

LO+POSITIVO

Núm.41 • Otoño 2008

Publicación gratuita sobre la infección por VIH



México 2008
Acción Universal ¡ya!



Además:
Di sí a la vida • Transmisión intranasal del VHC • Nuevos fármacos



opina

4 ¿Qué pasa en la sanidad madrileña? y Los excesos de las conferencias
 5 Denuncia al rechazo y Mi visión del VIH 6 Una vida por hacer y De nuevo desde la prisión de Zuera 7 Homenaje a Esther Inés

en persona

8 México 2008 9 Resumen de la epidemia del sida en América Latina y el Caribe y Panamá: Ariel Muñoz y Milton Muñoz 13 Argentina: Federico Parodi 15 Bolivia: Gracia Violeta Ross 19 El Salvador: Jaime Argueta 22 Honduras: José Zambrano 24 Puerto Rico: Moisés Agosto 26 México: Rafael Manrique 27 Chile: Víctor Hugo Robles 32 República Dominicana: Yodarkis Moya y Felicia Araujo

postales desde México

34 La declaración suiza 35 Juntos mejor 36 Mujeres en México 37 Riesgo cardiovascular de abacavir: el debate continúa 38 Coinfección por VIH y hepatitis virales 39 Nuevo comprimido de Norvir® que no necesita refrigeración y La conferencia en internet 41 Cuestiones básicas sobre la vacuna del VIH

cuidarse

42 Di sí a la vida 43 Cardo mariano en la coinfección por VIH y VHC 44 VIH, dentistas, miedo y estigma 45 Transmisión intranasal del virus de la hepatitis C

a ciencia cierta

46 Nuevos fármacos 49 Última hora: Nevirapina una vez al día y Europa amplía la indicación de darunavir

al detalle

50 El tratamiento reparador de la lipoatrofia facial gratuito en toda España 51 España aumentará su aportación a la lucha mundial contra el sida 53 In memoriam 54 ConTacto 56 UNAPRO y listado de ONG



Miembro del Grupo Iberoamericano de Publicaciones sobre el VIH

EL EQUIPO DE LO+POSITIVO SOMOS: Georgina Fabrés, Jaime Fabrés, Xavier Franquet, Juanse Hernández, Francisc Martínez, William Mejías, Pedro Pérez, Jordi Piqué, Bárbara Simó, Miguel Vázquez EN ESTE NÚMERO HAN COLABORADO: C.A. Biendicho, Paul Cummings, Raquel Lavado, Víctor Mendiola, Montserrat Moliner 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 contacta con: REDACCIÓN: C/Sardenya, 259 3º 1ª 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: Gràfiques Cuscó www.grafiquescusco.com Depósito Legal: B-40431-97 CON EL PATROCINIO DE: Laboratorios Abbott, Boehringer Ingelheim, Gilead Sciences, GlaxoSmithKline, Janssen-Cilag, Merck Sharp & Dohme, Pfizer, Productos Roche, Schering-Plough CON LA COLABORACIÓN DE: Generalitat de Catalunya, Ministerio de Sanidad y Consumo, Àrees de Salut Pública i Consum i Benestar Social de la Diputació de Barcelona, AccorServices y Paco Rabanne Parfums. LO+POSITIVO no necesariamente comparte el contenido de los artículos firmados.

La información científica tiene una validez de tres meses.

Acción universal ¡ya!

El pasado mes de agosto, se celebró en Ciudad de México la XVII Conferencia Internacional del Sida (CIS), una de las citas más multitudinarias en la agenda del VIH. Bajo el lema *Acción Universal ¡Ya!*, casi 25.000 personas se dieron cita en la capital mexicana para mostrar al mundo que, en la respuesta a la pandemia del VIH, no valen paños calientes.

Pocos días antes de la conferencia, ONUSIDA dio a conocer la situación mundial de la epidemia a través de su informe anual: en 2007, treinta y tres millones de personas vivían con VIH/sida, dos millones fallecieron a causa del sida y 2,7 millones se infectaron por VIH. A todas luces, estas cifras continúan siendo inaceptables.

Muchos y muchas activistas de América Latina y el Caribe habían depositados sus esperanzas en esta conferencia, aunque no exentos de ciertos reparos y una pizca de escepticismo respecto al impacto real que pudiera tener este macroevento mundial sobre ambas regiones. Y no era para menos: era la primera vez que un acontecimiento de tal calado se desarrollaba en un país latino.

La historia del VIH en Latinoamérica y el Caribe ha estado marcada desde sus inicios por el estigma y la discriminación. La mayoría de los gobiernos no fueron capaces de implementar políticas valientes que superaran los obstáculos impuestos por sociedades conservadoras y que salvaguardaran los derechos de las personas con VIH. Como consecuencia, el estigma sigue siendo en América Latina un mal endémico que campa a sus anchas y la situación de la epidemia, una emergencia en la región.

Sin embargo, los organismos internacionales y las potencias mundiales no consideran tal situación de emergencia, si se comparan los datos epidemiológicos con otras regiones con mayores índices de prevalencia e incidencia. Los estadistas se basan en datos macroeconómicos, muchas veces maquillados, que engloban a la región como un todo bajo el epígrafe de países de renta media y, por tanto, las acciones de ayuda internacionales se derivan, principalmente, a las regiones más necesitadas. La realidad de cada país, de cada pueblo y de cada persona está muy alejada de las grandes cifras. Por ejemplo, mientras que en Europa y otros países ricos luchamos por mejorar aún más nuestra calidad de vida y los servicios sociosanitarios y disponer de los fármacos de última generación, en América Latina y el Caribe todavía continúan

reclamando algo tan elemental y básico como el acceso universal al tratamiento, la atención sanitaria, el refuerzo de la prevención y políticas frente al estigma y la discriminación de las personas con VIH.

La Conferencia de México no se recordará por los grandes avances científicos en el campo del VIH. Hubo, una vez más, muchas promesas, buena voluntad y algunos compromisos, como el anuncio de la vicepresidenta primera, María Teresa Fernández de la Vega, de que España aportará 10,2 millones de euros a ONUSIDA y más de 460 millones de euros al Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria para el periodo 2008-2012. Es de agradecer que, en tiempos de recesión económica mundial, algunos gobiernos sigan apostando por políticas sociales y de cooperación internacional. No obstante, de España se esperaba un compromiso similar, o incluso mayor, desde hacía ya tiempo. Aunque tarde, la sociedad civil organizada, que llevamos mucho tiempo tratando de transmitir a nuestra clase política la importancia de incrementar la ayuda económica contra el sida en relación con el producto nacional bruto del país, aplaudimos la iniciativa. Todavía estamos algo lejos de alcanzar este objetivo, pero, poco a poco, nos vamos aproximando.

También durante la Conferencia, el ministro de Sanidad y Consumo, Bernat Soria, anunció que el tratamiento reparador de la lipoatrofia facial asociada al VIH será gratuito en España, una medida de la que se beneficiarán unas 14.000 personas. La inclusión de la reparación facial en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud ha sido otra de las reivindicaciones que la sociedad civil organizada ha reclamado con más insistencia a lo largo de estos años. La implantación de esta medida, que no incluye, por ahora, la cobertura de la lipohipertrofia (acumulación de grasa en determinadas zonas), no será un camino fácil. El movimiento asociativo seguirá el proceso muy de cerca, para asegurar que se cumple el mandato del Gobierno y que en todas las comunidades se ofrece esta prestación en las mismas condiciones.

La próxima conferencia mundial se celebrará en Viena (Austria) en 2010. Hasta entonces, la comunidad internacional velará por que las buenas palabras, las grandes declaraciones y los compromisos tibios adoptados en México se traduzcan en acciones concretas capaces de generar cambios en la respuesta al VIH/sida.

¿Qué pasa en la sanidad madrileña?

En mayo de este año, un grupo de ONG de VIH/sida de la Comunidad de Madrid, secundadas por numerosas asociaciones de ámbito estatal y otras comunidades autónomas, hizo público un comunicado de protesta ante la situación a la que el gobierno de Esperanza Aguirre y el consejero del área, Juan José Güemes, están llevando a la sanidad madrileña.

Las ONG firmantes protestaban por la supresión de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación y del Instituto de Salud Pública, así como por la consiguiente fragmentación de sus competencias. En sintonía con las denuncias de los profesionales de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, el comunicado resaltaba que estas medidas van en detrimento de "una visión más integral y social de la salud".

En particular, se destacaba que la política sanitaria del gobierno conservador "implica un riesgo para las estrategias comunitarias de prevención de la transmisión del VIH, de lucha contra la discriminación y de atención integral de las personas afectadas, tanto aquéllas que dependen directamente de la Administración como las que se llevan a cabo de manera conjunta entre ONG y Administración".

La situación no parece haber mejorado en estos meses. Alberto Martín, vocal de la Oficina Regional de Sida de Madrid y miembro del Colectivo de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales de la capital (COGAM), ha denunciado recientemente que, del presupuesto total dedicado por la Administración autonómica a combatir la enfermedad, "sólo un 1,19% se destina a prevención y promoción de la salud, y nada (0%) a atender los aspectos sociales derivados de la infección, quedando un plan que, en la práctica, es sólo sanitario".

Se calcula que casi la cuarta parte de las personas con VIH de España viven en Madrid. Además, esta comunidad se encuentra a la cabeza en casos de sida acumulados desde el inicio de la epidemia y presenta un alarmante retraso en el diagnóstico del VIH. Y, pese a ello, la Administración aún no ha elaborado un nuevo Plan de Actuaciones frente al VIH/sida (el anterior, que continúa sin evaluarse, expiró en 2007).



"La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid –reclama Martín– debe recapacitar sobre la inadecuada e insuficiente respuesta que está dando a la infección por VIH, a los aspectos sociales derivados de la infección y al apoyo a las ONG que llegamos a las poblaciones de difícil acceso".

No sabemos si la privatización de la sanidad pública madrileña se encuentra entre las prioridades del gobierno de Aguirre, pero lo que es seguro es que tanto la prevención del VIH como la atención de las personas que viven con el virus figuran en los últimos puestos de la lista.

Los excesos de las conferencias

La foto adjunta se tomó en el área de exposición del Centro Banamex, horas antes de la clausura de la Conferencia de México 2008.

Las conferencias internacionales son un formidable punto de encuentro, un espacio único de intercambio y difusión de conocimientos pero, ¿es aceptable que el fluir de la información se convierta en despilfarro?

¿Cuántos tratamientos se hubieran podido costear en países en desarrollo con la ingente cantidad de material que se despedició?



Redacción

Denuncia al rechazo

Tengo 44 años, y ahora vivo en Barcelona. He pasado una mala época; han sido cuatro largos años, en los que, después de la enfermedad y muerte de mi compañera sentimental por una terrible cirrosis, me quedé solo y me derrumbé.

No tenía ganas de vivir, sino más bien de morirme. Sin fuerzas para seguir luchando, me abandoné. Me desconecté de todo, de todas las otras personas e incluso de la realidad: es decir, perdí el mundo de vista. Dejé mi tratamiento antirretroviral y volví a tomar drogas. Destruirme era mi único objetivo, y eso no me llevó a nada; bueno sí, a una profunda depresión, de la cual no sabía cómo ni si quería salir. Mis defensas se vieron afectadas debido a la mala vida, a no cuidarme y no quererme.

Con la ayuda incondicional de una gente estupenda, he conectado de nuevo con esas pequeñas cosas que te ayudan a seguir. He recuperado otra vez las ganas de vivir, ese don tan preciado que muchas veces olvidamos o no valoramos. Digamos que he retomado la normalidad, he vuelto al mundo laboral, al control trimestral de mis analíticas y también a tomar la medicación.

Con todo, tengo que denunciar que siento decepción. Me esperaba que durante este tiempo las cosas hubieran cambiado un poco respecto al rechazo social, pero me doy cuenta de que el tema sigue siendo "tabú". Mucha gente le sigue teniendo miedo a esta enfermedad llamada sida. Miedo que, simplemente, lleva a criticar sin poder aceptar y a rechazar sin querer comprender. Debido a la ignorancia, intentamos apartar lo que nos asusta de nosotros y de nuestra gente. Pensaba que esa posición tan retorcida, criticable en definitiva, inhumana, habría evolucionado un poco más hacia la tolerancia y el respeto.

Aprovecho, así, estas líneas para poder denunciarlo en esta revista y saludar a todas las personas que la leen.

Un abrazo de Agustí

Mi visión del VIH

Cuando descubrí mi seropositividad, conocida diez años atrás, vivía intentando subir un muro sin fin, agrietado en su base, encrespado en altura. Cuando la palabra VIH entró en mi cerebro, inundó los ladrillos de la tapia y sumergió la cordada en el caos más profundo jamás vivido. De vez en cuando, salía a respirar para hacer un reintento de llegar, pero el aire duraba poco y me asfixiaba. Pronto, los pulmones se encharcaban. Muros, agua... Había que soltar el tapón y tirar el muro.

No sabía ni el significado de las siglas VIH: virus de la inmunodeficiencia humana. Virus viene del latín "virus", y su significado es terrorífico: veneno. Otros significados acordes a su condición, humor maligno, son sinónimos de mi situación pasada. La palabra virus significó, originariamente, la sustancia capaz de transmitir una enfermedad. "Inmunodeficiencia" es una palabra compuesta: "inmuno", del latín "inmunis", significa libre, exento, no atacable por ciertas enfermedades, y "deficiencia", del latín "deficientia", defecto o imperfección. En conjunto, situación clínica en la que existe una susceptibilidad aumentada a la infección; para entendernos, bajo defensas y atacable por enfermedades oportunistas. Humana era la única palabra conocida en mi vocabulario, aunque ello no significa entendida...

Durante muchos años, esto era lo que sabía de mi colega "VIH". Con el tiempo, la experiencia vivida me hizo cambiar su significado por "Vida Interior Humana", que surgió después de un sinfín de situaciones nefastas en aquella época. Yonquí durante muchos años, seropositivo después, tóxico de la Seguridad Social más tarde. Y cuando más perdido estaba (muerto en vida, preso, enfermo terminal), aparecieron y volvieron a mí personas que me iniciaron en este juego. Generalmente, los pensamientos reflexivos llegan después de contradicciones internas y de buscar explicación a cosas que no entiendes, para dar sentido a lo externo: buscar la "Vida Interior Humana". Desde entonces, me he convertido en un buscador de algo que todavía no encontré, pero gracias a las siglas malditas, empecé a buscar la manera de ensamblar varias palabras, de acoplarlas a mi vida, a mi historia: Dignidad, Humanidad, Solidaridad. Y sigo buscando...

Esto, para mí, es la visibilidad, ver lo invisible, tocar lo intocable, soñar lo insoñable; en definitiva, leer el alma de las personas, entrar en ella con tus propias claves.

Confío en las personas y en lo acertado de mi visibilidad. Si hay que serlo, lo seré sin prejuicio alguno: sé solidario en la penumbra, compañero en la oscuridad y acompañante en un apagón... y se te verá. Pero la verdadera lucha está donde no se ve (otra clave en mi viaje). No es el ojo quien mejor ve, sino la visión del reflejo del corazón.

En particular, para mayor visibilidad, mi vida tiene sentido desde hace poco, pero me parece una eternidad por su intensidad; por eso, me gustaría terminar plagiando dos de mis frases preferidas:

"No importan los años vividos, sino la vida de tus años."

"Vive de manera sencilla, para que otros simplemente puedan vivir."

Humberto



Una vida por hacer

Me gustaría compartir mi historia con el público lector. Empieza así: tengo 30 años, una analítica y un resultado: seropositiva.

Pregunto cuánto tiempo me queda, y me dicen que eso no se puede saber.

Me derivan a un equipo de medicina interna, especializado en enfermedades de transmisión sexual. Cojo mi coche y, mientras conduzco, no paro de llorar pensando en que mis proyectos y sueños finalizaron. Una doctora me hace ver la realidad de mi situación (exagerada por mi parte). Pasado el *shock* y comprobando que el tratamiento mantiene el virus indetectable, empiezo a buscar información sobre cómo afrontar mi nueva vida. Me asustaba la idea

de que el VIH me impidiese mostrarme tal como soy, por una interacción de los fármacos.

Y digo esto por lo siguiente: soy una mujer con disforia de género (transexual), y en ese momento estaba muy atemorizada; el VIH me dio más miedo del que debía. Con la ayuda de una maravillosa psicóloga, pude ver que se podía vivir con el virus e iniciar un tratamiento hormonal. Pasaron cinco años hasta alcanzar la madurez suficiente y la fuerza para luchar por mi identidad. Hoy, dos años después, afronto la vida con dos tratamientos, pero también con ilusión, que espero no perder. Me he vuelto más activa, voy al gimnasio, tengo un trabajo, estudio y, por



supuesto, comparto más cosas con mis amistades (son lo mejor que tengo).

En definitiva, sigo con mis sueños y espero que por mucho tiempo, pues ¡aún tengo una vida por hacer!

Mar

De nuevo desde la prisión de Zuera

Por desgracia, vuelvo a escribirles para que se sepa que los problemas contados en otras ocasiones siguen siendo los mismos. Seguimos sin timbres, sin agua... Con problemas. Esto en el módulo de mujeres; me imagino que en los trece restantes, también. Esta vez, relataré "lo más de lo más":

El sistema establecido para la visita del médico es el siguiente: Viene una vez por semana y atiende a 25 reclusas por planta. Ustedes se pueden imaginar que, cuando se abren las puertas, salen todas como almas que lleva el diablo para entregar la tarjeta; a las que no pueden correr o son mayores nunca les toca la visita. Y cuando te estás muriendo, entonces te llevan a la enfermería. En aquel momento pienso, ¿qué hacen las personas con sida en fase terminal? Pues nada, van y vienen del hospital como si fuera una pesadilla. Ya he conocido más de un caso que ha acabado viviendo en la enfermería. Actualmente, viven unas 40 presas, con diversas enfermedades, que no son atendidas como debería ser. El sistema penitenciario tendría que plantearse mejorar la atención de estas enfermas en centros especializados o, en el caso de las enfermas terminales de sida, permitirles poder estar junto a sus seres queridos. Aquí, en esta prisión, estamos

todas mezcladas (en un módulo): conflictivas, yonquis, paranoicas, esquizofrénicas y enfermas de sida; les aseguro que hay que estar aquí dentro para vivirlo. Hay peleas un día sí y otro también. Y luego hablan de la reinserción; ¿y eso qué es? Deberían clasificarnos para que, así, la gente normal que quiere cumplir su condena sin problemas se evite tenerlos sin buscarlos. Para impedir que acabemos todas volviéndonos agresivas. No es justo, hay las que intentan aprovechar el tiempo para retomar carreras, estudiar, pero es muy difícil: nuestra tarea diaria es luchar por salir bien de aquí de cuerpo y mente. Tanto el psiquiatra como la psicóloga son invisibles (nunca los puedes ver); la terapia de grupo no existe. ¡¿Reinserción?! En definitiva, aquí estamos amontonadas y olvidadas, dejadas de la mano de Dios.

La prisión de Zuera es una de las cárceles de España con más mortandad. Dicho por la prensa. Y es cierto.

Aquí, la depresión y el hundimiento moral te hacen coger ganas de suicidarte, y creo que se podría remediar con un poco más de atención, pues, de ninguna manera, esta situación puede beneficiar a ninguna sociedad.

Una reclusa de Zuera (Zaragoza)

Dame la mano y no me rechaces

Hoy me han dado una mala noticia
Y la vida me quiero quitar,
Me han dicho que tengo sida
Y mi alma destrozada está.
Me han dicho que tiene remedio,
Que mi vida va a cambiar,
Que no se cae el mundo por eso
Pero... yo no quiero escuchar.
Han pasado unos años
Y me he vuelto a recuperar,
Sigo teniendo sida
Pero mi vida no me quiero quitar.
Ha sido doloroso,
Mis amigos me han llegado a olvidar,
Y yo pienso con tristeza
¿Qué he hecho para poderlos dañar?
Ahora me siento fuerte,
Como una mujer normal,
La medicación funciona
Y si Dios quiere, muchos años
voy a durar
Porque no voy a dejar de luchar.
He asumido el sufrimiento,
Mi enfermedad también,
Dame la mano y no me rechaces
Porque a ti te puede pasar también.

R.V.B., desde la prisión
de Zuera (Zaragoza)

Homenaje a Esther Inés

A todos los compañeros y compañeras desde Valencia.

No se están viviendo muy buenos tiempos para el movimiento asociativo en la Comunidad Valenciana... El día 1 de septiembre, desayunábamos con la muerte de otra compañera activista. Tras unos meses difíciles para la asociación compañera del Comité, en la ciudad de Valencia (AVACOS), el primer día, a la vuelta de las vacaciones, una bofetada de realidad nos situó en la parte más dura que vivimos en las asociaciones, y que nos hace que lo olvidemos todo por un momento, para recordar por qué o por quiénes hacemos lo que hacemos.

Esther nos ha dejado (el trasplante no llegó a tiempo). Otra compañera que nos deja: ya perdí la cuenta. Esta vez, se fue una gran activista y una estupenda persona. Una mujer que llevaba muchos años luchando desde la junta directiva del Comité Ciudadano Anti-Sida de la Comunidad Valenciana y desde su coinfección por VIH/VHC, a fin de que la gente tuviera la información y las herramientas necesarias para convivir con esta enfermedad en las mejores condiciones posibles. Con ejemplos como el suyo, de visibilidad y coraje, muchas personas hemos aprendido cómo enfrentarnos a nuestros miedos y al VIH/sida desde el conocimiento, siendo conscientes del papel que nosotros mismos tenemos que jugar en el progreso y desarrollo de la misma. Y algunas personas, desde el activismo, siguiendo el camino que otras como ella abrieron en los años más difíciles, sin terapias efectivas, sin información y con los prejuicios a flor de piel, que causaron que mucha gente se ocultara y se rindiera a la muerte, muchas veces en la soledad. Puede sonar duro, pero lo fue. Y lo sigue siendo. Las personas que estamos en las asociaciones y en contacto con la calle, vemos cómo el goteo de gente que se va es constante, y lo de que ya no nos morimos es sólo una percepción, debido a que el perfil de las personas

que mueren, las causas, la calidad y las opciones son distintas.

Hace casi diez años que, en un permiso, estuve en el Saler. También hacía más de diez años que me había infectado, y ya me habían desahuciado en varias ocasiones. Allí conocí a mucha gente que convivía con mi misma realidad. Fue entonces cuando empecé a interesarme, realmente, por mi situación. Conocí el Comité y a gente como Ramón Espacio, Paco Cardona y, por supuesto, Esther Inés. Y fue aquí, con su respaldo, donde comenzó mi bagaje como activista. Y son muchas las personas de las que aprendí y con las que compartí dolores y alegrías, que ya no están (M^a José, Tobías, Salvador...) y que se han convertido en parte de la razón y el sentido de que una fracción de mi tiempo y mi energía la dedique en la vida al activismo. La otra razón es que no es mucha la gente en esto del activismo, aún cuando en Valencia tenemos referentes, como M^a José Fuster, Begoña Bautista, Enrique Duran y muchos más, que son verdaderos dinosaurios en esto del activismo en primera persona desde los afectados. Tampoco somos muchas las personas supervivientes al *boom* de la heroína en la década de los 80 que nos dediquemos a esto, a pesar de ser las más afectadas tanto en el número de infecciones como en el de muertos, tanto en el pasado como en el día a día. Somos la generación perdida. Los que no están muertos, están presos, están en la metadona, muriendo poco a poco, invisibles y silenciados. Y otra gente, la que ha rehecho su vida, en su mayoría, bastante tienen con poder subsistir.

En mi caso y mi ciudad, hablando de personas afectadas –mayoritariamente el colectivo gay– fue un ejemplo de lucha. Salieron del armario y enarbolaron la bandera de la lucha contra el sida. Se ganaron mi respeto y me abrieron las puertas de AVACOS, asociación de la que, a día de hoy, soy presidente. En ésta, el día a día nos absorbe y, a veces, nos hace perder el lado humano, que en mi caso es el que me motiva.



Esther Inés y, a la izquierda, María Ferreira del Comité Ciudadano Antisida de Valencia

Esther, hoy has vuelto a sacar ese lado vital que hace que todo tenga sentido, que hace que los grandes problemas por los que estamos pasando sean cosas menos importantes. Que nos recuerda que, a pesar de todos los progresos, la mejora en la calidad de vida, las nuevas terapias y demás, nos queda mucho por hacer, pero que debemos estar orgullosos y muy contentos por todos los logros. Sirva esta carta de homenaje a todas las personas que, como Esther, han hecho posible que se consiguieran esos progresos y normalizaran un poco más nuestras vidas, con su visibilidad, su trabajo y su dedicación.

Gracias a todos y todas por tener un espejo en que mirarme. Gracias por ser.

Este es un homenaje merecido desde esta tierra de grandes activistas, enormemente jodidos por la enfermedad. Desde mi posición actual –creo que soy el más indicado para hacerlo–, en mi nombre y en el de muchas otras personas que piensan lo mismo, he escrito, desde mi vivencia, este homenaje, ahora que el dolor por la muerte de Esther está recorriendo nuestras venas y haciendo palpar con más fuerza nuestros corazones.

Carlos M. Gómez,
presidente de AVACOS

Una vez más, LO+POSITIVO ha estado presente en el mayor evento mundial relacionado con el VIH/sida, la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida celebrada en Ciudad de México durante el pasado mes de agosto. Esta edición tenía una connotación muy especial para la comunidad hispana, ya que era la primera vez que se realizaba en América Latina. Por este motivo, se esperaba que tuviese un impacto contundente en la región.

Muchos activistas latinoamericanos y caribeños confiaban en que el lema de la conferencia "Acción Universal ¡Ya!" se tradujera en la verdadera radiografía de la realidad del VIH en toda la región y no sólo se tuvieran en cuenta, como hasta ahora, los datos macroeconómicos de cada país y los bajos números "oficiales" de casos de VIH y sida, en comparación con otras regiones del mundo más castigadas por esta pandemia, y que los gobiernos y organismos internacionales se obcecaban en pregonar para no asumir sus responsabilidades e invertir más en la prevención, la atención, el tratamiento y hacer frente al estigma y la discriminación asociadas en ambas regiones.

Precisamente, según el último Informe 2008 de ONUSIDA sobre la situación de la epidemia del VIH en el mundo, actualmente, somos poco más de 33 millones de personas que vivimos con VIH, de las que 1,7 millones lo hacen en América Latina continental y unas 230.000 en la región caribeña. En principio, no son datos que aporten nada nuevo en la región, sino apenas un leve aumento. Por tanto, para ONUSIDA, el número de nuevas infecciones por VIH en 2007 se mantuvo relativamente estable, considerando que ambas regiones conservan una epidemia controlada. Y es a lo que se atienen muchas autoridades responsables de hacer frente a la epidemia, a sus causas y consecuencias socioeconómicas.

Sin embargo, tanto para las ONG como para los y las activistas existen muchas discrepancias con los datos "oficiales" y las realidades de cada región y país. En este reportaje hemos querido centrarnos en Latinoamérica y el Caribe para conocer el problema de primera mano, a través de algunas de las personas que, día a día, viven y conviven con esa realidad oculta que no aparece en las estadísticas y no traspasa fronteras.

Os invitamos, pues, a que descubráis que, a pesar de las muchas particularidades, hay similitudes generales y casi una misma reivindicación: "También existimos, estamos aquí y necesitamos ayuda, mucho más de lo que podáis imaginar".



Fotos: Víctor Mendiola

México 2008

Resumen de la epidemia del sida en América Latina y el Caribe

Informe ONUSIDA – 2008

Dic. 2007	Adultos y niños que vivían con VIH	Nuevas infecciones por VIH en adultos y niños	Prevalencia en adultos/as (%)	Defunciones de adultos y niños por sida
América Latina	1,7 millones [1,5 millones-2,1 millones]	140.000 [88.000-90.000]	0,5% [0,4-0,6%]	63.000 [49.000-98.000]
Caribe	230.000 [210.000-270.000]	0.000 [16.000-25.000]	1,0% [0,9-1,2%]	14. 000 [11.000-16.000]

Se estima que, en Latinoamérica y el Caribe, acceden a los antirretrovirales unas 355.000 personas de las 490.000 que lo necesitan, lo que representa un 72%. También se considera que los 15.000 niños que recibían tratamiento a finales de 2006 en la región representan el 4,4% de quienes requieren antirretrovirales en ambas regiones.

América Latina: situación general

La epidemia por VIH en América Latina se mantiene estable por lo general, y la transmisión del VIH sigue produciéndose en poblaciones especialmente vulnerables, entre ellas los hombres que practican sexo con hombres (HSH) y trabajadores del sexo. No obstante, el porcentaje de mujeres con

VIH en 2007, sólo en Latinoamérica, era del 32%, lo que representa unas 512.000 personas tanto en América Latina como en el Caribe. Además, las mujeres sufren una doble discriminación por el hecho de serlo y por vivir con VIH. Asimismo, los jóvenes de entre 15 y 24 años están siendo especialmente vulnerables en ambas regiones.

El Caribe: situación general

Tiene la prevalencia más elevada, concentrándose principalmente en la República Dominicana y Haití. Juntas suman casi tres cuartos de los 230.000 casos. La principal vía de transmisión son las relaciones heterosexuales no protegidas (debido al turismo sexual). Sin embargo, una mínima parte de las

infecciones por VIH se debe al uso de drogas inyectables, lo que contribuye de forma significativa a la propagación del virus. Por su parte, los HSH representan alrededor de un 12% de las infecciones por VIH comunicadas, aunque el estigma y la discriminación asociados a la homosexualidad y al VIH hacen difícil obtener datos más específicos.

El acceso a los antirretrovirales es dispar en cada isla/país; con todo, ha ayudado a disminuir los casos de sida y de transmisión maternoinfantil y ha mantenido la epidemia estabilizada. No obstante, el sida sigue siendo una de las principales causas de mortalidad entre personas de entre 25 y 44 años en el Caribe. Entre el total de personas adultas que viven con VIH, en 2007 los casos en mujeres aumentaron al 43%.



País: Panamá
Población: 3.283.959 habitantes
Organización: PROBISIDA
Activistas: Ariel Arnoldo Muñoz Aragón y Milton Muñoz

Ariel Arnoldo Muñoz Aragón

Hace 15 años que vivo con VIH. Actualmente, trabajo en una organización que se llama PROBISIDA, cuyo objetivo es contribuir al bienestar de las personas afectadas y que viven con VIH/sida (PVVS). En sus inicios, buscaba facilitar el acceso a los tratamientos antirretrovirales y crear espacios para las personas que viven con VIH/sida, ya que, antes de 1990, éramos considerados la peor clase de personas del país,

producto del estigma y la discriminación que existía en la sociedad, puesto que no conocían lo que era vivir con VIH. Posteriormente, los miembros fundadores, junto con algunos diputados y diputadas y otros responsables del gobierno de entonces impulsaron y crearon la Ley 3 del 5 de enero de 2000, que estableció los deberes y derechos de las PVVS. Fue cuando, por primera vez, se dijo en Panamá que el tema del sida en el país era un problema de Estado. Y, por tanto, el



Estado y las organizaciones públicas tenían que crear programas para la atención, la prevención y el control de la epidemia en el ámbito ocupacional y trabajar en la comunidad en general. Gracias a esta ley, se pudo acceder al tratamiento.

Sin embargo, no fue un camino de rosas. Cuando se creó la ley, hubo muchas personas contrarias a la misma, ya que consideraban que no teníamos por qué tener derecho a la medicación, puesto que, según ellos, nos habíamos buscado la infección simplemente por ser homosexuales o prostitutas; por tanto, era desperdiciar dinero. Fue entonces cuando en PROBISIDA nos marcamos como objetivo la sensibilización social en las escuelas, universidades, centros sociales, organismos públicos, empresas privadas, etc., para dar a conocer lo que era vivir con VIH y cómo el estigma y la discriminación estaban violando nuestros derechos y quitando nuestros espacios como ciudadanos con iguales derechos que los demás. Poco a poco, esto fue dando resultado y se pidió al Gobierno que suministrara la terapia antirretroviral. No obstante, el Gobierno se oponía argumentando que eso no era una obligación estatal, porque era una enfermedad social, no un problema de salud pública.

Decidimos, entonces, acudir ante las instancias de la Corte Suprema de Justicia del país y a la Asamblea de Diputados, puesto que tanto la Seguridad Social como otros organismos públicos también se negaban a suministrar la terapia. La Corte

Suprema falló a favor del Gobierno, diciendo que éste no estaba obligado a suministrar la medicación. En aquel momento, los primeros PVVS de aquella época se organizaron cerrando una vía pública en la ciudad de Panamá durante casi 12 horas. A raíz de esa manifestación y ese cierre, las autoridades y la sociedad tomaron consciencia de que sí había un problema con el VIH, que era una realidad en Panamá y, por tanto, la Seguridad Social decidió suministrar la terapia a las personas aseguradas. Con todo, aquéllas no aseguradas quedaban fuera de esa cobertura, a pesar de que la ley establecía que el tratamiento era universal. Por este motivo, decidimos seguir presionando para que fuera universal también en la práctica.

Hoy en día, aún no es universal al cien por cien, todavía hay gente que sigue muriendo por falta de tratamiento y por desconocimiento de su condición de VIH, y porque no se les ha hablado nunca acerca de la prevención o de los cuidados de una persona con el virus. Así que nuestra lucha actual consiste en lograr la universalidad de la terapia en el país.

Milton Muñoz

Vivo con VIH desde hace cuatro años y fui diagnosticado prácticamente en etapa de sida.

Soy orientador y facilitador en PROBISIDA y trabajo mayoritariamente en el Departamento de Educación con proyectos de la organización. En la actualidad, llevamos a cabo varios proyectos, como los de prevención en la transmisión vertical. Este, por lo general, es un proyecto de pares, que se realiza en diferentes puntos de la ciudad de Panamá. También estamos trabajando en un proyecto con adolescentes en 24 colegios a lo largo de todo el país. En este proyecto se asignó un docente por cada cuatro estudiantes para que transmitiera la información sobre prevención y éstos, a su vez, hicieran lo propio a otros alumnos. En un año, se logró expandir la información a más de 17.000 adolescentes.

Por otra parte, también estamos trabajando con las empresas privadas en un proyecto que se llama "dona tu cuora". Este proyecto busca informar a la gente sobre la diferencia entre VIH y sida, puesto que nos hemos dado cuenta de que aún continúa existiendo un gran desconocimiento respecto a ambos conceptos. Además, ofrecemos orientación previa y posterior a la prueba del VIH a las personas que desean realizársela.

LO+POSITIVO (LMP): ¿Cuál es el número estimado de personas que viven actualmente con VIH en Panamá?

Ariel (A): Panamá es un país de unos tres millones de habitantes y se estima, de manera extraoficial, que más o menos el 1% de la población está afectada; estamos hablando de entre 20 mil y 30 mil panameños que viven con VIH. Aunque las estadísticas oficiales de registros de casos hablan de unas 10.000 personas, todavía tenemos un gran subregistro de casi el 3%, integrado por la gente con poder adquisitivo que es atendida fuera del país o en centros privados y que, por tanto, queda fuera del control epidemiológico que la pueda registrar oficialmente. Por otra parte, existen muchos fallos en el registro oficial, dado que hay mucha población móvil. Por ejemplo, personas que viven en el interior de la República y que no quieren tratarse en su localidad y se van a las grandes ciudades. Sin embargo, tampoco reciben la atención adecuada, o no se acercan a estos centros por miedo al

estigma y la discriminación. Así pues, se puede decir que hay unos 40 mil ó 50 mil panameños que viven con VIH y unos 10.000 en la estadística del registro oficial.

LMP: ¿Qué tipo de servicios se ofrecen en la atención integral de PVVS en Panamá?

A: Ahora mismo, podríamos decir que existen dos modelos de atención: uno por parte del Seguro Social y otro por parte del Ministerio de Salud. El Seguro, que atiende a las personas que cotizan, ofrece una atención integral: terapia, analíticas de carga viral, de CD4; últimamente, están haciendo las pruebas de resistencias a los casos especiales y a aquellas personas que van a iniciar tratamiento por primera vez. Al principio, cuando se empezó a ofrecer terapia, se hacía sólo para salvar vidas. Ahora, como se están dando muchos casos de personas resistentes, multirresistentes o con fracasos porque no se hacían estas evaluaciones al inicio, ya se está comenzando a contar con este servicio.

Con respecto a las personas no aseguradas, al principio éstas tenían que pagar las analíticas de carga viral y de CD4, con unos costes muy elevados. Mucha gente no lo podía pagar. A aquellas personas que no tenían estas pruebas, el Ministerio no les suministraba los tratamientos. Así pues, para las personas no aseguradas se hacía a través del hospital de referencia (Santo Tomás). Por este motivo, muchas personas fallecían o se hallaban en una larga espera para acceder al tratamiento, porque no contaban con el dinero para hacerse las analíticas.

Se supone que, unos meses atrás, el Ministerio de Salud ordenó que los casos no asegurados no tuvieran que pagar por las pruebas para que se beneficiaran de un acceso más rápido al tratamiento, aunque yo no tengo constancia de que, en realidad, esto se esté haciendo.

Por desgracia, lo último que pasó recientemente es que a las personas no aseguradas, que estaban recibiendo tratamiento con fármacos originales, el Ministerio decidió darles medicamentos genéricos de la casa Ranbaxy, de la India. Estos genéricos, en concreto, no fueron controlados o no pasaron por pruebas de calidad, ni tampoco se tenía constancia real de su eficacia; simplemente se trataba de una donación. Por este motivo, se cambió la medicación original por estos genéricos en todas las personas que la estaban recibiendo en el hospital Santo Tomás. Al cabo de unos cuatro o cinco meses, muchas de ellas sufrieron efectos secundarios graves; otras fallecieron. Por esta razón, el Ministerio decidió retirar los genéricos, pero el daño ya estaba hecho.

LMP: ¿Qué programas está aplicando el Gobierno en materia de prevención? ¿Y en materia de sensibilización social hacia las PVVS y para protegerlas del estigma y la discriminación?

A: Bueno, con respecto al estigma y la discriminación en el sector salud hay mucho trabajo por hacer. Por ejemplo, hay dos hospitales en la República de Panamá que son de referencia: el hospital Metropolitano de la Seguridad Social y el hospital Santo Tomás. En ambos, la atención todavía no es integral al cien por cien, se puede decir que al cincuenta por ciento. Actualmente, existen unidades médicas que no quieren tratar a las PVVS, incluida la de Odontología. Y lo mismo pasa con el resto de especialidades, como Hematología,

Neumología, etc. Asimismo, parte del personal de laboratorio falta a la confidencialidad de los resultados o, simplemente, llama a los pacientes para decirles por teléfono que su prueba ha salido positiva.

Todas estas actividades han sido denunciadas, pero parece que las propias autoridades hospitalarias protegen a su personal.

Con respecto a políticas gubernamentales de prevención, déjame decirte que son muy escasas, no existen prácticamente. Por ejemplo, hace unos meses se publicaron los primeros manuales sobre salud sexual y reproductiva, dirigidos a niños y niñas de primaria y secundaria de colegios públicos y privados. Resultó ser todo un escándalo, porque organizaciones de señoras de la alta sociedad, junto a la iglesia católica y otros grupos conservadores, se opusieron a su publicación, argumentando que fomentaban las relaciones sexuales abierta y libremente, que enseñaban a los niños y niñas a ser homosexuales. Lograron que los retiraran de la programación escolar. Y el Ministerio de Salud no hizo nada al respecto, a pesar de que había sido éste, junto con el de Educación, el creador de la idea. Así que decidieron abandonar el proyecto por miedo a la respuesta de ese sector de la sociedad.



A la izquierda, Milton Muñoz con Ariel Muñoz

LMP: *¿Qué acciones está llevando a cabo la comunidad para exigir al Gobierno que mejore la calidad de vida de las PVVS?*

A: Las organizaciones de base comunitaria y otras organizaciones de PVVS nos hemos agrupado en una alianza estratégica que tiene sus altas y sus bajas –no es perfecta todavía–, pero a través de ella nos reunimos con los que toman decisiones gubernamentales y con empresas privadas. Incluso formamos parte de una red de empresas privadas que trabaja en el campo del VIH, y con ellas estamos impulsando la sensibilización y la negociación con el fin de eliminar las pruebas obligatorias para acceder a un puesto de trabajo. También estamos luchando para que el Gobierno establezca el acceso universal descentralizado, no sólo en la capital, sino en todo el país. Presionamos al Gobierno para que invierta más en campañas publicitarias sobre estigma y discriminación. Concretamente, al Ministerio de Educación, para que incluya dentro del temario escolar educación sexual y reproductiva.

Las personas que viven en el interior del país mueren en la total ignorancia, en la autodiscriminación, porque el sector sanitario no está preparado para atenderlas.

Por otra parte, hemos logrado que las pruebas de carga viral y de recuento de CD4 sean una realidad para casi todo el mundo, aunque todavía queda trabajo pendiente en este sentido. También las pruebas de resistencias.

En general, la comunidad se ha organizado para hacer cabildos públicos con los ayuntamientos, organizando tertulias en los hospitales con el personal médico y sanitario, dando charlas en universidades a estudiantes de medicina y en escuelas públicas y privadas, con el fin de ir creando una sociedad que respete a las PVVS y vea el VIH/sida como una enfermedad crónica que tiene tratamiento y que, asimismo, considere que somos personas productivas, a las que no hay que tener miedo ni lástima; en definitiva, que la sociedad vea que somos iguales que los demás y que esto le puede pasar a cualquiera.

También hemos logrado que la terapia antirretroviral en Panamá sea de marca y se mantenga. Además, seguimos luchando contra el desabastecimiento, ya que, por culpa de una falta de buena planificación por parte de la Seguridad Social y el Ministerio de Salud, no se hace la compra suficiente de medicación para mantener abastecidas las farmacias hospitalarias.

LMP: *¿Qué pueden hacer las PVVS cuando van a recoger su medicación y no se la dan?*

A: Muchos de nosotros hemos sufrido en Panamá el desabastecimiento. Lamentablemente, cuando esto sucede sólo te dicen que debes esperar, interrumpir tu tratamiento y reini-

ciarlo cuando haya medicación. Nos hemos reunido con los representantes gubernamentales para tratar de solventar este gravísimo problema, pero, al parecer, las conversaciones caen en saco roto. A escala nacional, nos hemos organizado a través de las redes, de la Oficina de Defensoría del Pueblo y otras instituciones, y ahí estamos. A escala internacional, aún no lo hemos logrado, porque el Estado nos censura, nos chantajea diciendo que si en Panamá tenemos lo que tenemos ahora es porque no nos hemos quejado fuera, pero el día que se nos ocurra hacerlo, la política de represión será muy dura. Por ello, probablemente, ni las ONG ni las redes de derechos humanos (DD HH) en VIH hacen mucho al respecto.

LMP: *¿Qué significa entonces vivir con VIH en Panamá?*

A: Hay dos formas de vivir con VIH en Panamá. Están las personas que viven en la capital, como es mi caso, las cuales disponemos de dos grandes centros médicos donde se tiene acceso a unidades de infecciosos, laboratorios, medicación; la vida es un poco más fácil teniendo esos dos centros de referencia y viviendo en la capital. Sin embargo, lo más difícil para mí es en el plano familiar y social. Aún hay muchos miembros de mi familia que me discriminan, me estigmatizan; asimismo, socialmente nos es difícil encontrar trabajo, acceder a un crédito bancario, a un seguro privado, comprar una vivienda. Luego están aquellas personas que viven en el interior del país, que mueren en la total ignorancia, en la autodiscriminación, porque el sector sanitario no está preparado para atender a las PVVS, sino que sólo se encarga de prepararlas para morir y no para vivir. Así pues, la vida en el interior es mucho más difícil.

LMP: *¿Qué impacto tendrá esta conferencia en la región?*

M: Escaso. Somos muy pocos los latinoamericanos que estamos en este congreso. Además, al ser un congreso internacional, el idioma oficial es el inglés y muchas de las personas que hemos venido no lo hablamos y, por tanto, nos perdemos muchos temas que nos pueden interesar por la barrera idiomática. Por otra parte, ha habido muchos problemas con los traductores del inglés al español; los equipos que se están utilizando presentan muchos desperfectos.

En América Latina hay mucha gente que vive con VIH que tiene mucho que decir, pero lamentablemente no lo va a poder hacer porque no está aquí. Y a los pocos que estamos aquí tampoco se nos permite decir más que cuatro cosas.

A: También, para ser la primera Conferencia Internacional del Sida que se hace en Latinoamérica, la información que ha salido ha sido más bien poca. La difusión en los medios de comunicación latinoamericanos realmente ha sido muy escasa. En el caso concreto de Panamá, la prensa ni siquiera se ha molestado en venir, cuando, para otros eventos menos importantes, movilizan a mucha gente.

Incluso, como decía Milton, los espacios para América Latina han sido pocos y separados. El ejemplo más palpable es la Aldea Global, que está afuera y bastante retirada del Centro de Convenciones de la conferencia, donde se desarrollan las sesiones y discusiones científicas. Cuando, para mí, ambas cosas deberían estar en el mismo sitio.

Argentina

País: Argentina

Población: 40 millones de habitantes

Organización: Red de Personas Viviendo con VIH/Sida de Mar del Plata

Activista: Federico Parodi

Nuestra organización se creó en 1996 y nació con la intención de buscar el acceso a los tratamientos, y también para aunar las voces de las personas que viven con VIH/sida en un frente común, con el propósito de mejorar o cambiar las políticas, tanto de ámbito regional como de ámbito nacional e internacional.

Trabajamos en varios programas, uno de ellos se llama 'entretejiendo redes'. Este proyecto está dirigido a las mujeres, las apunta al arte del telar y las capacita en talleres sobre violencia de género, con el fin de permitirles formar una cooperativa que brinde su autoabastecimiento. También trabajamos con personas privadas de libertad, en programas de educación en tratamiento y mejora de la adhesión, a la vez que hacemos vigilancia en prisiones para velar por el cumplimiento del acceso a la terapia de la población reclusa, sus controles médicos. En definitiva, que se respeten los derechos de las PVVS en prisión.

LO+POSITIVO (LMP): *¿Cuántas personas se estima que viven con VIH/sida en la Argentina?*

Federico (F): Según cifras oficiales, alrededor de unas 140.000 personas. Detectadas hay, aproximadamente, 30.000 con VIH, igual número de personas con sida y unas 17.000 bajo tratamiento.

LMP: *¿Cómo es el acceso al tratamiento?*

F: Si bien casi todos los años hay algún inconveniente, principalmente por el tema de las licitaciones, podríamos decir "que el acceso es universal en la Argentina". Sin embargo, para acceder a los hospitales, al tratamiento, sobre todo las personas en situación de extrema vulnerabilidad social y de pobreza tienen que superar muchas barreras. Barreras burocráticas que, al estar en condiciones extremas, lo hacen todo más difícil, ya que estas personas se tienen que preocupar más por la comida que por cuidar o proteger su salud.

LMP: *¿Pero se tienen acceso tanto al tratamiento como a la atención sanitaria indistintamente de que esa persona tenga recursos o no?*

F: A todas las personas que tengan trabajo y estén en la Seguridad Social (SS) se les garantiza por Ley la cobertura de su tratamiento al cien por cien. Aquellas que están desempleadas y sin SS las cubre el Estado a través de los hospitales públicos. Aunque es lo mismo de siempre: hay que superar todas las barreras institucionales y personales para poder acceder a los tratamientos.

En cuanto a la atención sanitaria, también están cubiertas por el Estado las pruebas de carga viral y de CD4. Asimismo, se está estudiando la cobertura de las pruebas de resistencia genotípica. Esencialmente, estos servicios se ofrecen en las principales ciudades, en las provincias hay que enviar la

PERSONAS VIVIENDO CON VIH MAR DE PLATA (ARGENTINA)



sangre a las grandes ciudades o a otros centros; y este proceso se retrasa bastante. Existen sitios donde hay una demora de hasta tres meses para conocer los resultados. Es una cuestión sin sentido y da la sensación de que se están desperdiciando los recursos. Lo que hay que hacer es mejorar la logística, la distribución y el monitoreo. Por otra parte, hay muchos problemas de vencimientos de reactivos al no utilizarse a tiempo, y también de medicamentos. En fin, es un problema que afecta a todo el país.

LMP: *¿Qué tipo de medicación se dispensa? ¿Hay problemas de desabastecimiento o el suministro es continuo?*

F: En la Argentina hay medicación original y genérica. Este último tipo cuenta con los estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia, lo que convierte estos fármacos en genéricos y no en copias. Además, se están produciendo en el ámbito local, en laboratorios privados, y se importan cuando es necesario. Respecto al desabastecimiento como tal, no existe; lo que sí tenemos, a veces, son problemas de logística y distribución, y también, ocasionalmente, complicaciones con las licitaciones por parte del Programa Nacional para la compra, lo que origina puntuales baches de desabastecimiento, cada vez con menor intensidad, si bien se siguen produciendo.

Lo que en general recomendamos a las personas a las que no se entrega la medicación es que hagan un recurso de amparo contra el Estado, para que éste se vea en la obligación de comprarla y suministrarla a la gente.

LMP: ¿Son cien por cien fiables los controles que se hacen de los fármacos genéricos?

F: Sí, en este momento la ANMAT, que es el organismo público encargado de estos controles, los está realizando. Además, por parte de la sociedad civil estamos atentos y, en caso de detectar alguna anomalía, la denunciaremos para subsanarla a tiempo y que no suceda que nos entreguen copias en vez de genéricos.

LMP: Y cuando ocurren esos baches puntuales, ¿qué se puede hacer, a dónde se puede acudir para no interrumpir el tratamiento?

F: Bueno, cuando hay desabastecimiento por problemas de licitación, a veces, es muy difícil, porque no hay a dónde recurrir. En algunas ocasiones, las ONG tenemos pequeños stocks de medicamentos de personas que dejan de utilizarlos o cambian de tratamiento y los entregan a las asociaciones para que no se desperdicien; así, sólo podemos cubrir necesidades puntuales de pocas personas, pero obviamente no tenemos capacidad para satisfacer una demanda nacional en momentos de desabastecimiento.

Lo que en general recomendamos a las personas a las que no se entrega la medicación es que hagan inmediatamente un recurso de amparo contra el Estado, para que éste se vea en la obligación de comprarla y suministrarla a la gente. El desabastecimiento se debe a los problemas de licitación. Al presentar un recurso de amparo, el Estado lo que hace es una compra a los laboratorios y le entrega la medicación a la persona o personas que hayan hecho un recurso.

LMP: ¿Existen políticas específicas para proteger los derechos de las personas que viven con VIH?

F: En la Argentina, hay una legislación bastante importante, lo que pasa es que la mayoría de las personas no sabe o no conoce sus derechos y no los puede hacer cumplir.

En cuanto a programas de prevención y otras actividades comunitarias, se están llevando a cabo a través de proyectos financiados por el Fondo Global. Por tanto, la gran preocupación actual es cómo se van a mantener estos programas una vez que se retiren dichos fondos, dado que el presupuesto del Programa Nacional de Sida sólo está destinado a la medicación, las pruebas, las compras de reactivos, etc.

LMP: Y en el caso específico del estigma y la discriminación, ¿qué políticas y qué leyes existen al respecto?

F: Bueno, está la Ley de confidencialidad y existen leyes contra la discriminación por cuestiones de etnia, religión, VIH

u otros motivos. Sin embargo, la mayoría de la gente sigue instalada en el estigma y la discriminación. Así pues, las personas se autodiscriminan y se mantienen ocultas, no son visibles. Además, se hace muy difícil que defiendan sus derechos cuando no los conocen y cuando no han asumido todavía su situación como para hacerlos valer. Aunque a lo largo de la historia del VIH en la Argentina ha disminuido el estigma y la discriminación, son factores que socialmente siguen existiendo. En el ámbito sanitario, en algunos lugares todavía existe, por ejemplo. Infectología quizá es el área más concienciada, pero no así el resto de áreas.

LMP: ¿Se hacen campañas de sensibilización específicas para el personal sanitario?

F: Se están haciendo algunas, financiadas por el Fondo Mundial, pero creemos que se tienen que hacer muchas más y de manera constante en el tiempo. Las actuales son esporádicas. A lo que sí se ha hecho mucho hincapié en estos últimos años es a las pruebas del VIH a mujeres embarazadas, lo que ha permitido disminuir la transmisión vertical. No obstante, todavía faltan muchas políticas en otras áreas para mejorar el servicio. Hay que tener en cuenta, también, que multitud de hospitales o centros de salud están desbordados, tienen falta de personal, de estructura, lo que dificulta la atención a las PVVS.

LMP: ¿Cuáles son las principales reivindicaciones que se hacen desde la comunidad?

F: Estamos trabajando para tratar de crear comisiones donde participe el Estado con la sociedad civil en las distintas áreas ministeriales a fin de poder dar una respuesta desde todos los sectores. Por ello, estamos tratando de concienciar al Gobierno de que el VIH/sida no es sólo un problema de salud, sino también social y, por tanto, necesitamos que intervengan todos los ministerios y se creen metas de trabajo que permitan un abordaje y una respuesta integral de la problemática desde todos los sectores. Aún estamos esperando que el Gobierno responda a nuestra propuesta.

LMP: ¿Cuáles son los grupos más vulnerables frente al VIH?

F: En la actualidad, creo que el más afectado es el de los transexuales; tiene una gran incidencia dentro de la población. Es cierto que siguen representando un porcentaje elevado los usuarios de drogas y los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), pero ha aumentado muchísimo el porcentaje de mujeres afectadas por VIH. En este momento, la proporción mujer:hombre es 2 de 3, cuando en los inicios de la epidemia era 1 de 18.

LMP: ¿Cómo es vivir con VIH en la Argentina?

F: Creo que depende de cómo se posiciona cada persona, de su autoestima y de su conocimiento de las leyes. Yo hace 20 años que vivo con VIH y soy una persona visible, hablo públicamente, lo hago en los medios, y al conocer mis derechos, nunca he tenido problemas. Tengo cinco hijos con mi esposa, van al colegio, somos personas visibles y nunca hemos tenido inconvenientes, pero no todo el mundo cuenta con una situación parecida a la mía, sobre todo aquellas

personas que no conocen sus derechos como ciudadanos y ciudadanas.

LMP: Con respecto a la conferencia, ¿es la primera en la que participas?

F: No, es la segunda a la que acudo. La primera fue la de Bangkok. Creo que son importantes porque constituyen una movilización de medios, de recursos y de personas, aunque lo importante es lo que pase después. Por ejemplo, ahora se está

haciendo en México, está apareciendo en los medios, se está hablando mucho, se están haciendo reportajes continuamente, vemos a muchos políticos que nunca habían hablado del VIH y que ahora han hecho de éste el tema del momento. Lo importante es ver que se cumplen todas las cosas que se están diciendo y a las que se están comprometiendo. Queda, pues, a la sociedad civil vigilar que se cumplan todos los compromisos adquiridos por estas personalidades.

LMP: ¿Tendrá un impacto real en América Latina?

F: Esperemos que sí. No lo sabremos hasta que pasen, por lo menos, un par de años. Algún impacto creo que va a ver, lo que habrá que medir es si se produjo algún cambio. Por ejemplo, aquí se está hablando de acceso universal al tratamiento, pero la realidad es que a muchas de las poblaciones más vulnerables no les está llegando.



Bolivia es un país pequeño, con una incidencia oficial del VIH relativamente baja. Esto constituye una lucha para nosotras y nosotros, porque sabemos que esta idea viene de un círculo vicioso de falta de información, de datos y de políticas. Oficialmente, los datos hablan de un 0,2% de incidencia, pero nosotros sabemos que hay un subregistro del 80% o más de personas que viven con VIH/sida (PVVS). Mucha gente en Bolivia está muriendo de tuberculosis (TB) sin saber que también está infectada por VIH. Esto es así porque la prueba voluntaria no se ofrece a mujeres embarazadas, ni a jóvenes, ni a HSH, ni a ningún grupo. A las únicas a las que se les hace la prueba, de manera obligatoria, es a las trabajadoras sexuales, y ellas no tienen opciones. Cuando les efectúan la prueba les quitan las tarjetas sanitarias. Esa no es una política de prevención según nuestra percepción, más bien una represión; sólo hace que huyan a otras ciudades. Además, no se implementan programas para jóvenes y amas de casa.

Sabemos que hay personas afectadas, que no lo saben y que todavía no han enfermado. Por eso, en el momento en que las personas con VIH de la Red Boliviana salimos por televisión y empezamos a llamar a la gente para que se hiciera la prueba e informarles de que había medicamentos, fue cuando el número de casos aumentó.

Era como si pensarán: "Por qué hemos de ir, si no hay medicamentos".

La medicación en Bolivia está prevista por recursos del Fondo Mundial y una donación del Gobierno de Brasil. Casi todos son esquemas de primera línea, porque la experiencia en tratamiento en Bolivia es muy nueva. No hemos visto mucha gente que haya tomado tratamiento, apenas llevan dos años y no han desarrollado resistencias, pero ya se están viendo los primeros casos.

LO+POSITIVO (LMP): El dinero que está aportando el Fondo Mundial, ¿quién lo gestiona?, ¿está llegando correctamente?

Gracia (G): El gobierno del presidente Evo Morales tiene una visión muy particular sobre la cooperación internacional; piensa que quita la soberanía del país. Por eso, el proyecto de salud sexual reproductiva de USAID se cerró. Además, es muy crítico con EE UU en general. Por esta razón, ha demandado al Programa Mundial de Alimentos pidiendo que no atenten contra la soberanía nacional a través de sus proyectos.

LMP: ¿Está bien organizada la comunidad?

G: Bueno, está creciendo; es una red de voluntarios y voluntarias que no

tiene financiación. Lo tuvimos que hacer para sobrevivir.

En 2002, hicimos una petición ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos para que el Gobierno boliviano nos suministrara el tratamiento. La Comisión falló a nuestro favor, pero el Gobierno tardó dos años en acatar la decisión, así que, de las 52 personas con VIH que firmamos, veintisiete ya habían muerto y aparecieron muchos más casos nuevos.

Así, hemos logrado que ellos hayan mantenido el tratamiento un poco estable, pero siempre luchando para que no lo interrumpan.

LMP: ¿Qué sucede con esas personas cuando van a buscar la medicación y no se la dispensan?

G: Las personas con VIH saben que ése es un peligro en Bolivia; ellos tienen sus propias reservas. Les recomendamos que pidan los medicamentos en enero y los empiecen a tomar en marzo; es una práctica no oficial, porque la gente no puede confiar en el abastecimiento.

La gente tiene mecanismos de préstamo hasta que llega la medicación. El tema de la burocracia es un problema muy grave; hemos visto medicamentos del Fondo Mundial que han caducado en las aduanas.

Después de eso, nosotros solicitamos que hubiera un operador logístico,



porque el Ministerio de Salud no tiene capacidad para mover los medicamentos o las pruebas por el país. Por ejemplo, una carga viral o análisis de CD4 que se recoja en el norte tiene que ir hasta La Paz, porque sólo ahí hay el aparataje para realizar ese análisis; los servicios no están garantizados en todas las ciudades al mismo nivel.

El eje político y económico reside en las tres ciudades principales: La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, y éstas tienen mejor respuesta al VIH. Esto también es así por la presión de los activistas; pero en el resto del país, en poblaciones pequeñas, el estigma y la discriminación son muy fuertes.

LMP: ¿Cuáles son los colectivos más vulnerables al VIH?

G: Hemos visto que la epidemia ha afectado a HSH y usuarios y usuarias de drogas inyectables (UDI), aunque no hay tantos, porque la droga es muy cara y la gente no puede comprarla, así que prefieren tomar alcohol. En los últimos años, no hemos tenido ninguna trabajadora sexual nueva en la Red Boliviana. Y esto es así porque ellas han sido bombardeadas con información sobre el condón; y parece que ha funcionado, pero de manera represiva.

El número de amas de casa, monógamas, ha aumentado casi igualando a los hombres, y eso nos ha sorprendido. Los nuevos casos diagnosticados son personas al margen de la sociedad boliviana: niños y niñas de la calle, alcohólicos/as, personas del área rural, gente que se encuentra en situación de marginalidad y exclusión social. Estas personas son las que están adquiriendo el VIH.

LMP: ¿La medicación que llega de Brasil es genérica?

G: Sí, es la que ellos producen. Sin embargo, Brasil ha advertido al Gobierno de Bolivia que no podrá seguir apoyando siempre la cooperación. Es más, ya debía haber terminado, pero ante la ineficacia y la falta de respuesta del Gobierno boliviano, tuvo que continuar apoyándonos y se renovó el compromiso, y no sólo con medicación, sino con capacitación, intercambio de algunas tecnologías, etc. Pero la situación es muy distinta entre los dos países. Brasil ha sido muy solidario; si no fuera por este país, por los primeros años de aprovisionamiento, mucha gente en Bolivia hubiera muerto.

LMP: ¿El Gobierno está desarrollando alguna ley para proteger a las PVVS ante el estigma y la discriminación?

G: El tema del VIH nunca fue una prioridad política en ninguno de los gobiernos que hemos tenido y tenemos. Siempre teníamos como primera tarea mandar una carta al nuevo presidente señalando los temas del VIH/sida.

En 1999, algunos compañeros ya fallecieron. Entonces, se comenzó a ver el vacío legal de la acción en VIH/sida y se empezó a diseñar, con lo poco que se sabía sobre leyes, la ley del VIH/sida. Esa ley la negociamos largo tiempo; el defensor del pueblo interpuso uno de los artículos más polémicos, que dice que las PVVS en Bolivia tenemos que declarar nuestro diagnóstico de VIH a cualquier pareja sexual casual o estable. Nosotros nos oponíamos, porque no somos los únicos responsables de la transmisión, sino que la responsabilidad es compartida.

El Defensor del Pueblo interpuso ese artículo, junto con otros sectores de la sociedad civil y la iglesia católica, y tuvimos que ceder en eso para poder tener los medicamentos. Su discurso era del tipo: "Ustedes sólo quieren los derechos y ninguna obligación". Se alargó mucho la negociación y tardaron mucho en el Congreso de Bolivia. Sabíamos que había congresistas que no iban a aprobar la ley por las implicaciones que iba a tener en el presupuesto.

Al final se aprobó en 2007, y hasta la fecha la ley no tiene presupuesto, no está reglamentada. Pero está íntegramente conseguida gracias a la iniciativa de las PVVS, no se puede atribuir a ningún gobierno. Ellos han demostrado siempre una falta de compromiso ante el VIH.

El Ministerio de Salud sólo hace campañas de prevención y distribuye condones dos veces al año, el 1 de diciembre y en carnavales, pero la gente tiene sexo todo el año. Eso no es una política. Hemos demandado políticas específicas por grupos de población y, asimismo, la necesidad de una política general que integre prevención y tratamiento. Pero la respuesta siempre ha sido: "Ésa no es mi responsabilidad".

Con el Fondo Mundial se equiparó el espacio donde podíamos discutir las necesidades en torno al VIH entre Gobierno y sociedad civil. El Mecanismo Coordinador de País creó una mesa donde nos sentábamos como pares; eso es lo más valioso del Fondo Mundial. Sin embargo, no hemos conseguido que nos incluyan de manera significativa en el diseño de una política, y mucho menos en la implementación; nos responden a las necesidades más urgentes para que no hagamos escándalo, pero nada más.

El sistema de salud no está respondiendo bien a las personas con VIH/sida. Los hombres gays están muy discriminados. Bolivia es un país machista, que maltrata a las mujeres y también a los hombres.

LMP: ¿En el sistema sanitario (SS) existe mucha discriminación? ¿Se está formando al personal médico y sanitario?

G: El SS es la parte débil de Bolivia ya antes de la llegada del sida; por eso, esta epidemia puede explotar de una manera muy importante. Siempre ha sido un sistema burocrático, deficiente, que no tiene capacidad, que está altamente politizado y nunca ha respondido a las necesidades de la población.

El VIH es para ellos un problema más. En un contexto de tanta pobreza, donde se mueren tantos niños y niñas por desnutrición o diarreas, ¿por qué las personas con VIH iban a ser tan especiales? No hemos podido lograr que entiendan el mensaje de que tratar el VIH y a las personas hoy es más costoso que el capital humano de Bolivia de lo que será hacerlo dentro de unos años. Pero el sistema sanitario responde mucho a la emergencia, y para el Gobierno boliviano el VIH no lo es.

Bolivia está en un proceso de crisis política muy fuerte. El país está a punto de dividirse y ése es el punto número uno en la agenda del Gobierno. Y en un contexto tan politizado, para nosotros y nosotras es muy difícil que nos escuchen; pero igualmente nos hacemos oír, intentamos mantener el tema candente.

LMP: ¿Cuáles son las principales reivindicaciones que desde la comunidad se están exigiendo?

G: Tenemos que vigilar que nunca falten los tratamientos en las ciudades, porque eso es un peligro constante. Tenemos que luchar contra el estigma y la discriminación, que todavía es muy fuerte. Asimismo, aconsejamos a nuestros compañeros y compañeras que no enfermen, porque aquellos que entran en los hospitales salen muertos. No hay

persona que se recupere por la mala atención que se ofrece en los hospitales. El sistema de salud no está respondiendo bien a las PVVS. Los hombres gays están muy discriminados. Es

un país machista, que maltrata a las mujeres y también a los hombres.

La otra demanda que tenemos es sobre políticas públicas: no queremos soluciones que tapen el problema de ahora, sino políticas que respondan a las necesidades a largo plazo. La ley es una parte de eso. Cuando aseguremos el tema de la ley, tendremos el marco legal para poder diseñar la política. La excusa que nos daban siempre es: "No hay un marco legal". ¿En qué marco vamos a poner esa política si no tenemos la Ley del Sida?

La ley que pactamos se llama 'Ley de protección de los derechos de las personas con VIH y prevención del VIH/sida en Bolivia'. Se trata de una ley con un fuerte enfoque hacia los derechos humanos; el único punto débil que tiene es la obligatoriedad de declarar el diagnóstico.

LMP: ¿Dirías que el VIH está criminalizado en el país?

G: Efectivamente, está abierta la puerta legal para que alguien criminalice el VIH. En Bolivia, hay pena de cárcel por transmitir la sífilis si se hace de forma dolosa, como ellos dicen. Imagínate con el VIH.

LMP: ¿Cómo es vivir con VIH en Bolivia?

G: Me parece que es una lucha muy grande e incierta hacia el futuro. No sabes si vas a tener tratamiento, no te permiten planificar con mucha seguridad, no sabes si podrás formar una familia. Todavía estamos en una línea entre la salud y la enfermedad. Por otra parte, seguimos viendo muertos entre nuestros compañeros y compañeras, porque el diagnóstico es muy tardío, la gente no está informada y no va a hacerse un examen a tiempo; sólo van

cuando están ya en una situación de sida y los medicamentos ya no ayudan. Las más afectadas son las personas transgénero y los HSH.

Otro problema en Bolivia es el alcoholismo. Las personas que vienen a la Red Boliviana, si bien han superado su diagnóstico de VIH, tienen muchos problemas con el alcohol. Éste es un problema de larguísimo alcance en Bolivia, porque se trata de un "alcoholismo social"; en otras palabras, en este país se bebe muchísimo. Sabemos que muchas personas han adquirido el VIH cuando se encontraban en estado de embriaguez. Además, el alcoholismo agrava los problemas de adhesión a los antirretrovirales.

Los que estamos en las ciudades nos damos cuenta del privilegio que tenemos, porque sabemos de varias muertes en el área rural; nos enteramos porque nadie reclama a los muertos y se quedan en el depósito de cadáveres. La sección de la morgue nos llama, porque nos conocen, y nos pide una cuota por si podemos enterrar dignamente a esas personas. Muchos han sido expulsados de sus comunidades por tener VIH.

El sentido de lucha de la Red Boliviana de las personas que viven con VIH es muy fuerte, porque ellos y ellas se dan cuenta de las condiciones. Es muy frustrante y fatigoso. No tenemos una financiación para hacer activismo: cada persona tiene que buscarse la vida. Además, cuando por fin ya has "sensibilizado" a un político, van y lo destituyen por problemas políticos, y tú tienes que volver a empezar, a que te reconozcan como interlocutora. Es muy cansado y te sientes muy sola ante la lucha.

LMP: ¿Es ésta tu primera conferencia?

G: No, es la tercera. Esta conferencia nos brinda una gran oportunidad para mostrar la situación del VIH/sida en América Latina y el Caribe. En estos momentos, estoy representando a la Red Boliviana, a las ONG de Latinoamérica y el Caribe en la mesa de ONUSIDA. En este espacio global donde se discuten las políticas, los presupuestos, es muy fácil ver cómo Latinoamérica y el Caribe quedan en el último lugar de las prioridades.

Se inventaron el término de Países Muy Endémicos para englobar a África o Asia, donde está creciendo el VIH en unos términos insospechados; y como se supone que tenemos unos ingresos medios y no los niveles que tienen estos continentes, no somos una prioridad.

Si conseguimos que esta conferencia sirva para demostrar que el tema del VIH/sida constituye un problema será muy valioso. Dependerá de todas y todos los activistas latinoamericanos y caribeños el demostrarlo. Asimismo, hay que demostrar que estamos dispuestos a contribuir con nuestros conocimientos y presupuestos locales, aunque vamos a seguir necesitando el apoyo internacional. Si conseguimos esto, será muy importante. Esta conferencia es una plataforma mundial y no va a volver a América Latina al menos en diez años; ésa es mi esperanza para la conferencia. Creo que los mexicanos han hecho un gran trabajo, no sólo en la conferencia, sino también en la mesa del Fondo Mundial.

Pero hay que trabajar para que se sepa la realidad de América Latina y el Caribe, porque las personas que se reúnen en Ginebra ven un 75% de asistencia sanitaria, giran la página y se van a otro lugar del mundo. Sin embargo, no hay que olvidar que no es lo mismo vivir en Bolivia que en Brasil, que en la República Dominicana o en la Argentina, y que no es lo mismo Haití que Venezuela.

Por otra parte, la región tiene su tendencia política. Se ha visto como una región en lucha, y más ahora con la alianza de izquierdas, integrada por Cuba, Venezuela y Bolivia. Eso asusta mucho a la comunidad internacional. No quieren ver un mundo comunista, se asustan, "no quieren ver el drama", como dicen en inglés. Hay que demostrar que nuestra lucha viene de necesidades sentidas, que estamos dispuestos a escuchar, aprender, enseñar, y que no hay que temer a esa región porque tienen mucho que aportar.

LMP: Si tuvieras la posibilidad de hablar con la IAS, los organizadores, los gobiernos, ¿cuál sería tu mensaje?

G: En un mundo global y con esta epidemia global deberíamos trabajar conjuntamente, pero veo mucha separación. Por ejemplo, la iglesia dice que "las PVVS son puros homosexuales", mientras que las personas con VIH dicen: "uy, ellos hacen ABC (abstinencia, fidelidad y condones)".

Por su parte, ONUSIDA tiene sus propias líneas. Las personas que viven con VIH/sida tienen su propio estilo y no hemos unido nuestras fuerzas para una lucha sinérgica. Estamos compitiendo entre ONG, entre las agencias de cooperación, para la financiación en sida. Competimos entre los países para parecer prioritarios y, así, no vamos a detener esta epidemia. La epidemia del VIH/sida constituye un desafío sin precedentes para toda la humanidad, y si podemos enviar este mensaje a los que ya estamos aquí, para una comunidad global, entonces podremos lograr bastante.

Ahora es más fácil vivir con VIH para muchas personas en el mundo, pero no para todas: depende de quién eres, dónde vives, de tu nacionalidad. No podemos descansar hasta que todas las personas afectadas estén con los cuidados y tratamientos que necesitan, y que todas aquéllas que se encuentran en riesgo de adquirir el VIH tengan la información que necesitan.

Por último, me gustaría reflexionar en torno a dos temas. El primero es sobre los principios. Respecto a la lucha de los activistas, veo que se está perdiendo la esencia, el origen, nos hemos distraído, nos hemos puesto a implementar proyectos por aquí y por allá, y hemos perdido la meta de que no descansaríamos hasta que existiera una cura.

Creo que algunos activistas, por la necesidad o por una prioridad, van a vender su ideología de salud, de justicia para todas las personas afectadas con que empezó este movimiento. Siempre recordamos en Bolivia que todo lo que se consiguió en acceso a tratamientos no fue con proyectos del Fondo Mundial, fue sobre cadáveres. Nos asustó tanto la cantidad de muertos y muertas que había, que luchamos contra ello.

Sobre los cadáveres se fundó el movimiento de las personas con VIH/sida en sí; no podemos olvidar ese origen porque nos dio un norte muy valioso, y si lo perdemos, perderemos la batalla. Especialmente ante otras necesidades y prioridades que están teniendo los gobiernos actuales; ése es el segundo tema al que quería referirme. Asistiendo a reuniones internacionales de ONUSIDA y de otros países y estados he comprobado que el sida ya no es su prioridad. Si lo es el calentamiento global y el terrorismo. El VIH/sida va a perder cada vez más dinero e importancia en la agenda política, y los únicos que podemos mantener eso somos nosotros y nosotras, pero recuperando nuestro discurso de justicia y de salud para todas las personas.



El Salvador

País: El Salvador

Población: 5.800.000 habitantes

Organización: Asociación Nacional de Personas Positivas "Vida Nueva" ANP+VN.

Activista: Jaime Argueta Medina

Nuestro objetivo es la defensa de los derechos de las personas que viven con VIH/sida (PVVS) en El Salvador, principalmente en lo que se refiere al acceso al tratamiento y su mantenimiento; y también la reducción del estigma y la discriminación hacia este colectivo y las personas en situación de vulnerabilidad. Por otra parte, tenemos incidencia en las políticas públicas, no sólo en el ámbito de la salud, sino también en todos aquellos aspectos legales que hacen aún más vulnerables a las personas frente a la infección por VIH.

LO+POSITIVO (LMP): ¿Nos podrías indicar el número estimado de personas que viven con VIH en tu país?

Jaime (J): En El Salvador, las cifras oficiales indican que hay unas 20.950 personas infectadas por VIH desde 1984, mientras que las organizaciones y la comunidad consideramos un subregistro de casos del 50-80%, lo que elevaría la cifra a entre unas 80.000 y 100.000 personas infectadas en este momento.

Según el Programa Nacional del Sida, la prevalencia es del 0,8%, todavía no llegamos al 1% oficialmente; no obstante, cada vez se informa de cerca de unos 1.460 nuevos casos al año. Por ello, nos tememos que la prevalencia ya haya superado la barrera del 1%, siendo una epidemia generalizada y no focalizada, como todavía se maneja, en grupos vulnerables.

LMP: ¿Cómo es la situación sanitaria para las PVVS en tu país y el acceso a los antirretrovirales?

J: En cuanto al acceso al tratamiento, hay en este momento unas 5.239 personas bajo terapia, repartidas entre el Seguro Social y el Ministerio de Salud. Sin embargo, con esta cobertura se estima que se encuentran entre el 70 y el 80% de las PVVS, según el último informe UNGASS presentado por El Salvador, lo que nos deja una brecha del 20%. Esto se traduce en, aproximadamente, unas 1.000 personas que no tienen acceso al tratamiento, las cuales de manera irremediable se hallan esperando sólo la muerte. Este hecho lo podemos ver porque las salas de hospitalización de los principales hospitales de referencia nacional siempre están saturadas con personas que presentan un alto deterioro físico. Existen 16 centros hospitalarios a escala nacional, encargados de distribuir los antirretrovirales y donde se trata de facilitar atención integral a las PVVS.

A pesar de esta descentralización, todavía no se puede considerar que haya un acceso adecuado para las poblaciones de las zonas rurales, por ejemplo. En muchos casos, una persona tiene que hacer recorridos de dos, tres y hasta cuatro horas para poder llegar a una consulta médica, o bien trasladarse hasta San Salvador para realizarse las pruebas de CD4, de carga viral, etc., hecho que implica uno o dos días de hospedaje y gastos.



Lo que estamos observando es que la gente más vulnerable es aquella que está sobreviviendo con menos de un dólar al día. Por todo ello, no podríamos decir con claridad cuál es la cantidad real de PVVS en el país; aunque la cifra oficial habla de más de 20.000, esta cifra incluye los casos acumulados desde que se informó del primer caso hasta la fecha. Y de éstos no sabemos realmente cuántos han fallecido y cuántos siguen vivos, por lo que existe una ambigüedad en cuanto a las cifras.

Con respecto al VIH infantil, no disponemos de datos concretos, sólo están los casos registrados en el Centro de Excelencia de atención integral para niños, del hospital Benjamín Bloom. La atención nacional a la infancia está centralizada en este hospital, que sólo tiene a 257 niños en tratamiento en este momento. Es la única cifra concreta con que se cuenta; con todo, no se sabe a cuántos niños y niñas afecta la infección por VIH de forma directa o indirecta o cuántos han fallecido.

En lo referente a las campañas de prevención que se están llevando a cabo, éstas sólo se enfocan desde el punto de vista de los valores, principalmente la abstinencia y la fidelidad, satanizando el uso del condón, lo que desmotiva a la población a utilizarlo. Sólo se basan en el miedo a la infección, generando más estigma y discriminación hacia las PVVS. Todo ello hace que nos vean como un foco de infección.

LMP: Entonces, ¿el acceso al tratamiento no es universal en el país?

J: Cuando una persona logra ingresar en el sistema de salud, sí podemos decir que tiene una alta probabilidad de tener acceso universal al tratamiento. No obstante, hay una brecha en el propio sistema: el mismo protocolo de atención establece que hay que someter a los pacientes a un estudio socioeconómico para poderlos ingresar al sistema. Muchas veces, aquellas personas que se hallan en situación de indigencia, que no tienen un lugar fijo o están en el paro, quedan excluidas del sistema. Además, sigue habiendo un fuerte componente de estigma y discriminación en el sistema sanitario, a pesar de que contamos con un marco legal que regula y establece, en sus principios básicos, que los servicios sanitarios deben ofrecer una atención sin estigmatizar y discriminar a las PVVS.

Por otra parte, las personas de la tercera edad siguen teniendo dificultades para acceder al tratamiento, así como las del colectivo homosexual. Los travestís y transexuales están recibiendo una pésima calidad en cuanto a atención.

LMP: ¿Cuál es la posición del Gobierno al respecto?

J: Esfuerzos gubernamentales hemos visto pocos, a excepción de algunas campañas puntuales en la televisión y algunos pósteres de la Organización Panamericana de la Salud. El único esfuerzo importante que se ha hecho en el país fue el componente de estigma y discriminación del proyecto Ronda 2 del Fondo Mundial. Con éste se logró llegar a unos cuatro mil prestadores de servicio (PS) del Ministerio de Salud y el Seguro Social (MS y SS,

En lo referente a las campañas de prevención que se están llevando a cabo, éstas sólo se enfocan desde el punto de vista de los valores, principalmente la abstinencia y la fidelidad, satanizando el uso del condón, lo que desmotiva a la población a utilizarlo.

respectivamente), con lo que se consiguió sensibilizar bastante a los principales prestadores de salud, junto a otros PS de otras instituciones públicas y privadas. Aunque nos centramos primero en los profesionales del MS y el SS, creemos que es un esfuerzo todavía mínimo comparado con la magnitud del problema en el país en cuanto a estigma y discriminación sanitaria.

LMP: ¿Qué tipo de medicación antirretroviral se suministra en el país?

J: Es un sistema bastante complejo. Contamos con 26 esquemas diferentes, y con medicamentos tanto de marca como genéricos. Sin embargo, hemos observado que, en los últimos tiempos, el personal médico está cambiando indiscriminadamente las combinaciones, y dejando fuera los medicamentos genéricos, que se usan para los tratamientos de primera línea, como la zidovudina (AZT), 3TC y d4T. En su lugar, están utilizando en pacientes *naive* medicamentos de marca como Kaletra®, junto a otros no análogos de nucleósido. Y creemos que no es una decisión meramente técnica, sino más bien económica, relacionada con algunos compromisos que puedan tener con las empresas farmacéuticas. Aunque es muy peligroso decir esto sin tener una prueba tangible, es lo que nosotros, como activistas, percibimos. Porque el personal está debidamente capacitado y sabe cuáles son los medicamentos de inicio y cuáles los de segunda línea, pero aun así están empleando los de segunda línea para el comienzo. En el caso de la transmisión vertical, aunque no soy experto en esta materia, me extraña mucho que a las madres con VIH que están en gestación les estén suministrado Kaletra® como parte del tratamiento.

LMP: ¿Entonces ya no suministran nevirapina (Viramune®)?

J: No, no se está usando Viramune®. Desde hace tiempo, argumentan que hay problemas de disponibilidad con este medicamento. En nuestro país, a veces se producen cambios arbitrarios y sin previo aviso en los esquemas de tratamiento. Los procesos de compra de medicamentos siguen siendo largos y burocráticos y esto tiene un impacto muy fuerte en su disponibilidad, lo que obliga a que se produzcan estos cambios arbitrarios. El programa de transmisión vertical no es el único que sufre este contratiempo.

LMP: Y, ¿qué está haciendo la comunidad al respecto?

J: Nosotros, como comunidad, lo estamos denunciando. Hemos estado tratando de negociar con el Gobierno y nos están pidiendo tiempo para poder solventarlo, capacitar mejor al personal, estandarizar los 26 esquemas que hay en el país y revisar el protocolo de atención a las personas con VIH/sida. Ahora, estamos en proceso de espera y vigilancia de su cumplimiento; de no hacerse, trataremos de acudir a instancias internacionales para denunciarlo.

LMP: ¿Habéis acudido a instancias superiores o internacionales para denunciar esta situación?

J: Hemos estado tratando de negociar con el Gobierno y nos están pidiendo tiempo para poder solventarlo, capacitar mejor al personal, estandarizar los 26 esquemas que hay en el país y revisar el protocolo de atención a las PVVS. Ahora, estamos en proceso de espera y vigilancia de su cumplimiento; de no hacerse, trataremos de acudir a instancias internacionales para denunciarlo.

Honduras

País: Honduras

Población: 7.326.496 habitantes

Organización: Casa Renacer y Coordinadora del Grupo de Auto Apoyo de Tegucigalpa

Activista: José Zambrano



José: La coordinadora es un albergue que ofrece alojamiento a las personas que viven con VIH/sida (PVVS) que llegan a Tegucigalpa en busca de atención médica. También ofrecemos un programa de acompañamiento en hospitales para aquellas personas que están solas, sin familiares o que no cuentan con ningún tipo de apoyo psicosocial y afectivo. En casos extremos, ya sea por pobreza o falta de movilidad, se les hace acompañamiento y cuidados en el hogar o en el albergue para cuidar de su higiene personal, comidas, etc. Por otra parte, también servimos de puente entre estas personas y Médicos Sin Fronteras y otras instituciones o benefactores, en aquellos casos que requieren servicios que el hospital no tiene o no puede ofrecer, como tomografías u otras pruebas muy especializadas, para que aquéllos

puedan facilitarles dichos servicios a las PVVS. También hacemos traslados y acompañamientos desde sus casas a los hospitales o los buscamos en las terminales de autobús o aeropuerto para acompañarles al hospital. Y estos proyectos los venimos realizando desde hace cuatro años.

No obstante, el apoyo financiero que recibimos es muy escaso y, normalmente, no podemos planificar demasiado, sino que tenemos que ajustarnos a lo que tenemos y tratar de resolver las necesidades de las personas que han desarrollado sida y están hospitalizadas.

LO+POSITIVO (LMP): ¿Existe algún tipo de Plan Nacional sobre el Sida, Programa o Secretaría Nacional del Ministerio de Salud que lidere las políticas en materia de VIH/sida en el país y que, además, subvencione las actividades comunitarias de las ONG?

José (J): Existe lo que se conoce como Plan Estratégico Nacional sobre VIH/Sida 2007-2012, en cuya elaboración hemos participado. Lamentablemente, es un plan muy ambicioso que se cumple muy poco. Y esto es así porque la atención integral no es sólo tomar pastillas y recibir atención médica, sino que va mucho más allá y sale del contexto hospitalario. Tiene que ver más con el aspecto sociocomunitario, y muchas comunidades están postergadas. Por ejemplo, hemos realizado seis visitas de campo a ciertas zonas rurales de Puerto Lempira, en el Departamento de Gracias a Dios, donde el acceso es difícil y más aún a esa comunidad. Pero, gracias al *lobby* que hemos ejercido y a una demanda que interpusimos ante la Fiscalía, se logró que las personas de la localidad recibieran atención médica. Además, tuvimos que pagar el traslado de estas personas para que tomaran su medicación y así demostrar que el tratamiento antirretroviral sí salva vidas. Es

increíble que, hoy en día, siga habiendo comunidades sin acceso a medicina.

Otra de las grandes barreras a la que estas comunidades remotas se tienen que enfrentar es la idiomática, ya que mucha de la información se tiene que traducir a la lengua indígena misquito, entre otras (no obstante, la más extendida es esta lengua). Con ellos/as hemos comprobado que, cuando se quiere y hay voluntad, se pueden salvar vidas.

En estos últimos años, hemos tenido que saltarnos las normas de nuestra asociación para poder alargar el tiempo de permanencia de mujeres, niños y niñas y personas mayores que atendemos en la entidad para asegurarnos de que accedan a sus tratamientos, dado que estas personas han llegado en fase de sida, con muchas infecciones oportunistas, tuberculosis... Al acceder a sus terapias, se han recuperado. Si no hubiéramos realizado esta acción y no hubiéramos llegado a ese lugar para conocer la gran dimensión de la problemática, muchas de estas personas ya estarían muertas. Es increíble que todavía exista una gran desinformación con respecto al VIH; las familias sólo quieren saber quién está infectado para apartarlo de la comunidad.

LMP: ¿Qué está haciendo el gobierno al respecto?

J: Bueno, en el caso concreto de las comunidades Misquitas, el Gobierno central prácticamente ha quedado mal, puesto que no existe coordinación efectiva entre éste y el Gobierno regional. A pesar de que en la actualidad hay 16 personas en tratamiento, es necesario un albergue en el Hospital de Puerto Lempira para que éstas no sólo se puedan hacer las pruebas de seguimiento, sino para que también los profesionales sanitarios puedan observar su recuperación gracias a los tratamientos.

Otros fenómenos parecidos pasan en los Departamentos de Choluteca o Valle (fronterizos con Nicaragua y El Salvador), los más empobrecidos de Honduras. Esto ha hecho que se acreciente más la problemática de las PVVS. Peor aún es en el caso de niños y niñas y adolescentes, a los que normalmente tienen que traer hasta San Pedro y Tegucigalpa, donde se concentra la mayor atención a menores.

LMP: *¿Nos podrías indicar el número estimado de PVVS en Honduras?*

J: Bueno, el número oficial, según la Secretaría de Salud Pública –desde 1985 a diciembre de 2007– era de más de 24 mil casos acumulados de VIH/sida; mientras que la incidencia está rondando el 2% de la población, por lo que tenemos una epidemia generalizada del 1,8% y la proporción de la infección es de dos mujeres por cada dos hombres. Se trata de una situación bastante alarmante, ya que la epidemia se ha extendido a los 18 Departamentos y, en la práctica, sólo se le ha brindado atención al corredor central del país, dejando postergados los Departamentos del oriente y occidente de Honduras. Es por ello que la atención básicamente se puede conseguir en las dos grandes ciudades donde se concentra el grueso de la población.

LMP: *¿Básicamente el acceso a la medicación sólo se puede conseguir en esas dos ciudades?*

J: Bueno, en parte sí, pero también otras ciudades del corredor central están empezando a distribuir medicación. Sin embargo, los Departamentos que ya he mencionado son los que están más desatendidos.

LMP: *¿Qué tipo de medicación se dispensa en el país?*

J: Prácticamente, la mayoría de la medicación que se proporciona es de marca, aunque no es la más reciente del mercado: zidovudina (AZT), efavirenz, lamivudina (3TC), etc.; Kaletra® se ha conseguido para algunos casos de resistencia, pero sólo a través de demandas al Estado. Sin embargo, somos conscientes de que las combinaciones de las que disponemos en la actualidad deben cambiar y ampliarse, ya que, debido a los efectos secundarios, muchas de las personas que están en tratamiento han tenido que cambiar de esquema.

LMP: *¿Existe alguna política nacional que haga frente al estigma y la discriminación en el país?*

J: El problema es que el criterio último lo tiene el médico y el equipo multidisciplinar; ellos son los que deciden si se da o no un medicamento en ciertos casos.

Existe un protocolo de atención, y nosotros como activistas estamos siempre discutiendo con los profesionales sanitarios, porque aunque los pacientes tengan problemas con el alcohol, sean usuarios de drogas o personas en una situación extrema de riesgo, también tienen derechos. Hemos estado luchando para que el sea el propio Estado el que provea algún tipo de alternativas, cree programas de desintoxicación o centros de acogida para seguir su tratamiento, puesto que nosotros, como sociedad, no tenemos ni la capacidad ni los recursos para satisfacer las necesidades de rehabilitación de estas personas.

Por desgracia, en Honduras no existen campañas continuas sobre prevención, ni mucho menos sobre estigma y discriminación. Cada vez más personas con VIH son despedidas de sus trabajos, o no les dan trabajo, son rechazadas y marginadas por su familia y su entorno más próximo.

LMP: *¿Qué está haciendo la comunidad al respecto?*

J: Bueno, siempre hemos estado denunciando estos hechos ante el Comisionado de los Derechos Humanos y la Fiscalía Nacional; aun así, se siguen vulnerando los derechos, lo que origina que la gente pierda la fe y las ganas de denunciar. Todavía hay muchas personas en lista de espera para recibir su tratamiento, por lo que podríamos decir que, en Honduras, no existe acceso universal a los antirretrovirales, tal como se está pidiendo en esta conferencia. Por eso, nuestra mayor lucha en este momento es que se amplíe a todas las zonas del país la medicación antirretroviral.

Por desgracia, en Honduras no existen campañas continuas y sostenidas sobre prevención, ni mucho menos sobre estigma y discriminación. Cada vez más personas con VIH son despedidas de sus trabajos, o no les dan trabajo, son rechazadas y marginadas por su familia y su entorno más próximo; asimismo, se están incrementando los casos de violencia en el hogar por VIH y género y, lo peor de todo, los asesinatos de compañeros y compañeras homosexuales y travestis, cuyas investigaciones y denuncias no prosperan en los tribunales de justicia.

LMP: *¿El sistema sanitario hondureño está en crisis?*

J: Prácticamente, sí. La mayoría de las veces, los médicos están en huelga, las capacidades de respuesta a las necesidades de salud muchas veces no dan abasto y en Infectología el personal no está bien capacitado para atender adecuadamente esta área.

LMP: *¿Cómo es vivir con VIH en Honduras?*

J: Bueno, es muy difícil porque, muchas veces, perdemos la familia, los amigos y también el interés por vivir, y más en una sociedad como la nuestra. Para mí, no ha sido fácil, aunque tengo la suerte de contar con el apoyo de mi familia, de mis amigos, de mi comunidad y conozco mis derechos. Sin embargo, para muchas PVVS no es así. Yo creo que debemos realizar más cambios en el país, pero también debemos generar más conocimientos para las PVVS, con el fin de que puedan defenderse y valerse por sí mismas. Por ejemplo, muchos de los nuevos casos de VIH no tienen ninguna información de lo que es vivir con el virus. Por otra parte, habría que ayudarles a reforzar actitudes como la autoestima y fomentar aptitudes como el liderazgo, el asociacionismo, establecer relaciones y comunidad, y facilitar el conocimiento de las leyes y los derechos fundamentales del ser humano y de los ciudadanos y ciudadanas.

Puerto Rico

País: Puerto Rico
Población: 3.994.259 habitantes
Activista: Moisés Agosto
Organización: Fondo Colaborativo para el acceso a tratamiento

Moisés: Trabajo con el Fondo Colaborativo para el acceso a tratamiento, un proyecto de la Coalición Internacional de Activistas para Tratamiento. Soy el coordinador del programa de becas que se ofrecen en la región del Caribe, Latinoamérica, el Oeste, Centro y Este de África.

Nuestra principal función es otorgar becas a organizaciones de base comunitaria que necesitan desarrollar infraestructura para hacer cabildeo, tratamiento o crear programas de educación sobre tratamiento. Tendemos a otorgar las becas directamente a las organizaciones, no son filtradas por organizaciones gubernamentales; asimismo, creamos una Junta Comunitaria en las regiones para que sean éstas las que tomen las decisiones y establezcan los criterios en los que se otorgarán los fondos y a qué organizaciones se les dan, en el contexto del tratamiento y el acceso universal.

Lo+Positivo (LMP): ¿Cuál es el número estimado de personas que viven con VIH en Puerto Rico?

Moisés (M): Se estima que en Puerto Rico hay unas 11.000 personas que viven con VIH/sida (PVVS).

Puerto Rico aunque es un Estado Libre Asociado de EE UU y recibe fondos federales como los provenientes del Programa Ryan White para la provisión de cuidados médicos y de medicación para el VIH/sida, está afrontando un problema, al depender única y exclusivamente de estos fondos. Además, a pesar de que haya algún tipo de acceso a tratamientos para los puertorriqueños por dichos fondos, las instituciones gubernamentales los han malversado. Por ello, el gobierno federal decidió hacer una investigación, y esto ha afectado al constante suministro de muchos de los tratamientos que se ofrecían gratuitamente a los usuarios del sistema. Así pues, hay desabastecimiento debido a las faltas institucionales y, ahora, estamos teniendo un grave problema con aquellas personas que se ven obligadas a interrumpir su terapia.

LMP: Y en ese caso, ¿qué puede hacer esa persona?

M: En Puerto Rico, sólo se pueden obtener los medicamentos si se tiene seguro médico privado con farmacia o a través de las clínicas que reciben fondos del Ryan White, que proveen los medicamentos y el cuidado médico libre de coste. Son las únicas dos formas de obtener medicación en la isla. Si estos fondos no son suministrados con regularidad, las ONG o las clínicas que proveen estos fármacos no tienen capacidad para comprarlos y menos de proporcionarlos.

LMP: Con respecto al sistema sanitario en general, ¿cómo es la atención que se ofrece? ¿Cumple los estándares?

M: Te puedo hablar desde mi experiencia personal. Sí, se supone que hay unas estructuras que se encargan de proveer

las pruebas de CD4, las de carga viral, etc., pero nuevamente volvemos a que muchas de estas instituciones dependen de los fondos federales. En Puerto Rico, el problema es que muchos de los y las pacientes no tienden a buscar información u orientarse a tiempo y, muy a menudo, se debe a su propia autoestima; el estigma, en general, les dificulta realizarse una prueba temprana del VIH que les permita luego acceder a los medicamentos. Entonces te encuentras con casos de personas que, o se hacen la prueba en estados avanzados, o no se la hacen y ya acuden al médico cuando están enfermas. También, otro problema que existe es que muchos médicos, tanto los que ejercen privadamente como los de hospitales públicos, no están bien formados para atender a personas con sida. Por ejemplo, ahora en Puerto Rico, cuando estuve buscando cuidados médicos como paciente, incluso yendo a médicos privados, internistas, infectólogos, éstos no tenían el conocimiento o sentías enseguida el rechazo. Incluso un médico internista –médico de familia– me confesó que no sabía del VIH, y era un internista. Después de tanto buscar, terminé por encontrar sólo una clínica comunitaria que se llama ‘Puerto Rico Concra’, la cual hace tiempo que presta servicios de salud; ahora, a la vez, también depende de las ayudas de Ryan White. No obstante, hasta donde tengo entendido, los mejores servicios de la isla se prestan en este tipo de clínicas comunitarias.

Como paciente tienes que educarte y ser proactivo para luchar por tus derechos tanto con los proveedores de servicios de salud como con los médicos, las clínicas y con el funcionamiento del sistema, porque, de lo contrario, no podrás beneficiarte de todo el sistema.

LMP: Las organizaciones puertorriqueñas, ¿están bien organizadas, son fuertes, están llevando a cabo algún tipo de reivindicación?

M: Sí. Ahora, con este asunto de que se han interrumpido los tratamientos, se ha formado una coalición de activistas tanto puertorriqueños como estadounidenses, y se han organizado para llevar a cabo manifestaciones, protestas, hacer cabildeo y defensa de los derechos de las PVVS a escala nacional y en forma de diáspora en Nueva York. También hay grupos de base comunitaria que proveen servicios, aunque con anterioridad no estaban organizados con tanta fuerza políticamente. Ha sido a raíz de esta necesidad que los

grupos se mueven más desde el sector del servicio al activismo, y creo que ha sido muy positivo. Por ejemplo, el grupo Pacientes de Sida Pro Política Sana.

LMP: ¿Cuál es la respuesta del Gobierno puertorriqueño?

M: El Gobierno estatal dice que va a abastecer los tratamientos que faltan, pero cuando llega el momento de hacerlo, no están los fondos y esto ha sido un reto para los y las activistas de allí.

LMP: Desde el punto de vista del estigma y la discriminación, ¿qué se está haciendo en Puerto Rico?

M: Pues mira, las cosas han cambiado bastante desde los años 80 y 90 a esta parte. Antes era totalmente un tema tabú hablar del VIH y todavía en algunos círculos lo es, pero al haber cada vez más activistas que dan la cara diciendo públicamente que son seropositivos, más educación en el ámbito estatal, ha habido una apertura de aceptación. No obstante, en círculos sociales pequeños o rurales todavía existe una gran cantidad de estigma e ignorancia en cuanto al sida, modos de transmisión y cuidado de la enfermedad.

LMP: ¿No se hacen campañas de sensibilización?

M: No se han hecho como tales hacia las personas con VIH. Se han llevado a cabo varios intentos en prevención, pero han sido campañas totalmente condicionadas por las políticas de la administración Bush de abstinencia, es decir, demonizando el sexo, la transmisión, el condón.

LMP: ¿Qué tipo de medicación llega a Puerto Rico: de marca, genérica, combinada?

M: Todavía no hay acceso a genéricos. Hasta donde tengo entendido, es sólo de marca.

LMP: ¿Y llegan los últimos fármacos recién salidos al mercado?

M: Sí, sí llegan a Puerto Rico. Otra cosa es que lleguen a las clínicas comunitarias y las poblaciones más pobres, que son aquéllas que más los necesitan.



LMP: ¿Cómo crees que es vivir con VIH en Puerto Rico?

M: Se puede vivir con VIH en Puerto Rico si cuentas con los medios para hacerlo, si estás conectado a un sistema que te pueda proveer los servicios. Ahora bien, como paciente tienes que educarte y ser proactivo para luchar por tus derechos tanto con los proveedores de servicios de salud como con los médicos, las clínicas y con el funcionamiento del sistema, porque, de lo contrario, no podrás beneficiarte de todo el sistema.

LMP: ¿Cuáles son los colectivos en situación de mayor vulnerabilidad al VIH?

M: Los usuarios de drogas inyectables (UDI) se encuentran en primer lugar, seguidos de las mujeres y de los hombres que practican sexo con hombres (HSH).

LMP: ¿Crees que sirven de algo estas conferencias?

M: Sí, pero dentro de un contexto global y de visión, pues te proporcionan un cierto tipo de marco de

referencia. Yo, lo que me cuestiono y me inquieta viendo esta conferencia (y estoy viniendo a estas conferencias desde hace mucho tiempo) es la cantidad de dinero invertido, la planificación de las actividades, la movilización de personas y otros recursos en poner una conferencia para proveer un marco conceptual de hacia dónde vamos. Realmente me inquieta, sabiendo la necesidad que hay de fondos en países en desarrollo que no tienen acceso al tratamiento, entre otras cosas. No sé qué utilidad tiene estar aquí durante cinco días con todo este despliegue de medios.

LMP: Entonces, ¿no crees que vaya a tener un impacto real en toda la región?

M: Bueno, me parece que sí tendrá un impacto en este momento en que los medios están mirando a América Latina por la conferencia, pero también está compitiendo con las Olimpiadas. Una vez que el ruido de los medios acaba, volvemos a la misma situación de invisibilidad.



País: México
Población: 106.682.518 habitantes
Organización: Colectivo SOL
Activista: Rafael Manrique Soto

Soy Rafael Manrique Soto y trabajo en Colectivo SOL. Creo que es la primera organización de México que empezó a trabajar en VIH/sida en 1983, cuando se dio la noticia de que había gente transmisora del VIH, en el momento en que Luc Montagnier y Robert Gallo anunciaron al mundo que se transmitía por un virus. Así empezamos el trabajo de prevención, primero con la comunidad gay, nuestros orígenes, organizándonos como colectivo o entidad para la diversidad, como se dice ahora. Por eso, cuando llegó el sida y afectó a nuestra comunidad, nos cogió organizados. A raíz de la movilización de la sociedad civil, el gobierno tomó iniciativas y creó el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida (CENSIDA) en 1987.

En mi organización, después de muchos años de trabajo, de manera directa con la población ofreciéndoles charlas y folletos, hemos adquirido mucha experiencia. Seguimos con proyectos de calle, con unidades móviles (la condomóvil), con mujeres y otros proyectos de información, formación, comunicación y educación.

Ahora, estamos brindando apoyo técnico a otras organizaciones de la sociedad civil dentro de la República Mexicana. Estoy trabajando en el proyecto "Vida Digna". Tenemos el apoyo de la Alianza Internacional y de Positive Action, la parte comunitaria de la Fundación GlaxoWellcome. Este proyecto trabaja con poblaciones clave, como los hombres que practican sexo con hombres (HSH), los usuarios de drogas inyectables (UDI), los trabajadores sexuales, transgénero y personas que viven con VIH/sida (PVVS). El objetivo es disminuir el estigma y la discriminación, ya que eso facilita la respuesta al VIH. Este trabajo se enfoca a los que prestan servicios de salud. En México, como en América Latina, tenemos una infección concentrada en HSH. Actualmente, la epidemia está pasando por un proceso de feminización. En



Latinoamérica se da mucho lo de hombres bisexuales, que se ven como hombres "machos", practican sexo con otros hombres y no se reconocen como gays o bisexuales. Ellos juegan un rol clave en la feminización de la epidemia, porque tiene contactos sexuales con otros hombres y la llevan a la población femenina.

El proyecto trabaja para erradicar el estigma y la discriminación, nunca la idea de culpabilidad. Simplemente se trata de poblaciones más vulnerables. Consiste pues, como indica el lema de la conferencia, en luchar contra el estigma y la discriminación, para que estas poblaciones defiendan sus derechos fundamentales y se puedan acercar a los servicios que existen.

LO+POSITIVO (LMP): ¿Qué implicación tiene el gobierno mexicano?

Rafael (R): Últimamente, ha comenzado a emprender acciones, no

porque le guste, sino porque la sociedad civil ha empujado duro, tanto a escala de país como de la sociedad civil mundial. No queremos estigma ni discriminación, es un mandato mundial y el gobierno lo ha oído. Hay que decir que se están realizando esfuerzos. Existe tratamiento universal para todas las regiones del país y para las personas que están al margen del servicio de salud. Si no se tiene ninguno de los tres seguros que existen en México, se puede solicitar tratamiento gratuito. Sin embargo, hay muchas regiones del país donde la gente vive muy apartada de los servicios, y existen problemas logísticos para que estas personas tengan acceso al tratamiento universal.

También hay el problema del abastecimiento farmacológico. Incluso aquí, en Ciudad de México, la gente llega al seguro social y no hay medicamentos; entonces, tiene que interrumpir el tratamiento.

LMP: ¿Qué sucede cuando no hay medicación?

R: Se puede recurrir a las redes de amigos. Antes de que hubiera acceso universal, había muchas entidades no gubernamentales que tenían bancos de medicamentos. Ahora, están disminuyendo porque es más fácil obtener la medicación en el servicio estatal. También, si tienes recursos económicos, compras el tratamiento y si no, no los tomas.

LMP: ¿La medicación es genérica, de marca? ¿Se está tomando lo último?

R: Existe un movimiento de PVVS que luchan para que los medicamentos que se suministren sean genéricos. El Gobierno da fármacos de marca. Hasta la fecha, se tenía en cuenta que los medicamentos se compararan a aquellos laboratorios que tenían plantas de fabricación aquí, para incrementar el empleo. Pero, claro, al tomar esa decisión, el Gobierno paga cuatro

veces más caros los fármacos de lo que se pagan en otros países de América Latina.

Hoy en día, se ha aprobado una nueva ley que permite importar medicación de otras empresas que no tengan planta de fabricación en México.

LMP: *Según tu opinión, ¿cómo crees que la sociedad mexicana ve el VIH y a las PVVS?*

R: Cada vez más, la gente empieza a normalizar la epidemia. Cuando iniciamos los esfuerzos estábamos completamente solos y no había ningún apoyo ni respuesta; para mí, ver ahora este movimiento gigantesco es increíble. No obstante, sigue habiendo diferencias, y queda mucho por hacer, porque todavía existe mucho estigma y discriminación.

LMP: *¿Cómo es vivir con VIH en México?*

R: Depende de tu clase social, etnia o la ciudad donde vives. Si no tienes recursos económicos, va a ser difícil; quizá consigas el medicamento si sabes dónde conseguirlo. Todavía hay gente que no dispone de esta información, pero si te atrasas con la medicación o la enfermedad avanza, puede que ésta te gane. A veces, se dispone de información pero se come mal y, sin esa ayuda, el medicamento es duro.

LMP: *¿Qué otras reivindicaciones se están llevando a cabo desde la comunidad?*

R: La lucha por conseguir servicios de calidad y calidez. Por ejemplo, la mayoría de las pruebas de laboratorio no son gratuitas, las tienes que pagar, así como muchos otros medicamentos para la prevención y tratamiento de enfermedades asociadas al VIH. Otra lucha son las reparaciones a causa de la lipodistrofia; sólo si tienes Seguridad Social, es decir, si estás trabajando y cotizando, lo puedes conseguir.

LMP: *¿Es tu primera conferencia?*

R: No, es la cuarta. Soy un poquito escéptico con este tipo de eventos. Lo que me gusta son los contactos, como el que tengo contigo ahorita; es lo más importante de las conferencias. Y también la Aldea Global, un espacio abierto a muchas personas de Ciudad de México, que vienen a ver, a informarse, y a conocer a gentes de todos los países. En este

También hay el problema del abastecimiento farmacológico. Incluso aquí, en Ciudad de México, la gente llega al seguro social y no hay medicamentos; entonces, tiene que interrumpir el tratamiento.

sentido, sí creo que sirve. En otros, me parece que no tanto. Lo que es útil es el intercambio y los contactos que se hacen. Por ejemplo, personas de África y América Latina nos reunimos; de otra manera, no podríamos hacerlo.

LMP: *¿Qué dificultades tuviste o tuvo la comunidad para organizar este evento?*

R: No estuve muy cerca de la organización general, estuve trabajando mucho con mi organización en logística. Pero, principalmente, todas las dificultades logísticas que te puedas imaginar en un país de América Latina. Creo que México tiene experiencia en organizar grandes cosas, pero comparado con otras conferencias ves cantidad de pequeñas cosas, que se van sacando al momento; ves que se improvisa.

Políticamente, creo que ha sido un gran acierto, puesto que llevó a un gobierno del PAN –que es un gobierno de derechas–, no sé si con mucho gusto, a aceptar una serie de reivindicaciones y de mandatos internacionales que tienen que ver con la tolerancia hacia poblaciones que, en general, para ellos no son de su agrado. Tienen su derecho a la antipatía, pero también la obligación de aprender a tolerar.

LMP: *Como activista, como persona, ¿qué esperas de esta conferencia?*

R: Que América Latina y México sean menos invisibles en el panorama del VIH/sida. La normalización, aunque eso va a ser muy difícil, porque cuando termine la conferencia volverá el silencio sobre la pandemia. Y que se trabajen más las relaciones con los laboratorios para reducir los precios. Eso es lo que esperaría.



País: Chile
Población: 16.763.470 habitantes
Organización: Vivo positivo
Activista: Víctor Hugo Robles

Víctor Hugo: El sida en Chile movilizó conciencias, revoluciones, deseos de transformación del mundo. Junto al movimiento homosexual, surgen las agrupaciones llamadas específicas, las de personas viviendo con VIH, luego se

conforman en una Red Nacional, que es la coordinadora de personas que viven con VIH. De ahí surge la organización Vivo Positivo, que es donde yo trabajo como periodista. En ella edito y coordino la revista *Vivo Positivo*. El año

pasado, celebramos diez años de la fundación de trabajo social comunitario y político.

LO+POSITIVO (LMP): *¿Podrías decirnos cuál es la incidencia de personas con VIH en tu país?*

ERNAMENTE ENAMORADAS



Enero 2009

L	M	X	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Febrero

L	M	X	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	

Marzo

L	M	X	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Abril

L	M	X	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Mayo

L	M	X	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Junio

L	M	X	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

Julio

L	M	X	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

Agosto

L	M	X	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

Septiembre

L	M	X	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

Octubre

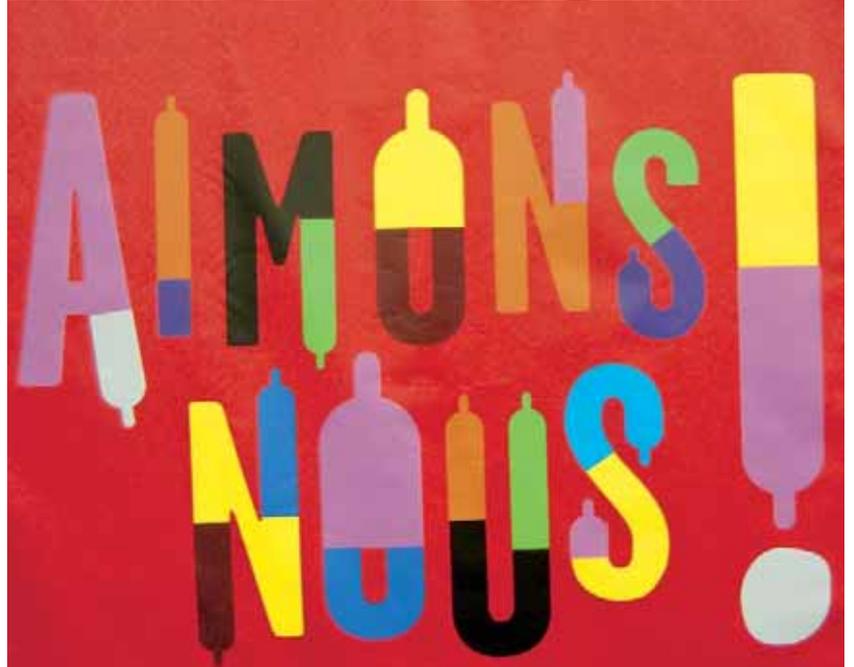
L	M	X	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Noviembre

L	M	X	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

Diciembre

L	M	X	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			





Víctor Hugo (V.H.): Se da, sobre todo, en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con edades comprendidas entre 20 y 40 años. Representan entre el 80 y 90% de las personas que viven con VIH en Chile. Pero cada vez más son mujeres jóvenes, amas de casa... las que están adquiriendo el virus por relaciones heterosexuales.

LMP: ¿Cuál es la actualidad?

V. H.: Existe la red Vivo Positivo, que es muy potente. Funciona a escala nacional con 42 agrupaciones locales. A veces, no entienden cómo una red nacional puede agrupar a muchas instancias, que a su vez están organizadas, que tienen sus presidentes y su funcionamiento comunitario.

LMP: ¿Cómo es vivir con VIH en Chile ahora mismo?

V. H.: Se vive desde el estigma y la discriminación. Son las organizaciones de PVVS quienes hemos transformado la situación, porque si pensamos en los años ochenta, en que murió mucha gente, no había medicación, ni acceso a la misma, vemos que existía mucha discriminación social y cultural, en los hospitales, con el personal sanitario y médico, etc. Además, las PVVS no nos atrevíamos a dar la cara aún, a visibilizarnos, a politizarlos.

Poco a poco, las organizaciones de PVVS fuimos tomando conciencia, empoderándonos, demostrando que es posible vivir con VIH y tener mejor calidad de vida, y también exigiendo al Estado, al sistema de salud, mejoras para nuestra calidad de vida. Una de las acciones de Vivo Positivo, pienso que la más importante, fue el acceso gratuito, en el sistema público de salud, a la medicación antirretroviral. También la lucha permanente contra la discriminación y el estigma social.

LMP: ¿Es igual para las personas que viven en Santiago de Chile que para las que se encuentran en zonas más apartadas?

V. H.: Es igual en todos sitios; lo único que en las zonas más apartadas o rurales impera la discriminación, la poca preparación del personal médico y sanitario. Pero los antecedentes que nos llegan a Vivo Positivo nos indican que la entrega de medicación funciona. En ocasiones, hay problemas de desabastecimiento, pero la red, el control comunitario, funcionan bien; se consigue solucionar esos problemas.

LMP: Cuando dices que hay problemas de desabastecimiento para las personas que viven en zonas rurales, ¿te refieres a que tienen que interrumpir su tratamiento?

V. H.: En algunas zonas y hospitales ha ocurrido alguna vez, pero yo diría que no es lo normal. La medicación llega, tú entras en el sistema sanitario público, te controlan regularmente. Cabe destacar que el sistema de salud chileno tiene una diferencia respecto a otros sistemas de América Latina: existe el sistema privado y el público. La persona que está en el sistema privado tiene que comprarse la medicación y pagar los exámenes adicionales.

LMP: ¿Los fármacos son de marca o genéricos? ¿Qué tipo de terapia existe?

V. H.: Estamos en un periodo de transición. Durante muchos años, los fármacos eran de marca, pero ahora, con la aprobación del proyecto del Fondo Mundial y debido al aumento de PVVS, el Gobierno vio la necesidad de bajar el coste de la medicación. Hubo farmacéuticas que lo bajaron, otras no. Los activistas presionamos para que la medicación genérica cumpliera las mismas funciones que la de marca.

LMP: ¿Está bien desarrollada, garantizada y expandida por todo el país la atención médica general?

V. H.: La norma funciona bien en las capitales, pero en las regiones existen muchos casos de discriminación. En todas las ciudades hay centros de salud, pero en las zonas rurales existe mayor lentitud en la atención, y el estigma y la discriminación son más evidentes que en las zonas urbanas.

LMP: Entonces, ¿la población indígena que vive con VIH tiene mayor dificultad para obtener atención sanitaria?

V. H.: Tiene dificultades ante la situación médica, por el estigma cultural, porque en los hospitales donde reciben atención son tratados como chilenos –por decirlo de algún modo– pero van vestidos con su vestimenta típica, y por ello son discriminados.

LMP: ¿Existen leyes específicas para defender a las personas que viven con VIH ante la discriminación?

V. H.: Ésta es una de las grandes luchas que ha tenido Vivo Positivo; por eso, fue un logro la Ley del Sida, llamada Ley de prevención, educación y respeto ante el sida. Fue una conquista histórica. Es una ley que protege primero a la PVVS y que obliga al Estado a atender y dar medicación a las personas que entran en el sistema público.

Hace poco, hubo un escándalo muy importante de mujeres viviendo con VIH que fueron esterilizadas sin su consentimiento. Una de las demandas del movimiento de personas que viven con VIH es que las mujeres con el virus puedan tener hijos e hijas si así lo desean, y que no sea el personal médico quien decida por ellas.

En ese sentido legal, Chile está constitucionalmente resguardado; lo que nos faltaría ahora, y que no sólo va a beneficiar a PVVS sino a la diversidad, es la aprobación de la Ley contra la discriminación, que será complementaria a la Ley del Sida.

De momento, esta ley te protege desde el punto de vista constitucional. Si una persona es discriminada en Chile, puede denunciarlo. Nadie puede ser despedido por tener VIH, pero sucede con otras excusas. Por ejemplo, hace poco hubo un escándalo muy importante de mujeres viviendo con VIH que fueron esterilizadas sin su consentimiento. Tuvieron un parto y el médico o la matrona las esterilizaron. Se denunció porque fue una violación de los derechos humanos: no se respetaron los derechos sexuales y reproductivos de esas mujeres. Una de las demandas del movimiento de personas que viven con VIH es que las mujeres con el virus puedan tener hijos e hijas si así lo desean, y que no sea el personal médico quien decida por ellas.

LMP: ¿Cómo crees que se siente una persona que vive con VIH en Chile respecto a la situación que existía hace diez años?

V. H.: Soy positivo y he sido testigo de los cambios. Pienso que en Chile el VIH ya no es el símbolo de la muerte; eso sí, aún es el signo de la discriminación y el estigma.

LMP: ¿Es tu primera conferencia mundial?

V. H.: Sí, es mi primera vez... Soy activista homosexual, y todo mi trabajo político se ha orientado a la reivindicación del ser políticamente homosexual; pero en paralelo he trabajado en Vivo Positivo como periodista. La revista *Vivo Positivo* me he convertido en

un activista del VIH, pero nunca había tenido la oportunidad de participar en una conferencia mundial.

Me parece importante que existan las conferencias, pero me llama poderosamente la atención que la decimoseptima conferencia se haga en Latinoamérica, en inglés y no se respeten los protocolos geográficos. Por otra parte, soy un poquito escéptico respecto a los resultados finales de las conferencias. Me da la impresión de que quien triunfa más es la industria farmacéutica, la cual hace muy bien su negocio; sin embargo, la realidad concreta de las PVVS está apartada de la gran conferencia, que incluso se hace en un lugar distinto de donde está la Aldea Global. También el país anfitrión, México, aprovecha de manera oportuna la situación para ofertar una granjería política, electoral y turística.

LMP: ¿Crees que hasta ahora las conferencias no han aportado mucho a América Latina?

V. H.: Creo que estas conferencias son un modelo de reuniones internacionales, donde se intenta invitar a muchos sectores, gobiernos, farmacéuticas, organizaciones internacionales, sociedad civil. Pero la sociedad civil no tiene la importancia que sí tienen la industria farmacéutica o los gobiernos.

Con todo, la conferencia también tiene cosas buenas, como el anuncio del Gobierno español de su aportación al Fondo Mundial: un aporte millonario. O del Gobierno mexicano, que eliminó las restricciones de las farmacéuticas que querían hacer genéricos. Pero, curiosamente, de los casi 31 medicamentos que hay en México, veintiuno ya están registrados por marca y no pueden hacerse genéricos de ellos, por lo que la eliminación de esas restricciones es para muy poqui-

tos medicamentos; su impacto es menor. No obstante, esto se presenta en la conferencia como la gran aportación del gobierno mexicano.

LMP: Para Chile, ¿qué expectativas tiene esta conferencia?

V. H.: Creo que tiene una expectativa regional, de inmiscuir el VIH en la región, en América Latina. Pero no sé, las expectativas del gobierno deben de ser menores, porque visité todo los *stands* de países y me parece escandaloso que el Gobierno chileno no tenga ninguno; y también que el más alto rango que asistió a la conferencia fuera la encargada del programa. No vino el ministro de Salud, tampoco la presidenta de la República, que es doctora y una de las fundadoras de CONASIDA. Considero que el Gobierno chileno no le da mucha importancia a esta conferencia. La sociedad civil sí se la da. En México, hay cerca de veinte activistas chilenos, PVVS; asimismo, se participó muy activamente en la preconferencia de pueblos indígenas y afrodescendientes que organizó Amaranta Gómez Regalado.

LMP: Alguien dijo en la inauguración que se puede encontrar en la Conferencia a médicos, científicos y gente de la calle. ¿Crees que eso es relevante?

V. H.: Yo no he visto a mucha gente de la calle –gente común y corriente– y sí a muchos activistas que trabajan en el mundo del VIH. También he observado la presencia de una gran cantidad de funcionarios, de personas que trabajan en ONG, en gobiernos, en organizaciones internacionales, pero me parece que todavía es una actividad muy elitista, a pesar de que hay 22.000 personas.

Hay que poner a las PVVS como oradores centrales. ¿Por qué tiene que ser el presidente de la República? Por eso, yo me levanté cuando habló la chica adolescente de Honduras, porque me parece que eso es el sida, no el presidente de la República, no el ministro de Sanidad; ellos son funcionarios a quienes paga el Estado. La conferencia se hace para las personas que vivimos con VIH. Somos las personas que tenemos el virus quienes vamos a multiplicar el mensaje. Es una acción que uno

siente que debe hacerla para transformar la sociedad y su propia vida.

LMP: *¿De qué manera se va a beneficiar tu comunidad?*

V. H.: Creo que se va a beneficiar primero de los conocimientos, a través de las ideas que yo aporte, a través de los reportajes que escriba, mediante la multiplicación de la información. Pero diría que esto es de largo aliento. Estas conferencias te marcan si te ocurre algo importante, si pasa algo importante en la conferencia. Pero me da la sensación de que estas conferencias se repiten cada dos años, y que se dice siempre lo mismo. Sin embargo, no han conseguido mucho para romper el estigma y la discriminación. Las far-

macéuticas se siguen haciendo muy ricas con la medicación, y muchas personas siguen todavía viviendo con VIH.

LMP: *Si pudieras reunirte con los organizadores, con los gobiernos, ¿qué les dirías?*

V. H.: Les diría, como dijo Susan Sontag, que "el sida es una metáfora, no sólo una enfermedad", es una posibilidad cierta de poder ver el mundo de otro modo, de luchar por vivir, por la vida, por transformar el mundo. Les diría que debemos modificar el lenguaje, los estilos; incorporar a las personas que viven con VIH en primer lugar; que las conferencias oficiales no lo sean tanto; que las restricciones no sean tan estrictas, y que, en efecto, sea una conferencia realmente de personas viviendo con VIH.



País: República Dominicana
Población: 9.523.209 habitantes
Organización: Caribbean Regional Network+ (Este Amor)
Activistas: Yodarkis Moya y Felicia Araujo

Yodarkis: Mi organización, "Grupo de Apoyo Este Amor", trabaja con personas que viven con VIH/sida (PVVS), y los servicios que ofrecemos son: prevención, la prueba del VIH, acceso a tratamientos y consejería. Trabajamos en toda la región este de mi país. Surgimos a partir de 2005 por la necesidad de tener un grupo en nuestra región.

Felicia: Trabajo en una unidad de atención integral para PVVS en el área de formación de pares. Educamos para mejorar la adhesión y suministramos medicamentos. También formo parte de un grupo de apoyo.

LO+POSITIVO (LMP): *¿Conocéis cuál es el número estimado de personas que vive con VIH/sida en la República Dominicana?*

Yodarkis (Y): En la República Dominicana se estima que hay unas 125.000 PVVS, y entre este país y Haití cerca de 250.000 personas infectadas. La incidencia en la República Dominicana es del 1,2% de la población.

LMP: *¿Cómo es el sistema sanitario dominicano?*

Felicia (F): La atención integral primaria funciona bien. Las unidades de

atención integral están dentro de los hospitales públicos.

Y: Hace dos o tres años, no se conocía el acceso al tratamiento en nuestro país; ahora, es un poco más accesible con respecto a años anteriores.

Tenemos problemas con los análisis de seguimiento de carga viral; por otra parte, en pequeñas poblaciones se tienen que hacer las extracciones de sangre y llevarlas al laboratorio nacional, porque no hay laboratorios cercanos a esos núcleos de población que puedan dar los resultados.

F: No disponemos del examen de resistencia genotípica para saber qué medicación puede tomar una persona con VIH. Sin embargo, estamos muy avanzados respecto al tratamiento de la tuberculosis.

LMP: *¿Hay una buena respuesta por parte del personal sanitario?*

Y: Bueno, hay de todo. Todavía hay personal de enfermería que no pone la mano encima a un paciente o desconoce cómo se transmite el VIH.

F: Se está trabajando en cursos de formación para profesionales de la salud. Estos cursos tienen una duración de un mes y es necesaria esa diplomatura para trabajar en una unidad de salud integral.

LMP: *¿Es un programa que están llevando las ONG o es un programa gubernamental?*

F: No, lo están llevando a cabo las entidades sociales por todo el país.

LMP: *Los fármacos que se están dispensando, ¿son genéricos o de marca?*

F: Se dispensan fármacos combinados, algunos de marca, pero también genéricos, como Kaletra®, que ahora es Aluvia®; éste se presenta en comprimido en vez de en cápsula. Los últimos fármacos aprobados en Europa y Norteamérica todavía no se dispensan.

LMP: *¿Tenéis problemas de desabastecimiento?*

Y: No, solemos tener medicación suficiente; tuvimos algún problema con Kaletra®, pero ya está solucionado. Nos faltan muchas cosas, como las pruebas de carga viral, de genotipado, pero respecto al acceso a tratamientos, no tenemos problemas. Evidentemente, existen dificultades.

LMP: *¿Qué sucede con la gente que va a buscar la medicación y no la encuentra?*

Y: En la clínica donde trabajo, hay ONG que han ido buscar medicación porque no tienen para atender a sus



usuarios y usuarias. Esto tiene que ver con el pedido que tiene que hacer el encargado de la clínica, que lo debe realizar a tiempo para que no se produzcan retrasos.

LMP: *¿Qué acciones y reivindicaciones se están haciendo desde la comunidad para la mejora de la sanidad, el acceso y el tratamiento en la República Dominicana?*

F: Queda mucho trabajo por hacer, especialmente en cuanto a estigma y discriminación. En los últimos tiempos, nos estamos empoderando y damos la cara. Estamos instalando centros de sanidad integral en los pueblos; las PVVS están yendo a consultarse a otras poblaciones más lejanas para huir del estigma y la discriminación.

Lo que exigimos es una buena atención integral, no sólo atención primaria. Por otra parte, hay problemas para que acepten el internamiento en hospitales de PVVS o cuando hay que hacer cirugía compleja en pacientes VIH+ e internamiento. Hay que reducir el estigma y la discriminación.

LMP: *¿Se está haciendo alguna política o leyes que fomenten el respeto de las PVVS por parte del Gobierno?*

Y/F: No, incluso hay una ley que vulnera los derechos de las PVVS, pero hay activistas que hemos luchado para que ésta se modifique. Hemos promovido también que los medicamentos se incluyan dentro de la Seguridad Social, porque hasta ahora ha existido un convenio que tiene nuestro país con el Fondo Mundial.

LMP: *¿En qué se emplea el dinero que llega de organizaciones internacionales?*

F: Se está gastando en medicación, y parte del dinero va destinado a la prevención. Porque, si no, habrá más demanda de PVVS y se tendrá que comprar más medicamentos, etc. Hay que hacer mucho hincapié en la prevención.

LMP: *¿Hay campañas gubernamentales para sensibilizar a la población?*

Y: Pienso que la presencia de campañas gubernamentales es muy pobre, hacen anuncios de televisión que apenas duran 20 segundos, y los pasan una o dos veces al día. Pero, aparte de eso, la presencia es mínima.

Y/F: Los gobiernos y los medios de comunicación sólo se acuerdan el día 1 de diciembre, que es cuando toman conciencia. En los centros de salud apenas hay información sobre los servicios que ofrecen las unidades de atención integral. La gente no sabe adónde puede dirigirse para obtener recursos e información.

Creo que no han cumplido con su obligación respecto a la educación sobre el VIH y la lucha contra el estigma y la discriminación.

LMP: *¿Qué personas están en situación de mayor vulnerabilidad frente al VIH en la República Dominicana?*

Y: Pienso que las mujeres y los hombres que practican sexo con hombres son los colectivos más afectados en nuestro país.

F: La prevalencia está entre los 15 y los 35 años. En adolescentes y personas jóvenes.

LMP: *¿Cómo es vivir con VIH en la República Dominicana?*

F: A mí me afectó en parte, porque no todo el mundo reacciona como lo hice yo. Hay personas que no lo han superado, porque están en un proceso de negación; que incluso no van a los servicios. Tienen el diagnóstico desde hace diez años, pero recurren al sistema sanitario cuando están en una situación crítica.

LMP: *Con respecto a la conferencia, ¿es la primera a la que asistís?*

F/Y: Sí, es nuestra primera conferencia. Esperamos que sirva para algo; lo que no nos ha gustado nada es que la mayoría de las sesiones fueran en inglés y que las pocas que tenían traducción simultánea fueran tan malas: prácticamente destrozaban lo que decían los ponentes.

LMP: *¿Creéis que tendrá impacto esta conferencia en América Latina y el Caribe?*

F: Pues espero que sí. Lo negativo sería que los y las activistas que hemos asistido a la conferencia no transmitiéramos lo que hemos aprendido a la comunidad y a las personas con quienes tratamos. El éxito dependerá de nosotros y de la difusión que hagamos en nuestros países.



Felicia, en el centro, con Yodarkis y otro activista

Postales desde México

La Ciudad de México reunió durante seis días de agosto a 25 mil personas para celebrar la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida, una cita bienal en la que personas con VIH, activistas, investigadores, personal médico y sanitario, expertos en política y líderes gubernamentales, tienen la posibilidad de ver, oír y debatir más de 7.800 presentaciones (*abstracts*) sobre los esfuerzos que se están realizando, o se realizarán, para dar respuesta a la epidemia del sida. En las próximas páginas os ofrecemos algunos de los temas más destacados de esta conferencia.

especial México 2008

Francesc Martínez

La declaración suiza, en boca de todos

Uno de los temas estrella de la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida fue la llamada 'declaración suiza' y que fue emitida por la Comisión Federal del VIH/sida de Suiza a principios de este año. Según sus autores, que las personas con VIH no pueden transmitir el virus por vía sexual a su pareja no infectada si se encuentran bajo un tratamiento que lleve suprimiendo completamente la carga viral durante un mínimo de 6 meses, tienen una adhesión excelente, un control regular de la carga viral y la certeza de que tanto la persona con VIH como su pareja sin el virus no tienen otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

El profesor Pietro Vernazza, presidente de la Comisión Federal sobre el Sida de Suiza y máximo responsable, por tanto, de la declaración, señaló que parte del revuelo propiciado por la misma se debió a su mala interpretación. Apuntó que algunas personas interpretaron la declaración como una reivindicación del tratamiento en el sentido de una medida preventiva frente al condón, lo que no era la verdadera

intención de éste. "[La declaración] estaba pensada para ser distribuida a médicos suizos", afirmó el profesor. De todos modos se disculpó, porque el documento era susceptible de ser malentendido.

Detrás de la declaración, aparte de evidencias médicas, existen –según reconoció Vernazza– factores políticos, ya que en Suiza se puede inculpar a personas con VIH por tener relaciones sexuales sin protección con personas sin el virus, incluso si las mismas están informadas del estado serológico y consienten la relación. El comunicado permitiría a algunas personas, en caso de cumplirse las premisas establecidas por éste, defenderse ante un tribunal.

El comunicado, de forma indirecta, podría motivar a muchas personas que no toman tratamiento o no tienen una buena adhesión al mismo para que sigan correctamente la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA). Esta mayor adhesión, además, aumentaría el número de personas bajo tratamiento, de manera que se reduciría el número de nuevas infecciones, en la

línea de las nuevas políticas promovidas desde la provincia canadiense de la Columbia Británica.

Dichas políticas se basan en un modelo matemático desarrollado por el Centro para la Excelencia en VIH/Sida de la Columbia Británica. Mediante dicho modelo se calculó que, expandiendo la TARGA a aquellas personas con recuentos de CD4 inferiores a 350 células/mm³, se podrían prevenir dos tercios de las nuevas infecciones previstas para el año 2030.

Entre las personas escépticas respecto a la declaración, aunque de una manera muy equilibrada, se encontraba el profesor Myron Cohen, de la Universidad de Carolina del Norte (EE UU). El profesor manifestó que, si bien detrás del comunicado suizo existe "una evidencia biológica importante", no conocía el grado actual de beneficio de la TARGA o la duración de ésta. También destacó que asumir que la transmisión no es posible por debajo de un determinado umbral de carga viral era más una creencia que un hecho. Así, señaló la posibilidad de

repuntes transitorios de esta carga, cambios en las membranas genitales, ITS intermitentes y desconocidas, así como un periodo de riesgo de transmisión entre la aparición de una carga viral incrementada por el fracaso terapéutico y el siguiente test de carga viral.

Nancy Padian, de Women's Global Health Imperative, argumentó que podría existir un efecto sinérgico entre el uso de condones y de la TARGA, por lo que se reforzarían mutuamente. Sin embargo, afirmó que podrían aparecer una relajación del comportamiento y un menor empleo de preservativos

entre aquellas personas bajo terapia antirretroviral de gran actividad con carga viral indetectable –aunque no cumplan el resto de requisitos–. También argumentó que el comunicado podría originar un desequilibrio de género, dado que la persona de la pareja no infectada confiaría en su pareja el cuidado de la carga viral, la adhesión y los riesgos de ITS.

Dentro del ámbito comunitario, la declaración suiza fue acogida de una forma muy positiva. Nikos Dedes, del Grupo Europeo de Tratamientos del Sida (EATG, en sus siglas en inglés), manifestó que “lo más importante es el

hecho de no ser considerados una amenaza para las otras personas de por vida”. En este sentido, el comunicado puede ayudar a reducir el miedo cuando un condón se rompe y a disminuir el estigma y la discriminación.

REFERENCIAS:

HIV Transmission under ART. XVII International AIDS Conference, Mexico City, SUSAT41, 2008.

Wasserfallen FM Swiss statement for PLWHA on effective ARV treatment. XVII International AIDS Conference, Mexico City, abstract MOPE0212, 2008.

Juntos mejor

Las últimas investigaciones en profilaxis pre-exposición y microbicidas apuntan a mejores resultados con la combinación de fármacos

Ahora que la perspectiva de contar con una vacuna preventiva contra el VIH parece alejarse una vez más, la atención se centra en otras medidas de prevención, como la profilaxis pre-exposición (PPrE). Ésta consiste en el uso de fármacos antirretrovirales en personas sin VIH para evitar que contraigan el virus en caso de una posible exposición al mismo. A pesar de que los microbicidas podrían entrar también en esta definición, generalmente por PPrE se entiende la que se toma por vía oral (igual que el tratamiento).

Aunque en la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida se comentó que la profilaxis pre-exposición sería rentable siempre que su eficacia superase el 50%, lo cierto es que la eficacia y la seguridad de esta estrategia aún no están del todo demostradas. Así pues, se espera que los ensayos clínicos que están en marcha puedan ofrecer respuestas a estas cuestiones, ya que no se trata de un enfoque carente de problemas. De este modo, no puede obviarse el riesgo de que se desarrollen resistencias a los fármacos (en caso de que se produzca la infección a pesar de la PPrE) y de que, en consecuencia, tenga lugar la transmisión a terceras personas de estos virus resistentes.

No obstante, ya se dispone de algunos datos que invitan a la esperanza. Así, un estudio en el que se desarrolló un modelo matemático para predecir los resultados de un programa de PPrE en hombres gays demostró que se podría prevenir un elevado número de infecciones en esta población, puesto que sus efectos protectores no se limitarían a las personas que la toman, sino a terceros, que se beneficiarían de forma indirecta del descenso de la prevalencia del VIH en la comunidad.

Combinaciones de fármacos

Son varias las voces en el mundo de los microbicidas que consideran que es demasiado optimista pretender que el uso de un único fármaco sirva para proteger frente a las distintas variantes del VIH, y que afirman que, al igual que nadie se plantearía el empleo de una monoterapia para tratar la infección, debería plantearse la utilización de combinaciones de fármacos para evitarla.

En este sentido, también en la Conferencia de México, se presentaron los resultados de un estudio con monos en el que se empleó un microbicida de segunda generación (es decir, que contiene sustancias activas específicas contra el VIH) que usaba los fármacos antirretrovirales presentes en la pastilla combinada Truvada® (tenofovir y emtricitabina). En el estudio, este microbicida consiguió proteger por completo a los monos frente a la infección por una variedad del VIH modificada genéticamente para ser infecciosa en esos animales.

Respecto a la cuestión de la emergencia de resistencias (una posibilidad en el caso de que la persona tenga el VIH sin

saberlo y se produzca una absorción en sangre de los fármacos empleados), al menos en este ensayo se comprobó que los niveles de antirretrovirales en sangre eran muy inferiores a los que podrían provocar una presión selectiva sobre el virus que originase la aparición de cepas resistentes; un dato que invita al optimismo.

Por su parte, los estudios de la PPrE en monos también han ofrecido mejores resultados cuando se empleó una combinación de fármacos en lugar de sólo uno. Como resultado,

excepto en un caso, casi todos los estudios referentes a la profilaxis pre-exposición ya en marcha o en fase de preparación están utilizando, o han cambiado a, combinaciones de fármacos.

REFERENCIA:

Parikh UM, et al. Complete protection against repeated vaginal SHIV exposures in macaques by a combination emtricitabine and tenofovir topical gel. XVII International AIDS Conference, Mexico City, abstract THAC0503, 2008.

Mujeres en México

México ha sido nuestra primera experiencia en una Conferencia Mundial sobre el Sida. Puesto que una conferencia mundial es un vasto mundo, nos iniciamos con una selección de los temas de interés. Nuestra atención se posó desde el principio en el programa de la Red de Mujeres de la Aldea Global¹.



En el programa, y bajo el lema "Todas las mujeres, todos los derechos", destacaron los temas en torno al liderazgo y el activismo, la intersección entre el género, la violencia y el VIH, los derechos y la salud reproductiva, temas diversos sobre sexualidad o la criminalización del VIH. Se destinó un amplio espacio para dar visibilidad a los temas propios de las mujeres que viven con VIH en la región de América Latina y el Caribe, y se puso especial atención al diálogo interregional.

"El liderazgo de las mujeres positivas es innegociable"

A pesar de que las mujeres están desarrollando y llevando a cabo las iniciativas más innovadoras y exitosas hasta ahora en la respuesta al VIH/sida, como el trabajo de provisión de cuidados en la comunidad basados en la defensa de sus derechos, no participan plenamente en todos los niveles de esta respuesta. En general, las barreras para el acceso a la capacitación, la plena participación y el liderazgo de las mujeres que viven con VIH responden a dinámicas de género.

Por otro lado, el movimiento de mujeres que viven con VIH emerge en un contexto tradicionalmente controlado por hombres. A menudo, estos líderes, activistas del VIH, forman élites que dificultan el acceso de las mujeres a los lugares de toma de decisiones. Para formar parte de estos espacios, las mujeres necesitan capacitarse, adquiriendo conocimientos técnicos y habilidades para el manejo de las tecnologías.

Además, muchas de ellas encuentran el obstáculo de la lengua cuando no hablan inglés y, en general, necesitan ganar confianza en ellas mismas y sobre el terreno.

VIH y violencia contra las mujeres: "la doble epidemia"

Patricia Pérez, nominada al Premio Nobel de la Paz y perteneciente a la sección Latina de la Comunidad Internacional de Mujeres (ICW, en sus siglas en inglés), introdujo la iniciativa 2011, un año de paz como oportunidad para terminar con el VIH. Esta campaña defiende que la negación de cualquiera de los derechos humanos es una forma de violencia, y que la única forma de detener la epidemia y su terrible impacto en las mujeres es en las condiciones creadas por periodos sostenidos de paz y libres de violencia.

Y sigue el estigma

El estigma que sufren las personas que viven con VIH también fue un tema de gran repercusión en la Conferencia. Lo contaban las mujeres indias cuando explicaban cómo sus hijos eran expulsados de las escuelas y de los corrillos infantiles por el hecho de tener padres seropositivos. Lo explicaban las mujeres africanas cuando relataban que eran expulsadas de sus países de origen y rechazadas también por sus amistades y familiares. Lo relataban las mujeres europeas cuando hablaban de su temor a hablar con alguien sobre su situación por miedo a perder el trabajo.

Parece obvio que el trabajo que hasta ahora se ha hecho para combatir la discriminación de las personas seropositivas no ha dado suficientes resultados.

¹ [ATHENA Network; Balance, Promoción para el Desarrollo y Juventud; Colectivo Sol; ICW Global, ICW Latina y Mexicanas Positivas frente a la Vida.]

Riesgo cardiovascular de abacavir: el debate continúa

México es escenario de un nuevo capítulo en esta polémica

Desde que en la XV Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas (CROI), celebrada en febrero de 2008 en Boston, saltara la sorpresa al asociarse abacavir con un aumento del riesgo cardiovascular, no han parado de sucederse las publicaciones que respaldan o cuestionan dicha asociación.

Origen de la polémica

La caja de los truenos se abrió en la pasada CROI con la presentación de los datos del D:A:D (siglas en inglés de *Recopilación de datos sobre efectos adversos de los fármacos anti-VIH*), un gran estudio prospectivo realizado con más de 33.000 pacientes con VIH de once cohortes en Europa, Australia y EE UU, que vinculaba el uso reciente de abacavir (Ziagen®, y coformulado en Kivexa® y Trizivir®) y didanosina (ddl, Videx®) con un mayor riesgo de infarto de miocardio.

Como era de esperar, tras la publicación de estos datos, la compañía responsable de abacavir, GlaxoSmith-Kline (GSK), no tardó en responder. Tras revisar los estudios clínicos realizados y los informes de efectos secundarios, no encontró ningún incremento en el riesgo cardiovascular vinculado a este análogo de nucleósido.

Esta aparente contradicción se trasladó al ámbito de las recomendaciones clínicas. Así, mientras el borrador de la Asociación Británica del VIH (BHIVA, en sus siglas en inglés) relegaba Kivexa® (abacavir más lamivudina) desde la posición preferente que compartía con Truvada® a una opción alternativa, la versión final de 2008 volvía a dejar las cosas como estaban. No obstante, la BHIVA pareció dar con una solución de compromiso al aconsejar precaución en el empleo de abacavir a las personas que presentaban de antemano un "riesgo significativo" de desarrollar enfermedad cardiovascular.



Al cierre de esta edición, hemos conocido la noticia de que en las directrices estadounidenses de tratamiento del VIH de 2008 abacavir ha pasado a pauta alternativa en lugar de preferente para tratar a personas que inician tratamiento por primera vez.

Continuación en México

Llega agosto y el escenario se traslada a la Conferencia Internacional de México, donde el debate continúa sin llegar a una conclusión definitiva. Por una parte, GSK presentó el análisis pormenorizado de la revisión de la base de datos de ensayos clínicos efectuados bajo el patrocinio de la compañía, los cuales ratifican la ausencia de un mayor riesgo de acontecimientos cardíacos ligados a abacavir.

Con resultados opuestos, en la misma conferencia se presentó un análisis observacional sobre los datos procedentes del estudio SMART (siglas en inglés de *Estudio sobre estrategias para el manejo de la terapia antirretroviral*), un gran ensayo clínico de distribución aleatoria que, con 5.472 participantes con VIH repartidos en 33 países, comparó un tratamiento antirretroviral continuo con otro de tipo intermitente.

En línea con las conclusiones del estudio D:A:D, el análisis de SMART

encontró que el uso de abacavir (pero no el de didanosina) sí estaba asociado a un mayor riesgo cardiovascular en comparación con otros análogos de nucleósido/nucleótido. Asimismo, sugirió como posible explicación la asociación entre abacavir y el aumento de ciertos biomarcadores de inflamación vascular.

No obstante, los resultados de este análisis también parecen indicar que el supuesto riesgo para el corazón de abacavir sólo sería clínicamente relevante en aquellas personas con un alto riesgo de enfermedad cardiovascular previo.

Cabe esperar que los diversos estudios en marcha ayuden a aclarar definitivamente esta cuestión.

REFERENCIAS:

Cutrell A, Hernández J, Brothers C, Yeo J, Burkle W, Spreen W. Is abacavir (ABC)-containing combination antiretroviral therapy (CART) associated with myocardial infarction (MI)? No association identified in pooled summary of 54 clinical trials. Program and abstracts of the 17th International AIDS Conference; August 3-8, 2008; Mexico City, Mexico. Abstract WEAB0106.

Lundgren J, Neuhaus J, Babiker A, et al. Use of nucleoside reverse transcriptase inhibitors and risk of myocardial infarction in HIV-infected patients enrolled in the SMART study. Program and abstracts of the 17th International AIDS Conference; August 3-8, 2008; Mexico City, Mexico. Abstract THAB0305.

Coinfección por VIH y hepatitis virales

Las hepatitis virales continúan siendo una de las principales causas de enfermedad y mortalidad entre las personas que viven coinfectadas por el VIH y el virus de la hepatitis B (VHB) y/o C (VHC). Durante la Conferencia de México, se presentaron diversos estudios que ponen de manifiesto la complejidad de tratar ambas enfermedades.

Transmisión sexual de la hepatitis C

En los últimos años, cada vez son más abundantes los informes de nuevos diagnósticos de hepatitis C en hombres que practican sexo con hombres (HSH) que no refieren un uso de drogas inyectables. Todo parece apuntar que la transmisión sexual podría ser la causa de la infección por el virus hepático. Un nuevo estudio, realizado en Ámsterdam, ha hallado que un 18% de los pacientes HSH con VIH que se atienden en una clínica de salud sexual de la capital holandesa, también están infectados por VHC. El fenómeno apenas se observó en hombres gays sin VIH.

Los investigadores, asimismo, han descubierto que el porcentaje de hombres gays con VIH y hepatitis C va en aumento. Si en mayo de 2007 cerca de un 15% de los hombres homosexuales con VIH también estaba infectado por VHC, en abril de este año, esta tasa aumentó a un 21%. Muchos de ellos desconocían que estaban infectados por el virus de la hepatitis C.

Numerosos estudios han identificado la práctica del *fisting* (pene-tración anal con el puño) y el uso de drogas recreativas (distintas a las inyectables), durante las relaciones sexuales, como factores de riesgo de infección por hepatitis C en hombres gays con VIH. Muchos delegados de la conferencia afirmaron que se deberían implementar más intervenciones para alertar a los hombres homosexuales con VIH sobre los factores de riesgo de adquirir la hepatitis C.

Enfermedades concomitantes en personas coinfectadas

Un estudio estadounidense ha encontrado que las personas con VIH y hepatitis C parecen tener un riesgo elevado de padecer enfermedades cardiovasculares graves, entre las que figuran el infarto de miocardio y el derrame cerebral. El estudio incluyó a más de 20.000 personas con VIH. Una tercera parte también estaba infectada por hepatitis C.

Los investigadores descubrieron que las personas que viven con ambos virus tienen niveles más bajos de colesterol. A pesar de ello, las personas coinfectadas tuvieron cerca de un 25% más de probabilidades de desarrollar problemas cardiovasculares graves o de sufrir un derrame cerebral que aquellas que sólo tenían VIH.

La infección oculta por hepatitis B

Un estudio estadounidense presentado en la Conferencia de México ha evidenciado que la infección por hepatitis B tiene más probabilidades de permanecer oculta en personas con VIH.

Los análisis de sangre pueden, normalmente, detectar anticuerpos (o antígenos, es decir, sustancias extrañas al organismo capaces de provocar una respuesta inmunitaria) que el cuerpo produce en respuesta a la infección por el virus de la hepatitis B. Si éstos no se pueden hallar, pero los resultados de las pruebas de detección de material genético del VHB son positivos, se dice que una persona tiene infección por hepatitis B "oculta".

Un grupo de investigadores estadounidenses llevó a cabo un estudio que incluyó a mujeres con y en riesgo de infección por VIH. Los expertos descubrieron que había una sólida relación entre hepatitis B oculta y supresión inmunitaria asociada al virus de la inmunodeficiencia humana. Los investigadores, en sus conclusiones, señalaron que la infección por hepatitis B oculta se asocia más a infección por VIH y que podría ser un problema de especial relevancia en mujeres con un control pobre de su infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Entre los factores de riesgo de hepatitis B oculta figuran un recuento de linfocitos CD4 bajo y uno de carga viral alto, el uso de drogas inyectables y la ingestión elevada de alcohol.

FUENTE:

XVII Conferencia Internacional del SIDA. 3-8 de agosto de 2009. Ciudad de México. Abstracts THPDC203, THAB0205, THB0204.



Nuevo comprimido de Norvir® que no necesita refrigeración

Norvir® (ritonavir) es un medicamento antirretroviral que, a dosis bajas, se utiliza para potenciar los niveles de otros inhibidores de la proteasa en sangre, lo que permite aumentar la eficacia de estos últimos. Este antirretroviral necesita conservarse en el frigorífico, lo que ha sido un inconveniente para muchas personas que lo toman, por diversas razones.

Tres años después de que Kaletra® (lopinavir/ritonavir), el único inhibidor de la proteasa (IP) coformulado en un comprimido con su potenciador, saliera de la nevera, parece muy probable que también lo haga Norvir®. La novedad, que beneficiará a miles de pacientes españoles que usan este antirretroviral para potenciar otros IP distintos a lopinavir, ha sido anunciada recientemente por la compañía Abbott, propietaria tanto de ritonavir como de lopinavir.

En la Conferencia Internacional del Sida se dieron a conocer los resultados de un estudio de bioequivalencia que comparó la actual cápsula de gelatina de ritonavir, que precisa refrigeración, con el nuevo comprimido, que podrá conservarse a temperatura ambiente. Se trata de un estudio llevado a cabo en 93 voluntarios sanos que ha arrojado datos favorables. Esta nueva formulación ha mostrado concentraciones

en sangre equivalentes a la cápsula actual.

La tecnología aplicada para crear el nuevo comprimido se denomina Meltrex y es la misma que Abbott usó, en 2005, para desarrollar el actual comprimido de Kaletra®, que no necesita refrigeración. Activistas y grupos de pacientes habían pedido en repetidas ocasiones a Abbott que aplicara dicha tecnología a ritonavir para que ello pudiera facilitar la toma de otras combinaciones de inhibidores de la proteasa distintas a Kaletra®.

Abbott emitió un comunicado de prensa, el pasado 29 de julio, en el que anunciaba finalmente su intención de presentar una solicitud de aprobación de este nuevo comprimido a las agencias reguladoras europea y estadounidense (EMA y FDA, respectivamente) antes de finales de año.

Si se consigue su aprobación y posterior autorización de comercialización

en España (que, según los tiempos habituales, podría materializarse en la segunda mitad de 2009, o ya entrado 2010), las personas que toman Aptivus® (tipranavir), Crixivan® (indinavir), Invirase® (saquinavir), Prezista® (darunavir), Reyataz® (atazanavir), Telzir® (fosamprenavir) podrían beneficiarse entonces de las ventajas de este nuevo comprimido, pues todos estos fármacos se toman junto a una dosis pequeña de Norvir®.

Esperamos que Abbott lo facilite estableciendo un precio justo.

REFERENCIA:

Klein C, Chiu Y-L, et al. A pivotal biostudy comparing ritonavir 100 mg film coated tablet to a ritonavir 100 mg soft gelatin capsule in healthy adult subjects. XVII International Conference, 3-8 August, Mexico City, Late Breaker, abstract THAB0405.

La conferencia en internet

Diversos medios se ocuparon de cubrir toda la información que generó la Conferencia Internacional del SIDA. En la página oficial de este congreso (www.aids2008.org), pueden consultarse, entre otras cosas, los resúmenes (*abstracts*) de los trabajos presentados, videos de las sesiones, el diario oficial publicado durante los días de la conferencia y toda la información de los actos que se realizaron en la Aldea Global, uno de los espacios de mayor participación de la sociedad civil.

En la página oficial del Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones No Gubernamentales con Servicio en VIH/SIDA (LACASSO; www.lacasso.org), se pueden con-

sultar las declaraciones y documentos promovidos por el movimiento asociativo durante la conferencia; entre ellas, figuran la Declaración Iberoamericana Comunitaria sobre el VIH/sida: México 2008 y la Declaración de Compromiso de la Alianza Latinoamericana y del Caribe en VIH y Sida por los niños, niñas y adolescentes.

En el ámbito de los tratamientos del VIH y el manejo clínico de la infección, el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt), organización que edita LO+POSITIVO, publicó boletines diarios de noticias de la conferencia, los cuales pueden consultarse en su página web: http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia.

Cuestiones básicas sobre la vacuna contra el VIH: controladores y variabilidad genética

A pesar de los últimos reveses sufridos en la investigación de vacunas contra el VIH, hay motivos para pensar que su futura obtención no es un mero deseo, sino que existen pruebas en seres humanos que invitan a pensar en ello: algunas personas son capaces de mantener controlado el desarrollo de la infección durante más tiempo de lo habitual sin necesidad de fármacos, y también hay otras que producen anticuerpos capaces de neutralizar diferentes cepas del VIH. Por otro lado, en experimentos realizados con monos fue posible conseguir inmunidad frente a la infección.

No obstante, aún no se ha conseguido un avance sustancial en este campo, en el que los últimos contratiempos han puesto de manifiesto la necesidad de volver a la ciencia básica. Conseguir una vacuna está resultando una tarea mucho más difícil de lo que se pensaba. Entre los retos a los que se enfrentan los expertos están la gran variabilidad que presenta el VIH, la falta de una comprensión clara respecto a qué respuestas inmunitarias son necesarias para prevenir que el virus se transmita (o conseguir que la infección progrese con más lentitud en caso de que se adquiera el virus), o la necesidad de contar con modelos animales con primates no humanos.

Variabilidad genética del VIH

Es de sobra conocido el hecho de que la vacuna para la gripe que recibimos un año puede no protegernos frente a la cepa del virus de otro año. Esto es así debido a que el virus que provoca la gripe varía de un año a otro y es necesario adaptar la vacuna a la cepa que predomine cada temporada. En comparación, la variación genética del VIH en una única persona es más o menos igual a la variación genética anual del virus de la gripe a escala mundial. La enorme variación genética del VIH viene dada por su elevada velocidad de replicación del virus, que da lugar a que se produzcan copias del mismo con pequeños 'errores' o modificaciones (lo que se conoce como mutaciones) en la secuencia genética.

Así, se han desarrollado métodos de secuenciación genética que permiten buscar zonas vulnerables en el virus, como por ejemplo aquellas que sean semejantes entre los distintos subtipos (lo que se conoce como regiones constantes), ya que si se puede desarrollar una vacuna que actúe sobre esas zonas, podría conseguirse una protección frente a diversos subtipos del VIH al mismo tiempo. Esta secuenciación genética también podría permitir diseñar los mejores inmunógenos (es decir, fragmentos del VIH que se introducen en las candidatas a vacunas con la esperanza de obtener una respuesta inmunitaria frente al virus).

A pesar de todo, aún no está del todo claro el impacto que esto puede tener en el desarrollo de vacunas. En este sentido se están analizando las secuencias genéticas de los virus presentes en muestras de personas infectadas durante

el ensayo STEP (del que ya hablamos en el número anterior) para poder determinar si la variabilidad genética tuvo algo que ver con el fracaso de la candidata a vacuna MRKAd5.

Respuestas inmunitarias

La necesidad de realizar investigación básica en el campo de las vacunas contra el VIH se ve reflejada en el hecho de que se desconoce en gran medida, qué tipo de respuestas inmunitarias son necesarias para prevenir la transmisión del virus o de ralentizar el progreso de la infección en el caso de que finalmente se produzca.

Hasta este momento ninguna candidata a vacuna ha tenido éxito a la hora de inducir la generación de anticuerpos capaces de neutralizar el virus y se está estudiando el modo de conseguirlo. Para ello, es fundamental la información que pueda obtenerse de dos tipos de personas: las no progresoras (aquellas capaces de controlar la infección sin necesidad del uso de fármacos) y las seronegativas expuestas (las que no se han infectado a pesar de haberse expuesto repetidas veces al virus). En este sentido, se están efectuando ensayos a gran escala con estas personas y se espera que sus hallazgos sirvan para comprender mejor los mecanismos subyacentes en la prevención y el control que realizan estas personas para poder aplicarlo al caso de las vacunas.

Modelos con primates

Los modelos con primates no humanos pueden ofrecernos también información muy útil que nos ayude a diseñar mejores vacunas contra el VIH. Por otro lado, es importante desarrollar modelos que se asemejen lo más posible al comportamiento del VIH en el ser humano, ya que nos permitirán determinar con rapidez si una candidata tiene potencial para seguir investigando en ella y así poder concentrar los esfuerzos en las más prometedoras antes de pasar a probarlas en humanos.

REFERENCIAS:

'Cuestiones Básicas'. VAX Agosto 2008 (<http://gtt-vih.org/epublish/2/v6n8>) y VAX Septiembre de 2008 (<http://gtt-vih.org/epublish/2/v6n9>).

Di sí a la vida

La depresión, su relación con el sistema inmunitario y cómo superarla de un modo positivo

La depresión es un trastorno emocional que se caracteriza por un estado de abatimiento e infelicidad, en el cual se presenta un conjunto de síntomas que afectan al área afectiva. Autores como Eric Rolf van un poco más allá y se meten de lleno en las causas: "La depresión es una resistencia a mirar al interior, miedo a lo desconocido, a la muerte, y resistencia al cambio. Ver la vida como una lucha en lugar de como una serie de circunstancias que apoyan tu camino. Seriedad, pérdida del sentido del humor, gravedad y sentimientos estancados".

Para sanar, Eric Rolf nos propone sentir y aceptar: es la forma de conectarnos con nuestro interior. Si aceptamos el dolor y nos aventuramos hacia él, veremos que somos capaces de atravesarlo. Practicar la meditación a diario como un método de interiorización nos prevendrá de tener depresiones.

La depresión supone un fuerte impacto negativo para el sistema inmunitario, ya que puede desencadenar una disminución en el recuento de células CD4, afectar a la replicación viral del VIH y hacer que se activen ciertas infecciones que estaban latentes, según la *Aids Community Research Initiative of America*. Además, esta afección puede interferir en la adhesión al tratamiento y provocar el descuido de las visitas médicas.

Las causas de la depresión pueden ser diversas: antecedentes familiares, abuso de sustancias tóxicas, estrés, baja autoestima, falta de apoyo familiar o social, un reciente diagnóstico, un fallecimiento, una ruptura de pareja, un cambio de tratamiento, mantener en secreto la seropositividad o el uso de algunos antirretrovirales como Sustiva®, entre otras. Lo más importante es tomar consciencia de que se tiene depresión y que esto supone un riesgo para la salud; tu médico de VIH podrá derivarte a un o una especialista.

Hoy en día, existe una amplia variedad de medicamentos antidepresivos. También puedes apoyarte en la psicoterapia y en medicinas complementarias como la homeopatía o la acupuntura.

Es muy importante que busques apoyo positivo en tus personas allegadas para que puedas hablar abierta-



mente de tus preocupaciones y miedos, que cuides tu dieta y tomes suplementos vitamínicos, y que obtengas un buen descanso. Te puede beneficiar poner en práctica pautas de pensamiento positivo, realizando actividades que sean agradables y te generen ilusión, desarrollando tu autoestima, marcándote retos, y por qué no, apuntándote a un curso de risoterapia, ya que, cuando reímos, nuestro cuerpo libera endorfinas, una droga natural que actúa como antidepresivo.

A continuación, te propongo la medicina floral de Bach y las constelaciones familiares, dos métodos muy rápidos y efectivos para actuar sobre las causas de la depresión, así como una relajación y meditación para practicar a diario.

Terapia floral

La medicina floral de Bach es una medicina natural basada en un principio psicosomático, donde se prioriza al enfermo sobre la enfermedad.

Eduard Bach, su creador, observó que ciertas flores influían en el ánimo de las personas. Entonces, decidió captar la esencia de las flores y catalogarlas en 38 remedios florales para 38

personalidades o desequilibrios emocionales.

María José Pérez de la Fuente, enfermera, fitoterapeuta, terapeuta floral y formada en medicina Ayurveda, nos comenta cómo las flores de Bach ayudan a curar la causa de la depresión. En su trabajo con personas seropositivas, observó que muchas de ellas, en algún momento de sus vidas, se habían sentido mal, no queridas y que pensaban que no merecían lo que la vida les daba. "Son personas que se exigen mucho y piensan que no están a la altura de las circunstancias. Estas personas tienen una sensibilidad estupefante; pensar que son maravillosas, que merecen todo en la vida, desarrollar el amor hacia ellas mismas y las demás personas les hará soltar el patrón de dolor y la culpa que les roba la salud y la alegría de vivir."

Las flores de Bach que recomienda para la depresión son: mostaza, castaño blanco, aulaga, pino, verbena y sauce. Lo habitual es tomar dos gotas, que se deben instilar debajo de la lengua tantas veces como se necesite. Siempre es recomendable consultar a un o una terapeuta floral. Se pueden adquirir en herbolarios.

Constelaciones familiares

Las constelaciones familiares son un método desarrollado por el psicoterapeuta alemán Bert Hellinger a principios de la década de 1980. A través de la práctica de la terapia sistémica, Hellinger descubrió que el sistema familiar tiene sus órdenes naturales, y que cuando el mismo se trastoca, las

siguientes generaciones tienen la vivencia de los efectos como un intento de curación del sistema.

“Aunque nos creamos muy independientes, tenemos lazos de unión con nuestra familia y nuestros antepasados, que nos afectan y definen; así que, si se restablece el orden, ya no hay que seguir manifestando el desajuste”, nos comenta Diana del Pilar Salcedo, terapeuta de constelaciones familiares, Gestalt, Programación Neuro-Lingüística (PNL) y *coaching*, entre otras especialidades.

“La solución y la fuente de sanación suceden cuando las personas que integran una familia ocupan el lugar que les corresponde y, así, el amor vuelve a fluir libremente entre ellas, restableciéndose el orden familiar y el personal”, según señala Diana del Pilar.

Las constelaciones abordan, entre otros temas, los relacionados con la salud mental (depresión, pensamientos obsesivos, adicciones, ansiedad) y las enfermedades físicas de todo tipo.

Relaja tu cuerpo y tu mente

Si practicas la relajación y la meditación a través de la respiración, a diario, durante 30 minutos, notarás que, en pocos días, tendrás más tranquilidad, menos preocupaciones y estarás más en paz con tu persona y las demás.

Siéntate en una postura cómoda, con la espalda recta, o tumbate. Cierra los ojos y comienza a respirar pausada y pro-

fundamente por la nariz. Pon toda tu atención en los pies y siente si hay tensión en ellos; con cada espiración, ve expulsando esa tensión por la nariz. Sigue ascendiendo poco a poco hasta tu cabeza. Dibuja una sonrisa en tu rostro y siente cómo todo tu cuerpo está relajado. Ahora, empieza a poner toda tu atención en la punta de la nariz, en esa sensación del aire entrando y saliendo de ella. Si surgen pensamientos, los dejamos pasar como las nubes en el cielo y no les prestamos atención.

Tras unos minutos, observa cómo al inspirar tu mente se llena de paz y tranquilidad en forma de luz blanca. Quédate unos minutos más, sintiendo cómo tu cuerpo y tu mente están envueltos de paz.

Si quieres saber más...

Para leer:

- SILVIA SALINAS Y JORGE BUCAY. *Todo no terminó*. RBA libros.
- OSHO. *Intimidación*. Editorial Debate.
- JOAQUIN ARGENTE. *Me doy permiso para...* Ediciones Obelisco.
- JORGE BUCAY. *El camino de las lágrimas*. Grijalbo.

En internet:

- Flores de Bach: www.floresdebach.info/
- Constelaciones familiares.
- Consultar los vídeos de Bert Hellinger en YouTube.

cuidarse

Redacción

Cardo mariano en la coinfección por VIH y VHC

En el número anterior de LO+POSITIVO, os hablábamos de los beneficios potenciales de los componentes del cardo mariano –en concreto la silibinina y la silimarina– para tratar los problemas hepáticos.

Durante la pasada XVII Conferencia Internacional sobre el Sida, se presentó un estudio que muestra, por primera vez, resultados del uso de cardo mariano en personas con coinfección por VIH y virus de la hepatitis C (VHC). Los resultados, que deberán ser confirmados con los de otros ensayos posteriores, avalan su empleo: el cardo mariano resulta seguro y ha evidenciado reducciones de la transaminasa aspartato aminotransferasa (AST).

Los criterios de medición principales fueron la seguridad y la viabilidad de la estrategia. Durante el estudio, no se advirtieron anomalías hematológicas o bioquímicas significativas. Tampoco se observaron ni beneficios ni efectos adversos en el recuento de CD4 o en la carga viral del VIH o el VHC. Tampoco se dieron diferencias significativas entre los brazos en cuanto a parámetros de calidad de vida, ni se produjeron efectos adversos graves.

Aunque este extremo necesita ser investigado más ampliamente, el hecho de que durante el estudio no se vieran efectos sobre la carga viral del VIH sugiere que el cardo mariano, probablemente, no tenga interacciones con los fármacos antirretrovirales.

En sus conclusiones, los autores afirman que el uso de cardo mariano fue seguro en esta población, sin que hubiera interacciones clínicamente significativas con la terapia antirretroviral. La tendencia hacia la reducción de los niveles de AST sugiere que su empleo puede ser beneficioso. Ello requiere ser confirmado en posteriores investigaciones.

El cardo mariano puede encontrarse en tiendas de dietética o herbolarios.

FUENTE: *Elaboración propia.*

REFERENCIA: Carter G, Godbold J, et al. Pilot trial of milk thistle in HIV/hepatitis C co-infection. XVII International Conference, 3-8 August, Mexico City, Abstract WEPE0185.



VIH, dentistas, miedo y estigma

Muchas personas con VIH, especialmente aquéllas que han tenido un consumo de drogas inyectables prolongado, tienen una salud bucodental precaria y necesitan asistencia médica; aunque no todas la consiguen. En España, una barrera muy clara es la económica: el hecho de que la mayor parte de servicios que se requieren no esté incluido en la cartera de prestaciones de la Seguridad Social impide que muchas personas que los necesitan puedan acceder a ellos. Pero, además del coste, hay otros factores en juego.

Un estudio italiano que se presentó en Ciudad de México durante la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida analizó las necesidades y actitudes de un grupo de pacientes de nacionalidad italiana con VIH, así como también de dentistas de dicho país. El estudio se llevó a cabo entre mayo de 2005 y febrero de 2006 en la consulta de un centro de enfermedades infecciosas.

Se repartió un cuestionario a 600 pacientes que, consecutivamente, entraron en la sala de espera y accedieron a responderlo. También se envió un cuestionario a 400 dentistas, y se incluyeron en el análisis las respuestas de los 100 primeros cuestionarios recibidos. Los resultados son los siguientes:

La mayor parte de los pacientes eran italianos (86%), hombres (61%), y con edades entre los 31 y los 50 años. El perfil de respondedor medio fue el de una persona de clase baja-media, con un trabajo que no satisface sus necesidades, infección por VIH durante 5-10 años y que no tiene ni ha tenido infecciones oportunistas.

Este paciente típico declaró saber el origen de su infección, y que tenía que informar de su estado al dentista, puesto que se considera una fuente de infección. Asimismo, se mostró satisfecho con su dentista, pero le hubiera gustado que existieran programas específicos para estos especialistas en los que pudieran formarse en la atención a pacientes con VIH y eliminar sus comportamientos estigmatizadores hacia esta población.

El perfil de paciente que busca atención bucodental es el de una mujer que toma tratamiento durante, al menos, dos años (58,5%). Un 77% de hombres y un 84% de mujeres piensan que la sociedad debería responsabilizarse de las personas con VIH y que sus tratamientos deberían ofrecerse de forma gratuita. El 55% de las personas entrevistadas piensa que su salud bucodental es insatisfactoria y que representa un obstáculo en su vida social, independientemente de la infección por VIH, lo que no se encontró que fuera un impedimento por sí mismo (84%).

El 88% considera que una boca cuidada puede mejorar su forma de vida. Por otra parte, el 60% piensa que se necesitan habilidades profesionales específicas para atender a las personas con VIH.

Aunque un 67% declara su infección por VIH al dentista pensando que eso no hará cambiar la actitud de éste (40%), un porcentaje considerable prefiere no hacerlo (32%).

El perfil de dentista que respondió a la encuesta fue un hombre de mediana edad. La mayor parte de dentistas cree



que es capaz de atender a personas con VIH, pero el 68% no lo lleva a cabo, y el 24% no lo ha hecho nunca. El 80% de dentistas declaró que los pacientes con VIH deberían ser atendidos en centros del sistema público de salud, y el 78% expuso que los dentistas deberían ser libres de aceptar o no a estos pacientes. Según los autores de esta investigación, los factores que inducen a las personas con VIH a no acudir al dentista son: el temor a este especialista, la preocupación por el coste, el miedo al estigma, el rechazo a informar al dentista de la infección por VIH y una falta de información sobre las posibilidades de acceso a servicios dentro del sistema público de salud. Las respuestas de los dentistas sugieren un rechazo significativo a tratar personas con VIH y una actitud clara hacia la derivación de estos pacientes al sistema público de salud.

En sus conclusiones, los autores del estudio señalan que dichos hallazgos indican la necesidad de intervenciones educativas dirigidas a mejorar la actitud de las personas con VIH hacia un mejor y más correcto uso de los servicios disponibles. También existe una necesidad de optimizar la formación de dentistas implementando centros de salud bucodental que puedan llevar a cabo programas educativos tanto para pacientes como para dentistas.

Finalmente, destacan que su estudio revela que el estigma social no ha desaparecido completamente, y que todavía es percibido por una parte importante de personas que viven con VIH cuando intentan acceder a la atención bucodental.

REFERENCIA:

Ghezzi M, Aloï G et al. HIV-positive patients and dental treatments: patients's needs and attitudes. XVII International Conference, 3-8 August, Mexico City, poster WEPE0100.

Transmisión intranasal del virus de la hepatitis C

Es bien sabido que la exposición sanguínea directa es la forma más frecuente y la que mayor riesgo entraña para la transmisión del virus de la hepatitis C (VHC). Sin embargo, no es la única.

No están demasiado lejos los tiempos en que se pensaba que la transmisión del virus de la hepatitis C se limitaba al intercambio de jeringuillas contaminadas por parte de los usuarios de drogas inyectables, al embarazo y el parto en la transmisión de madre a hijo o a las transfusiones de sangre antes de que se implantasen las técnicas adecuadas para su detección a principios de la década de los 90. Asimismo, un ocasional pinchazo en el contexto de la práctica de la enfermería, o los tatuajes y *piercings* con tinta o agujas no esterilizadas, podían dar cuenta de un pequeño número de nuevas infecciones.

No obstante, en los últimos años se han ido acumulando informes de casos que apuntan a que este pequeño virus de tan sólo 50 nanómetros (la mitad del VIH) se puede transmitir mediante otras vías, lo que contribuiría a explicar un porcentaje de las infecciones por VHC de origen desconocido.

De estas nuevas formas de transmisión de la hepatitis C, la primera en identificarse fue la vía sexual. Aunque en este caso el riesgo parece ser relativamente bajo, ciertas prácticas sexuales (sobre todo, aquéllas que involucran la presencia de sangre) y el hecho de tener una infección por VIH pueden



aumentar considerablemente las probabilidades de transmitir o contraer el VHC.

No obstante, las últimas noticias han venido de la mano de un reciente estudio estadounidense y parecen confirmar las sospechas que, desde hace tiempo, recaían en la costumbre de compartir el material que se usa para esnifar drogas (tubos, billetes, rulos, etc.), incluyendo la cocaína.

Un equipo de investigadores ha demostrado recientemente que esta práctica reúne las dos condiciones necesarias para que se produzca la transmisión del VHC. En primer lugar, la presencia del virus de la hepatitis C en las secreciones nasales de los usuarios de droga que la inhalan por la nariz y, en segundo lugar, el hecho de que el ARN del VHC (su material genético) pueda transferirse a los instrumentos

empleados para esnifar drogas en polvo.

Como sucede con las vías tradicionales de transmisión, la probabilidad de contraer la hepatitis C aumenta si el receptor vive con VIH. Además, el estudio apunta que, al igual que padecer otras infecciones de transmisión sexual incrementa el riesgo de adquirir el VIH o el VHC por vía sexual, las afecciones y erosiones nasales –frecuentes entre personas que consumen de manera habitual– también podrían contribuir a elevar la probabilidad de transmisión de la hepatitis C por vía intranasal.

Aunque no sea posible establecer en términos epidemiológicos qué porcentaje de casos de hepatitis C se debe a esta práctica, es importante que las personas que esnifan cocaína u otras drogas sean conscientes del riesgo que entraña compartir el material para su inhalación, muy especialmente si ya viven con VIH.

REFERENCIA:

Aaron S, McMahon JM, et al. *Intranasal Transmission of Hepatitis C Virus: Virological and Clinical Evidence. Clin Infect Dis.* 2008; 47(7): 931-934.

¡CUIDATE! Nueva sección de la web de gTt

¿Qué puedo hacer para mejorar mi alimentación? ¿Cómo puedo superar un bache emocional? ¿Cómo puedo explicar a mi médico los efectos que me produce la medicación? ¿Cómo puedo resolver los problemas de disfunción sexual?...

Si alguna vez te has formulado preguntas como éstas y buscas información que te ayude a cuidarte, te recomen-

mos que visites próximamente la nueva sección 'Cuidate' de nuestro sitio web: www.gtt-vih.org

Podrás encontrar artículos y consejos sobre nutrición, ejercicio, salud sexual, bienestar alternativo, uso seguro de drogas o conocer tus derechos. Su lectura te permitirá mejorar tu calidad de vida con la información más actual que se dispone específica para personas con VIH.

Nuevos fármacos

Después de dos años en los que se han aprobado varios antirretrovirales nuevos, en la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida, celebrada en Ciudad de México, se presentaron menos avances en cuanto a nuevos fármacos que en otras ediciones anteriores. Lo que sigue es una selección de lo más destacado, completada con datos que se han dado a conocer después, principalmente durante la 48 Conferencia Interciencias sobre Agentes Antimicrobianos y Quimioterapia, celebrada el pasado mes de octubre en Washington DC (EE UU).

Raltegravir

Raltegravir (Isentress®) es el primer antirretroviral de la clase de los inhibidores de la integrasa. Su comercialización fue autorizada en España este 2008 para su uso sólo en personas con experiencia previa en tratamientos. Pero Merck Sharp & Dohme (MSD), la compañía propietaria del fármaco, está conduciendo estudios en personas sin experiencia previa en antirretrovirales (*naive*) para que las autoridades reguladoras amplíen la indicación y autoricen su empleo como parte de la terapia de inicio.

En agosto, durante la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida, celebrada en Ciudad de México, se presentaron resultados a 96 semanas de un estudio de fase II que evalúa la eficacia, la seguridad y la tolerabilidad de raltegravir en comparación con efavirenz (Sustiva®), ambos tomados en combinación con tenofovir (Viread®) y lamivudina (Epivir®), en personas *naive* a los tratamientos [1].

En el estudio se incluyó a un total de 198 personas que fueron distribuidas de forma aleatoria para recibir raltegravir (n= 160) o efavirenz (n= 38). Se evaluaron diferentes dosis de raltegravir (100, 200, 400 y 600mg, dos veces al día) en comparación con 600mg de efavirenz, una vez al día, durante un período de 48 semanas. A continuación, todos los participantes pasaron a tomar la dosis de 400mg de raltegravir, dos veces al día.

Los resultados de eficacia fueron similares para ambos fármacos. El porcentaje de personas que alcanzó carga viral indetectable, según un análisis por intención de tratamiento (en el que las que no completaron el estudio se contabilizaron como fracaso), fue de un 83% entre las que tomaban raltegravir y un 84% entre las que recibían efavirenz. Los incrementos de CD4 fueron también similares, pues se registraron aumentos medios de 221 y 223 células/mm³, respectivamente. En general, no se observaron efectos secundarios graves.

Hace poco, en la 48 Conferencia Interciencias sobre Agentes Antimicrobianos y Quimioterapia (ICAAC, en sus siglas en inglés), celebrada el pasado mes de octubre en Washington DC (EE UU), se presentaron los resultados a 48 semanas de un estudio de fase III llamado STARTMRK [2], que ensaya la misma estrategia, pero con un número mayor de

participantes (n= 563) y con la dosis seleccionada de 400mg de raltegravir, dos veces al día.

Los resultados de eficacia a 48 semanas son similares a los observados en el estudio de fase II. Así, según el análisis por intención de tratamiento alcanzaron carga viral indetectable el 86% de las personas en el grupo de raltegravir y el 82% en el de efavirenz. Se produjeron 39 fracasos virales con efavirenz frente a 27 con raltegravir. El aumento de CD4 fue parecido en ambos brazos de estudio, con una media de 189 y 163 células/mm³, respectivamente.

En cuanto a los efectos adversos atribuibles a los dos fármacos, un 44% de las personas que tomaron raltegravir experimentó alguno frente al 77% de quienes recibieron efavirenz, siendo moderados o graves en un 32% en el caso de efavirenz frente al 16% en el de raltegravir.

Los aumentos de colesterol total, HDL (también llamado "colesterol bueno"), LDL ("colesterol malo") y triglicéridos fueron significativamente mayores en el grupo de efavirenz. El porcentaje de pacientes que presentó algún acontecimiento adverso relacionado con el sistema nervioso central fue, a las 48 semanas, significativamente menor en el grupo de raltegravir (20%) que en el de efavirenz (52%).

Los episodios más graves se dieron en un porcentaje similar en ambos grupos: un 10% en el de raltegravir y un 9,6% en el de efavirenz. Hubo dos fallecimientos en el brazo con raltegravir y una persona desarrolló cáncer. En el grupo con efavirenz fueron nueve las personas en las que se produjo cáncer, de las que dos casos podrían estar relacionados con el tratamiento. Siete de los diez cánceres fueron sarcoma de Kaposi.

Etravirina

Etravirina (Intelence®) es un nuevo antirretroviral de la clase de los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (ITINN) desarrollado por la compañía Tibotec (del grupo Johnson & Johnson). Recientemente aprobado en Europa, se prevé que, a principios de 2009, esté disponible en España, donde lo comercializará Janssen-Cilag, compañía del mismo grupo.

Su uso, en combinación con un inhibidor de la proteasa potenciado por ritonavir (Norvir®), está indicado en el caso de personas con VIH resistente. Es activo frente a la mayor parte de cepas del virus con resistencia a los dos fármacos de su misma clase: efavirenz (Sustiva®, y en Atripla®) y nevirapina (Viramune®).



En México, se presentaron dos trabajos que abordaron la incidencia de erupciones cutáneas y de efectos sobre el sistema nervioso central. Tanto efavirenz como nevirapina se asocian al desarrollo de erupciones cutáneas, y se presume que se trata de un efecto de esta clase de medicamentos. En esta línea, los datos presentados en México, procedentes de los estudios de fase III llamados DUET [3], muestran que, al año de tratamiento, también hubo una mayor incidencia de erupciones entre las personas que tomaron etravirina (19%) en comparación con las que recibieron placebo (11%).

En general, no se trató de episodios graves, por lo que la tasa de abandono de etravirina por dicho motivo fue baja (2%). Afectó más a mujeres (30%) que a hombres (18%), se dio durante las dos primeras semanas de tratamiento y duró unos 15 días. Su aparición no se relacionó ni con los recuentos de CD4 ni con las concentraciones de fármaco en sangre.

Por otro lado, es conocido que efavirenz, por su grado de penetración en el sistema nervioso central, puede producir efectos secundarios de tipo neuropsiquiátrico, que incluyen problemas del sueño, cambios de humor e incluso depresión. Los datos presentados en México sugieren que etravirina no se comporta de la misma manera, puesto que no hubo diferencias entre el grupo de personas que tomaron este fármaco y aquellas que recibieron placebo. En ambos brazos, los efectos más comunes de este tipo fueron dolor de cabeza e insomnio. En ningún caso, estos efectos fueron graves y apenas causaron abandonos del fármaco [4].

Rilpivirina

Otro no análogo de nucleósido (ITINN), que también desarrolla Tibotec, es rilpivirina (igualmente conocida como TMC278). En este caso, su desarrollo se está planteando de modo que sea una posible alternativa a efavirenz en el inicio del tratamiento. En México, se dieron a conocer resultados a dos años de un estudio de fase II en el que se compararon tres dosis de rilpivirina, una vez al día, con efavirenz, junto a dos análogos de nucleósido en ambos casos [5]. Un 76% usó zidovudina y lamivudina (Combivir®), mientras que el 24% restante tomó tenofovir y emtricitabina (Truvada®).

Un total de 368 personas participaron en el ensayo, con un 33% de mujeres. Después de 96 semanas de terapia, y según un análisis por intención de tratamiento, los porcentajes de participantes con carga viral indetectable fueron similares en todos los grupos: 70-75%.

Los efectos secundarios fueron parecidos entre los grupos, excepto en algunos casos en los que se dieron con menos frecuencia con rilpivirina. Cabe destacar la erupción cutánea, cuya incidencia fue del 21% en el grupo con efavirenz, mientras que en los grupos con rilpivirina fue del 9%; los efectos secundarios en el sistema nervioso central se produjeron en el 31 y 48%, respectivamente, y los efectos adversos psiquiátricos en el 16 y 21%, también respectivamente. Los aumentos de lípidos, asimismo, fueron favorables a rilpivirina.

Según los autores del estudio, algunos de estos efectos podrían estar relacionados con la dosis. La investigación sigue y los ensayos de fase III, que ya están en marcha, exploran la viabilidad de una dosis pequeña de 25mg al día.

Y dos no análogos más...

Dos candidatos más de la clase de los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (ITINN) prosiguen su desarrollo tras presentar en México datos favorables en sus primeros estudios en personas con VIH.

El IDX899, de Idenix Pharmaceuticals, ha mostrado actividad frente a virus resistentes a otros ITINN y virus salvajes en el tubo de ensayo. En los primeros estudios con 33 personas con VIH se registraron descensos medios de carga viral, al cabo de una semana, de 1,78, 1,78 y 1,83log₁₀ con dosis de 800, 400 y 200mg una vez al día respectivamente; mientras que en el grupo que recibió placebo la carga viral aumentó un 0,05log₁₀ [6].

Desde una media inicial de CD4 de 486,8 células/mm³, se observaron aumentos medios de CD4 de 66,3, 65,5 y 67,4 células/mm³, respectivamente, en el grupo que tomó IDX899, mientras que en el grupo con placebo hubo un descenso medio de 83,7 células/mm³. No se registraron abandonos del tratamiento ni efectos adversos graves que surgieran con él, ni tampoco anomalías de laboratorio.

Estos datos avalaron que siguiera el desarrollo de IDX899. Y así fue. El protocolo, no obstante, se cambió para añadir un grupo que tomara una dosis más reducida, de 100mg.

En un comunicado de prensa emitido el pasado mes de septiembre, Idenix Pharmaceuticals anunció la finalización del estudio y los resultados del grupo que tomó la dosis de

100mg [7], que registro una mediana de reducción de carga viral similar a la observada con las otras dosis ($1,87\log_{10}$) tras una semana de monoterapia.

Igualmente, tampoco se produjeron efectos adversos graves y ningún paciente abandonó el estudio. IDX899 continúa su desarrollo y se probará en combinación con otros antirretrovirales.

Otro ITINN cuyos primeros datos en personas con VIH se presentaron en México es el RDEA806, de Ardea Biosciences, el más avanzado de los dos no análogos de nucleósido que está desarrollando esta compañía californiana. Los resultados corresponden a un ensayo realizado en 48 hombres con VIH sin experiencia previa en la toma de antirretrovirales, que fueron repartidos aleatoriamente para recibir placebo o RDEA806 en cada uno de los cuatro grupos del ensayo durante 7 días y una sola dosis el día 8 por la mañana para una determinación farmacocinética [8].

Los grupos 1 y 2 tomaron RDEA806 en ayunas en forma de cápsula de liberación modificada con dosis de 400mg, dos veces al día, o 600mg, una vez al día. Los grupos 3 y 4 recibieron RDEA806 en forma de comprimido gastrorresistente de 800mg con comida, una vez al día, o 1.000mg sin comida, una vez al día.

El reto más inmediato ahora es saber cómo combinar los nuevos fármacos entre sí y con los ya disponibles para sacar el mejor beneficio tanto para las personas que empiezan como para las veteranas.

Las reducciones de carga viral en el grupo con comprimidos gastrorresistentes una vez al día fueron comparables a las del grupo que tomó cápsulas de liberación modificada de 400mg. Se vieron reducciones medianas de carga viral de $1,8$ a $2,0\log_{10}$ copias/mL, mientras que en el grupo con placebo se vio una reducción de $0,09\log_{10}$ copias/mL.

En general, el fármaco fue bien tolerado y no se dieron efectos adversos graves ni se interrumpió su toma prematuramente. No se produjeron erupciones cutáneas asociadas al tratamiento y no hubo diferencias en cuanto a los efectos secundarios en el sistema nervioso central entre los grupos con RDEA806 y el de placebo.

Datos presentados el pasado mes de octubre en la 48 edición del ICAAC [9] sugieren que RDEA806 tiene pocas posibilidades de presentar interacciones con otros antirretrovirales, pues tiene poca actividad sobre el citocromo CYP450. También hay indicios de que la alta barrera genética ya sugerida en estudios de laboratorio pueda traducirse en una menor probabilidad de desarrollo de resistencia en comparación con otros fármacos de su clase. Los estudios de fase IIb ya en marcha arrojarán más luz sobre estas potenciales cualidades.

Apricitabina

Apricitabina, un nuevo análogo de nucleósido en investigación, ha mostrado actividad frente a virus salvajes así como frente a virus con resistencia a otros fármacos de esta clase, como zidovudina (Retrovir®, y en Combivir® y Trizivir®), lamivudina (Epivir®, y en Kivexa® y Trizivir®) y emtricitabina (Emtriva®, y en Truvada® y Atripla®).

En México, se presentaron datos de seguridad a 48 semanas de un total de 51 personas con VIH con la mutación M184V y cuyo régimen antirretroviral con emtricitabina o lamivudina había fracasado [10]. Después de seis meses tomando dosis distintas de apricitabina y seis meses con la dosis de 800mg, los efectos secundarios asociados al fármaco fueron similares a los observados con lamivudina. No se refirió neuropatía periférica, ni toxicidad en la médula, ni aumentos de lactato, lipasa o lípidos en sangre. Tampoco se dio ningún caso de pancreatitis, erupción cutánea, ni toxicidad hepática o renal asociados a apricitabina.

En estudios anteriores se vieron reducciones de carga viral de $0,7\log_{10}$ y de $0,9\log_{10}$ tras tres semanas de tratamiento en comparación con lamivudina. En la actualidad, la compañía que desarrolla este antirretroviral, la australiana Avexa, está llevando a cabo un ensayo de fase III que comparará apricitabina (800 o 1.200mg, dos veces al día) con lamivudina y estudiará su seguridad. El ensayo finalizará en 2012.

REFERENCIAS:

- [1] Markowitz M, Nguyen B Y, et al. Sustained antiretroviral efficacy of raltegravir as part of combination ART in treatment-naïve HIV-1 infected patients: 96-week data. XVII International AIDS Conference, 3-8 August 2008, Mexico City, abstract TUAB0102.
- [2] Lennox J, DeJesus E, Lazzarin A, et al. STARTMRK, a phase III study of the safety and efficacy of raltegravir-based vs efavirenz-based combination therapy in treatment-naïve HIV-infected patients. 48th Annual International Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC). October 25-28, 2008. Washington, DC, abstract H-896a.
- [3] A. Mills, B. Grinztejn, et al. The incidence of rash observed with the NNRTI etravirine in the Phase II DUET trials using pooled 48-week data. XVII International Conference, 3-8 August, Mexico City, poster TUPE0059.
- [4] C. Katlama, T. Campbell, et al. Incidence and severity of nervous system and psychiatric events are similar with etravirine versus placebo: pooled 48-week data from the Phase III DUET studies. XVII International Conference, 3-8 August, Mexico City, poster TUPE0056.
- [5] Santoscoy M, Cahn P, et al. TMC278 (rilpivirine), a next-generation NNRTI, demonstrates long-term efficacy and tolerability in ARV-naïve patients: 96-week results of study C204. XVII International AIDS Conference, 3-8 August 2008, Mexico City, abstract TUAB0103.
- [6] Zala C, Murphy R, et al. IDX899, a novel HIV-1 NNRTI with high barrier to resistance, provides supresión of HIV viral load in treatment naïve HIV-infected subjects. XVII International Conference, 3-8 August, Mexico City, Late Breaker, abstract THAB0402.

- [7] Idenix Pharmaceuticals, Inc. Idenix Pharmaceuticals Announces Completion of Proof-of-Concept Study for IDX899 in Treatment-Naive HIV-Infected Patients. News Release, 04/09/08.
- [8] Moyle G, Boffit M, et al. Antiviral activity of RDEA806, a novel HIV non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor, in treatment of naive HIV patients. XVII International Conference, 3-8 August, Mexico City, Late Breaker Poster THAB0403.
- [9] Moyle G, Boffito M, et al. RDEA-806, a Novel HIV Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor, Shows Positive Outcome in Treatment of Naive HIV Patients. 48th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC) and the Infectious Diseases Society of America (IDSA).
- [10] Cox S, Moore S, et al. Safety profile of apricitabine, a novel NRTI, during 24-week dosing in experienced HIV-1 infected patients. XVII International AIDS Conference, 3-8 August 2008, Mexico City, abstract TUAB0106.

Última hora

Nevirapina una vez al día

La compañía alemana Boehringer Ingelheim, propietaria de nevirapina (Viramune®), está desarrollando un nuevo comprimido de liberación retardada que podría suponer la toma de una sola pastilla al día de este fármaco. Se trata de un gran ensayo internacional que cuenta también con centros en varias ciudades españolas.

El estudio, que se llama VERXVE y acaba de finalizar la inscripción de participantes, está previsto que concluya en septiembre de 2011.

FUENTE: www.clinicaltrials.gov

Europa amplía la indicación de darunavir

Al cierre de esta edición, se supo la noticia de que la Agencia Europea del Medicamento (EMA, en sus siglas en inglés) ampliaba la indicación de darunavir (Prezista®) para que, a partir de ahora, en Europa puedan tomar este inhibidor de la proteasa aquellas personas adultas con experiencia previa en uso de antirretrovirales, sin más requisitos.

Cuando fue aprobado este fármaco, en enero de 2007, la indicación contemplaba su empleo solamente en adultos muy pretratados que hubieran experimentado más de un fracaso en el tratamiento con regímenes que incluyeran un inhibidor de la proteasa. Darunavir, que se acompaña siempre con una pequeña dosis de ritonavir (Norvir®), ha sido desarrollado por Tibotec y es comercializado en España por Janssen-Cilag (ambas del grupo Johnson & Johnson).

FUENTE: Comunicado de prensa de la EMA.

Consultas

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 11:00 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.

Suscríbete

La noticia del día
Información diaria sobre el VIH y sus tratamientos, enfermedades asociadas, las coinfecciones y los nuevos métodos de prevención.

Actualización en tratamientos
Información semanal con un resumen de noticias adaptadas del portal de la organización británica NAM.

Boletín
Novedades en el sitio de gTt, incluye la publicación de LO+POSITIVO, el mensual VAX sobre vacunas del sida, fármacos en investigación y actualizaciones de la sección "Aprende".

<http://gtt-vih.org/actualizate/suscripciones>

El tratamiento reparador de la lipoatrofía facial será gratuito en toda España

En una reunión con representantes de varias organizaciones no gubernamentales (ONG) españolas, que tuvo lugar el pasado 4 de agosto en el marco de la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida celebrada en Ciudad de México, el ministro español de Sanidad y Consumo, Bernat Soria, anunció la inclusión del tratamiento reparador de la lipoatrofía facial asociada al VIH en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Aprobada el 11 de septiembre por el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS, la reparación facial podría estar disponible a finales de 2009 en el conjunto del Estado español. Según datos del Grupo de Estudio de Alteraciones Metabólicas (GEAM), se calcula que unos 14.000 pacientes podrán beneficiarse de la medida, con un coste aproximado de 26 millones de euros.

Las prestaciones incluidas en la cartera común deben ser accesibles en todo el territorio nacional, independientemente del lugar de residencia. Así pues, la iniciativa pondrá fin a una de las más sangrantes desigualdades geográficas en la atención a las personas con VIH/sida, al universalizar por ley una prestación que, en la actualidad, sólo ofrecen siete administraciones autonómicas.

A finales de 2009, podría estar disponible en aquellas comunidades que, actualmente, no cubren esta prestación.

Vinculada a los fármacos antirretrovirales y a la propia infección por VIH, la lipoatrofía facial, o pérdida de tejido graso en la cara, constituye un serio problema para numerosas personas con VIH. Por sus repercusiones psicológicas y sociales, las consecuencias de la lipoatrofía facial van mucho más allá del ámbito estético, ya que, además de disminuir la calidad de vida y reforzar el estigma y la discriminación que padecen las personas que viven con el virus, puede debilitar la adhesión a la terapia antirretroviral.

La medida del Ministerio supone la consecución de una de las más antiguas reivindicaciones del movimiento asociativo



El ministro Bernat Soria departió con activistas españoles tras el anuncio

en torno al VIH/sida, de ahí que haya recibido el aplauso unánime de las organizaciones comunitarias. Sin embargo, aún queda mucho por hacer. Hay que recordar, por ejemplo, que esta iniciativa no contempla la cobertura de otras alteraciones morfológicas potencialmente estigmatizadoras, como es el caso de la lipohipertrofia dorsocervical grave (la acumulación de grasa detrás del cuello, también conocida como giba de búfalo).

Por último, cabe esperar que la experiencia de los centros punteros en el tratamiento reparador de la lipoatrofía facial en España sirva para definir un protocolo de actuación que incluya las técnicas e implantes más seguros y eficaces, así como un sistema de evaluación de los pacientes adecuado.

REFERENCIA:

Ministerio de Sanidad y Consumo. Notas de Prensa. "Soria anuncia la inclusión del tratamiento reparador de la lipoatrofía en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud". 4 de agosto de 2008.

La lipodistrofia asociada al VIH, generalmente, implica dos tipos diferentes de cambios en la grasa corporal: un aumento significativo de la grasa en determinadas zonas como el abdomen, la nuca y los pechos (conocido como lipohipertrofia); y/o una disminución de la grasa en piernas, brazos, nalgas y cara (lipoatrofía). La medida adoptada por el Ministerio de Sanidad y Consumo

permitirá que unas 14.000 personas con lipoatrofía facial puedan beneficiarse de las técnicas reparadoras. Cabe esperar que el coste estimado (aproximadamente 26 millones de euros) se reduzca en los próximos años, dado que en la actualidad se tiende a utilizar medicamentos antirretrovirales menos tóxicos y estrategias que minimizan el impacto de este efecto secundario.

España aumentará su aportación a la lucha mundial contra el sida

En la sesión de apertura de la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida, celebrada el pasado mes de agosto en México, la vicepresidenta primera del Gobierno, María Teresa Fernández de la Vega, anunció ante un auditorio expectante que España aportaría 10,2 millones de euros a ONUSIDA, el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.

De esta suma, tres millones se destinarán a la Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el Sida y 1,5 millones al Partenariado Internacional por los Microbicidas (IAVI e IPM, respectivamente, en sus siglas en inglés).

Tras anunciar el incremento de la aportación española a la lucha mundial contra el sida, Fernández de la Vega concluyó su participación en la sesión inaugural con las siguientes palabras: "Estamos convencidos de que es tiempo de detener el sida, de que, como indica el lema de esta conferencia, es necesaria una acción universal ¡ya! Pueden contar con España para ello". Sin embargo, ¿en qué medida esta declaración representa un golpe de efecto o un verdadero compromiso por parte de las autoridades españolas?

Probablemente, la verdad se sitúa en algún punto intermedio. Aunque la medida anunciada en México por la vicepresidenta no suponga un gran desembolso adicional, la iniciativa destaca por su valor simbólico en tiempos de crisis económica, y como tal ha sido aplaudida por la comunidad internacional del VIH/sida, máxime cuando algunos países ricos apuntan a una reducción de sus aportaciones.

Además de la mencionada cantidad, hay que sumar los 600 millones de dólares (más de 460 millones de euros al cambio actual) que el Gobierno ha ofrecido al Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria para el periodo 2008-2012, así como las contribuciones efectuadas a través de otras vías, como la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) de la Comisión Europea.

En 2007, con algo más de cinco millones y medio de euros, España ocupó el décimo lugar en la lista de donantes de ONUSIDA, por delante de países como Alemania y Francia, pero por detrás de otros como Irlanda, Finlandia o Dinamarca. La cifra anunciada por la vicepresidenta para 2008 prácticamente dobla la aportación realizada en 2007 por este mismo concepto, pero es preciso tener en cuenta que el grueso de los fondos internacionales contra el sida no se canalizan mediante ONUSIDA, sino a través del ya citado Fondo Mundial (uno de cuyos proyectos más ambiciosos es el acceso universal al tratamiento antirretroviral para 2010).

Asimismo, para hacerse una idea cabal del esfuerzo realizado a escala nacional, conviene contrastar el importe de las ayudas con la riqueza de cada país. Así, aunque en términos absolutos EE UU encabeza la clasificación de países donantes en 2007 (seguido por el Reino Unido, Holanda, Francia y



Alemania), sólo el Reino Unido, Holanda, Suecia e Irlanda aportaron más de lo que les correspondería en función de su producto nacional bruto.

En este sentido, si bien es cierto que España ha incrementado en los últimos años de manera notable su contribución al Fondo Mundial, aún nos encontramos muy por debajo de lo que nos correspondería aportar conforme a nuestro peso económico en la economía internacional.

Según estimaciones de la coalición de ONG Tenemos Sida, España ocupó en 2007 la décima posición entre los países donantes en materia de VIH/sida en relación con su producto nacional bruto. No obstante, de acuerdo con esta plataforma, nuestro país sólo contribuyó con el 21% del dinero que debería haber invertido.

Es cierto, en 2008 habremos dado un paso más en la buena dirección. Sin embargo, para convertir en realidad el lema de la Conferencia de México, Acción universal ¡ya!, no basta con paños calientes. Queda mucho por hacer si pretendemos estar a la altura de lo que la situación del VIH/sida en el mundo exige de nosotros.

REFERENCIAS:

1) *Ministerio de la Presidencia. Vicepresidencia Primera del Gobierno. María Teresa Fernández de la Vega anuncia en México una donación de 10,2 millones de euros para luchar contra el sida.*

www.mpr.es/html/iberoamerica2008/paginas/03082008/-conferenciasida.html

2) *Tenemos SIDA. Tabla con la aplicación de la cuota justa.*

www.tenemossida.org/responsabilidad/tabla.pdf

Recordando a Esther Inés

Querida Esther,

Hace ya más de dos meses que te fuiste. ¡Cómo pasa el tiempo! No podemos acostumbrarnos a no verte ya en las reuniones, a abrir el correo y no tener mensajes tuyos, a no recibir tus llamadas... Apenas tuve tiempo de despedirme antes de tu marcha. En realidad, nunca quise despedirme porque me resistí a pensar que te pudieras ir tan pronto. Siempre has sido una luchadora, una activista valiente, coherente y muy comprometida. No era tu momento; seguro que el Destino se equivocó.

Recuerdo cuando nos conocimos en el año 2001. Me quedé fascinado por tu capacidad de trabajo, tu integridad y tu gran sentido del humor. Nunca te dejaste abatir por las circunstancias y siempre supiste encontrar el lado positivo de las situaciones más adversas. ¿Te acuerdas de nuestros momentos de evasión comentando la telebasura? ¡Cuánto nos hemos llegado a reír! Después de pasarnos largas horas debatiendo sobre médicos y medicamentos, ensayos clínicos, derechos y necesidades de las personas con VIH, siempre lográbamos encontrar un momento, nuestro momento, para evadirnos durante unos instantes de la dura y dolorosa realidad.

En el Foro Español de Activistas en Tratamientos del VIH (FEAT), la aventura que iniciamos juntos en 2003, todas y todos te echamos de menos. Seguimos trabajando con el mismo ímpetu y rigor que siempre, pero notamos tu ausencia. Gracias a tu impulso, pusimos en el primer puesto de nuestra agenda de prioridades a las personas coinfectadas por VIH y hepatitis C. Te alegrará saber que continuamos reclamando a las autoridades sanitarias que las personas con VIH y hepatitis C que necesitan un trasplante de hígado puedan acceder a él independientemente de donde vivan, y motivando a los médicos del VIH para que inicien con la mayor celeridad el proceso de inclusión de sus pacientes en la lista de espera.

Tú misma, que conocías en primera persona los estragos de la coinfección en España, no te cansabas de decirnos que era fundamental programar el proceso para acceder al trasplante con mucha antelación, antes de que la persona comenzara a sentirse mal y fuese demasiado tarde para tomar sus propias decisiones. Recordaré siempre la frase que nos dijiste y que nosotros trasladamos a México para que las y los delegados de la conferencia pudieran oír tu valioso consejo: "Nosotras y nosotros, como pacientes, tenemos que ser proactivos, preguntando por las posibilidades reales de acceder a un trasplante de hígado y motivando a nuestras y nuestros médicos de VIH a que se pongan en contacto con los hepatólogos lo más pronto posible".

La vida es una carrera de obstáculos. A veces las vallas son tan altas e infranqueables que muchas veces giramos la cabeza



y preferimos nos saltarlas. Ése no era tu caso. Al finalizar sin éxito el tratamiento para la hepatitis C, en las páginas de LO+POSITIVO nos aconsejabas que no nos dejáramos abatir por los embates de la vida: "La mía en algunos sentido no ha sido fácil: superar una toxicomanía en la que empecé muy jovencita, aceptar un diagnóstico de VIH y VHC y aprender a vivir con él con todas las dificultades que esto conlleva; y ahora hacer frente a una cirrosis sólo se puede hacer teniendo muchas ganas de vivir y buscando siempre lo positivo hasta de las situaciones más complicadas, aprendiendo de ellas, intentando siempre encontrar la felicidad y, sobre todo, viviendo muy en paz conmigo misma".

En tu hermosa tierra, Valencia, todo el mundo te echa de menos. Hace poco hablé con María, tu compañera y amiga, y estaba desolada. Tu recuerdo le ayuda a seguir luchando, trabajando; es su mejor consuelo.

Nunca te olvidaremos.

Esther Inés fue presidenta del Comité Ciudadano anti-SIDA de Valencia y miembro fundadora del Foro Español de Activistas en Tratamientos (FEAT). Esther nos dejó la madrugada del 31 de agosto de 2008.

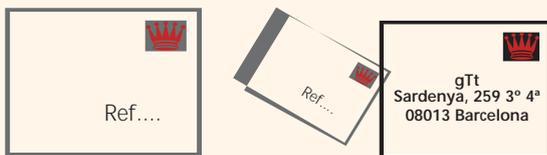
"Todas las personas que, a día de hoy, nos encontramos viviendo esta situación somos, ante todo, unos y unas luchadores, pues el hecho de estar aquí ya lo dice todo; es fundamental que sepamos asumirla y entenderla, pero que jamás nos resignemos a que esto siga igual. Así que os animo a todas y todos a seguir adelante y luchar de la mejor manera que sepáis para intentar que tengamos un futuro más digno y esperanzador."

Esther Inés

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/ Sardenya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona. Nosotros se lo haremos llegar a la persona interesada.



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

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 siguiente dirección:
gTt, c/ Sardenya, 259 3º 1ª 08013 Barcelona
- 3º También puedes mandar un correo con tu texto a:
contactos-personales@gtt-vih.org

Ref.: 893

Alicantina, 36 años, heterosexual, VIH+ (asintomática). Escribe sólo si entiendes y sientes.

Ref.: 894

Chico, 41 años, VIH+, 1,88m, 78kg, sin vello, con perilla. Busca amigo alto, activo, para amistad o relación estable. No estoy cerrado a cualquier otra cosa, es cuestión de probar. Madrid. E-mail: altote-pasiv@hotmail.com

Ref.: 895

Divorciada, 54 años, VIH+ (asintomática). Quisiera amistad para posible relación seria con señores de 48 a 55 años. Abstenerse gente con adicciones y extranjeros. Madrid. Tel.: 626 50 69 99. E-mail: mari-garcivaz1953@hotmail.com

Ref.: 896

Chico, 42 años, 1,85m, 86kg, VIH+ (asintomático), fuerte, guapete. Deseo hacer amigos, incluso encontrar a un chico que me quiera, con el que compartir ilusiones. Tel.: 605 54 85 93. E-mail: jozef1634@orange.es

Ref.: 897

Chico, VIH+ (asintomático), desearía conocer a chica por Zamora, Valladolid, Palencia o Burgos. Llámame. Tel.: 645 85 65 89.

Ref.: 898

Chico, 42 años, VIH+ (asintomático), sincero, simpático y optimista. Aficionado a la música. Desearía conocer a una chica para relación estable. En breve, en libertad.

Ref.: 899

Fran, 46 años, moreno, 1,75m, 75kg, fiel y simpático, VIH+. Busco compañera para vivir y vivir. Llámame o escríbeme. Tel.: 657370309.

Ref.: 900

Acuario, 43 años, ojos verdes, 1,78m, 80kg, VIH+ (asintomático). No fumador, me gusta hacer deporte, pasear, escuchar música. Busco mujer para relación o lo que surja de 28 a 36 años. E-mail: pope-ye4@hotmail.es

Ref.: 901

Hombre, 44 años, VIH+, lleno de vida, busca, como

la arena del desierto acuíferos, el cielo nocturno estrellas, un enamorado en Marte su reflejo en Venus, un paisaje femenino. E-mail: escudoprotector-vih@hotmail.com

Ref.: 902

Gay, 43 años, pasivo, no afeminado, amante de la naturaleza, fiel y cariñoso. Busco a amigo activo, comprensivo, y que sea amante de los animales. Madrid. E-mail: anzoni42@yahoo.es o acm70@hotmail.com

Ref.: 903

Gallego, 39 años, VIH+ (asintomático), gay. Amante de la vida sana y el deporte. Busco a chicos positivos de mi edad para amistad o relación estable. Contestaré a todos. Email: positivo2008@terra.es

Ref.: 904

Paloma, 49 años, VIH+ (asintomática), activa, optimista y positiva. Busco a hombres afines, sinceros y cultos, para amistad, en un principio. Madrid. E-mail: plebeq@gmail.com

Ref.: 905

Cris, 43 años, VIH+ (asintomática), vital, independiente, leal y sincera. Me gusta leer, la música, el teatro, el cine... conocer. Busco a hombre similar, sincero y sin mal rollo. E-mail: kristuja@hotmail.com

Ref.: 906

David, 30 años, privado de libertad por una actitud inmadura. Deseo conocer a mujer de entre 25 y 50 años, sana, educada y con buenos sentimientos. No me importa el físico.

Ref.: 907

Juan, 34 años, VIH+ (asintomático), atractivo, deportista, con trabajo. Quisiera conocer a chica de características similares para amistad y posible relación. E-mail: winvbcn@hotmail.com

Ref.: 908

Carlos, 49 años, VIH+. Busca tener contacto con mujeres seropositivas. Quizá surja algo y tengamos una larga relación. Sin malos rollos. E-mail: cc675309@gmail.com

Ref.: 909

Cubano, 28 años, VIH+ (asintomático), gay, 1,70m, ojos verdes. Quiero conocer a personas que vivan con VIH, encontrar amistades y, por qué no, un amor de verdad. Tel.: 53 33 214021. E-mail: andrea@fcm.cav.sld.cu

Ref.: 910

Hombre, 41 años, VIH+. Deseo encontrar a una mujer VIH+. Madrid. E-mail: antoni-1967@hotmail.es

Ref.: 911

Chico, 37 años, VIH+ (asintomático), gay. Doy cariño, amistad, sexo, tranquilidad, buen rollo y mucha salud. Busco chico de entre 35 y 45 años. E-mail: peceme2@yahoo.it

Ref.: 912

Paco, 38 años. Simplemente, quiero encontrar pareja heterosexual. Alicante. E-mail: paco555guitarra@hotmail.com

Ref.: 913

Chico, VIH+. Busca chica VIH+. De Valladolid o cercanías. Tel.: 605 30 81 64. Msn: sevits@hotmail.com. E-mail: fashionits@hotmail.com

Ref.: 914

Felipe, 44 años, VIH+, 1,76m, soltero, sin hijos, tímido y creyente. Busco a una chica seropositiva para formar la pareja ideal. Bilbao.

Ref.: 915

Jonathan, 28 años, VIH+, 1,75m, 75kg, alegre, simpático, agradable, sin drogas ni malos rollos. Busco a chica de 18 a 38 años, para amistad o lo que surja. Escríbeme, no te arrepentirás.

Ref.: 916

Chico, 32 años, desea ampliar su número de

amigos, para hacer buenas amistades. Contestaré.

Ref.: 917

Chico, 23 años, gay, 1,74m, 64kg, pasivo, sin pluma. Busco a hombres gays o heterosexuales, de 23 a 35 años, para amistad o lo que surja. Castilla, León y Valladolid. E-mail: fenis1984@hotmail.com

Ref.: 918

Asturiana, VIH+ (asintomática). Amante de la naturaleza, la música, la lectura y lo desconocido. Deseo conocer a hombres de 40 a 50 años, sinceros, sensibles y leales. Si, además, eres bien parecido, escribe.

Ref.: 919

Chico, VIH+ (asintomático), activo. Me gustaría conocer a chico pasivo o versátil de entre 20 a 40 años. E-mail: javijin@gmail.com

Ref.: 920

Chico, 35 años, VIH+, alegre, trabajador y con buena presencia. Busco a chica para pasar el resto de nuestros días en armonía. Irún (Guipuzkoa). E-mail: fernando131272@hotmail.com

Ref.: 921

Manuel, 47 años, VIH+ (asintomático), atractivo. Deseo encontrar a una mujer para relación formal, de edad similar, a fin de ser felices. Alrededores de Tarragona y Barcelona.

Ref.: 922

Fran, 40 años, VIH+, sencillo, soltero, buena persona. Busco a chic@s que sean de Sevilla, para amistad y compartir aficiones juntos. Tel.: 699 72 59 67.

Ref.: 923

Busco un roto para un desdichado mayor de 55 años. Legal, cariñoso y que sea de Barcelona.

Ref.: 924

Chico, 30 años. Busco a chicos de edad similar para

amistad o relación. Madrid. E-mail: serdemadrid@hotmail.com

Ref.: 925

Pablo, 39 años. Me gustaría conocer a alguna chica para amistad o lo que surja. Preferiblemente, zona Castilla, León y Valladolid. E-mail: bg_pablo@hotmail.com

Ref.: 926

José, 48 años, VIH+, muy bien en todos los sentidos. Busco a hombre de 18 años en adelante que tenga las ideas claras, busque amistad y una futura relación estable. Seriedad por favor. Tel.: 685 55 90 34. E-mail: libertadamor22@hotmail.com

Ref.: 927

Rafa, en la barrera de los 40 (bien llevados), 1,78m, 68kg, versátil, dicharache-ro. Me gustaría conocer a hombres varoniles de la quinta del "Porro". Tel.: 625 24 20 63. E-mail: rafa21cm@hotmail.es

Ref.: 928

Chico, 45 años, VIH+, 1,70m, ojos azules, rubio. Actualmente, cumpliendo 4 años de prisión. Desearía mantener una auténtica y bonita relación de amistad con una mujer que me ayude a romper esta triste y monótona soledad.

Ref.: 929

Chico, 48 años, alegre, sincero, independiente. Me gusta el deporte y la montaña. Busco a chica similar para conocernos y ver que surge. E-mail: pepe.reiser@yahoo.es

Ref.: 930

Antonio, 36 años. Me gustaría conocer a mujeres de entre 30 a 40 años, para mantener correspondencia y hacer amistad.

Ref.: 931

Madrid, chico, 42 años, VIH+ (asintomático), 1,84m,

86kg. Buena persona, atractivo y sincero. Me gusta el deporte, la naturaleza y viajar. Privado de libertad. Busco a chico sincero y estable. Prometo contestar. Email: zawi-dow@ya.com y mi teléfono: 605 548 593.

Ref.: 932

Aron, 41 años. Busco a chica de Barcelona o alrededores para relación seria (o amistad, en principio). Soy sencillo y ordenado, con trabajo, e independiente. No soy un guape-ras, pero no estoy mal. Busco a persona similar, sin vicios, que le guste la naturaleza, la playa, el cine, y la música. Email: aron813@yahoo.es

Ref.:933

Asier, 48 años, VIH+, 1,70m, delgado, alegre, juvenil, independiente. Me gustaría conocer a gente para amistad o lo que surja. Bilbao. E-mail: a.bilbao.ortega@kzgunea.net

Ref.:934

Chico, 36 años, 1,71m, delgado, agradable, educado, latino, versátil. Deseo conocer personas para amistad y también para el amor. Las Palmas. Tel.:652 015 328. E-mail: oscarman-zofuentes@hotmail.com

Ref.: 935

Carlos, 43 años, VIH+ (asintomático), hetero,muy buena presencia. Querría conocer personas para compartir amistad, experiencia y lo que sea. Provincia de Gerona. E-mail: crmfustes@hotmail.com

Ref.: 936

Hombre, 53 años, VIH+ (asintomático), 1,78m, 78kg, buena presencia, culto, cariñoso, detallista, versátil. Busco similar de 35 a 60 años, peludote, algo gordito, para relación seria y estable. E-mail: cahusa@hotmail.com

UNAPRO

Fundada en 1993, UNAPRO (Unión para la Ayuda y Protección de los Afectados por el Sida) es una organización no gubernamental (ONG), de carácter privado e independiente ubicada en Tenerife.

Como objetivos generales trabajan para garantizar el bienestar y la calidad de vida a las personas con VIH, para prevenir la transmisión del VIH/sida en el ámbito de la educación para la salud, y realizan acciones para conseguir la integración laboral de las personas con VIH. También desarrollan un proyecto de educación entre pares en prisiones.

Cuentan con programas de atención social, laboral y jurídica; de atención y soporte emocional; realizan atención telefónica y llevan a cabo programas de sexo más seguro y actuaciones específicas con trabajadores del sexo. También hacen talleres de formación de voluntariado y coordinan actividades lúdicas.



Datos de contacto:

Calle Los Guanches, nº3.
C.P. 38205, Barrio Nuevo, La Laguna. Tenerife
Teléfono Información SIDA: 901-512035
Teléfono: 922-632971
Fax: 922-633223
e-mail: unapro@unapro.org
Página web: <http://www.unapro.org>
Horario de atención al público:
De lunes a Jueves de 9:00 a 20:00
y los viernes de 9:00 a 15:00
Miércoles:
Centro Integral de Atención a la Discapacidad
El Mojón, Arona
Teléfono: 922-729746 / 922-726019
Fax: 922-725862

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

ARABA: Vitoria-Gasteiz: GAITASUNA 945257766 C.C.ANTI-SIDA 945257766
ALICANTE: CIPS 965240563 DECIDE-T 600968210 Benidorm: AMIGOS 966804444 **ALMERIA:** 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 CREACION POSITIVA 934314548 COORDINADORA GAI-LESBIANA 932980029 GAIS POSITIUS 932980642. GTT 932080845 P.A.I.T 934240400 PROYECTE DELS NOMS 933182056 SIDA-STUDI 932681484 **Granollers:** AUMMO 615681422 **Sabadell:** ACTUA VALLES 937271900 **BIZKAIA:** Bermeo: TXO-HIESA 946179171 **Bilbo:** Comisión antisida: 944160055 T-4 944221240 Hegoak: 944701013 Itxarobide: 944449250 **BURGOS:** C.C.ANTI-SIDA 947240277 **CÁDIZ:** A.ANTI-SIDA 654580206 ARCADIA CADIZ 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 Guíxols 972324005 **GRANADA:** AVALON 958210200 AYUDA-SIDA 685559034 EL MUNDO AL REVÉS 690167572 COLEGA 958263853 NOS 958200602 **GUIPÚZKOA:** San Sebastián-Donosti: A.C.ANTI-SIDA 943290722 HARRI BELTZA OIARTZUN 943493544 **Mondragón-Arrasate:** HIES-BERRI 943792699 **HUELVA:** A.C.C.ANTI-SIDA 959152427 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 973261111 **LEÓN:** C.C.ANTI-SIDA 987235634 **Ponferrada:** ASOCIACION CARACOL 987402551 **LOGRONO:** 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 FUNDACION CONTRA EL SIDA 968904001 **Cartagena:** C.C.ANTI-SIDA 968521841 **La Albatania:** AMUVIH 626029002 **OURENSE:** C.C.ANTI-SIDA 988233000

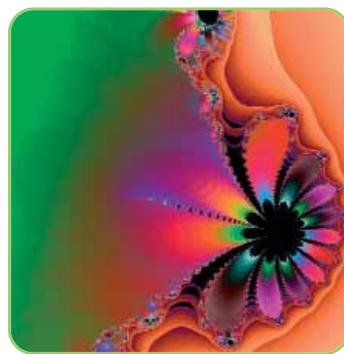
PALENCIA: C.C.ANTI-SIDA 979749451 **PAMPLONA:** C.C.ANTI-SIDA 948212257 SARE 948384149 **PONTEVEDRA:** Vilagarcía de Arousa: 986508901 **SALAMANCA:** C.C.ANTI-SIDA 923219279 **SANTANDER:** A.C.CANTABRA ANTI-SIDA 942313232 **SEVILLA:** ADHARA 687245264 COLEGA 954501377 **COLEGA Morón:** 637169671 **Federación Andaluza Colegas:** 902118982 **TENERIFE:** UNAPRO 922632971 **La Palma:** INFO/SIDA 922402538 **VALENCIA:** COL-LECTIU LAMBDA 963912084 AVACOS 963342027 C.C.ANTI-SIDA COMUNIDAD VALENCIANA: OFICINAS Y NAIF 963920153 CENTRO DE DIA EL FARO 963910254 CENTRO CALOR Y CAFÉ 605921206 **Gandía:** SERVICIO INFORMACION 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.

ESTATALES: INFORMACION SOBRE VIH/SIDA: 900 111 000 Plan Nacional sobre el Sida, gestionado por Cruz Roja Española. CESIDA: 902362825 FUNSIDA: 947240277 PLATAFORMA NATC: 948331023 RED2002: 934584960

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

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.



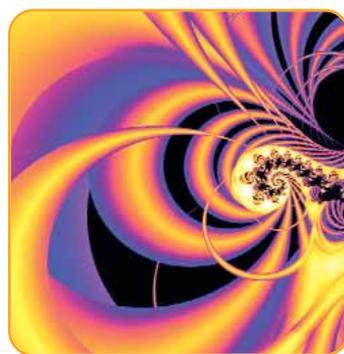
Actualízate

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.

www.gtt-vih.org

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.