, la gente es encantadora, l@s profesionales majisim@s, nos han atendido fenomenal, con gente seropositiva e incluso con gente sin papeles. Hace poco he ido con una chiquita argentina, que no tiene ni papeles y tenía un problema en un pecho de la silicona que se le había salido, y tenía una infección crónica que había estado medio año supurando, y le han hecho una cirugía impresionante para limpiarla. Y todo el mundo muy amable. En ese sentido la sanidad pública es excelente. En ocasiones, han conseguido incluso una habitación individual, por las características de la persona, para que esté mejor. L@s médic@s en Madrid han venido tratando a la población antes de que se creara esta unidad en todos los ámbitos, menos la cirugía. A veces podías encontrarte a algún profesional que te dijera que como esos tratamientos no estaban en la sanidad, no te podían atender, pero en general ha habido una asistencia muy buena.

Lizeth: A lo mejor, en otros grupos que trabajan con el profesional ha podido haber roces, pero es por falta de información. Igualmente, yo, aunque llevo poco, nunca he tenido ningún problema al respecto. Y tengo que hacer visible mi situación de transexual, por los tratamientos. Y no, en ningún aspecto he sentido discriminación. Ahora, con la creación de la unidad de género se va a repartir un informe a tod@s l@s médic@s de cabecera y centros de salud.

Mónica, sin embargo, recuerda que «hace años, donde sí encontramos más pegas era en buscar alojamiento a las personas seropositivas, ahí sí que era difícil. Hablo de casas de acogida. En los servicios sociales no sabían donde situarlas, por el DNI no las podía llevar a un centro de mujeres, pero tampoco a uno de hombres». Ahora, con la nueva ley que permite cambiar el nombre sin necesidad de operación, estos problemas desaparecerán.

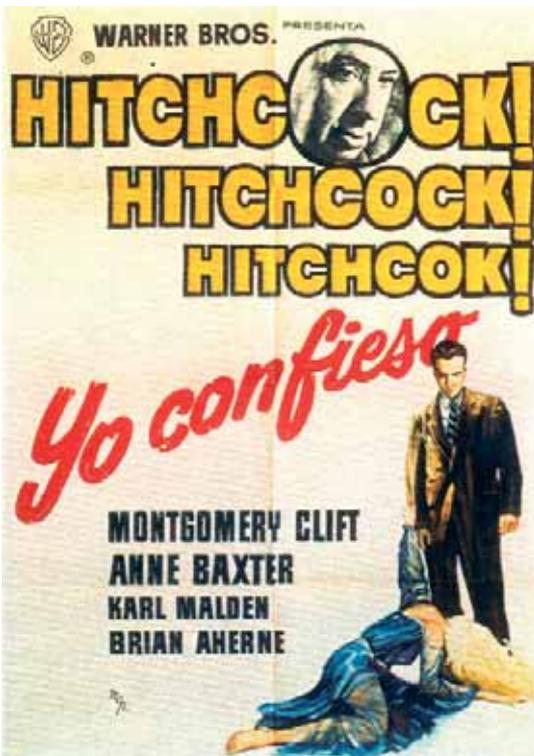
re es tr en os



Un hombre con VIH en espera de un trasplante de hígado se rebela contra los criterios de la lista de espera y se enfrenta al avión que transporta los órganos donados por todo el país.



En la unidad de infecciosas de un centro hospitalario en una ciudad del interior, una paciente y un médico que no se llevan nada bien se ven condenados a tratarse, hasta que la llegada de un joven suplente desata pasiones incontroladas.

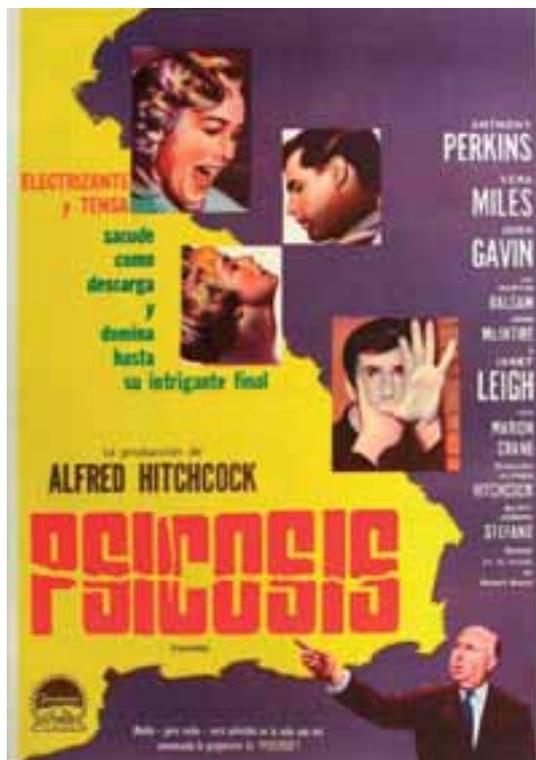


En medio de la indiferencia política, una efímera Secretaria del Plan Nacional sobre el SIDA española no soporta los remordimientos y acaba por explicar los espurios motivos de su dimisión.



Los rumores en la escalera de que se ha instalado una mujer seropositiva en el vecindario lleva a la comunidad de propietarios a contratar a un fotógrafo para espiarla. Pronto el profesional quedará prendado de su supuesta víctima.

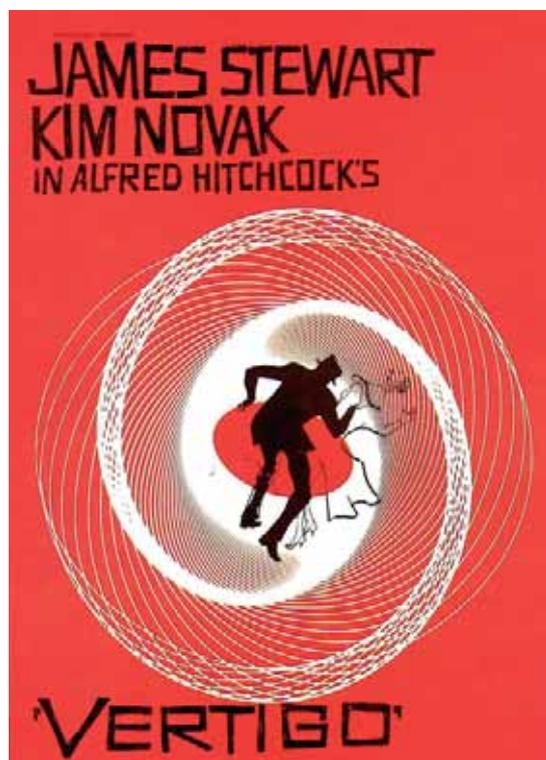
de ca rt ele ra



Un brote de psicosis generalizada, tras el éxito de *Cambio Radical*, lleva a un batallón de personas con lipoatrofia a exigir a sus comunidades autónomas una reparación facial gratuita.



Un matrimonio discute la necesidad de hacerse la prueba del VIH, sin ponerse de acuerdo. Cuando le entregan un folleto informativo en el hiper, la mujer toma una decisión definitiva que la conduce a un escenario inesperado.



Un hombre vive obsesionado por el recuerdo de una mujer con VIH que sufría mareos y náuseas cada vez que se hacía público el precio de un nuevo antirretroviral. Un nuevo amor reavivará el trastorno.



Una pareja de activistas en tratamientos sufre el secuestro de su hijo durante un viaje a Tailandia. La creación del eslogan *¿Qué fármaco será, será?* en forma de canción les granjea las simpatías de la comunidad local, que será clave para resolver el caso.



Otro cambio que se aprecia en la sociedad se produce dentro de las familias. Aunque la reacción es mejor en las de los chicos que en las de las chicas, han cambiado mucho las cosas. En tiempos de Mónica, hace 20 años, «nos íbamos todas de casa, teníamos que buscarnos la vida. Hoy, ya estamos viendo que les acompañan los padres y les interesa todo el proceso, ayudan a sus hijos o hijas y eso es muy importante. Porque si una persona joven se encuentra con un problema de identidad, y si encima no cuenta con el apoyo familiar, pues de allí a la exclusión es un paso».

Aumento de la transmisión del VIH

Este escenario de evolución positiva y logros cambia al hablar de las políticas de prevención del SIDA, ya que la transmisión por la pareja está aumentando también en este colectivo. Para Lizethe, falla el mecanismo de negociación: «Hablar de la población transexual en riesgo de adquirir el VIH, es hablar del mecanismo de negociación dentro de su sexualidad. Sobre todo cuando están ejerciendo una actividad como el trabajo sexual, el mecanismo de negociación es erróneo y tiene un fundamento. Si estas personas no llevan un proceso transexualizador controlado con una terapia y un tratamiento hormonal, su sexualidad está desestructurada, no está fuertemente afianzada para enfrentar una negociación con diferentes personas cuando hay dinero de por medio. Esto lleva a que se expongan y se arriesguen. Lo hemos encontrado también cuando hacen las negociaciones con sus parejas sexo-afectivas: piensan que entregan un amor personal, y que eso es entregarse abiertamente y es creerlo todo, y esa pareja sexo-afectiva ha tenido también otras relaciones. En la población transexual, la gente se pone gomas, pero bajan la guardia en sus vidas privadas... y en este ámbito es donde se está produciendo la conducta de riesgo, que la pareja lleva el VIH a la otra persona».

L+P: ¿Dónde puede acudir una persona que se encuentra en esta situación, que busque ayuda o información?

Mónica: Los colectivos de gays y lesbianas. En Madrid, en Cogam (c. / Puebla nº 9) hay un área sobre salud muy buena y competente que lleva trabajando muchos años. Y lógicamente engloba la población transexual. También en Transexualia, el Hombre Transexual y la Fundación Triángulo.

L+P: ¿Qué ofrece Cogam?

Mónica: Para empezar, nosotras nos hemos ofrecido a trabajar con la unidad de género de la Comunidad de Madrid, para que vincule o enlace nuestro servicio dentro del proceso. Por ejemplo, de apoyo terapéutico, que les podemos dar como grupo de autoapoyo dentro de todo el tratamiento transexualizador, con el tratamiento

endocrino y el tratamiento psicoterapeuta; nosotr@s como ONG podemos servir de apoyo a la unidad. En este sentido tenemos que extender la invitación a Transexualia y al Hombre Transexual, que serán los tres ejes en Madrid para poder ofrecerlo. Ése sería el plan, nuestra actividad directa en pleno, en función de la unidad de género.

A lo largo de la entrevista, queda patente continuamente la distinta situación de las mujeres transexuales españolas y de las extranjeras. Según cuenta Lizethe, «la situación social de la que vienen muchas de estas chicas se caracteriza por una tendencia aún a la discriminación y al asesinato. En estos casos, las chicas migran y vienen con la mentalidad de allá, es decir, ellas cuando llegan aquí están excluidas socialmente de allá. La sociedad las excluye y ellas se autoexcluyen».

De ahí que, entre los retos más inmediatos de esta asociación, esté el de incorporarlas a la sociedad, lograr también su integración social. «Tenemos que hacerlas sensibilizar a una nueva postura, a una nueva visión, que ya la han hecho las españolas, que han salido más y se han integrado socialmente, consiguiendo puestos de trabajo. Si se logra sensibilizarlas de que hay unos derechos, que ellas pueden acceder a esos derechos y pueden proyectar sus vidas de forma distinta, entonces va a ser mejor», sentencia esta colombiana asentada en España.

L+P: ¿Cuáles son los retos más cercanos?

Marta: Queda mucho por hacer. En primer lugar, tenemos que seguir trabajando, porque hay muchas mujeres transexuales que van a seguir sufriendo la exclusión social y laboral. Desde el punto de vista sanitario, vamos a seguir informando, porque hay unas lagunas tremendas, muchas mujeres vienen con una desinformación tremenda. Pero vienen de sitios donde no han recibido información ninguna, con lo cual es normal. Y luego, el tema de las extranjeras, hay que ver de qué manera podemos lograr que esta ley las cubra. Hay una población flotante, que son las personas con residencia, para quienes el cambio de identidad es mucho más complejo, porque sería un documento que sólo tendría valor para España. Mientras que el que le acredita la nacionalidad, es su identidad, por lo que vamos a intentar trabajar buscando fórmulas a través de la ley de inmigración, para que esta población pueda tener la posibilidad a un cambio de identidad.



Recursos Trans

Os listamos una serie de asociaciones españolas donde se pueden encontrar recursos de interés para las personas transexuales.

Asociación de transexuales e intersexuales de Cataluña

Pasaje Valeri Serra 23. 08011 Barcelona
Tel.: 626 260 325 / 619 528 163
<http://pagina.de/atclibertad>
atclibertad@yahoo.es

Centro de identidad de género de Andalucía

<http://personales.mundivia.es/trans/>
trans@mundivia.es

COGAM (área de transexuales)

c./ Puebla 9 (esquina Ballesta 22).
28004 Madrid Tel.: 91 523 00 70
www.cogam.org/secciones/transexuales
transexuales@kogam.es

Colectivo de transexuales de Catalunya

Hotel d'Entitats LA PAU
c./ Pere Vergés 1, 10-10 08020 Barcelona
Tel.: 616 846 548 / 677 520 698
www.transsexualitat.org/Pnuke/index.php/
ctc@transsexualitat.org

Colectivo Trans-Galiza. Asociación de transexuales de Galicia

cigmico@jazzfree.com

Decide T (grupo de transexualidad)

Sede Universidad Alicante
c/ Ramón y Cajal, 4 (Frente Parque Canalejas)
03001 Alicante Tel.: 678 70 87 30
<http://trans.decidet.org/>

El Hombre Transexual

Reuniones mensuales en:
Centro de Servicios Sociales "La Guindalera"
c./ Pilar de Zaragoza 28
28006 Madrid
www.elhombretransexual.es
contacta@elhombretransexual.net

GIGT (Grupo de Identidad de Género y Transexualidad del Colectivo Lambda de Valencia)

c/ Sant Dionis, 8 - 1 46003 Valencia
Tel.: 96 391 20 84
<http://groups.msn.com/GIGTVALENCIA>
transsexualitat@lambdavalencia.org

Grupo de transexuales masculinos de Barcelona

Pasaje Valeri Serra 23. 08011 Barcelona
<http://www.transmasculins.org/>
mahtfm@yahoo.com

GTAF ILOTA LEDO. Grupo de Transexuales de Navarra

c/ Aldapa 3, bajo 31001 Pamplona
Tel.: 609 52 74 43 / 948 22 91 49
www.reterioja.net/personales/ibanobich/index1.htm
ilotaledo@terra.es

Transexualia

c./ Barquillo 44, 2º 1ª. Apartado de Correos 8584
28080 Madrid
<http://www.transexualia.org/index.php>
web@transexualia.org

Transexualidad-Euskadi. Asociación de transexuales de Euskadi

Tel.: 609.10.68.70 / 686.825.217
transexualidad-euskadi@telefonica.net

Tránsito. Grupo de transexuales de Las Palmas de Gran Canaria

c./ Tomás Morales, 8 - 1º 928 43 34 27
<http://www.transito.carlaantonelli.com/>
transito_lp@hotmail.com

Otros:

Web Carla Antonelli:

http://www.carlaantonelli.com/primer_a_pagina.htm

HÁBITOS SALUDABLES: la justa medida de las cosas



Durante siglos, la salud se ha concebido como la ausencia de enfermedad y ésta se ha explicado sólo de acuerdo a sus causas fisiológicas. A mediados del siglo XX se introduce un nuevo concepto de la salud y la OMS (la Organización Mundial de la Salud), la define como «el estado de completo bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad». La salud y la enfermedad progresivamente dejan de verse como aspectos dicotómicos para integrarse dentro de un continuo que fluctúa a lo largo de la vida de una persona.

Esta nueva y más amplia visión de la salud añade a los factores biológicos otros de índole ambiental, físicos y sociales y también comportamentales y psicológicos. De esta forma, lo biológico es necesario pero no suficiente para la aparición de enfermedad y la educación sanitaria pasa a ser una educación para la promoción de la salud.

La educación para la salud implica la autogestión de ésta y la búsqueda de los propios recursos para aumentar la calidad de vida. Dado que la salud no es un valor absoluto, podemos mantener muchos aspectos de nuestra persona sanos a la vez que podemos tener debilidades y limitaciones. Así pues, se puede procurar preservar lo que permanece sano, prevenir y cuidarse pese

a otras debilidades que tenemos que paliar y con las que tenemos que convivir.

Algunos aspectos a los que solemos atender cuando trazamos nuestro ideario personal de lo que es cuidarse pueden ser: el ejercicio físico, la dieta y la alimentación, la relajación y el descanso, el ocio y las relaciones humanas, el espíritu (o «el alma»), la sexualidad, el interés por el mundo y por lo que nos rodea («la dimensión comunitaria»), etc. Son muchas las cosas que podemos incluir (o excluir). No olvidemos que éste es un ideario personalizado y que sólo es importante y necesario lo que es realmente necesario e importante para nosotros.

En general, *la justa medida de las cosas* es el resultado de una ecuación diferente para cada persona. Posiblemente tendremos mayores probabilidades de éxito, en la consecución de nuestros objetivos, si al trazar un plan para la realización del ejercicio tenemos muy en cuenta nuestra naturaleza y nuestras condiciones. Es importante no desatender el camino, resulta fundamental para llegar hasta lo que deseamos.

Algunos aspectos que podemos tener en cuenta para la justa medida en la práctica del ejercicio físico son:

- Detectar nuestras auténticas necesidades y motivaciones.
- Trazar objetivos realistas y acordes a nuestras posibilidades.
- Empezar progresivamente y aumentar poco a poco la intensidad, frecuencia y duración de los ejercicios.
- No llegar nunca al agotamiento.

Es importante que nuestro cuerpo se acomode progresivamente al esfuerzo. Una buena manera para ello es practicar diariamente, aunque sea media hora. Pretender hacer todo el deporte que no se ha hecho durante días en sesiones intensivas puede conducir a lesiones y a un desgaste excesivo.

Los ejercicios aeróbicos son los más adecuados si no tenemos pretensiones deportivas y lo que buscamos básicamente es mantenernos en forma. Se trata de deportes y ejercicios en los que la sangre bombeada por el corazón lleva oxígeno a los músculos en un período de tiempo relativamente largo. Estos ejercicios aumentan la capacidad pulmonar y aportan mayores beneficios cardiovasculares. Básicamente consisten en ejercicios de resistencia como andar, correr, ir en bicicleta o nadar.

En la práctica del ejercicio anaeróbico en cambio, los músculos no reciben aporte de oxígeno y el esfuerzo se realiza en un período más corto de tiempo. Se trata de ejercicios de alta intensidad, como la musculación o las series de *sprints*. Estos ejercicios no aumentan la capacidad cardiopulmonar y no son los más adecuados si lo que pretendemos es básicamente mantenernos en forma.

Las agujetas se producen cuando obligamos a un músculo a un sobreesfuerzo o cuando la fibra muscular es débil y no es capaz de sostener el nivel de ejercicio. El dolor propio de las agujetas se produce por la rotura celular en los músculos, de forma que los elementos del interior celular se vierten al exterior. Entre ellos, hay iones de calcio y potasio, lo que pone en marcha un mecanismo de inflamación.



La natación, un ejemplo

Entre los deportes más ampliamente recomendados se encuentra la natación, considerada uno de los ejercicios más completos. Puede practicarse a cualquier edad. En la práctica de este deporte el riesgo de desarrollar lesiones es muy bajo debido a que por la menor gravedad se reduce la tensión de huesos y articulaciones. La natación se recomienda para aliviar dolores musculares o articulares crónicos, para mejorar la salud de las personas con problemas cardiovasculares o con limitaciones físicas y/o motoras, y también está indicada en casos de hernias o lumbalgia además de ser muy recomendable como ayuda en el manejo del estrés y de la depresión.

Puedes practicar el deporte o los ejercicios que prefieras, individualmente o en grupo, al aire libre, en tu casa o en el gimnasio. De lo que se trata en definitiva es de cuidarse y de mantener al máximo nuestro estado de salud, para ello siempre es conveniente encontrar la justa medida de las cosas.

En cuanto al ejercicio físico

Muchas personas se preguntan: «¿En qué medida tengo que ejercitar mi cuerpo?» o «¿qué ejercicios son los más adecuados y en qué medida he de practicarlos?». En general, *la justa medida de las cosas* es el resultado de una ecuación diferente para cada persona.

Posiblemente tendremos mayores probabilidades de éxito, en la consecución de nuestros objetivos, si al trazar un plan para la realización del ejercicio tenemos muy en cuenta nuestra naturaleza y nuestras condiciones. Es importante no desatender el camino, resulta fundamental para llegar hasta lo que deseamos.

Fácilmente nos damos cuenta de que si empezamos demasiado rápido o intenso, o hacemos ejercicios que pueden estar contraindicados, corremos el riesgo de lesionarnos o pueden aparecer efectos indeseados. En el mejor de los casos, cuando nos excedemos, terminamos por cansarnos, perdemos la motivación y desistimos. Esto tiene un coste en frustración y puede resultar un daño para nuestra autoestima.

LA PRIMAVERA

la sangre altera

E

Este refrán tiene su razón de ser. En la primavera la vida vuelve a surgir, estallan los brotes de flores y plantas y los nuevos frutos están a punto de llegar. Si nos fijamos en la naturaleza, veremos que a nuestro alrededor todo brota de nuevo con vigorosa energía. A nosotras las personas nos sucede algo similar, estamos más alteradas y percibimos más movimientos internos. Según la medicina china es la época del hígado y la vesícula biliar.

Por todo esto que sucede a nuestro alrededor, la primavera es una época para depurarnos y limpiar nuestro organismo de las dietas más concentradas en proteínas densas y fuertes que hemos hecho durante el invierno. Se acaban los días de letargo y concentración y empiezan los días de expansión. Para brotar y expandir bien nuestras energías y para obtener la fuerza vital necesaria para el resto del año, tenemos que poner a tono y limpiar nuestro organismo. Dado que es una época de expansión, es saludable salir más a pasear y tener un mayor contacto con la naturaleza; en las ciudades, podemos ir a los parques en los que hay árboles y zonas verdes.

En primavera comemos más ligero que en invierno y reducimos la cantidad de proteína animal. Puedes comer más pescado y proteína vegetal, quizás en forma de frutos secos (hay que comerlos en cantidades adecuadas, si no pueden ser indigestos) y tomar menos legumbres, con una vez a la semana será suficiente a menos que necesitemos un mayor aporte energético; las ensaladas de legumbres pueden ser una buena opción para esta época.

También es bueno aumentar la ingesta de hortalizas y verduras, sobre todo alcachofa, canónigos, berros, remolacha, rábanos, nabos, champiñones, diente de león (rúcula), cebolla, puerro y hierbas aromáticas frescas. Los germinados (semillas germinadas) por tener un alto valor vitamínico constituyen también una excelente opción.

SOPA DE CEBOLLA

La cebolla, de la especie de los bulbos, es un producto muy interesante para nuestra dieta ya que posee un alto contenido en elementos vitales y curativos. La cebolla es un gran antiséptico, antiparasitario, suavizante y regulador de la flora intestinal; es diurética y antioxidante (ayuda a eliminar los tóxicos del organismo). La cebolla también es una gran estimuladora del apetito y posee una interesante propiedad procicatrizante: pasar cebolla por encima de un pequeño corte ayuda a cicatrizar con rapidez la herida. Contiene gran cantidad de potasio y azufre y también vitaminas del grupo B, como el resto de los bulbos. La cebolla es un alimento que vale la pena tener en cuenta en nuestra dieta diaria, ya sea en caldo o cruda.



INGREDIENTES (para dos personas):

1/2 litro de caldo vegetal • 2 cebollas grandes • 2 dientes de ajo • aceite de oliva • sal
Para el caldo de verduras: 1 cebolla • 1 puerro • 1 zanahoria • apio • perejil • sal

PREPARACIÓN

Prepara un caldo de verduras dejando cocer media hora los ingredientes y resérvalo. Corta la cebolla en juliana fina y rehógala en una sartén o cacerola en aceite de oliva, añade unos dientes de ajo y un poco de sal y déjalo cocer unos 15/20 minutos. Cuando empiece a dorar, vierte el caldo y deja cocer unos 20 minutos a fuego medio para que reduzca. Finalmente, puedes añadir un poco de queso rallado.





COCA DE RECAPTE CON VERDURAS

La coca de recapte es un plato típico de las comarcas tarraconenses cuyo ingrediente principal son las verduras y hortalizas. Estos productos durante mucho tiempo han sido considerados los parientes pobres de nuestra alimentación. ¿Cuántas veces habrás oído «¿Verduras?, eso es para enferm@s», o cosas por el estilo? Las personas que las comen saben la gran variedad de sabores y sensaciones que ofrecen a su paladar. Las verduras y hortalizas poseen más minerales y vitaminas que la fruta y aunque son diferentes tienen cosas en común: poseen un alto contenido en agua, aportan pocas calorías a nuestro organismo, contienen muchos minerales y muchas vitaminas C o A o del grupo B.

Las verduras hay que tenerlas en cuenta en nuestra alimentación diaria, crudas o cocidas, porque aportan nutrientes necesarios para nuestro organismo.

Procura usar las verduras del tiempo, como la alcachofa, que es una buena depuradora del hígado y favorece la función de las células hepáticas. Además es rica en hierro, sodio, manganeso y vitaminas A, B, B2 y C.

El calabacín es rico en hierro, fósforo y vitaminas A y C. Una verdura recomendable cuando hay problemas gástricos y de digestión.

El tomate es rico en hierro, potasio, sodio, cobre y vitaminas A, B, C y E. Comer el tomate crudo con un poco de cebolla cortada pequeña estimula el apetito.



INGREDIENTES (cuatro raciones):

Para la masa: 2 vasos de harina blanca (o integral) • 1/2 vaso de aceite de oliva virgen • 1/2 vaso de agua templada • levadura de panadero (levadura viva. 1 cucharada de postre) • sal (1 cucharada de postre)

Las verduras: Puedes usar las verduras que más te gusten (preferiblemente del tiempo). Ten en cuenta los diferentes tiempos de cocción de las verduras y corta muy finas las que necesiten más tiempo, o rehógalas previamente con un poquito de aceite en la sartén. Un ejemplo: 2 ajos • 1/2 puerros • 4 tomates • 1 calabacín • 100g de champiñones cortados a láminas • aceitunas negras



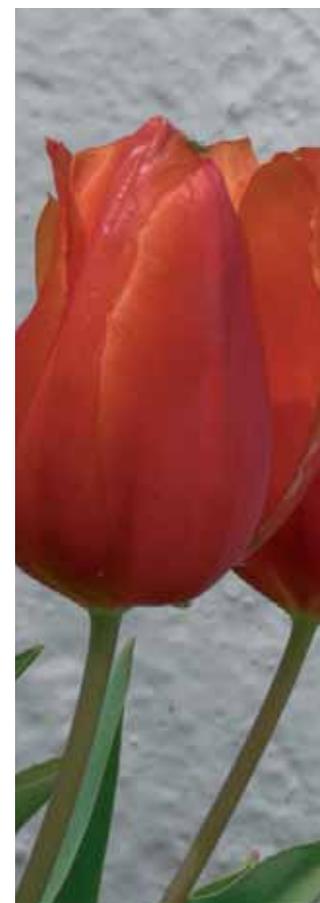
PREPARACIÓN

Para hacer la masa: Mezcla todos los ingredientes y añade el agua despacio al final. Amasa hasta lograr una masa suave, pero que no se pegue en las manos (posiblemente tengas que añadir un poco de harina). Con una picadora también puedes lograr muy fácilmente la masa.

Precalienta el horno de 8 a 10 minutos (posición bóveda y solera) a temperatura 250°.

Extiende la masa con un rodillo de cocina hasta conseguir una superficie de masa fina (con un grosor aproximado de medio centímetro). Con los dedos dobla el contorno de la masa de modo que el extremo tenga un poco más de grosor. Pincha con un tenedor seis o siete veces la superficie en puntos diferentes. Coloca la masa en una bandeja de horno antiadherente y riégala con aceite de oliva (una cucharada sopera). Finalmente, pon las verduras sobre la masa, añade un pellizco de sal y coloca la bandeja en la parte media del horno. Dejar cocer 10 minutos (ten la precaución de controlar la cocción, puede ser bastante rápida).

Sírvela caliente.





YOGUR CASERO

Comer yogur es una buena manera de tomar lácteos. Para las personas que no toleran la leche natural el yogur es un alimento adecuado puesto que está fermentado y por tanto es un buen regenerador de la flora bacteriana. Por supuesto el yogur es muy rico en calcio.

Hacer yogur es muy sencillo. Hacerlo en casa nos va a permitir comerlo fresco y sin aditivos además de ahorrar recursos materiales y dinero. Para hacerlo, sólo tenemos que coger un poco de yogur que nos quede en casa (de compra o casero) y añadirle leche caliente. A una temperatura de 45° aproximadamente, las bacterias que están en el yogur hacen una fermentación que transforma los ácidos de la leche en ácido láctico. Entonces la leche se espesa hasta convertirse en yogur.



INGREDIENTES

leche (tanta como yogur queramos hacer) • Un poco de yogur que nos haya sobrado • botes de cristal (el tamaño es indiferente pero tienen que estar limpios y secos y las tapas no han de estar picadas de óxido) • una cuchara y algún aislante que mantenga el calor (una caja de corcho o porexpan*, una manta, etc.) • un termómetro resultaría útil, pero no es imprescindible (que llegue hasta 90°; de venta en tiendas de material de laboratorio)

PREPARACIÓN

Pon una cucharada de yogur en cada tarro (se necesita más o menos una cucharada por cada medio litro de leche). Pon la leche a calentar con el fuego no muy fuerte, remueve para que no se pegue. Retira la leche cuando llegue a una temperatura de más o menos 85° (más o menos 10 minutos. Si no tienes termómetro retira la leche cuando empiece a humear y a levantarse ligeramente).

Llena los botes con la leche caliente, bien llenos. Remueve bien con una cuchara para que la leche se mezcle con el yogur. Cierra los tarros y guárdalos de forma que se mantenga el calor (puedes envolverlos con papeles de periódico y ponerlos en una caja o dentro de una bolsa y envueltos en una manta). Déjalo reposar (en el sitio más caliente de la casa) por lo menos 6 horas (por ejemplo toda la noche). Finalmente, desenvuelve los tarros, espera 5 o 10 minutos (para que dejen de estar templados) y ponlos en la nevera. Al cabo de 4 horas el yogur ya estará espeso y listo para comer. Sigue espesando durante dos días.

Sin abrir, el yogur se conserva en la nevera 8 o 10 días. Puedes endulzar el yogur con miel o melaza**. Se puede servir con frutas frescas o deshidratadas.



* Caja de porexpan: en un laboratorio puede pedir una caja de porexpan usada.

** Melaza: producto obtenido de la caña de azúcar. Tiene una textura parecida a la miel y se usa como endulzante. La melaza es rica en minerales y vitaminas (del grupo B, excepto B1). En pequeñas cantidades, la melaza puede ayudar en los estados de anemia y también es buena como reconstituyente.



Nuevos fármacos antirretrovirales en la CROI



La CROI 2007 tuvo lugar en la semana del 26 de febrero al 2 de marzo y fueron el martes y el miércoles los días dedicados a las presentaciones sobre nuevos medicamentos para tratar el VIH: el inhibidor del CCR5 maraviroc, de Pfizer; el inhibidor de la integrasa raltegravir (también denominado MK-0518) de Merck Sharp and Dohme (MSD); el también inhibidor de la integrasa GS9137 de Gilead; y el inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido TMC278 de Janssen-Cilag.

Maraviroc

Maraviroc es un inhibidor del correceptor del CCR5 de la superficie celular: no inhibe una acción del virus, sino una enzima de los linfocitos que el VIH utiliza para introducirse y manipular genéticamente la célula.

Para llevar a cabo la penetración en la célula, sin embargo, el VIH puede también emplear alternativamente el correceptor CXCR4. Una población viral se distingue porque sus copias utilicen el CCR5, o el CXCR4, o ambos, o sea un grupo que mezcle los tres tipos.

Maraviroc supone sin duda un avance en las opciones de tratamiento para personas en las que otras se han agotado pero su valor añadido debe ponerse en contexto.

a un coste de entre 600 y 800 euros, según el tamaño del pedido, y la lleva a cabo en su propio laboratorio. Eso significa enviar las muestras de sangre al otro lado del Atlántico, con las implicaciones logísticas, legales y burocráticas que se derivan.

En el análisis combinado de los ensayos Motivate 1 y Motivate 2 sobre maraviroc presentado en Los Ángeles (*abstracts* 104aLB y 104bLB), se consiguió el éxito virológico en el 55% (para un límite de 400 copias/ml de ARN de VIH) y el 40% (para un límite de 50 copias/ml) de los participantes que tomaron este nuevo antirretroviral junto con un régimen de base optimizado, frente a un 40% y menos de un tercio en quienes tomaron el régimen de base junto con un placebo; todos ellos tenían amplia experiencia con tratamientos previos y acumulaban resistencias a diferentes clases de antirretrovirales. Además, en quienes tomaron maraviroc sus CD4 aumentaron el doble que en quienes ingerían el placebo. Tratándose de personas con multiresistencia, altos niveles de carga viral (en torno a las 65.000 copias) y bajos recuentos de CD4 (unas 150 células/mm³) iniciales, son porcentajes alentadores.



Sin embargo, hay que hacer dos consideraciones.

La primera es que en esta población la presencia de virus de tropismo R5 es limitada: en los estudios mencionados, alcanzaba el 56% en el momento del cribado. Eso quiere decir que en torno a un 44% de personas pretratadas en principio quedaría descartado de tomar maraviroc. Pero es que además, entre el cribado y el inicio efectivo de la toma de la terapia (transcurrieron entre 4 y 6 semanas), un 8% de los seleccionados experimentó

un cambio de tropismo de R5 a otros.

Maraviroc supone sin duda un avance en las opciones de tratamiento para personas en las que otras se han agotado (aunque conviene siempre tener un fármaco activo más para combinar), pero su valor añadido debe ponerse en contexto. Esperemos que el porcentaje de quienes pueden beneficiarse de este inhibidor del CCR5 en el escenario de terapia inicial sea muy superior, aunque antes habrá que abordar las dificultades que plantea la prueba de tropismo actual.

Raltegravir

Los datos sobre raltegravir (MK-0518), el inhibidor de la integrasa de Merck (MSD), son por ahora los mejores en términos de éxito virológico en personas muy pretratadas. Los resultados combinados de los estudios Benchmark 1 y 2 dicen que entre la semana 16 y la 24, se alcanzaba el éxito virológico en el 77% (para un límite de 400 copias de carga viral) y el 61% (para un límite de 50 copias) de participantes que seguían una terapia optimizada más raltegravir, en comparación con el 42% y un tercio de quienes sólo tomaron una terapia optimizada más placebo (*abstracts* 105aLB y 105bLB). Cuando además de raltegravir la combinación incluía darunavir o enfuvirtida, los porcentajes subían hasta el 90%.

No cabe duda de que raltegravir se va a emplear ampliamente en terapia de rescate, como otros fármacos que han surgido en los últimos tiempos. Sin embargo, hay que recordar que todavía más en este caso, el nuevo antirretroviral ha de estar acompañado de otros medicamentos activos frente al VIH, tanto para garantizar el éxito como para evitar mutaciones de resistencias en el gen de la integrasa. La clase de los inhibidores de la integrasa, por lo que vamos sabiendo, es de barrera genética baja, lo que supone que tomados

Si es químicamente posible, es de esperar que Gilead cofomule los tres fármacos más adelante. Tendría entonces su propia pastilla única triple, sin compartirla, como en el caso de Atripla®. Le faltaría sin embargo añadir el ritonavir, de Abbott. Si no hay acuerdo, algo dudoso dado los antecedentes (excepto lopinavir, de la misma compañía, ningún otro inhibidor de la proteasa potenciado está coformulado con ritonavir), el potenciador tendría que tomarse aparte.

La potenciación con ritonavir tiene pues la ventaja de la toma diaria y probablemente una mayor concentración plasmática, pero supone a arriesgarse a subidas de lípidos en sangre (varios estudios han mostrado que ya sólo la dosis de 100mg de ritonavir causa hiperlipidemia).

Finalmente, el hecho de que GS9137 llegue después de raltegravir puede perjudicar al primero, ya que estudios *in vitro* de Gilead (*abstract 627*) muestran que mutaciones de emergencia rápida en el gen de la integrasa confieren resistencia cruzada entre ambos fármacos.

TMC278

El último antirretroviral que vamos a comentar aquí es TMC278, de Janssen-Cilag, un nuevo inhibidor de la transcriptasa

inversa no análogo de nucleósido que se ha comparado con efavirenz en un estudio de Fase II en personas sin experiencia previa a los tratamientos (*abstract 144LB*). En realidad, TMC278 va a ser el no análogo de segunda generación que sólo lo es en parte etravirina (también conocida como TMC125, de la misma compañía), actualmente en acceso expandido en varios países, incluida España. (Etravirina sólo es activo frente a virus resistentes a efavirenz o nevirapina que hayan desarrollado determinadas mutaciones, pero no frente a otras.)

Según los datos preliminares, TMC278 tiene una potencia similar a efavirenz: en las tres dosis estudiadas y en el brazo de efavirenz, hubo en torno a un 80% de personas que obtenían carga viral por debajo de 50 copias/ml a la semana 48. Sin embargo, parece mejorar sustancialmente el perfil de efectos secundarios en el sistema nervioso central: menos mareos, somnolencia, vértigo, sueños vívidos, exantema; y también un cierto mejor perfil lipídico. Se ha elegido la dosis de 75mg una vez al día para los estudios de Fase III.

Si se confirma, TMC278 puede ser el no nucleósido de elección para personas que han desarrollado resistencia a efavirenz o nevirapina, lo que aumentaría en una secuencia más las opciones de tratamiento de las personas que viven con VIH.

Referencia:

Todos los abstracts se refieren a la 14th Conference on Retrovirus and Opportunistic Infections. 25-28 de febrero de 2007. Los Ángeles, EE UU. Están disponibles en su original en inglés, junto con el resto de trabajos presentados, en www.retroconference.org.



solos, al virus le resulta fácil hacerse resistente, y además con mutaciones cruzadas con otros compuestos de la misma familia (véase el apartado sobre GS9137).

Nos queda la pregunta sobre cómo se va a situar raltegravir en primera línea, es decir, en personas sin experiencia previa. Este inhibidor de la integrasa se toma dos veces al día sin potenciar con ritonavir, lo que puede que le otorgue una mayor inestabilidad farmacocinética y no podrá formularse conjuntamente con parejas de nucleósidos u otros fármacos que se toman una vez al día, si es que Merck quisiera llegar a un acuerdo comercial, como ha hecho con Gilead y BMS para Atripla® (efavirenz –del que MSD tiene los derechos para varios países del mundo– junto con emtricitabina y tenofovir).

GS9137

El novísimo inhibidor de la integrasa de Gilead, GS9137, se tomará una vez al día potenciado con ritonavir. El estudio de Fase II con 278 personas con experiencia a los tratamientos analizó tres diferentes dosis de GS9137 junto con una terapia de base optimizada (un 70% incluía tipranavir o darunavir). La media en el descenso de la carga viral fue de 1,2log en el grupo control (sólo terapia optimizada, sin el inhibidor de la integrasa) mientras que fue de 1,7log en la dosis más alta de GS9137 (125mg potenciados con 100mg de RTV una vez al día), siendo la diferencia estadísticamente significativa (*abstract 143LB*).

Mientras esperamos que avancen las fases de la investigación, podríamos hacer algunas conjeturas sobre GS9137. Como decimos, se da una vez al día y pertenece al mismo fabricante que Truvada®.

¡HASTA LOS huesos!

(2ª PARTE)

E

En el pasado número de LO+POSITIVO, en la primera entrega de este artículo, os presentábamos dos de los problemas óseos cuya incidencia está aumentando cada vez más en personas con VIH, osteoporosis y osteopenia. En esta ocasión, nos detendremos en otro de los problemas relacionados con el metabolismo óseo, la osteonecrosis, y en cómo prevenir y tratar estas tres anomalías de los huesos en personas con VIH.

¿Qué es la osteonecrosis?

La **osteonecrosis** [*osteo-* (gr. 'hueso') + *necr-* (gr. 'muerte') + *-osis* (gr. 'enfermedad, afección')] es la muerte del tejido óseo causada por un suministro sanguíneo inadecuado. Esta enfermedad también se conoce con el nombre de **necrosis avascular** o **necrosis aséptica**.



Como consecuencia de la interrupción del riesgo sanguíneo, el hueso no puede obtener los nutrientes necesarios para regenerarse y por consiguiente, va perdiendo consistencia y muriendo paulatinamente. Esta enfermedad incapacitante ocurre principalmente en el extremo de los huesos –por ejemplo en la cabeza del fémur– donde se forman las articulaciones con otros huesos, como por ejemplo la cadera. La osteonecrosis de la articulación de la cadera normalmente requiere cirugía de reemplazo de este órgano óseo.

De forma muy similar a lo que ocurre en la población general, se cree que los factores de riesgo más probables de osteonecrosis en personas con VIH son el uso de corticosteroides, desórdenes de coagulación sanguínea y el uso de alcohol y tabaco. No obstante, también hay que tener en cuenta que existen otros factores de riesgo de osteonecrosis que se asocian con la propia infección por VIH, entre los que se incluyen el uso de los inhibidores de la proteasa, la presencia de lipodistrofia y el uso de ciertos medicamentos para tratar ciertas complicaciones en personas con VIH, como acetato de megestrol (un estimulante sintético del apetito que ayuda a aumentar de peso) y testosterona.

El mejor sistema para diagnosticar la osteonecrosis es a través de una imagen por resonancia magnética (IRM). El uso de la resonancia magnética permite detectar la osteonecrosis precoz, es decir la fase previa, en muchos casos asintomática, a una lesión grave de los huesos.

En el diagnóstico de la osteonecrosis también se puede utilizar la tomografía axial computerizada (TAC).

Un diagnóstico precoz de osteonecrosis presenta grandes ventajas en términos de éxito de tratamiento y calidad de vida. Por ello, ante un dolor de articulaciones, sería conveniente comentarlo con tu especialista en VIH para que te haga una resonancia magnética y así realizar el diagnóstico oportuno.

¿A cuántas personas con VIH afecta?

En la población general, se estima que la incidencia de osteonecrosis sintomática es de entre 0,003 y 0,006 casos por 100 persona/años.

Un estudio muy reciente (marzo 2007) ha intentado determinar la incidencia de osteonecrosis recién diagnosticada en personas con VIH. El estudio, que fue llevado a cabo por investigadores de los Institutos Nacionales de Salud en EE UU (NIH, en sus siglas en inglés), incluyó a 339 personas con VIH que se realizaron una IRM de la cadera, concretamente de la unión de la cabeza del fémur con la cadera. Un total de 239 personas que no tenían signos de osteonecrosis se sometieron a otra IRM un promedio de 23 meses después, y tres personas de las 239 recibieron un diagnóstico de osteonecrosis de la cabeza del fémur; curiosamente, ninguna de las tres tenía síntomas indicativos de osteonecrosis. Estos tres casos de osteonecrosis de cadera asintomática suponen una incidencia anual de 0,65%. En el mismo estudio, se menciona una incidencia anual de 0,26% de osteonecrosis de cadera sintomática observada en una cohorte de 13 personas con VIH de otro estudio de los NIH.

Sobre la base de estos datos, según este grupo de investigadores, la incidencia anual de osteonecrosis asintomática y sintomática en personas con VIH es aproximadamente 100 veces mayor que la que se estima para la población general.

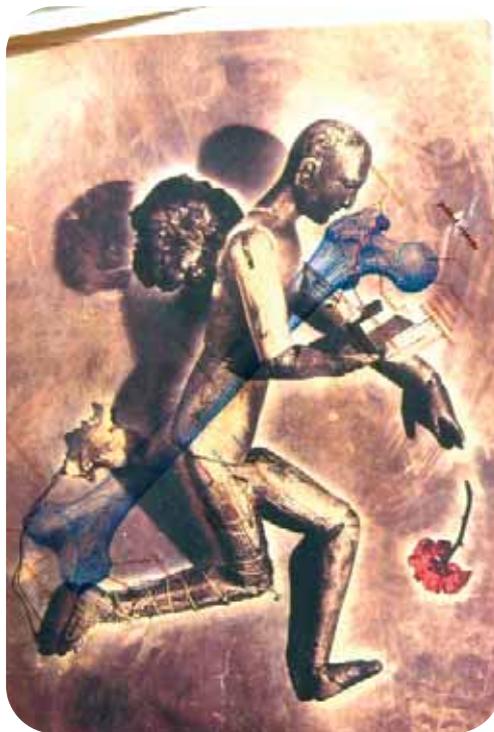
No es una cuestión baladí. Si tenemos en cuenta que un alto porcentaje de personas con VIH con osteonecrosis sintomática necesita someterse a una operación de reemplazo total de cadera, los profesionales deberían evaluar seriamente intervenciones clínicas para prevenir la progresión de esta enfermedad ósea.

Prevenir los problemas óseos

En general, sabemos que las medidas de prevención de los problemas óseos en personas con VIH son similares a las de la población general.

Entre las estrategias para reducir el riesgo de desarrollar una afección ósea, se incluyen:

- **Uso de calcio y vitamina D:** El uso de ambos facilita el proceso de remodelación ósea (resorción y formación). El calcio se halla de forma natural en algunos alimentos (por ejemplo, espinacas, brócoli, acelgas, productos lácteos, lenguado salmón) y la vitamina D, además de estar presente también en algunos alimentos (por ejemplo, pescados de agua salada, hígado, lácteos, yema de huevo), se sintetiza mediante la exposición a la luz solar. No obstante, se puede obtener el calcio y la vitamina D a través de suplementos. La dosis de calcio recomendada a una persona adulta para proteger los huesos sería de 500-1000mg diarios y la de vitamina D, de 400-800 UI/día. Tanto en un caso como en otro conviene que sean prescritos por un/a medic@ que llegado el caso podría ajustar las dosis según las circunstancias particulares.
- **Ejercicio físico:** La práctica regular de ejercicios de resistencia, como levantamiento de pesas, y ejercicios aeróbicos, como caminar o correr, contribuyen en el mantenimiento y el incremento de la fuerza y densidad óseas. Un buen paseo al sol es un buen ejercicio para proteger de la pérdida de la densidad mineral ósea.
- **Moderar los hábitos de consumo:** Teniendo en cuenta que uno de los factores cruciales es conservar el índice de masa corporal (o IMC, es decir la proporción ente el peso corporal y la estatura y tamaño) conviene moderar el consumo de ciertos alimentos (sobre todo, de alimentos ricos en grasas) y de tabaco y alcohol.
- **Uso cauteloso de ciertos medicamentos:** Se sabe que el uso prolongado o en dosis altas de algunos medicamentos podría facilitar la pérdida ósea, como por ejemplo los corticosteroides, por lo que en algunos casos tu médico podría interrumpirlos o cambiarlos.



Tratar los problemas óseos

Si bien para la osteonecrosis no hay un tratamiento farmacológico y se debe recurrir a la cirugía de reemplazo para los casos más graves e incapacitantes, en el caso de la osteoporosis y la osteopenia sí existen medicamentos para tratar estas dos enfermedades óseas.

A los agentes utilizados para tratar estas dos dolencias se les conoce con el nombre de fármacos antirresorción. Son llamados así porque en la remodelación del hueso, en el proceso de resorción, interfieren o inhiben la labor de las células osteoclastos encargadas de retirar el hueso envejecido. En personas con osteoporosis u osteopenia, el proceso de resorción es mayor que el proceso de forma-

ción de hueso nuevo, y como consecuencia de este desequilibrio, se produce la disminución de la densidad y fuerza óseas.

Los medicamentos antirresorción suelen utilizarse casi siempre junto con calcio y vitamina D para aumentar así su eficacia.

Entre los medicamentos antirresorción, se incluyen:

- **Bifosfonatos** (alendronato, ibandronato, risedronato, pamidronato y zoledrónico): Se emplean para prevenir y tratar la osteoporosis y la osteopenia en grupos de población muy amplios en su versión oral, entre ellos, a personas con VIH en las que una densiometría ósea ha mostrado el riesgo de una fractura de huesos.

No obstante, conviene saber que a mediados de junio de 2006, la FDA, la Agencia de la Alimentación y el Medicamento de EE UU, lanzó una alerta sobre el uso de esta medicación, sobre todo cuando se toma a altas dosis o de forma prolongada. El motivo fueron los más de dos mil casos de osteonecrosis en la mandíbula que se observaron en personas que se les había administrado altas dosis de bifosfonatos por vía intravenosa o en personas que tomaban la formulación oral para prevenir el desarrollo de osteoporosis. Aunque todavía no se conocen bien las causas, algunos investigadores creen que la osteonecrosis mandibular podría deberse a una excesiva supresión de los osteoclastos, encargados de eliminar el hueso envejecido o dañado. La inhibición de estas células óseas por obra de los bifosfonatos podría conllevar la acumulación de hueso dañado o envejecido, lo que a su vez conduciría a la osteonecrosis.

Terapia hormonal:

- La calcitonina es una hormona que inhibe también la actividad de los osteoclastos. Ha sido estudiado principalmente en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis, por lo que se desconoce su seguridad y/o eficacia en hombres o mujeres premenopáusicas con VIH.
- El estrógeno sintético está aprobado para la prevención y tratamiento de la osteoporosis en mujeres postmenopáusicas, por lo que no se recomienda ni para mujeres premenopáusicas ni para hombres.
- La testosterona se ha mostrado eficaz para detener la pérdida de la densidad y fuerza óseas en hombres sin y con VIH.
- **Otros medicamentos:**
 - Moduladores selectivos de los receptores de estrógenos (SERM, en sus siglas en inglés): Resultan útiles en la prevención y tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas, pero no está aprobado para mujeres premenopáusicas u hombres. Este tipo de medicamentos tiene mejor perfil de toxicidad que la terapia de estrógenos.
 - Hormona paratiroidea (teriparatida): A diferencia del resto de medicamentos mencionados anteriormente que inhiben la acción de los osteoclastos, la hormona paratiroidea actúa en la formación de hueso nuevo. Teriparatida se utiliza para tratar la osteoporosis en mujeres postmenopáusicas y la osteoporosis primaria en hombres.

Fuentes:

Aidsmeds.com (*Riesgos para los huesos*).
Morse CG et alii, "The incidente and natural history of osteonecrosis in HIV-infected adults", *Clinical Infectious Diseases* 2007;44:739-48.

nuevas opciones de tratamiento de la HEPATITIS B en personas con VIH

E

n los números 23 y 24 de la revista *LO+POSITIVO* profundizamos sobre la transmisión, diagnóstico, síntomas y evolución de la coinfección por VIH y VHB, e hicimos un repaso a las actualizaciones sobre tratamientos para la hepatitis B disponibles hasta ese instante, y cuándo iniciar el régimen. Han pasado ya cuatro años desde entonces y queremos ofrecer las últimas novedades sobre medicamentos para la hepatitis B en personas con VIH.

En la más reciente actualización de las recomendaciones de GESIDA y del Plan Nacional sobre el SIDA sobre el tratamiento antirretroviral (TARGA) en adultos con VIH, publicada en enero de este año, hay un pequeño apartado para la coinfección por VIH y VHB. Como primera recomendación general –antes de entrar en detalle sobre la hepatitis B– aclaran que no existe suficiente evidencia para contraindicar ninguno de los antivirales actualmente disponibles en España en pacientes coinfectados por VIH y VHB o VHC, pero precisan que en estas personas se debe priorizar el uso de TARGA cuyo potencial de hepatotoxicidad sea menor.

Hace poco más de cuatro años eran pocos los medicamentos para tratar la infección por hepatitis B en personas con VIH. Hoy en día los estudios han avanzado y se han hallado nuevos y diferentes fármacos que han mostrado ser eficaces. De los medicamentos que ya se conocían están lamivudina (3TC), tenofovir (TFV) e interferón alfa.

Las recomendaciones citadas anteriormente sugieren que las personas coinfectadas por VIH y VHB inicien TARGA usando la combinación TFV + emtricitabina (FTC) o 3TC como pareja de análogos de nucleósido/nucleótido (ITIN). Es decir, a los dos medicamentos antivirales mencionados en el párrafo anterior se añade FTC como ITIN eficaz frente al VHB.

Según estas directrices 3TC, FTC y TFV son fármacos activos frente al VIH y al VHB, por lo que la retirada de algunos de estos medicamentos de un régimen de TARGA por fracaso en pacientes coinfectados por VIH y VHB puede originar un rebrote del VHB y provocar daño hepatocelular. También advierte que el tratamiento de la hepatitis B con 3TC o FTC en monoterapia facilita con frecuencia el desarrollo de resistencias.

En pacientes en los que por cualquier motivo se requiera suspender 3TC, FTC o TFV, se debería incluir en el tratamiento antirretroviral otro fármaco con actividad anti-VHB, y en casos en los que no fuera posible se deberá realizar un seguimiento estrecho ante la posibilidad de que ocurra un brote de hepatitis con daño hepatocelular.

En el caso de personas coinfectadas que requieran el tratamiento del VHB y no del VIH, se recomienda el uso de fármacos sin actividad antirretroviral, como entecavir o interferón-alfa pegilado. También existe la posibilidad de tomar adefovir, que aparece dentro de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Adefovir es un análogo de nucleótido que, en un principio, se evaluó como un posible tratamiento para el VIH, pero fue descartado porque la dosis necesaria para conseguir actividad antirretroviral era demasiado tóxica para los riñones. En el caso de la hepatitis B, la dosis de adefovir es mucho más baja (una pastilla de 10mg todos los días), lo que implica un riesgo mucho menor de sufrir efectos secundarios relacionados con los riñones.

Entecavir, en cambio, es un nucleósido como 3TC, aprobado para la hepatitis B crónica en personas VIH positivas y negativas. Su dosis dependerá del historial de tratamiento de cada paciente. Es decir, si una persona empieza con un ITIN por primera vez, la dosis de entecavir es de 0,5mg por día. Si la persona ha tomado 3TC y FTC con anterioridad y tuviera VHB resistente a alguno de estos medicamentos, la dosis de entecavir se duplicaría con una pastilla de 1mg por día.

Recientemente, se ha dado a conocer un aviso de la Agencia del Medicamento de EE UU en el que alerta que entecavir, en contra de lo que estaba asentado hasta ahora, sí que tiene actividad frente al VIH, lo que se ha ilustrado con la descripción de algún caso de aparición de resistencias cruzadas con nucleósidos en personas coinfectadas por VIH y VHB que sólo han tomado entecavir. Sin embargo, varios expertos han cuestionado esta aseveración, y defienden que no ha podido determinarse de forma fehaciente que entecavir también tenga actividad antirretroviral.

Telbivudina es un fármaco experimental que está en proceso de revisión y aprobación por la FDA desde finales de 2005, aunque los suizos se han adelantado y han aprobado recientemente su utilización en pacientes con hepatitis B crónica.

Estos tratamientos sólo se recomiendan para las personas que tienen hepatitis B crónica. El objetivo de la terapia es reducir la carga viral de la hepatitis B a niveles indetectables y restablecer los niveles normales de las enzimas hepáticas, con el propósito de eliminar las proteínas HBeAg y el HBsAg. Si estos antígenos se eliminan de la sangre, habrá menos probabilidades de que el virus reaparezca al terminar el tratamiento.

Referencia

Se puede acceder a las recomendaciones de GESIDA en www.gesidaseimc.org

Reintento

El tratamiento para la hepatitis C en personas coinfectadas puede fracasar por razones variadas. Algunas personas se plantean si vale la pena volver a intentarlo. En realidad, las probabilidades de que tomar de nuevo interferón y en su caso ribavirina tenga utilidad depende en buena medida de por qué y cómo falló el primer intento.

La terapia actual para la hepatitis C en personas coinfectadas por VIH y VHC consiste en el uso de interferón pegilado y ribavirina por un periodo de 6 meses a un año. Antes de que esta combinación se estableciera como de referencia, se tomaba interferón estándar con ribavirina, y antes incluso interferón estándar sólo. Es posible que en el pasado hayas probado alguna de estas tres alternativas y que no funcionara, y ahora te preguntes si vale la pena el esfuerzo de reintentarlo, teniendo en cuenta el importante impacto en la calidad de vida que suponen los efectos secundarios.

No hay respuestas muy claras a este interrogante, ya que los estudios son escasos. Al parecer, las posibilidades de que una nueva tentativa tenga éxito dependen de las causas del fracaso anterior. Para hacernos una idea más amplia, nos vendrá bien refrescar que la eficacia de la terapia para el VHC se mide según el momento de la respuesta virológica:

Respuesta virológica de la terapia para la hepatitis C

RVR, o respuesta virológica rápida: indetectabilidad de la carga viral de la hepatitis C a la semana 4 del tratamiento.

RVP, o respuesta virológica precoz: indetectabilidad o reducción de al menos dos logaritmos de la carga viral de la hepatitis C a la semana 12.

RVF, o respuesta virológica final: indetectabilidad de la carga viral de la hepatitis C al final del tratamiento.

RVS, o respuesta virológica sostenida: indetectabilidad de la carga viral de la hepatitis C seis meses después de finalizado el tratamiento.

Existe consenso médico de que si una persona alcanza RVR tiene muchas probabilidades de llegar a la RVS. También existe un alto grado de acuerdo en que si no se consigue RVP, muy raramente se logrará RVS.

En el recuadro de la página siguiente veremos cómo se clasifican los fracasos terapéuticos según el momento y el suceso correspondiente:

TU OPINIÓN EN 2007

Tu opinión cuenta, nos importa y nos ayuda a mejorar

1-Sexo

- Hombre Mujer
 Transgénero

2-Edad

- Menor de 20 20-30
 31-40 41-50
 51-60 Mayor de 60

3-Estatus VIH

- VIH+ VIH-
 Desconocido

4-¿Sabes cómo adquiriste el VIH?

- Sexo no seguro:
 Hombre-hombre
 Mujer-mujer
 Hombre-mujer
 Por compartir jeringuillas
 Transfusión sanguínea
 Accidente laboral

5-¿Tomas tratamiento antirretroviral?

- Sí No

6-¿Tomas suplementos vitamínicos o tratamientos alternativos?

- Sí No

7- ¿Cuáles?

.....
.....

8-¿En qué localidad vives?

.....

9-Valora Lo+Positivo de 1 a 10

- Contenido
 Diseño
 En general

10-¿Qué temas te han gustado más?

.....
.....
.....

11-¿Qué temas te gustaría encontrar en los próximos números de LO+POSITIVO?

.....
.....
.....



EN TERAPIA
ANTIRRETROVIRAL,
EFICACIA Y TOLERABILIDAD
UNIDAS PARA SIEMPRE

¿Te atreverías a romper una relación así?

El tratamiento antirretroviral conlleva una relación equilibrada entre eficacia contra el virus, tolerancia y comodidad para el paciente. Esta relación la mantienen ya 150.000 pacientes en todo el mundo

¿Estarías dispuesto a renunciar a ella?

Infórmate. Consulta con tu médico.



Tipos de fracasos de la terapia para la hepatitis C

Respuesta parcial (RP): reducción de más de 2 logaritmos en la carga viral de la hepatitis C a la semana 12 que no se corresponde con lograr indetectabilidad a la semana 24.

Rebote virológico (RV): reaparición de la detectabilidad de la carga viral de la hepatitis C después de haber sido indetectable.

Recidiva (RC): indetectabilidad al final del tratamiento (RVF) pero reaparición posterior de la carga viral de la hepatitis C (sin RVS).

Sin respuesta (SR): no conseguir una reducción de al menos 2 logaritmos de la carga viral de la hepatitis C a la semana 12 o no alcanzar en ningún momento la indetectabilidad.

En general, y siempre con la precaución de la falta de datos suficientes, se entiende que en las personas en las que ha fracasado alguna terapia para la hepatitis C (interferón estándar sólo o con ribavirina, o bien interferón pegilado con ribavirina) no tendría sentido recibir de nuevo la misma combinación de medicamentos, a no ser que las dosis hubieran sido subóptimas (por ejemplo, en la actualidad se recetan 1200mg diarios de ribavirina cuando en el pasado lo habitual eran 800mg), hubiera habido problemas de adhesión que pudieran solucionarse ahora o que la duración del tratamiento hubiera sido menor de la esperada (por ejemplo, que se hubiera abandonado por los efectos secundarios).

Si anteriormente sólo has tomado interferón estándar (tres inyecciones semanales), con o sin ribavirina, y no tuvo éxito, puedes valorar con tu médico@ reintentar tratamiento esta vez con interferón pegilado (una inyección semanal) y ribavirina. Las probabilidades de que esta segunda ocasión funcione dependen en buena medida del genotipo de la hepatitis C, la carga viral del VHC y los niveles de CD4, entre otros. También las expectativas son mejores si el fracaso del primer tratamiento fue por RP, RV o RC, y menores si fue por SR.

Si has tomado ya interferón pegilado y ribavirina, puedes plantearte repetir si la razón del fracaso fue un abandono del tratamiento por razones de tolerancia y efectos secundarios, y crees que en esta ocasión estás en mejor situación para afrontarlos o bien tu centro ha incorporado nuevas medidas de ayuda para mitigar el impacto del



tratamiento. Especialmente interesante puede ser repetir si tu dosis de ribavirina fue originalmente de 800mg al día y ahora te planteas tomar 1200mg al día. Hay que aclarar, no obstante, que estas últimas orientaciones no se basan en datos de estudios publicados, sino sólo en hipótesis plausibles.

Otras estrategias serían explorar la viabilidad de utilizar terapia de mantenimiento con bajas dosis de interferón pegilado, o bien tomar la terapia combinada con el objetivo más modesto de conseguir una mejora en la progresión del daño en el hígado. De estos enfoques os hablaremos en próximos números de la revista.

Referencia

TRACY SWAN: «HIV/HCV coinfection: re-treating hepatitis C in people coinfecting with HIV», *HIV Treatment Bulletin*, vol. 7, núm. 4, abril 2006. www.i-base.org.uk

Si tienes dudas sobre cualquier medicamento antirretroviral, contacta con nosotr@:
Servicio de Consultas del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH
acerca de la infección por VIH, las enfermedades asociadas y sus tratamientos

Consultas presenciales

(con cita previa) en nuestra sede y

telefónicas 93 458 26 41

lunes y miércoles de 11:00h a 18:00h

Las consultas por correo electrónico a

consultas@gtt-vih.org

se atienden de lunes a viernes

por orden de recepción

y en la mayor brevedad posible.

Con el apoyo de *Generalitat de Catalunya, Departament de Salut Programa de la SIDA.*

FLASHES INFORMATIVOS

de nuestro sitio web: gtt-vih.org

LO+POSITIVO te ofrece una nueva selección de resúmenes de noticias y boletines publicados en nuestra sitio web. Si quieres leer la noticia completa visita nuestro nuevo portal: www.gtt-vih.org. También, si lo deseas, puedes suscribirte a nuestras listas de distribución y recibir puntualmente en tu correo las últimas novedades sobre VIH/SIDA y sus tratamientos.

LA NOTICIA DEL DÍA

La Noticia del Día es un servicio informativo de noticias diarias sobre los aspectos más relevantes y actuales relacionados con los tratamientos del VIH/SIDA y sus patologías asociadas.

COMIENZA EL ACCESO EXPANDIDO AL PRIMER INHIBIDOR DE LA INTEGRASA

19/10/2006

MK-0518 va a estar disponible en el programa de acceso expandido (PAE) para ser utilizado en combinación con otros antirretrovirales en personas con VIH en las que hayan fracasado por resistencia o por intolerancia medicación de las otras tres clases de fármacos: análogos de nucleósido, no análogos o inhibidores de la proteasa. Sin embargo, deben ser personas clínicamente estables, lo que no deja de ser contradictorio con el hecho de estar en terapia de rescate. Es más, a insistencia de los grupos comunitarios, la compañía ha aceptado que quienes accedan a MK-0518 puedan estar tomando al mismo tiempo otros fármacos experimentales, siempre que se conozcan bien las interacciones entre ambos.

El dato que ha llamado más la atención es que MSD (Merck, Sharp and Dohme) ha decidido reservar para España sólo 50 plazas de su PAE para MK-0518.

Fuente: *Elaboración propia.*

ESPECIAL CONGRESO DE GLASGOW (ESCOCIA) DEL 12 AL 16 DE NOVIEMBRE 2006

14/11/2006: *Fármacos para el VIH: entre la prevención y el tratamiento*

En el segundo día del Congreso (...), y dentro del grupo temático "Estrategias en tratamientos", Myron S. Cohen, de la Universidad de Carolina del Norte (Chapel Hill), habló del uso de antirretrovirales (ARV) en la prevención de la infección por VIH. Este abordaje para la prevención contempla la profilaxis pre-exposición (PrEP), la profilaxis post-exposición (PEP) y una tercera opción consistente en reducir la carga viral en personas con infección ya establecida.

15/11/2006: *La disfunción sexual en personas con VIH se hace visible*

No se han llevado a cabo muchos estudios sobre el impacto de la infección y los tratamientos en la vida sexual de las personas con VIH, aunque resultados de algunos estudios transversales o de series

de casos reportados confirman esta relación. Por ello, Robert Colebunders (Instituto de Medicina Tropical de Bélgica) afirma que sería necesaria la realización de una evaluación de salud sexual en la práctica clínica, que incluyera la función sexual, como parte de los ensayos clínicos de reparto aleatorio que comparan diferentes fármacos. Esto podría realizarse simplemente incluyendo algunas preguntas de salud sexual en los cuestionarios de calidad de vida que se administran dentro de estos ensayos clínicos.

Según datos recogidos por el ponente, el porcentaje de disfunciones de las que se ha informado voluntariamente por los pacientes aumenta de manera significativa cuando es el facultativo quien realiza preguntas al respecto.

16/11/2007: *Mejor percepción de calidad de vida con monoterapia con Kaletra*

El ensayo MONARK, un ensayo piloto a 96 semanas, prospectivo, abierto y de reparto aleatorio en pacientes no pretratados, comparó LPV/r (Kaletra) en monoterapia (83 pacientes) frente a LPV/r + AZT + 3TC (53 pacientes). Los resultados virológicos a 48 semanas fueron presentados con anterioridad y mostraron que ambos brazos tenían una eficacia similar en este tipo de pacientes, aunque puede que no exenta de riesgos respecto a la posible aparición de resistencias (véase *La Noticia del Día 25/07/06*).

17/11/2006: *Adolescentes con VIH: ni niños ni adultos*

En Glasgow, Alexandra Peltier expuso las diferencias derivadas de las distintas condiciones de vida de estos adolescentes. Mientras que en Europa la derivación desde los servicios pediátricos a los centros de adultos suele ocurrir muy tarde, en los países con escasos recursos, los adolescentes son considerados adultos prematuramente y esto les priva de cuidados específicos.

UN COMPONENTE DEL ACEITE DE OLIVA PARECE ÚTIL FRENTE AL VIH

04/12/2006

El ácido maslínico es un producto natural extraído del aceite de oliva. En concreto, del aceite de alperujo, suma del alpechín y el orujo de oliva, esto es, básicamente los restos de la aceituna molturada una vez extraído el aceite de oliva de consumo humano.

Según los datos aportados en un comunicado por el equipo Bionat de la Universidad de Granada, España, dirigido por Andrés García-Granados, el empleo de aceite de alperujo reduce en un 80% la extensión del VIH en el organismo.

Fuente: *NATAP*

ESPAÑA RECOMIENDA PRUEBAS DE RESISTENCIA ANTES DE INICIAR TRATAMIENTO

08/01/2007

Todas las personas que vayan a iniciar tratamiento antirretroviral tendrían que disponer de una prueba de resistencia genotípica que orientara la decisión sobre con qué régimen combinado es mejor

empezar. Así queda establecido en la versión definitiva de las *Recomendaciones de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana* en su versión de enero de 2007. Este

documento contiene las directrices de terapia para el VIH que se consideran oficiales en España, aunque ello no significa que sean de obligado cumplimiento.

Fuente: *Elaboración propia*



Vacunas del SIDA para adolescentes

Agosto 2006 • Vol. 4 • No.8

A medida que el VIH sigue infectando a millones de personas de todo el mundo, un número cada vez mayor de estas infecciones se produce en personas de entre 15 y 24 años. Los jóvenes de este grupo de edad actualmente suponen casi la mitad de todas las nuevas infecciones por VIH, con cerca de tres millones de infecciones cada año. A pesar de estas alarmantes estadísticas, las vacunas del SIDA hasta ahora no han sido probadas en voluntarios adolescentes.

Una epidemia adolescente

Actualmente en EE UU, el 40% de todas las nuevas infecciones por VIH se está produciendo en personas de menos de 25 años. Aunque el riesgo que afrontan los adolescentes varía en gran medida de un lugar a otro, en muchos países, especialmente en África, la situación que soportan las mujeres jóvenes es especialmente difícil. Las mujeres jóvenes en Suráfrica siguen estando en una situa-

ción de alto riesgo de infección por VIH, existiendo estudios que muestran que las tasas de prevalencia del VIH se acercan al 16% en chicas de entre 15 y 24 años, cuatro veces las tasas de infección observadas en chicos de la misma edad. En Botsuana, aproximadamente el 25% de las chicas de entre 15 y 19 años ya están infectadas por VIH.

Poner la capucha a la infección

Noviembre 2006 • Vol. 4 • No.11

¿Puede ayudar el diafragma a reducir el riesgo de infección por VIH en mujeres?

"Biológicamente, es muy plausible que funcione", afirma Nancy Padian, una investigadora de la UCSF e investigadora principal del estudio. Los diafragmas anticonceptivos están diseñados para cubrir la cervix de la mujer (la apertura inferior del útero, también llamada cuello uterino) y prevenir el acceso al tracto genital superior. Se considera que ambas partes, la cervix y el útero, son tejidos diana importantes para la transmisión sexual del VIH.

Los diafragmas han demostrado poder prevenir la transmisión de algunas infecciones de transmisión sexual (ITS) cuando se usan junto con geles espermicidas anticonceptivos. La cervix también contiene algunas de las mismas células diana del VIH que se encuentran en el prepucio del pene...

Las Noticias de NAM: Actualización en Tratamientos

gtt en colaboración con la ONG británica NAM os ofrece una selección de resúmenes de las noticias que edita y traduce al español de las noticias de NAM, con el fin de informar a las comunidades hispanas en el Reino Unido y de acercarse a Iberoamérica. Todas las noticias se encuentran en la sección "Actualización en tratamientos" de nuestro sitio web.

La artritis reumatoide puede ser un efecto secundario de la terapia del VIH

24/11/2006

La artritis reumatoide y la enfermedad del tejido conectivo son inesperadamente más probables en personas con VIH que toman terapia anti-VIH de gran actividad, según sugiere una nueva investigación.

El dolor articular provocado por la enfermedad reumática solía ser habitual entre las personas con infección por VIH y SIDA grave antes de disponer de una terapia eficaz contra el virus. Aunque el tratamiento contra el VIH de alta potencia ha hecho del VIH una infección más manejable, existen sugerencias que apuntan a que, en algunos pacientes, los fármacos podrían estar relacionados con enfermedades inflamatorias como la artritis.

Casi una tercera parte de las personas con VIH planea tener hijos

26/12/2006

Aproximadamente una tercera parte de las mujeres infectadas con VIH intenta tener hijos. Éste es el hallazgo al que llega un estudio francés que a su vez está en consonancia en líneas generales con un estudio canadiense similar. Ambos estudios se han publicado en un suplemento a la edición del 2 de enero de la revista *AIDS*.

El estudio francés también examinó los deseos de paternidad de hombres heterosexuales con VIH y halló que una quinta parte esperaba tener niños en un futuro.

Los investigadores franceses diseñaron un estudio en el que participaron 555 mujeres y 699 hombres en edad reproductiva que vivían con VIH y que se identificaron a sí mismos como heterosexuales. Se les pidió que respondieran un cuestionario en el que se les preguntaba sobre su deseo de tener hijos. La media de edad de los participantes fue de 36 años para las mujeres y de 41 para los hombres.

El estudio canadiense fue más pequeño y evaluó a 230 mujeres con VIH en la Columbia Británica sobre su deseo de quedarse embarazadas y halló que un 26% de éstas esperaba tener hijos.

Según un estudio danés, cabe esperar que un paciente de 25 años con VIH y tratado con terapia antirretroviral supere los 60 años

22/01/2007

En entornos en donde existe un acceso fácil y gratuito a medicación y cuidado para el VIH, un adulto joven diagnosticado de VIH cuenta con una tasa mediana estimada de supervivencia de más de 35 años. Sin embargo, esta tasa de supervivencia mediana es significativamente menor que la de una persona sin VIH, según un estudio danés publicado en *Annals of Internal Medicine*.

El estudio también descubrió que las personas con VIH coinfectadas por el virus de la hepatitis C (VHC) y los pacientes de mayor edad en el momento del diagnóstico de VIH podrían esperar una menor supervivencia que los pacientes con VIH más jóvenes y sin VHC. El objetivo del estudio era estimar el tiempo de supervivencia y las tasas de mortalidad específicas de la edad de las personas con VIH y comparárlas con las estimaciones para la población general. El estudio incluyó datos de todas las personas con VIH tratadas en clínicas del VIH danesas entre enero de 1995 y mayo de 2005. La supervivencia entre las personas con VIH aumentó significativamente durante el periodo del estudio. En el periodo de cinco años de 2000 a 2005, la tasa mediana de supervivencia de personas con VIH aumentó a 33 años. La supervivencia fue incluso mejor (39 años) cuando el grupo de investigadores excluyó al 16% de pacientes coinfectados por el virus de la hepatitis C.



La construcción social del estigma



El estigma es un atributo profundamente desacreditador. Los griegos lo utilizaban en forma de tatuaje o marca en el cuerpo para señalar –bien como pena infamante o como signo de esclavitud– a las personas que habían cometido algún crimen o delito. Hoy en día, este concepto tiene que ver con una identidad social subvalorada, en el que un grupo minoritario posee –o se cree que posee– una serie de atributos o características que expresan una identidad social devaluada. El estigma varía en función del contexto social.

Al hacer una revisión sobre el adjetivo minoritario encontramos que, según el Diccionario de la Real Academia Española, este concepto se refiere principalmente a aquello que está en minoría numérica. En un entorno social determinado, un grupo minoritario sería un conjunto de personas que poseen alguna característica que no es compartida por la mayor parte de la población. Es decir, implica que el número de individuos con esa cualidad sea menor al de personas que no la poseen. Algunos ejemplos de grupos minoritarios en muchas sociedades podrían ser l@s homosexuales, l@s usuari@s de drogas intravenosas o las personas que viven con VIH.

En las ciencias sociales, las minorías son estudiadas en tanto que sus miembros piensan, sienten, se comportan o son definidos o tratados por l@s demás de manera diferente a la mayoría, y además, su pertenencia a ellos supone algún tipo de perjuicio. Para ser considerado minoritario, el grupo debe encontrarse en situación de desventaja en cuanto a poder, prestigio o incluso nivel económico.

Otras razones para situar a ciertos grupos en tales posiciones de inferioridad son de tipo normativo, es decir, no se les considera como representantes legítimos de las normas sociales, o en otras palabras, no son tomados en cuenta como un patrón de conducta a seguir.

Se trata de grupos que en algún aspecto se desvían de las normas que implícita o explícitamente establece la mayoría que está en el poder, o lo que es deseado o valorado por ella. Un claro ejemplo de lo anterior son l@s homosexuales, que son considerad@s todavía en muchas sociedades como un colectivo con una conducta sexual que atenta contra la moral de una mayoría.

Hay otros rasgos que no dependen de las decisiones personales de cada individuo de pertenecer o no a las minorías, sino que nacen con ellas (por ejemplo, el sexo) o bien por otras circunstancias (características físicas, discapacidades o enfermedades). Aunque el límite entre ambas puede ser en ocasiones difuso, en estos casos, se ha relacionado tradicionalmente la posesión del rasgo en cuestión (ser mujer o estar infectad@ con VIH) a ciertos estereotipos negativos (las mujeres no son lo suficientemente fuertes para trabajar, las personas con VIH son perversas y viciosas). Posteriormente se ha justificado el tratamiento discriminatorio hacia estos grupos y se les trata así porque poseen unas determinadas características negativas.

La pertenencia a un grupo

¿Qué hace que una persona sienta que pertenece a un determinado grupo social? En ocasiones, se debe al funcionamiento del propio colectivo que lleva a que sus miembros se identifiquen con él, le

den un nombre y se comporten según las normas establecidas en el grupo, que guían la relación entre ellos y con otros. Otras veces la cohesión y la estructura interna de un grupo, puede darse a raíz de ser considerados diferentes: mujeres, homosexuales, personas con VIH se han unido y han tomado conciencia de sí mism@s como grupo con el objetivo de luchar contra la discriminación a la que se han visto sometid@s.

Resulta importante para identificar a una minoría, la percepción de la existencia de unas fronteras claras que separen las creencias acerca de ell@s mism@s respecto a la mayoría. Esto permitirá en muchas ocasiones que las personas que pertenecen a estos grupos minoritarios puedan escalar o ascender de posición o estatus, para que las personas que integran estas minorías no se sientan estigmatizadas o discriminadas por su pertenencia a este grupo. En estos casos, subir de escala o posición social se haría en función de la comparación social con los miembros de su propio grupo, es decir, una persona se compara con las características más negativas que el resto de miembros de su propio grupo posee en un contexto social determinado.

Pongamos el ejemplo de una persona que, antes de que se contagiara la sangre de l@s donantes para determinar si tenía anticuerpos al VIH, ha recibido una transfusión con una sangre infectada por VIH. Este sujeto podría haber sido una persona que ha tenido un accidente o podría haber sido el caso de una persona hemofílica. Por lo general, estas personas no suelen identificarse con las personas que viven con VIH por la simple relación que podría existir con el estereotipo negativo que antes mencionábamos y que está tan fuertemente arraigado en nuestra sociedad: las personas con VIH son perversas y viciosas (homosexuales, promiscu@s, usuari@s de drogas). Al no verse identificada con estas características, esta persona hace una comparación social con las propias personas que viven con VIH. Así se desmarca de cualquier idea que lo relacione con estos estereotipos, esto puede permitir que la persona no sienta el estigma y el resto de la sociedad no estigmatice a esta persona por el hecho de no verlo como una persona merecedora de esta enfermedad, por no verlo como un vicioso, un perverso o un homosexual. Como consecuencia, esta persona se desmarca del estereotipo, pero en otros individuos se profundiza y arraiga aún más la idea negativa, el prejuicio respecto a las personas con VIH.

La definición del estigma

El concepto de estigma fue introducido en las ciencias sociales por Goffman (1963), quien lo ha definido como una marca, una señal, un atributo profundamente deshonesto y desacreditador que

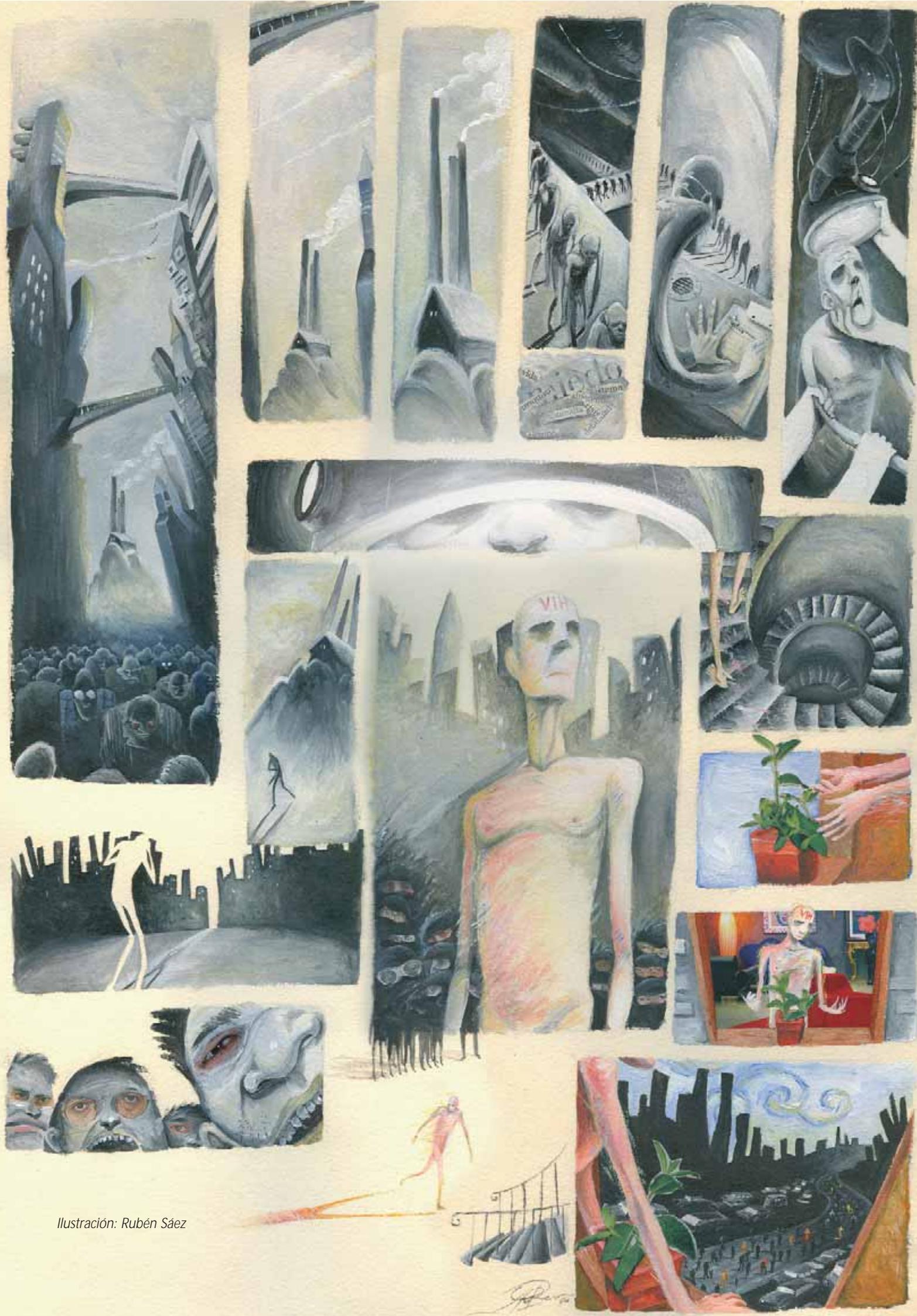


Ilustración: Rubén Sáez

lleva a su poseedor de ser una persona normal a convertirse en alguien «manchado». En los casos más extremos de estigma, se legitima el hecho de que estas personas sean excluidas moralmente de la sociedad, de la vida social y que además producen una serie de emociones negativas en el resto de la sociedad, como el miedo o el odio.

Crocker y cols. (1998) plantean: «Los individuos estigmatizados poseen (o se cree que poseen) cierto atributo o característica que expresa una identidad social devaluada en un contexto social particular». Los autores consideran tres elementos para esta definición: en primer lugar lo importante es que la persona sienta que posee este atributo; segundo, sólo aquellas características que conduzcan a sentirse identificados negativamente respecto al resto de la sociedad pueden ser consideradas estigmatizadoras; por último, tanto los atributos como las pertenencias sociales devaluadas son socialmente construidos y culturalmente relativos, es decir, varían en función de cada cultura o sociedad. En resumen, para Crocker y cols. (1998), «el problema del estigma no reside en el atributo estigmatizador ni en la persona que lo posee, sino en la desafortunada circunstancia de poseer un atributo que, en un contexto social dado, conduce a la devaluación».

Link y Phelan (2001) inciden más sobre la diferencia entre «poseer» un atributo y que éste sea «aplicado» por quien estigmatiza. Afirman: «El estigma existe cuando los elementos de etiquetaje (asignación de categorías sociales a los individuos), estereotipia (las diferentes etiquetas son relacionadas a estereotipos), separación (ellos-nosotros), pérdida de status y discriminación, ocurren conjuntamente en una situación de poder que lo permite». También, por tanto, es necesario gozar de poder para estigmatizar a un grupo social.

El estigma es una marca que implica que en el momento que una persona tiene esa marca o señal, automáticamente la relacionamos

con una serie de disposiciones personales negativas: una persona con SIDA es una persona que ha llevado una mala vida.

El estigma hace en la persona que la sociedad lo considere como una persona ilegítima ¿Por qué? Porque no cuenta con habilidades para entrar en la vida y las relaciones sociales, porque su conducta puede ser impredecible (son rar@s, son extrañ@s); y además, porque su conducta la percibimos como si fuese una amenaza para el resto de la sociedad, por ejemplo, la idea de que el SIDA es una enfermedad contagiosa y no transmisible: el SIDA es percibido como una enfermedad altamente contagiosa y por ello produce miedo y rechazo en el resto de la sociedad.

El estigma se produce porque una persona pertenece a un grupo determinado (el grupo de homosexuales, el de usuari@s de drogas, el de personas con SIDA) y automáticamente esas personas son devaluadas en situaciones concretas. Es decir, no siempre los estigmas tienen que producir discriminación o exclusión en todo tipo de situaciones.

REFERENCIAS:

- Crocker, J., Major, B., y Steele, C. (1998). *Social Stigma*. En D.T. Gilbert, S.T. Fiske y G. Lindzey (Eds.): *The Handbook of social psychology* (4ª edición, pp. 504-553). New York: McGraw-Hill.
- Goffman, E. (1963). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- García, M.C. (2006). *El prejuicio y su relación con el proceso de aculturación de los inmigrantes magrebíes*. Tesis Doctoral, Universidad de Almería.
- Link, B.G., y Phelan, J.C. (2001). *Conceptualizing stigma*. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.

Los instrumentos financieros PARA EL DESARROLLO DE NUEVAS VACUNAS

La Alianza Global para las Vacunas y la Inmunización (*Global Alliance for Vaccines and Immunization*, GAVI en sus siglas en inglés) es una coalición público-privada de nueva generación que consigue fondos monetarios de gobiernos y fundaciones filantrópicas, con el objetivo de acelerar y universalizar la distribución de vacunas en los países en desarrollo.

La labor de GAVI, desde su creación en el año 2000, se centra principalmente en dos ámbitos: sustraer compromisos monetarios de los países industrializados a través de nuevos mecanismos de financiación –como el Fondo Global de GAVI o las Facilidades Financieras Internacionales para la Inmunización (*International Finance Facilities for Immunization*, IFFim en sus siglas en inglés), con el cual el Estado español se comprometió en julio de 2006 a aportar 240 millones de dólares durante los próximos 20 años– que permitan a los países en desarrollo acceder a las vacunas habiéndolas solicitado previamente. Hasta el momento, GAVI trabaja en 72 de los países más pobres introduciendo vacunas ya existentes como las de la hepatitis B, la fiebre amarilla o el sarampión.

Una de las estrategias de GAVI junto con el Banco Mundial y a instancias del G-8 son los Compromisos de Mercado por Adelantado

(*Advance Market Commitment*, AMC en sus siglas en inglés), un innovador mecanismo para la producción y distribución de vacunas no existentes. A través de donaciones multilaterales por adelantado se pretende fortalecer los mercados de los países en desarrollo, subvencionar su demanda de vacunas y garantizar un precio de mercado justo, bajo y acordado. Esta donación debe significar un incentivo para que la industria farmacéutica invierta en nuevas tecnologías de la prevención e investigue nuevas vacunas para su aplicación en dichos países.

Hasta que la industria no vea que la producción de una vacuna puede tener salida en el mercado y pueda ser comprada a gran escala, no invertirá en su obtención. Se trata de una de las principales leyes del libre mercado: mientras no haya demanda de un producto, tampoco existirá su oferta ni mucho menos el producto en cuestión.

Y es más, una vez abierto el proceso -concretadas las donaciones- se debe producir una carrera competitiva entre las diferentes empresas del sector para obtener la vacuna estrella y esto debe generar una aceleración del ritmo de investigación.

Sin este incentivo, es decir, sin las donaciones de los países ricos que subvencionan la demanda de vacunas de los países pobres, difícilmente se alcanzarían los productos-vacunas ideales en mucho tiempo: en el caso de la hepatitis B, por ejemplo, mientras existía una vacuna efectiva para los países industrializados y la enfermedad ya no resultaba mortífera, tuvieron que pasar más de veinte años hasta que se descubrió y distribuyó la vacuna adecuada para el mundo en desarrollo.

Llegados a este punto, es precisa una aclaración. La salud es un derecho universal y, por lo tanto, resulta contradictorio que se rija por las leyes del mercado y que debamos incentivar a la industria farmacéutica para que investigue nuevas vacunas. Probablemente, todos los temas que conciernen a la salud deberían estar en manos públicas, pero el sistema es el que es. Si esperamos a que cambie el estado de las cosas pueden pasar muchos años y recordemos que el avance de las pandemias en el mundo requiere una actuación urgente e inmediata. Resulta oportuno, en este caso, aprovechar las reglas del mercado para acelerar la investigación y la producción de nuevas vacunas.

Resumiendo, AMC es un compromiso de subvención para la distribución de vacunas en países en desarrollo para que la industria farmacéutica explote el mercado de forma segura, generando una competición entre empresas para obtener el producto estrella, la vacuna ideal. Las donaciones ya han sido concretadas (véase tabla), por lo que se da por iniciado el proyecto piloto de AMC destinado a las vacunas del neumococo. Seguidamente se pretenden realizar otros AMC para obtener vacunas contra la malaria, la tuberculosis y el VIH/SIDA.

El volumen total de donaciones asciende a 1.500 millones de dólares y esto se traduce en que de los 7 dólares que costaría una dosis de vacunas para el neumococo los países en desarrollo sólo pagarían 1 dólar por dosis.

Estado o Fundaciones	Contribución AMC en \$ USA
Italia	635 millones
Reino Unido	485 millones
Canadá	200 millones
Rusia	80 millones
Noruega	50 millones
Fundación B. y M. Gates	50 millones
Total	1.500 millones de dólares

Fuente: Página oficial de AMC: <http://www.vaccineamc.org>

El estado de las vacunas en el caso del neumococo

El neumococo es una bacteria (*Streptococcus pneumoniae*) que produce, principalmente, neumonía y meningitis en niñas y niños, gente mayor y personas con el sistema inmunológico debilitado como aquellas que viven con VIH. La incidencia de la enfermedad difiere según las características socioeconómicas de las poblaciones: en los países industrializados no es muy alta la tasa de infección por neumococo y existe una vacuna en el mercado llamada Preunar® y producida por Wyeth; la combinación de estos elementos hacen que la mortalidad por neumococo sea muy baja en dichos países. El panorama es bien distinto para los países en vías de desarrollo



donde, aun siendo el neumococo prevalente, los precarios sistemas sanitarios y la inexistencia de una vacuna efectiva (Preunar® solamente dispone de 7 serotipos que no resultan suficientemente eficaces para combatir la bacteria en todas las regiones del mundo) hacen de la enfermedad una de las principales causas de la elevada mortalidad infantil. Según datos de la OMS, mueren 1,6 millones de personas cada año en el mundo a causa del neumococo, de las cuales 1 millón son niños menores de cinco años; más del 90% de las muertes de niños por neumonía se producen en países en desarrollo.

Cabe decir que, en sociedades industrializadas, se está extendiendo el impacto de infecciones por neumococo porque, por un lado, el uso abusivo de antibióticos está fortaleciendo la resistencia de la bacteria y, por el otro, la expansión del VIH/SIDA convierte el neumococo en una enfermedad oportunista. Tal y como expresa la revista *Medicina Clínica* en su versión digital, las personas que viven con VIH tienen más riesgo de contraer infecciones pulmonares (entre 20 y 40 veces más) y, además, los tratamientos con antirretrovirales de alta actividad no han reducido las incidencias e ingresos hospitalarios por infecciones de este tipo. De la misma manera, en los países en desarrollo, el impacto creciente del VIH significa un aumento de los casos de neumococo ya sea en niñas y niños (principalmente) como en personas adultas.

El posicionamiento español

El papel del Estado español ha sido ambivalente hasta el momento. Si bien las autoridades mostraron interés y entusiasmo en participar en el proyecto piloto de AMC para el neumococo, finalmente no han realizado ningún compromiso de donación. Existen argumentos de peso para pensar que al Estado le interesa participar en este proyecto: el mecanismo se ajusta perfectamente a la reglamentación y las líneas generales que definen la política de cooperación española, ya se ha realizado una donación sustancial a GAVI y se conoce la solvencia de esta organización y, además, participar en AMC puede significar una oportunidad para acercar los objetivos estratégicos de la acción exterior del Estado, puede permitir a España codearse con las potencias del sistema, sumándose a estructuras y organizaciones internacionales de alto nivel.

En sentido técnico, la promesa del Gobierno de llegar al 0,5% del PIB en Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) antes del final de la legislatura en 2008 significa que tiene que incrementar el presupuesto destinado a la cooperación; y aun más si tenemos en cuenta que el PIB no para de crecer y, consecuentemente, el valor absoluto de la AOD también tiene que aumentar al mismo ritmo si se desea llegar al prometido 0,5%.

Si la no participación española en el proyecto de AMC para el neumococo es una oportunidad perdida y es considerable el coste de oportunidad a rembolsar, la misma actitud en el siguiente AMC para la malaria sería, además, un error estratégico y una incoherencia política. Tengamos en cuenta el importante papel que ha desempeñado el Estado en la lucha contra la malaria y los nada menospreciables recursos invertidos, financiando el programa de investigación de la vacuna dirigido por Pedro Alonso en el Hospital Clínic de Barcelona o mediante los proyectos realizados en Colombia y Mozambique. En este caso, una vez se lance el nuevo AMC, el Estado español podría tener un papel más que destacado en el proceso y ser un centro de investigación estatal el que se ocupe en desarrollar la nueva vacuna para la malaria. Si España no participara en el proyecto, poco sentido tendría todo el esfuerzo declarado y realizado para luchar contra la malaria y fomentar la investigación de una vacuna efectiva contra la pandemia.

HIVACAT:

EN BUSCA DE UNA VACUNA CONTRA EL VIH

El centro catalán se crea con el fin de contribuir a los esfuerzos internacionales en la investigación de una vacuna contra la pandemia

La unión hace la fuerza y más cuando se trata de buscar una vacuna contra el VIH. Eso al menos debieron pensar l@s responsables de los equipos del Hospital Clínic y del Hospital Germans Trias i Pujol (Can Ruti) que se han unido para crear el Centro Catalán de Investigación y Desarrollo de Vacunas del SIDA (HIVACAT). Los resultados no han tardado en llegar y, por ejemplo, ya han empezado ensayos clínicos para una vacuna terapéutica.

Se trata de una vacuna de células dendritas que se ha inoculado a 6 pacientes infectad@s, pero que no toman tratamiento antirretroviral. Los planes son, si la respuesta a la vacuna es la adecuada, poder empezar a vacunar a un@s 24 personas después del verano y, de esta manera, tener los primeros resultados para el año 2008. A partir de este momento, empezarán con 36 personas en tratamiento antirretroviral, una medida ya aceptada por la agencia española de medicamentos.

Pero esto es sólo un ejemplo. Han pasado cinco meses desde el anuncio de su creación y el Dr. Gatell del Hospital Clínic, quien codirige el centro junto al Dr. Clotet del Hospital Can Ruti, confirma que el HIVACAT es ya una realidad para l@s investigadores de los dos equipos: «Tenemos unas reuniones mensuales en las que hemos definido nuestras líneas de investigación y hemos establecido una agenda científica para los próximos tres años, que es la duración de la primera fase».

Entre sus objetivos, el HIVACAT se plantea ser capaz de desarrollar prototipos de vacunas contra el VIH, evaluar prototipos propios o ajenos, modelos de animales, desde la Fase I hasta la Fase III, dar apoyo científico, técnico y administrativo a acciones coordinadas con otros equipos de investigación en las áreas de inmunoterapia y vacunas contra el VIH y participar en las iniciativas internacionales orientadas al desarrollo y evaluación de vacunas preventivas y terapéuticas.

Tod@s l@s investigadores consultad@s coinciden en destacar las ventajas de un centro de estas características. Para los doctores Julià Blanco y Javier Martínez-Picado, del Germans Trias i Pujol, «cualquier iniciativa de investigación de vacunas en VIH comporta tal grado de complejidad que es imposible que se lleve desde un solo grupo. Por ello, la constitución de un centro como el HIVACAT era absolutamente necesaria ya que permite el intercambio de conocimientos, la estandarización de las técnicas de investigación o multiplica el número de investigadores».



En el mismo sentido se pronuncia el Dr. Felipe García, del Hospital Clínic. «Para un investigador, la presencia del HIVACAT aumenta la masa crítica de investigación, permitiéndonos hacer cosas que no podríamos hacer solos», señala. «Además, aunque ya trabajábamos juntos, el compromiso de coordinación y de colaboración entre los dos equipos es ahora muchísimo más fuerte ya que desarrollamos todos los trabajos conjuntamente.»

Por otra parte, el HIVACAT también repercute en la comunidad. En palabras del Dr. García, coordinador de la sala de ingresos de pacientes con infecciones del Clínic, «todo centro de investigación de alto nivel implica un beneficio extraordinario para la comunidad porque implica una mejoría asistencial y una mejoría del conocimiento de la infección».

Los proyectos en marcha son muchos. «En vacunas preventivas, tenemos un ensayo pendiente de aprobación por el ministerio de

Sanidad, listo para empezar en su Fase I en voluntari@s san@s que no han estado expuest@s al VIH», señala el Dr. García, «y otro en el que se ha utilizado la hormona de crecimiento para evaluar si puede estimular las defensas y mejorar la respuesta a vacunas en general». Finalmente, acaban de presentar en el último CROI el estudio Manon 02 desarrollado por el programa ORVACS y en el cual ha colaborado el HIVACAT.

Por lo que respecta a la fase preclínica, hay vari@s investigadores que están desarrollando posibles candidatas a vacunas contra el VIH. Much@s, tanto del Clínic como de Can Ruti, llevan varios años con su investigación que ahora se ve beneficiada por la convergencia de esfuerzos.

Es el caso del Dr. Joan Joseph que trabaja sobre una bacteria atenuada para producir antígenos del VIH con el fin de inducir una respuesta específica contra el virus. «Estamos desarrollando una vacuna preventiva frente al VIH-1 basada en Mycobacterium Boris Bacillus Calmette-Guerin (BCG) recombinante, que ya se ha usado como vacuna contra la tuberculosis, y nos encontramos en la fase preclínica, con estudios en laboratorio de ingeniería genética y evaluación *in vivo* de la respuesta inmune específica frente al VIH», explica el Dr. Joseph. Tras detectar una tenue respuesta inmune celular frente al VIH, están diseñando nuevas cepas recombinantes y diferentes inmunógenos para mejorar esta respuesta.

La financiación, eterno problema

Sin embargo, uno de los grandes escollos sigue siendo el de la financiación. Según explica el Dr. Gatell, la investigación en vacunas es muy cara por dos razones. Por una parte, cuando se prueba un candidato a vacuna hay que monitorizar la respuesta inmunológica (si la persona fabrica defensas), un proceso muy caro debido a los reactivos y a la tecnología de laboratorio que se necesita.

Por otro lado, hay que acabar casi siempre con estudios en primates después de haber hecho estudios iniciales con ratones. Una investigación difícil de llevar a cabo y tremendamente cara, sin contar con las restricciones éticas que puedan existir.

Según los investigadores, un centro como el HIVACAT es necesario ya que permite el intercambio de conocimientos, la estandarización de las técnicas de investigación y multiplica el número de investigadores.

HIVACAT tiene garantizado una aportación de 1,5 millones de euros por parte del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya y de la dirección de los dos centros para la primera fase de tres años «con el compromiso de que nuestros equipos generarán recursos por el mismo valor a través de proyectos de investigación», puntualiza Gatell.

«Esto está bien para empezar, pero queda muy por debajo de lo que otros países dedican para el campo de las vacunas del VIH y por debajo de lo que se necesita si se quiere entrar en serio en esta área», afirma el Dr. Gatell. A modo de ejemplo, señala el caso de ORVACS, un grupo internacional basado en Francia que recibe unos 10 millones de euros para un periodo de 3-5 años de la fundación Bétancourt para el desarrollo exclusivo de las vacunas terapéuticas.

Para el Dr. García, esta situación implica ser muy humildes ya que ponen un granito de arena a lo que están haciendo otros miles de investigadores en todo el mundo. «Como estamos limitad@s, esto implica muchísimo esfuerzo y la implicación de muchas personas para lograr pequeñas cosas, pero que son importantes dado que permiten el avance del conocimiento», añade.

¿Y para el futuro? Preguntado sobre qué sería un logro para el HIVACAT de aquí a 10 años, el Dr. Gatell responde que «los dos grupos (el Clínic y Can Ruti) podemos afirmar que en los últimos 10 años hemos hecho contribuciones sustanciales y bien valoradas a escala internacional en el campo del tratamiento antirretroviral. Un logro sería que en los próximos 10 años pudiéramos hacer lo mismo en el campo de las vacunas con el HIVACAT. Nos podríamos dar por satisfec@s».

El HIVACAT crea una cohorte para futuros ensayos clínicos

Según los responsables del HIVACAT, formar una cohorte grande con pacientes en situación de alto riesgo de infección es uno de los objetivos primordiales del centro. «Necesitaremos tener una cohorte de pacientes o voluntari@s que nos permitan participar en los grandes ensayos que tarde o temprano van a tener que ocurrir en el campo de las vacunas, sobre todo de las preventivas, dado que se necesitan voluntari@s que no estén vacunad@s y que tengan cierto riesgo de infección», explica el Dr. Gatell.

El Dr. Joan Joseph, uno de los encargados de formar esta cohorte para el HIVACAT, explica como lo pri-

mero es identificar al segmento de población VIH negativo, pero que viven en un alto riesgo de infección como pueden ser usuari@s de drogas, parejas serodiscordantes, trabajadores/as del sexo, etc. Según el Dr. Joseph, «se les hace un seguimiento, primero de prevención para intentar evitar que se infecten, pero a la vez se les pregunta si les apetecería participar en un ensayo en el momento que dispusiéramos de una vacuna preventiva».

Confiesa que lo más difícil es el proceso de retención, es decir, lograr que no se pierda el rastro de estas personas y poder hacerles un seguimiento a lo largo de los años. Para esta tarea,

cuentan con la colaboración de la ONG Àmbit Prevenció de Barcelona y de la Cruz Roja, sin las cuales sería casi imposible poder contactar con las personas en situación de riesgo de infección.

Pero a la vez, el Dr. Joseph considera que hay una falta de interés por parte de muchas ONG por todo el trabajo clínico que se realiza. «La atención psicosocial está muy bien trabajada, pero no se involucran en la parte clínica. Hay como una cierta aversión a los hospitales por lo que no se acercan y somos nosotr@s los que tenemos que salir en busca de voluntari@s», explica. Ahora bien, confía en que la existencia del HIVACAT pueda ayudar a mejorar esta situación.

Alianza *"Unión de personas, entidades o elementos que cooperan para alcanzar un fin común"*



Para afrontar los grandes retos es necesario sumar esfuerzos. Por eso Boehringer Ingelheim crea la Alianza, para mejorar el bienestar del paciente con VIH. Una iniciativa que abarca todas las perspectivas: Investigación, Formación, Actualidad, Solidaridad, Tratamiento y Novedades. Unas áreas que nacen desde la Alianza para ser una ayuda y un apoyo constantes en el VIH. Porque así, entre todos, podremos conseguir mejores resultados.



Alianza
Sumando Esfuerzos en VIH



El VIH es también un tema de salud sexual y reproductiva

La búsqueda de vacunas y microbicidas abre la puerta al debate sobre un modelo más integral de salud

P

ese a los programas preventivos, hombres y mujeres se siguen infectando cada día con el VIH, y las mujeres tienen cada vez más un riesgo mayor de adquirir la infección. Para entender las razones de por qué esto ocurre, es necesario empezar a abordar la prevención del VIH desde una perspectiva mucho más integral, sin limitarse a las prácticas sexuales y a la promoción del preservativo, y dentro de un modelo de salud más amplio.

En la actualidad, los mensajes de prevención de la transmisión sexual del VIH suelen centrarse en el uso del preservativo masculino del que se conoce que tiene altísimos niveles de protección, cerca del 100%. Pero pese al alto nivel de eficacia de este método de prevención y al conocimiento que tiene la población española en general de cómo usarlo y dónde adquirirlo, en este país, como en la gran mayoría de los países del mundo entero, su uso es generalmente muy reducido. Esto hace que la eficacia de esta herramienta quede reducida de forma muy significativa. El preservativo femenino es otro método disponible muy eficaz, aunque éste goza de muy poca popularidad tanto entre hombres como entre mujeres.

Esto ha llevado a que se considere la posibilidad de plantear estrategias de reducción de riesgos para la prevención del VIH que se basen en métodos preventivos con una menor eficacia pero que se adapten mejor a las necesidades de las personas. Estas estrategias podrían tener un impacto importante en la reducción de la transmisión del VIH, pues se ha mostrado que un método de prevención con una eficacia más reducida, pero usado con más frecuencia, podría permitir a medio y largo plazo reducir significativamente el número de casos de infección por VIH.

Este concepto pasa por la necesidad de ampliar la gama de herramientas preventivas actualmente disponibles y apoyar la búsqueda de productos tales como las vacunas del VIH, los microbicidas, y las estrategias de profilaxis pre- y post-exposición.

Se espera que las primeras vacunas y microbicidas tengan una eficacia parcial, es decir que no alcance un 100%. Estas intervenciones son particularmente interesantes para las mujeres en el mundo entero que tienen dificultades para negociar el uso del preservativo y requieren más alternativas que se adapten a sus necesidades en un contexto y un momento dados. Pero para que estos productos se usen y puedan ser verdaderamente efectivos, es necesario evaluar cuál será su nivel de aceptación en nuestros países y qué tipo de problemas podremos encontrar a la hora de introducirlos en nuestros modelos de prevención del VIH.

Una de las prioridades consiste en explorar las razones por las que estamos experimentando un fracaso en el uso de los preservativos (tanto masculinos como femeninos), para evitar que este fracaso se repita con estas nuevas herramientas una vez disponibles, sobre todo con los microbicidas. Esto implica, entre otros aspectos, conocer mejor las relaciones de poder entre hombres y mujeres a la hora de utilizar un método preventivo.



Otra prioridad es evaluar qué falta todavía por trabajar en el campo de la salud reproductiva para asegurar el éxito de estas nuevas herramientas. Por ejemplo, muchos de los microbicidas actualmente estudiados utilizan como sistema de aplicación mecanismos diseñados para evitar los embarazos tales como los diafragmas o los anillos vaginales (barreras cervicales). No obstante, en España, muchos de estos artilugios no se usan y es necesario estudiar qué impacto tendrá esta cuestión sobre la aceptación de este tipo de microbicidas y qué se necesita hacer para mejorarla. También es importante entender cómo la introducción de la píldora anticonceptiva provocó el abandono de otros aspectos de la salud sexual y reproductiva, como la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), para evitar que lo mismo ocurra con las vacunas y los microbicidas. En efecto, éstos también tendrán sus limitaciones y no resolverán todas las necesidades de las mujeres en términos de salud sexual y reproductiva.

De forma general, el desarrollo y la introducción de nuevos métodos preventivos representa una gran oportunidad para replantear nuestros modelos actuales e incluir la prevención del VIH dentro de una visión más integral de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Fuente:

I Jornadas sobre Prevención del VIH y Mujeres – Barcelona, 15 y 16 de diciembre de 2006.

Referencia:

El informe completo de este seminario de trabajo organizado por el Grupo Mujeres y VIH de la Red2002 con el apoyo del Instituto Catalán de la Mujer y el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, estará próximamente disponible en: www.red2002.org.es.

ENTREVISTA A Carles Campuzano

Carles Campuzano es Diputado del grupo de Convergencia i Unió y miembro de la Comisión Parlamentaria de Cooperación Internacional. Desde hace algún tiempo, Carles se ha mostrado muy activo en abogar por una mayor implicación del Estado en la lucha mundial contra el VIH y, especialmente, por el incremento de las aportaciones españolas a iniciativas internacionales que trabajan en la I+D en vacunas preventivas. Ésta es la primera de una serie de entrevistas a políticos españoles comprometidos en la respuesta mundial frente a la pandemia del VIH/SIDA.



LO + POSITIVO : ¿Cuáles son tus conoci- mientos sobre la infec- ción por VIH/SIDA y las vacunas preventivas para combatirla?

Mi conocimiento es el de alguien de una generación que con 20 o 21 años, empieza a oír hablar de la amenaza de un virus, un

virus que se estaba extendiendo rápidamente, principalmente por transmisión sexual y parenteral y que afectaba a personas usuarias de drogas; el (conocimiento) de una persona que a medida que va creciendo, durante los años ochenta, observa que esta amenaza se convierte en una realidad que acaba afectando a centenares de miles de personas y supone un cambio de costumbres de la población. Observo que debido al esfuerzo del gobierno, las industrias, activistas y a la medicina, la pandemia se empieza a controlar (hará unos 10 años), y que en la perfección de la opinión pública, el SIDA, hoy en día no es la misma amenaza de aquellos años.

L+P: ¿Qué piensas del gran impacto que tiene la pandemia en países en desarrollo? ¿Por qué piensas que la pobreza –estancamiento socioeconómico– es un factor que contribuye a una mayor incidencia de la enfermedad en estas sociedades?

Pienso que en países donde las infraestructuras de salud son frágiles, arcaicas, o hasta inexistentes; países donde no existe la capacidad de impulsar estilos de vida y de conducta diferentes, que permitan responder ante los riesgos asociados con el VIH; donde el nivel de compromiso de los poderes públicos para la lucha contra el SIDA son escasos (incluso vemos países donde las autoridades niegan la existencia de la pandemia); es allí, principalmente países donde hay pobreza y un Estado débil, donde el VIH tiene más capacidad de extenderse y convertirse en una realidad peligrosa.

L+P: ¿Qué papel tienen que jugar, pues, los países industrializados?

Tienen que tener una responsabilidad de carácter ético, pienso que no podemos ser indiferentes al hecho de que al lado de nuestra casa miles de personas se infectan y mueren cada día a causa del VIH. Pero, además, desde una concepción amplia de lo que entendemos por seguridad, es imprescindible controlar la expansión del SIDA: si queremos que el mundo occidental sea mucho más seguro, necesitamos también que pandemias como el SIDA sean erradicadas de los países pobres.

L+P: ¿Qué piensas de la política mundial para combatir el VIH/SIDA? ¿Y de las organizaciones internacionales, gobiernos, ONG y otros actores que trabajan en este campo?

En los últimos años, la comunidad internacional ha tenido iniciativas muy importantes para movilizar recursos económicos, financieros, materiales, humanos, etc., para generar políticas públicas en los países pobres para luchar contra el VIH. Seguramente el Fondo Global sea el ejemplo más emblemático, pero existen otras iniciativas para la investigación de la vacuna del SIDA como es el caso de IAVI; por lo tanto, existe una fuerte movilización internacional. ¿Es suficiente? Seguramente no, aún falta mucho camino por hacer, y solamente hace falta observar los indicadores que demuestran el aumento del impacto de la pandemia.

L+P: ¿Y qué impresión te merece la Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el SIDA (IAVI)?

Bueno, IAVI es una iniciativa internacional que combina un par de cosas que son relevantes: una es la alianza entre gobiernos, industria y organizaciones sin ánimo de lucro, sin la implicación de estos actores no es posible hacer frente a ninguno de los problemas que tiene hoy la humanidad; la otra es el hecho de que no solamente es un proyecto de investigación científica en laboratorios, sino que también va acompañado de procesos para fortalecer las capacidades de los países donde actúa, en materia de salud en general y, de forma específica, en materia de prevención del VIH. Por lo tanto, esta organización contiene elementos –alianza público-privada, presencia en los países pobres, capacitación de los gobiernos y de las sociedades de estos países– suficientemente interesantes para que tanto a escala catalana como a escala española se le dé apoyo.

L+P: Siendo los resultados de la política escasos (por el avance de infectad@s y muert@s por VIH/SIDA), ¿crees que el actual modelo de desarrollo es el adecuado para combatir la pandemia?

A ver, pienso que sin la participación del sector privado (en alianza con el sector público) los problemas de salud no tienen solución, y por lo tanto lo que es necesario es establecer alianzas con el sector privado, para que este sector movilice recursos para luchar contra las pandemias, para que movilice talentos y capacidades de investigaciones y para que vea también como una oportunidad para su negocio, la capacidad de los países empobrecidos para cubrir sus necesidades en materia de salud. Otra cosa es que la principal responsabilidad tiene que recaer en los gobiernos de estos países, y que las políticas de cooperación tienen que priorizar el fortalecimiento de sus sistemas nacionales de salud. Y esto pasa por abrir otras discusiones, por ejemplo, relacionadas con la inmigración: ¿tiene sentido que países africanos exporten medic@s a los países

industrializados y que al mismo tiempo las políticas de cooperación al desarrollo intenten fortalecer estos sistemas? Esto es la fuga de cerebros, y sería interesante, como digo, abrir debates en esta dirección.

L+P: ¿Qué papel tendría que jugar el Estado español en el mismo sentido? ¿Crees que es suficiente el trabajo que ha realizado hasta el momento?

El Estado español está incrementando de manera muy sustancial los recursos de la cooperación, y este incremento también se refleja en sus aportaciones multilaterales al sistema de las Naciones Unidas u otras, que intentan acabar con este drama que es el VIH. Mi idea es que no sólo se trata de poner más dinero, sino que se trata de tener una política; y mi sensación es que el Gobierno incrementa sus aportaciones, pero que no tiene una política, no pone este dinero al servicio de unos objetivos, de unas ideas, de un proceso de implicación de la cooperación española a las estrategias mundiales para hacer frente a la pandemia. Ésta es la cuestión, no se trata de dar más dinero, que bienvenido sea, sino que este dinero responda a una

cierta idea de qué hacer con él, y por lo tanto, un mayor activismo del Gobierno español en el seno de los organismos multilaterales, una capacidad propositiva, una capacidad de implicar al sistema de investigación español, de la industria, de los profesionales, de los activistas en la respuesta frente al VIH.

L+P: ¿Hay posibilidades, a través de acciones parlamentarias, de moldear la política de cooperación española y mejorar su incidencia en esta respuesta común?

Sí, yo creo que el Parlamento tiene la función clara de control sobre la acción del Gobierno, se pueden usar los instrumentos parlamentarios para moldear la política de cooperación. Por ejemplo, nuestro grupo ha realizado enmiendas al Plan Anual de la Cooperación Internacional 2007 para que este documento incorpore un compromiso de apoyo a las iniciativas para la investigación de vacunas preventivas contra el VIH/SIDA. Esto tiene el valor de comprometer al Gobierno en avanzar en una determinada dirección. Por lo tanto, el Parlamento tiene un peso, tiene una responsabilidad, que acaba marcando las políticas del Gobierno.

en la web

Te ofrecemos una nueva selección de sitios web con información completa y variada en español sobre VIH/SIDA, su prevención, sus tratamientos y otros aspectos relacionados como información y activismo tanto de organizaciones españolas como de asociaciones comunitarias y gubernamentales de América Latina.

www.observatorio.red2002.org.es

Espacio web del Grupo de Derechos Humanos y VIH/SIDA, una iniciativa surgida en el seno de la Red2002, una red de individuos y asociaciones dedicada al activismo en VIH. Esta página está pensada como un observatorio desde el cual poner de manifiesto las violaciones de los derechos humanos en España relacionadas con el VIH/SIDA. Por otra parte, se dan a conocer las noticias más relevantes relacionadas con los derechos humanos y el VIH y en general, tratan de dar visibilidad a los casos de discriminación que sufren las personas que viven con VIH/SIDA. Para las personas que viven en España y consideran que han sido objeto de algún tipo de discriminación relacionado con el VIH/SIDA, en este sitio tienen la oportunidad de consultar su caso y, si lo consideran oportuno, hacerlo público y visible, tal y como aparecen otros testimonios de casos. Asimismo, cuenta con un mapa de recursos de oficinas de antidiscriminación en España, material documental, enlaces, noticias, campañas, etc.

<http://www.icwlatina.org/>

Portal web de la organización internacional ICW (Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA, en sus siglas en inglés), sección América Latina. Ésta es la única red internacional dirigida e integrada por mujeres que viven con VIH. Dentro de sus objetivos está el promover la participación de las mujeres con VIH en los espacios donde se debaten las políticas públicas y se toman las decisiones que influyen en la vida de miles de personas que conviven con el virus. En su web podrás encontrar información relativa a su declaración de intenciones, su plan estratégico 2004-2008, una sección de biblioteca en la que se dispone de informes, documentos, publicaciones y otros. Asimismo, cuentan con un apartado sobre los proyectos regionales que están llevando a cabo, una agenda regional de actividades en América Latina y las diferentes asociaciones internacionales que apoyan este proyecto.

www.globalsida.org/esp/000.html

Es el sitio web de GlobalSIDA: Acción contra el SIDA, una asociación española que trabaja para contribuir en frenar la expansión de la pandemia de VIH/SIDA. GlobalSIDA impulsa y coordina Tenemos SIDA un movimiento social cuyo objetivo es sensibilizar, motivar la participación de la ciudadanía e influir en los órganos de decisión para lograr una respuesta eficaz contra el VIH/SIDA en los países del Sur. Encontrarás información relativa al impacto del VIH/SIDA en el mundo, boletines, memorias, posicionamiento de GlobalSIDA ante el proyecto del Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008, etc. Además de otras informaciones como noticias, agenda, documentación básica del VIH/SIDA, etc.

www.gcth-sida.org/

Sitio web del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y el Caribe en VIH/SIDA (GCTH). Es una iniciativa de los Programas Gubernamentales para el Control y la Prevención del SIDA de 21 países de la región. Las principales actividades son la de compartir las capacidades de cada país por medio de la discusión e intercambio de información sobre las experiencias, de la región en las áreas de la prevención, atención y gestión y la promoción de la articulación política y la participación en distintas instancias internacionales. En este sitio puedes consultar diferentes documentos y publicaciones, costes de los antirretrovirales, consulta sobre acceso universal a prevención, asistencia y tratamiento en VIH/SIDA. Además de información sobre las distintas redes comunitarias y otros temas de interés.

ÀMBIT prevenció

ÀMBIT prevenció es una asociación sin ánimo de lucro y de alcance estatal que tiene como objetivo principal la prevención y asistencia en drogodependencias y SIDA.

Desde nuestros inicios hasta la actualidad, una inquietud profesional y una mentalidad abierta nos han permitido desarrollar y crear nuevos proyectos en Barcelona y comarca, con el soporte económico de administraciones y entidades locales, autonómicas y estatales. Ya sea a escala comunitaria o en colectivos específicos, nuestro esfuerzo siempre se ha basado en trabajar de acuerdo con la realidad que nos rodea, realizando programas que nos permitan un contacto directo con las personas que sufren situaciones de exclusión y marginación.

Influenciados por el impacto del SIDA en la sociedad y por la voluntad de disminuir la estigmatización entre nuestr@s usuarios y usuarias, l@s hemos convertido en protagonistas y hemos hecho de la flexibilidad, el acercamiento y la educación los pilares de nuestra intervención.

Cada área de trabajo comprende diferentes programas:

- Área de jóvenes: la reducción de riesgos comienza en los jóvenes.
- Área de reducción de daños: minimizar las consecuencias del consumo.
- Área de trabajo sexual y salud: la prevención como un derecho.
- Área de atención a personas afectadas por VIH/SIDA: prevención y atención a través del diálogo.
- Área de formación y de inserción social: el trabajo como motivación para el cambio.

Puedes encontrarnos en:

c./ Aribau, 154, 3º
08036 Barcelona
Tel.: 93 237 13 76
Fax: 93 218 13 79
e-mail: ambitp@interbook.net

oenegés

Éstas son algunas de las entidades del Estado español que trabajan para las personas que viven con VIH

ARABA: Vitoria–Gasteiz: GAITASUNA 945289115 C.C.ANTI–SIDA 945257766 **ALICANTE:** CIPS 965240563 DECIDE–T 600968210 **Benidorm:** AMIGOS 966804444 **ALMERÍA:** COLEGA 950276540 **ASTURIAS:** Gijón: C.C. ANTI–SIDA 985338832 **Oviedo:** XEGA 985224029 **BADAJOS:** PLATAFORMA DIVERSIDAD 924259358 **BALEARS:** Mallorca: BEN AMICS 971723058 ALAS 971715566 **BARCELONA:** ACAS CATALUNYA 933170505 ACTUA 934185000 CREACIÓN POSITIVA 934314548 COORDINADORA GAI–LESBIANA 932980029 GAIS POSITIUS 932980642. GTT 932080845 P.A.I.T 934240400 PROJECTE DELS NOMS 933182056 RED2002 932080685 SIDA–STUDI 932681484 **Granollers:** AUMMO 615681422 **Sabadell:** ACTUA VALLÈS 937271900 **BIZKAIA:** Bermeo: TXO–HIESA 9446179171 **Bilbo:** Bizi Maitea 944470536 T–4 944221240 Hegoak: 944701013 Itxarobide: 944449250 **BURGOS:** C.C.ANTI–SIDA 947240277 **CÁDIZ:** A.ANTI–SIDA 654580206 ARCADIA CÁDIZ 965212200 **Algeciras:** C.C.ANTI–SIDA 956634828 **La Línea:** C.C.ANTI–SIDA 956237146 **Arcos de la Frontera:** GIRASOL 956717063 **CÁCERES:** C.C.ANTI–SIDA 927227613 **CASTELLÓN:** A.C.CONTRA EL SIDA (CASDA) 964213106 **CÓRDOBA:** COLEGA 957492779 CONVIHDA 957430392 PREVENCIÓN Y SOLIDARIDAD DEL SIDA 957430392 **A CORUÑA:** C.C.ANTI–SIDA 981144151 **Santiago de Compostela:** C.C.ANTI–SIDA 981573401 **Ferrol:** Lazos 981350777 **GIRONA:** ACAS Girona 972219282 ACAS Olot 972272136 ACAS Figueres 972672167 ACAS Sant Feliu de Guixols 972324005 **GRANADA:** AVALON 958210200 AYUDA–SIDA 685559034 COLEGA 958263853 NOS 958200602 **GUIPÚZKOA:** San Sebastián–Donosti: A.C.ANTI–SIDA 943290722 HARRI BELTZA OIARTZUN 943493544 **Mondragón–Arrasate:** HIES–BERRI 943792699 **HUELVA:**

COLEGA 959284955 **HUESCA:** Vihvir 676099749 **JAÉN:** COLEGA 953222662 **LANZAROTE:** FARO POSITIVO 928801793 **LAS PALMAS:** Las Palmas de Gran Canaria: AMIGOS CONTRA EL SIDA 928149969 **LLEIDA:** A.ANTI–SIDA 973221212 **LEÓN:** C.C.ANTI–SIDA 987235634 **Ponferrada:** ASOCIACIÓN CARACOL 987402551 **LOGROÑO:** C.C.ANTI–SIDA 941255550 **LUGO:** C.C.ANTI–SIDA 982263098 **MADRID:** APOYO POSITIVO 913581444 COGAM GAYINFORM 915230070 COLEGA 915211174 FIT 915912019 SERPOSITIVAS 917987714 UNIVERSIDA 913143233 **MÁLAGA:** A.C.ANTI–SIDA (ASIMA) 952601780 COLEGA 952223964 **MURCIA:** C.C.ANTI–SIDA 968298831 FUNDACIÓN CONTRA EL SIDA 968904001 **Cartagena:** C.C.ANTI–SIDA 968521841 **La Albatalla:** AMUVIH 626029002 **OURENSE:** C.C.ANTI–SIDA 988233000 **PALENCIA:** C.C.ANTI–SIDA 979749451 **PAMPLONA:** C.C.ANTI–SIDA 948212257 SARE 948177244 **PONTEVEDRA:** Vilagarcía Arousa: 986508901 **SALAMANCA:** C.C.ANTI–SIDA 923219279 **SANTANDER:** A.C.CÁNTABRA ANTI–SIDA 942313232 **SEVILLA:** ADHARA 687245264 COLEGA 954501377 **COLEGA Morón:** 637169671 **Federación Andaluza Colegas:** 902118982 **TENERIFE:** UNAPRO 901512035 **La Palma:** INFO/SIDA 922402538 **VALENCIA:** COL·LECTIU LAMBDA 963912084 AVACOS 963342027 C.C.ANTI–SIDA COMUNIDAD VALENCIANA: OFICINAS Y NAIF 963920153 CENTRO DE DÍA EL FARO 963910254 CENTRO CALOR Y CAFÉ 605921206 **Gandia:** SERVICIO INFORMACIÓN Y AYUDA AL/LA INFECTAD@ 962877371 **VALLADOLID:** C.C.ANTI–SIDA 983358948 **ZAMORA:** C.C.ANTI–SIDA 980534382 **ZARAGOZA:** C.C.ANTI–SIDA 976438135 **IBERAIDS** 976201686 LYGA 976395577 OmSIDA 976201642.

Si quieres actualizar los datos o incluir una organización nueva, manda un fax al 932 070 063 o un correo a contact@gtt-vih.org

Ref: 639

Chico de 41 años, indetectable, bien físicamente, alto, fuerte, normal. Me gustaría conocer a chico joven: +/- hasta 35 años, preferentemente de Barcelona; majete por dentro y por fuera, sencillo, sin malos rollos.

Ref: 640

Kike, 33 años, VIH+ sin tratamiento. Me gusta tocar la guitarra y reírme. Quisiera cartearme con chicas para amistad o lo que surja, pues me encuentro solo. Contestaré. A Coruña.

Ref: 641

Chico 35 años, con buena salud. Me encantaría conocer a chicas de Palencia, Burgos o Valladolid. Pongo mi móvil (buzón de correo) por seguridad. 653558497. E-mail: castilla401@hotmail.com

Ref: 642

Josep, 48 años, VIH+ asintomático, rico, economista, plurilingüe. 1,90m, 92kg. Barcelona. Busca chica VIH+, asintomática, necesitada, fértil, plurilingüe, hijos, familia. E-mail: jcsjscar-do@hotmail.com

Ref: 643

William, 44 años, heterosexual, VIH+, sano, sin tratamiento, 1,80m, 78kg. Busco hablar con mujeres españolas, con fines de amistad. Soy agradable. E-mail: wcardona2@hotmail.com. Colombia.

Ref: 644

Daniel, 32 años, de León, me gustaría tener una amistad o lo que surja con chicas de León y alrededores. Me gusta el buen rollo y la sinceridad.

Ref: 645

Juan Jesús, 42 años, 1,70m y 70kg, VHC+. Busco chica para amistad y posible relación estable. Sin drogas, ni alcohol, sinceridad sobre todo. Vivo solo, con independencia. Contesto a todas. Valencia

Ref: 646

Jesús, 39 años, VIH+, indetectable. Me gusta la literatura y la naturaleza. Me quedan cinco meses para estar en libertad y me gustaría cartearme con chicos que lleven vida sana, a ser posible de Lleida o Barcelona, contesto a todos. Un saludo.

Ref: 647

Tengo 53 años, soy atractiva, actual, independiente y con ganas de vivir sin tener que dar explicaciones. Quisiera conocer a alguien para hablar, compartir buenos momentos y recuperar el tiempo perdido. E-mail: Stoyviva52-@hotmail.com

Ref: 648

Varón de 42 años, VIH, atractivo, viril, versátil. En perfecto estado físico, deseo contacto (abierto a todo) con chicos hasta 50 años de igual características. Gente seria de toda España.

Ref: 649

Gabriel, 45 años, 1,70m, cabellos con canas atractivas, heterosexual. Me interesa una relación seria, sin vicios. Busco cariño y sé corresponder. Soy caballero.

Ref: 650

Luis, 60 años, prejubilado, VIH+, indetectable. He superado una gran depresión y me gustaría rehacer mi vida con hombres en situación y características similares. Preferiblemente de Madrid y alrededores. E-mail: marxmatga@yahoo.es

Ref: 651

Ricardo, gay, VIH+, 36 años, busco novio versátil o activo de 28 a 40 años, que le guste bailar, para relación estable. Solo de Madrid o alrededores. E-mail: busconovio2007@yahoo.es

Ref: 652

Chico, 41 años, gay, VIH+, pasivo. Busco pareja con la que compartir momentos de felicidad y amor, me encuentro muy solo. Valoro la amistad y el respeto. Soy de Madrid.

Ref: 653

Chico de 29 años, 1,80m. Busco a chica para relación seria, con ganas de formar una familia. También busco a chicas sinceras y cariñosas de 25 a 32 años sólo para relaciones esporádicas. Estoy en la prisión de Pamplona.

Ref: 654

Chico en prisión desearía mantener correspondencia con chicas de 25 a 30 años para mantener amistad.

Ref: 655

Marcelo, 43 años, VIH+, 1,78m, 80kg, cariñoso, bien educado. Busco a mujer para compartir mi vida. Castilla y León.

Ref: 656

Chico gay, 45 años, VIH+. Busco a persona similar para iniciar una buena amistad y a ser posible una relación de pareja, basada en el afecto y respeto mutuo. Granada y zonas cercanas. E-mail: andresfcoms@hotmail.com

Ref: 657

Oscar, 25 años, heterosexual, alto, moreno y dicen que guapo. Me gustaría mantener correspondencia para amistad y relación. Palma de Mallorca. E-mail: eldiamaslargodemivida@hotmail.com

Ref: 658

Javier, 39 años, VIH+, asintomático e indetectable. Me gustaría encontrar amigos en Madrid. E-mail: chico-prie@hotmail.com

Ref: 659

Chico VIH+, en tratamiento. Quisiera tener contactos con gente como yo, para intercambiar ideas. E-mail: arleybetancur@hotmail.com

Ref: 660

Paula, 28 años, rubia, 1,70m, atractiva, cariñosa, amante de las locuras. Quisiera contactar con chico de 27 a 34 años, leal, respetuoso y divertido. Algun@s me definen como transexual, yo me defino PAULA. E-mail: paulamusica@hotmail.com

Ref: 661

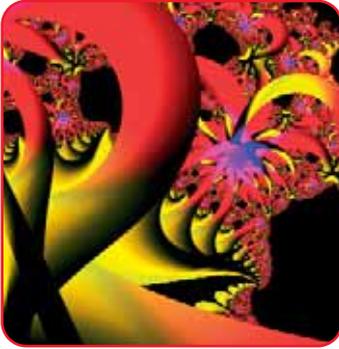
Joaquín, 35 años, VIH+, dicen que soy guapo. Me gusta charlar, la música, el cine, la naturaleza, el mar. Me gustaría conocer chicas de más de 30 años para compartir momentos. Tenerife contestaré.

Ref: 662

Jorge, 32 años, VIH y VHC+. Me gustaría conocer a chicas de 22 a 35 años, que me ayuden a no sentirme tan solo. Barcelona.

Aprende

Aprender es un deseo cuya consecución tiene utilidad. Aprendemos para comprender, manejar, tener control, aceptar, modificar y construir. Lo que se aprende sirve para tomar decisiones, y en VIH hay hacerlo con frecuencia.



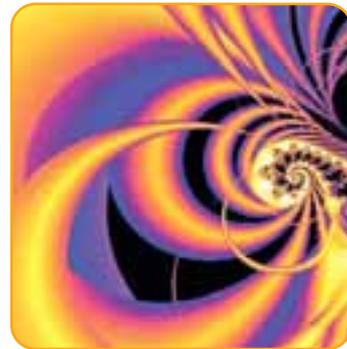
Actualízate

El conocimiento sobre el VIH evoluciona con rapidez. Distinguir lo principal de lo accesorio, dejar atrás visiones ya caducas o incorporar otras innovadoras cuando se han consolidado te puede ser útil para gestionar tu salud o ayudar a otros a hacerlo.

Nueva Web
www.gtt-vih.org
¡Visítala!

Participa

Cuéntanos cómo has llegado hasta aquí, cuál es la narración de tu vida, cómo la llevas ahora y qué planes de futuro tienes: alegrías y tristezas, pérdidas y ganancias, aprendizajes y decepciones. Nos interesa.



Consúltanos

Puedes hacernos preguntas sobre el VIH, las enfermedades relacionadas, las hepatitis, los tratamientos disponibles y en desarrollo. También puedes leer las preguntas más frecuentes que hacen las personas que usan este servicio.