

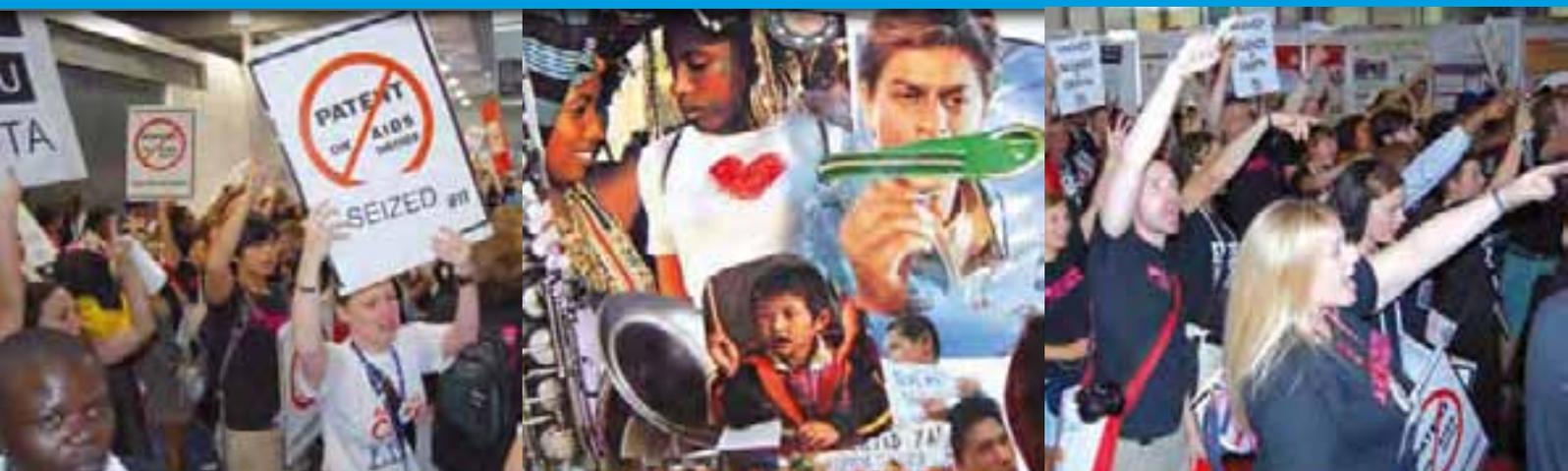
LO+POSITIVO

Núm.46 • Verano 2010

Publicación gratuita sobre la infección por VIH



Viena 2010: Derechos aquí y ahora



Además:

• Punto de vista del paciente crónico • ¡Microbicidas ya! • Romper prejuicios

La vida ES LUCHA

*Eurípides de Salamina (485 AC-406 AC)
Poeta griego*

ViiV Healthcare, una compañía comprometida con las variadas y complejas necesidades de las personas con VIH en todo el mundo, desarrolla tratamientos innovadores y proporciona avances en la prevención de la enfermedad y la estigmatización, con la ayuda de **Positive Action**. Un proyecto global de ayuda a través de programas de apoyo a la comunidad.



**POSITIVE
ACTION**

Comprometidos por completo con el VIH

ViiV
Healthcare



opina

4 VIH en el mundo árabe y Segregación de reclusos con VIH 5 Me queda la palabra y Vamos en un mismo barco 6 Derecho al tratamiento 7 Toma mi mano 8 ¡Microbicidas ya! 10 Exprimir cada segundo 11 Romper prejuicios 12 In memoriam y ¡Necesitamos tu apoyo!

en persona

13 XVIII CIS: La otra Europa 14 Las políticas restrictivas no funcionan 18 La voluntad política de los gobiernos 20 Vidas en riesgo 22 Madre coraje 24 La pasión es necesaria 25 Una locura, pero cierta 27 La voluntad de vivir 30 Una experiencia ejemplar 31 La invisibilidad de las personas con VIH

cuidarse

32 La salud en tu mesa 34 Suplementos nutricionales y ejercicio físico 35 Infovih: los básicos 36 Cuentámelo en la cocina 37 Toma conciencia de tu cuerpo a través del método Pilates

a ciencia cierta

Especial XVIII CIS: 38 Fármacos en investigación 40 Combinaciones experimentales 41 Monoterapia con inhibidores de la proteasa 42 Nevirapina una vez al día 43 Inicio del tratamiento: ¿Cuándo empezar? 44 Coinfección por hepatitis 45 Efectos secundarios

al detalle

46 El punto de vista del paciente crónico 48 ¿Llegó la hora de los microbicidas? 49 El futuro de la investigación en vacunas y Tenofovir como PPrE 50 Sida en el mundo 52 ConTacto 55 Bosque de la memoria 56 En la web



Miembro del Grupo Iberoamericano de Publicaciones sobre el VIH

El equipo de LO+POSITIVO somos: Georgina Fabrés, Jaume Fabrés, Xavier Franquet, Juane Hernández, Francesc Martínez, Montserrat Moliner, Jordi Piqué, Bárbara Simó, Miguel Vázquez. **En este número han colaborado:** Mònica Bertran, Paul Cummings, Raquel Lavado, Marta Pastor **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 la calidad de vida de las personas con 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, Janssen-Cilag, Merck Sharp & Dohme, Schering-Plough y ViiV Healthcare. **Con la colaboración de:** Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, Ministerio de Sanidad y Política Social, Àrees de Salut Pública de la Diputació de Barcelona. **LO+POSITIVO** no necesariamente comparte el contenido de los artículos firmados. **La información científica tiene una validez de tres meses.**

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



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



Alianza
Sumando Esfuerzos en VIH



Boehringer
Ingelheim
Virología

Derechos aquí y ahora

Bajo el lema *Derechos aquí y ahora*, casi 20.000 delegados y delegadas llegados de todo el mundo se dieron cita en Viena para asistir a la mayor conferencia internacional sobre el VIH/sida que, con un enfoque multidisciplinario, aborda cada dos años la situación de la epidemia, los logros alcanzados y los retos que afrontar.

La elección de la ciudad de Viena no fue caprichosa. Desde la capital austríaca, encrucijada de caminos entre Europa Oriental y Occidental, el mundo fijó su atención en Europa del Este y Asia Central, hacia aquellos estados de reciente formación que, en su momento, fueron parte de la URSS o del llamado bloque comunista; y hacia la misma Rusia, que, con un millón aproximado de personas con VIH, comparte con otros países vecinos el pésimo récord de tener una de las epidemias de mayor crecimiento a nivel mundial.

El uso de drogas inyectables —como lo fue en España a finales del siglo XX— constituye la principal vía de transmisión del VIH. Pero la experiencia en el sur de Europa no parece haber calado en todos estos países, cuyos dirigentes políticos, especialmente

los rusos, no sólo no implementan estrategias de reducción del riesgo de eficacia contrastada —como los programas de intercambio de jeringuillas—, sino que consideran criminales a aquellas personas que consumen drogas. Por ello, un conjunto de organizaciones internacionales, lideradas por la Sociedad Internacional del Sida, pidieron, a través de la Declaración de Viena, que los gobiernos y las agencias internacionales cambien sus políticas sobre drogas ilegales, basándose en la evidencia científica y no en la ideología.

Sin embargo, el firme reconocimiento de los derechos humanos como eje central de las acciones dirigidas a prevenir nuevas infecciones y proveer atención y tratamiento a las personas que viven con VIH necesita, ahora más que nunca, ir de la mano del compromiso y la voluntad política de los gobiernos —incluido el de España—, los líderes mundiales y el sector privado para financiar, de forma sostenida, la respuesta a la epidemia a través de iniciativas como el Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. La suma de ambos esfuerzos es una prioridad urgente para marcar, de una vez por todas, un punto de inflexión en la respuesta al sida.

El coste de la crisis

La revista que tienes en las manos se financia, principalmente, a través de subvenciones públicas y donaciones privadas. Ello hace posible que sea gratuita. Pensamos que así eliminamos las barreras económicas que podrían dificultar el acceso. También hemos defendido siempre la impresión de calidad y a todo color, porque creemos que ayuda a dignificar. Las personas afectadas por el VIH seguimos teniendo que lidiar con dos condiciones: una médica y otra social. Por ello, *LO+POSITIVO*, además de informar, quiere contribuir a reducir el aislamiento que conlleva la perpetuación del estigma y la discriminación. Nos consta que, en parte, lo consigue por las cartas y mensajes que nos enviáis. Sin embargo, no debe verlo de la misma manera el Ministerio de Sanidad y Política Social, que ha decidido, por segundo año consecutivo, rebajar la subvención que viene otorgando a este proyecto desde 1999.

Entendemos que en tiempos de crisis nos toque apretarnos el cinturón, y así lo hemos hecho en esta casa, reduciendo sueldos y plantilla —y no la calidad de la revista, como se nos ha sugerido—. Pero un recorte del 24% de la ayuda nos parece a todas luces desproporcionado, si tenemos en cuenta que la partida que el Plan Nacional sobre el Sida destina a sub-

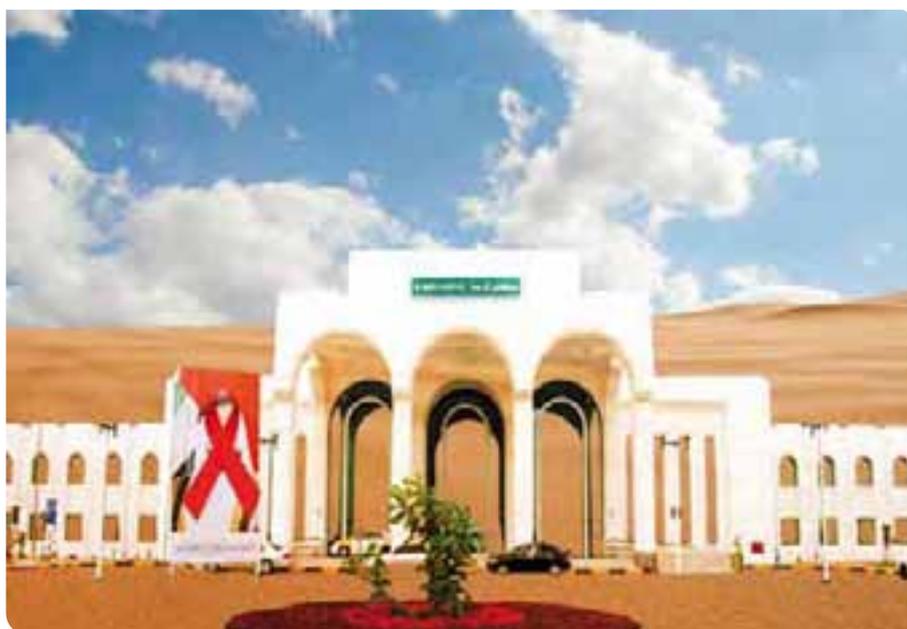
venciones ha disminuido solamente un 10% en estos dos años. Parece ser que la razón principal es que los proyectos destinados a informar a las personas con VIH y a quienes las atienden ya no son prioritarios —tampoco lo es el material impreso—, con lo que esta revista se ha convertido en un artículo de lujo. Los esfuerzos van ahora dirigidos a la prevención y a la detección precoz de la infección.

Además, a raíz de la última Ley del Medicamento y de los reglamentos que derivan de ella, como el Código de Buenas Prácticas de Farmaindustria —patronal de las compañías farmacéuticas en España—, las ayudas no condicionadas de éstas han mermado de forma considerable. En gran parte, porque el apoyo a proyectos como *LO+POSITIVO*, que informan sobre el VIH y sus tratamientos —mencionando a los fármacos por su nombre—, es ahora sospechoso de transportar mensajes comerciales desde la industria a los pacientes. Con este panorama de involución, y muy a pesar nuestro, nos hemos visto obligados a reducir la tirada de 16.000 a 10.000 ejemplares desde este número, y la cantidad de páginas a partir del siguiente.

Si quieres respaldar a *LO+POSITIVO*, puedes enviarnos una carta de apoyo y/o una donación (tienes los detalles en la página 12).

VIH en el mundo árabe

El estigma y la discriminación dificultan el acceso a los servicios médicos



Según datos de ONUSIDA, sólo entre el 10 y el 14% de las 400.000 personas con VIH de los países de Oriente Medio y del norte de África acceden al tratamiento antirretroviral.

La causa de esta baja tasa de acceso a la terapia se debe al estigma y

discriminación que sufren las personas que viven con VIH en estas regiones.

El talante conservador de la sociedad en los países de la zona convierte la epidemia asociada al VIH en un tema tabú, ya que la infección se vincula con relaciones sexuales pre- y extramatri-

moniales, hombres que practican sexo con hombres, prostitución y drogas inyectables.

Aunque la prevalencia de la infección en estas regiones es relativamente baja en comparación con otras partes del mundo, se han detectado 100.000 nuevos casos en los últimos dos años. Debido a que los sistemas de detección y seguimiento no se consideran adecuados, ONUSIDA teme que exista un elevado número de personas infectadas no tenidas en cuenta en las estadísticas.

Hind Khatib Osthman, directora regional de ONUSIDA, estima que tiene que generarse un movimiento social que impulse a los gobiernos de la zona a afrontar la epidemia teniendo en cuenta a los grupos en situación de mayor vulnerabilidad a la infección —como los trabajadores sexuales—, dirigiendo campañas e intervenciones para detectar y tratar nuevos casos y reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH.

Fuente:

- Reuters.

Segregación de reclusos con VIH en cárceles de Carolina del Sur

Grupos pro derechos humanos como Human Rights Watch (HRW) han denunciado la segregación de personas con VIH privadas de libertad que tiene lugar en las prisiones de Carolina del Sur [EE UU]. Además, dicha organización también ha denunciado al Departamento Federal de Seguridad Nacional del país norteamericano por proporcionar tratamientos médicos inadecuados a los inmigrantes detenidos con VIH.

En Carolina del Sur se mantiene a los reclusos seropositivos separados del resto en instalaciones de alta seguridad,

obligándoles al cumplimiento de condenas más largas, dado que quedan excluidos de los programas de trabajo y otros servicios de redención de tiempo a los que el resto de personas privadas de libertad sí tiene acceso.

Las denuncias interpuestas por HRW están siendo investigadas por el Departamento de Justicia de EE UU, que ha enviado una circular al Departamento de Prisiones de Carolina del Sur destacando las numerosas quejas recibidas en relación con su política de segregación.

El Departamento de Justicia alega que la segregación de reclusos con VIH viola el título II de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, y que los internos seropositivos reciben un tratamiento médico y de salud mental inadecuado.

Además de Carolina del Sur, HRW destaca que el estado de Alabama también sigue políticas de segregación de las personas con VIH privadas de libertad.

Fuente:

- Jurist.

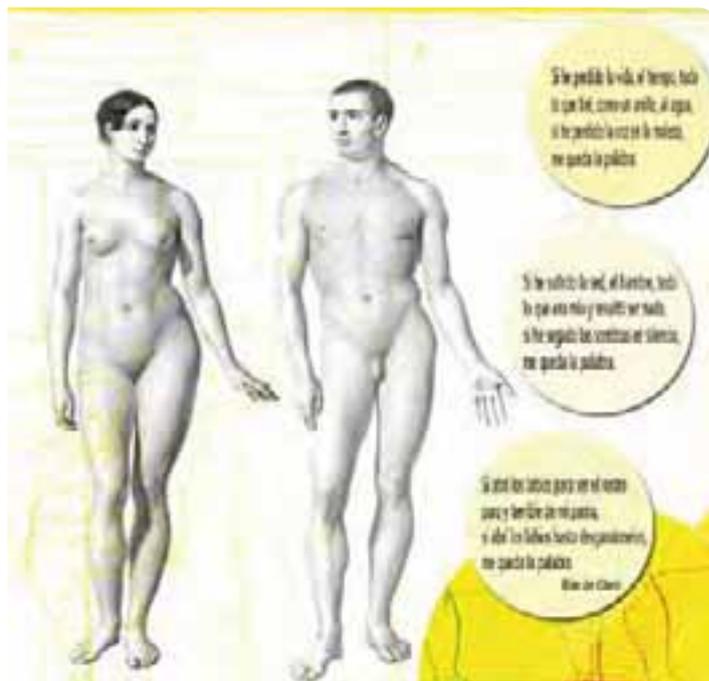
Me queda la palabra

Tengo 57 años, soy seropositivo desde el año 1991 y me medico desde el 1998. Soy activo laboralmente. Bueno, ante todo, un saludo a todo el equipo y a toda la comunidad positiva. El motivo que me mueve y al que le vengo dando vueltas, no sabiendo cómo hacerlo, es la idea de un apartado literario. Hace unos meses, tuvimos aquel gratificante especial o monográfico de *LO+POSITIVO* con un titular muy esclarecedor de todas las dudas y temores que hasta entonces habíamos tenido todos sobre si llegaríamos o no a cumplir tantos o cuantos años, en el que se dejaba claro que se podía envejecer con el VIH; así era el título: "Envejecer con VIH". Era muy completo, saludable y enriquecedor. En un "Comparte tu historia" de esas fechas, se publicó una carta de una compañera de Madrid, creo, que contaba que tenía 46 años y que llevaba más de 20 infectada, y que nunca imaginó llegar tan lejos —como yo—.

Agradecía y daba la enhorabuena a la revista por su labor y por "ayudarnos a poder seguir mirando al futuro con esperanza" (y valor, añadido yo; además, suscribo los agradecimientos por descontado a la revista y la alegría de poderla seguir leyendo y apreciando después de más de diez años).

¿Cómo podíamos imaginar, hace dos décadas —dice ella—, que algún día tendríamos la oportunidad de leer una composición informativa y festiva de ese tipo —bonita expresión, Envejecer con VIH—? "Y usted que lo vea", y nosotros que lo estamos viendo. Nos ayudáis "a no rendirnos y levantarnos cada día con los mismos deseos de entonces para seguir batallando por un futuro que aún nos aguarda"; ¡olé!

La verdad es que me gustó y me caló hondo la aportación de la compañera con su acertada y sosegada forma de vivirlo y explicarlo. Ella, en su contento y felicidad —como yo—, nos contaba cómo se había apoyado en la literatura para superar los buenos y malos momentos que había tenido en su devenir de infectada y enferma; incluso lo sugería como un instrumento de autoayuda para descargar las emociones con la narrativa, creando un apartado literario. Y yo, que para esto de escribir, y no te digo ya de la informática, soy un verdadero negado, por muchas vueltas que le doy, no encuentro la manera de crearme un apartado literario. Y aunque soy un renuente para las letras, me gustaría poder llegar a hacerlo



como ella, disponer de dicho apartado y estar yo también en disposición de llenarlo todos los días con mis escritos vivenciales o pinitos literarios.

Y es por esto que, de momento, desearía que pudiese ser ella quien leyera esto y me quisiera echar una mano para desplegar mis velas y mis artes en el caudaloso abismo de las letras y la literatura; y si no, que alguien me explique cómo y dónde se crean los apartados literarios.

Muchas gracias y un abrazo para todo el mundo positivo; por lo menos, me ha servido para soltarme un poquillo y decir: Aquí estoy, y aunque lo he perdido todo, me queda la palabra, como al poeta Blas de Otero, y un apartado literario donde escribirla, ja, ja.

Salud.

Julio

Vamos en un mismo barco

Cada vez que voy a la consulta de mi médico del VIH, bien para el control o para la visita, ojeo vuestra revista *LO+POSITIVO*, y me va genial para leer y saber todo lo que se está haciendo por esta enfermedad; para ver las historias de otros y cómo cada uno lleva su caso, leer sobre las nuevas terapias, etc.; también para observar con tristeza cómo hay otros más desfavorecidos por vivir en países donde aún hay más tabú

que aquí con el VIH o que no tienen acceso a los medicamentos para tratarse.

Pero lo que más tristeza me da en la sala de espera es ver caras incómodas intentando esconder el "por qué están ahí", el temor a ser reconocidos en la calle o a encontrarse con un compañero de trabajo, a alguien de la disco, a un familiar. Aun entre nosotros hay miedo, mucho miedo, y lo comprendo, pues he pasado por esto.

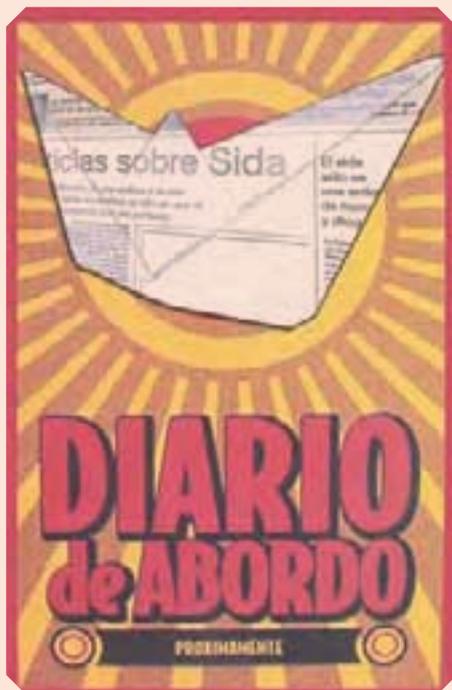
La sociedad no lo pone nada fácil. Un día, mirando los informativos, me quedé perplejo ante una noticia que daba una abogada defensora de una señora a la que su marido le había transmitido el VIH sin que él le hubiera comunicado que era portador. Y éste no era el caso; la cuestión es que la abogada lo decía rodeada de periodistas y comprendiendo que el argumento para la defensa era que se trataba de

una enfermedad devastadora con terribles efectos secundarios producidos por los antirretrovirales y bla, bla, bla.

En otra ocasión, vi en unas noticias cómo se decía que el VIH era una enfermedad crónica gracias a los antirretrovirales, y que la tasa de mortalidad y la calidad de vida de los enfermos se encontraban en unos niveles estupendos. Otra vez, leí en vuestra revista artículos esperanzadores para tantos portadores.

Es todo muy contradictorio: Escuchar comentarios sobre el VIH o sobre sus portadores, relacionarlo todo con un estilo de vida, pensar que se transmite por dar la mano, o bien creer que alguien no es portador por tener buen aspecto, o que sólo es una enfermedad de homosexuales y drogadictos. Esto es muy lamentable.

El VIH es la enfermedad del miedo, de la desinformación. Hay mucho trabajo por hacer en una sociedad que va hacia el caos y donde la tragedia es



una novedad, una noticia más, y que ésta pasa al olvido hasta que nos toca personalmente o a un ser cercano.

Sexo seguro, terapias antirretrovirales, campañas informativas... hay un largo camino por recorrer. Tomar conciencia colectiva hace mucha falta, pero cada uno de nosotros tenemos que ser responsables de nosotros mismos y de los demás. No hay que convertir la lucha únicamente en que suban los CD4 y en que la carga viral sea indetectable. Tenemos que ser optimistas con nuestra vida y tender una mano a otros más desfavorecidos económica o psicológicamente. No hemos de mirar a otra parte cuando se hable del tema por miedo al rechazo, contribuyendo así a formar una sociedad más desinformada.

Vamos en un mismo barco y ojalá llegue a buen puerto.

Un beso.

Roberto

Derecho al tratamiento

Hola,

Me llamo Susana y soy de Barcelona, aunque en estos momentos resido en Madrid, donde sigo un tratamiento para la drogodependencia. Quiero hacerlos partícipes de mi historia porque me parece vergonzoso lo que está sucediendo en el hospital donde me atienden en mi ciudad.

Interrumpí el tratamiento anti-VIH hace un año por una recaída que tuve. El seguimiento de la enfermedad me lo llevan desde hace bastantes años en el Hospital Carlos III. Allí me atendía la doctora, me hacían las analíticas pertinentes y me daban los antirretrovirales necesarios. Es decir, un seguimiento normal, como el de cualquier otro paciente.

Al volver a retomar el tratamiento con la receta de mi doctora, fui a recoger la medicación en la farmacia hospitalaria; allí enseñé mi tarjeta sanitaria catalana y me dijeron que no me dispensaban la medicación, que tenía que llevar la tarjeta de desplazamiento o bien estar empadronada en Madrid.

Les explique que estaba haciendo un tratamiento para la drogodependencia, que tomar medicación durante dos meses y a continuación interrumpirlo no me servía más que para crear resistencias, y que empadronarme en Madrid no era

posible puesto que estoy cobrando la pensión no contributiva de la Generalitat de Cataluña y éste es el único ingreso económico que tengo.

La respuesta que obtuve por parte de la farmacia del hospital fue que, en este caso, debía irme a Barcelona a que me dispensaran allí la medicación; que Madrid no se hace cargo de los enfermos de otras comunidades debido al recorte presupuestario. La trabajadora social del Hospital Carlos III me contestó lo mismo cuando yo le argumenté que, hoy en día, me es imposible empadronarme, pues la única pensión que recibo me la cortarían hasta regularizar mi situación de traslado a otra comunidad, cosa que no me puedo permitir, pues con ese dinero pago mi tratamiento de desintoxicación.

La explicación que me dio el hospital no la puedo entender, ya que mi tarjeta sanitaria lleva mi número de la Seguridad Social, mi DNI dice que soy española, la doctora me atiende en la unidad del VIH y en el hospital me hacen todas las analíticas y controles que necesito. ¿Por qué todos esos gastos sanitarios si me los cubre la Comunidad de Madrid y el tratamiento antirretroviral no? Entonces, lo único que me dieron a entender es que los antirretrovirales son demasia-

do caros y que mi vida y la de mucha gente no valen tanto dinero. Esto le está pasando a más personas.

¿Dónde está el derecho que tenemos todos los ciudadanos a poder viajar con libertad y trabajar temporalmente en cualquier sitio? Si no tengo esa medicación, soy esclava de permanecer en una determinada Comunidad Autónoma.

¿Dónde ha quedado aquello por lo que se luchó en su día para que los antirretrovirales estuvieran al alcance de los pacientes, independientemente de cualquier situación social, económica o migratoria?

¿Para qué existen tantas políticas de igualdad si, a la hora de la verdad, seguimos siendo discriminados? ¿De qué sirven tantas investigaciones para encontrar una medicación que nos cure si los que ya estamos enfermos no tenemos nuestra medicación? ¿Qué tipo de Seguridad Social tenemos que valora mi vida en 1.000€?

Por eso os cuento mi caso, porque los antirretrovirales son lo único que, hoy por hoy, nos mantiene y devuelve la vida. A qué tengo que esperar, ¿a morirme?

Gracias por leerme.

Susana Pérez

Toma **mi mano**

Sé que sientes miedo, tristeza, decepción, culpa, angustia; un cúmulo de sentimientos, algunos vividos y otros que estás a punto de vivir...

Crearás no tener las suficientes lágrimas para llorar, darás mil y una vueltas en tu cama, preguntándote, ¿por qué a mí?; sentirás que tienes pocas almohadas para abrazar y mucho tiempo para lamentarte.

No te diré que guardes tus emociones o "¡Ánimo! te pondrás bien", porque si lo hiciera, sería engañarte. En estos momentos, lo único que necesitas es desahogarte: si quieres llorar, llora; si quieres gritar, grita. Tan sólo quiero que sepas que no estás solo/a, todos y todas hemos pasado por eso y, desafortunadamente, más personas lo harán también.

Esto es un nuevo camino, más fácil, más difícil; no lo sé, eso depende de cómo quieras vivirlo.

Puedes tomar el camino difícil, el de la amargura y el resentimiento, pero, ¿qué conseguirás con eso? ¿Retroceder el tiempo? ¿Ser mejor persona? No lo creo; lo único que podrías lograr es volverte un muerto en vida, sentir cómo cada día se convierte en una carga, perder la capacidad de soñar y de reír. Sin embargo, está el camino fácil, el de la aceptación y el optimismo, y de ese no te imaginas la cantidad de cosas que puedo contarte, porque, hace más de tres años, decidí cogerlo. Descubrí lo fuerte y luchador que soy, que puedo conseguir todo lo que me proponga, que los días son demasiado cortos; que un beso, un abrazo y una caricia guardan mucho más de lo que creía, aprendí a valorar más a mi familia y a mis amigos, a enamorarme más de la vida.

Recuerdo haber leído un día la frase "El VIH te cambia la vida"; la escribió un chico en medio de su desesperación, y hoy, tengo que darle la razón. El VIH cambió mi vida, me ha hecho ser mejor persona.

Tengo 25 años, y hace unos cuantos me enteré de mi estado serológico. Quien consideré el amor de mi vida, sin saberlo, me transmitió el VIH. Al inicio de nuestra relación, él mantenía un amorío pasajero con otro chico, lo llevaba en secreto; quizá porque no estaba seguro del futuro que podríamos tener juntos.

Con los días y los meses, nuestra relación se fue consolidando, hasta tal

punto que él me lo confesó; discutimos, pero finalmente le perdoné.

Todo era perfecto, me sentía muy feliz a su lado. Aún guardo en mi mente miles de recuerdos, su perfume, su tono de voz, su mirada...

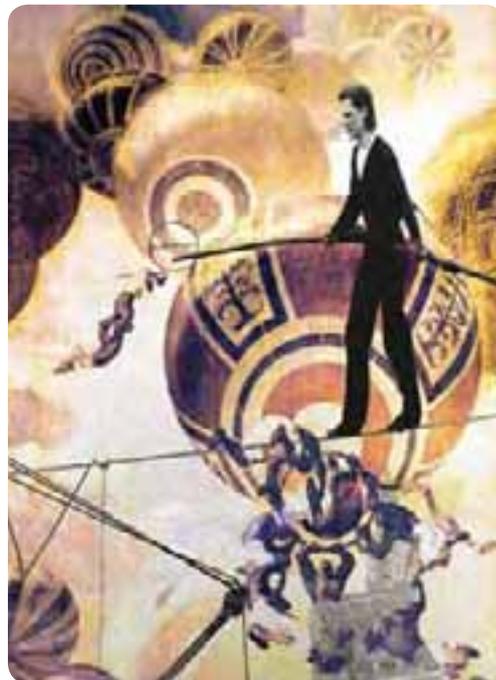
Un día, no sé cuál, aquel chico con el que estubo le envió un SMS comentándole que tuvo algunos problemas cutáneos y que le sugirieron hacerse la prueba del VIH. Por desgracia, dio positivo y, tratando de predecir un posible margen de tiempo, le dijo a mi pareja que se hiciera la prueba. Él se la hizo y salió positivo. No se atrevió a decirme nada por miedo a mi reacción y al dolor que me causaría.

Dos semanas después, tuve una molestia en la garganta; yo echaba la culpa a los cambios de clima, pero era un dolor persistente. En ese momento, él creyó oportuno contármelo. Lloré hasta que mis ojos se secaron, le culpé tantas veces... Hasta que me quedé sin aliento porque, aun sin hacerme la prueba, era más que obvio que yo también tenía el VIH.

Me tomé un mes, me aislé de todo, y cuando me creí con fuerza, me hice la prueba; ya estaba preparado para el resultado positivo, y quizá por eso, el médico se sorprendió al verme con tanta entereza al comunicarme la noticia.

Indague un poco más acerca del VIH, tanto con mi médico, como con personas que también eran portadoras. Descubrí que pesa más el miedo que la misma enfermedad. Tras las páginas de internet se esconden muchos mitos y verdades a medias, que te confunden y ocultan cosas.

Siempre me ha gustado la escritura y en ella me refugié, me desahugué escribiendo lo que pensaba, sentía, mis miedos y temores; en cómo quería vivir mi vida a partir de ahora. Me quité la coraza y aprendí a perdonar. Busqué al que fue mi pareja y le dije que no pasaba nada, le abracé y lloré. Él lo estaba pasando mal porque, aparte de lidiar con su enfermedad, debía cargar con la responsabilidad de la mía. Antes, podría



haberle dicho "Te lo mereces"; ahora no, las cosas son de dos y la responsabilidad también debe serlo.

Inicié un nuevo camino de la mano de él. Más adelante, mi familia me acompañó y, poco a poco, me convencí de que esto no era el fin; lentamente, las nubes se fueron dispersando y el sol empezó a brillar cada vez más fuerte.

Algunos me dicen, "Tío, qué putada", pero ésta es la vida que me tocó vivir.

No estoy agradecido por tener VIH, sólo valoro que esto me enseñó a perdonar, a querer y a descubrir cosas que antes tal vez no hubiese sabido o sentido. Todos tenemos historias y ésta es la mía.

Juan Andrés de Santamaría

Encuentra más testimonios y opiniones de personas con VIH en http://gtt-vih.org/participa/historias_personales

Derechos aquí, derechos ahora

¡Microbicidas ya!

No sin cierto revuelo, se han presentado en Viena los primeros resultados positivos de un estudio que evaluó la eficacia de tenofovir (Viread®) como microbicida. Por fin, una buena noticia en un campo que mantuvo siempre su carácter prometedor, pero que se resistía a darnos una alegría, aunque fuera tan escasa como la que representa un controvertido 39% de protección.



Una vez más, el debate está servido, pues estamos hablando de un producto que no constituye una 'solución' a la transmisión sexual del VIH. Desde luego, un microbicida cien por cien eficaz, que pudiera ser aplicado en cualquier momento y sin efectos secundarios, sería, sin duda alguna, un avance médico de gran relevancia para muchas personas, para las mujeres en especial, está claro.

Pero incluso con un resultado tan claro y definitivo, estaríamos cediendo a una esperanza ilusoria si creemos que eso solucionaría el problema del VIH o, en su caso, el de las mujeres. Porque la enorme experiencia que hemos acumulado a través del trabajo realizado para detener la epidemia nos muestra con claridad que la vertiente médica del VIH es una parte, importante, sí, pero sólo una parte del reto que la pandemia ha puesto ante nuestros ojos. Buscar 'la solución' al VIH únicamente en el avance médico nos aleja de la verdadera solución.

Como defensa de la investigación en microbicidas aún se siguen escuchando argumentos como: 'Es un método de prevención que las mujeres pueden utilizar sin tener que negociar con sus parejas masculinas' o 'Da poder a las mujeres para

protegerse ante la infección'. Estos argumentos no hacen sino distraer de la verdadera raíz del problema, no consiguen más que reducir las vidas de las mujeres a la posesión de una herramienta de prevención para hacerlas dueñas de sus vidas, de su salud. Todo eso cuando la evidencia nos muestra claramente que, con toda la alegría que supone disponer de una herramienta preventiva más, un microbicida no elimina de raíz las desigualdades sociales, económicas y culturales, que son la verdadera trampa para la transmisión del VIH. Allí donde hay desigualdad y desempoderamiento, se dan las condiciones necesarias para la transmisión del virus. Allí donde abunda el abuso de poder, se promueve el caldo de cultivo del VIH.

Un 39% de eficacia es una buena promesa de futuro si se logra esa misma eficacia en la erradicación de los entornos que han sido identificados a lo largo de años de trabajo como desencadenantes o potenciadores de la pandemia. Incluso en el caso de que se llegase a encontrar una vacuna contra el VIH, todavía sería necesario avanzar en el reconocimiento y estimulación de las capacidades individuales y comunitarias que permiten a las

personas protegerse de manera adecuada para mantener su salud. Aún sería preciso situar el derecho a la salud por delante de la 'lucha' contra la enfermedad.

La lucha por los derechos

El lema de la XVIII Conferencia Internacional del Sida nos invita a reclamar que los derechos humanos no se queden en el papel en el que estén escritos, sino que estén vivos en nuestra sociedad como parte integral de nuestra humanidad. Al reclamar esos derechos, se nos hace presente un primer paso importante, que sería entender qué son, de dónde proceden y qué implicaciones tienen. Es importante penetrar en su espíritu para poder comprender no sólo qué nos aportan, sino también qué nos exigen. Porque trabajar en el marco de derechos humanos es un camino de doble sentido, y cuando nos ponemos en marcha para recorrer ese camino, no debemos olvidar que el sentido contrario, el que nos implica en el ejercicio de nuestra propia responsabilidad, igualmente se hace presente para que el respeto de los derechos de todas y todos sea una realidad.

Si entendemos que los derechos humanos son las condiciones básicas con las que nacemos, inherentes a nuestra propia vida para que podamos desarrollarnos como personas, si admitimos que proceden de nuestra condición de seres humanos, entonces también tenemos que reconocer que no es lógico 'luchar' por nuestros derechos, pues son nuestros desde el nacimiento. Y este reconocimiento debe encaminarnos hacia una manera de trabajar que no ponga en duda esta realidad: nadie puede darnos algo que no es posible dar, algo que no es posible 'poseer'. Los derechos humanos hay que disfrutarlos, pues son parte de nuestra esencia.

Esta necesidad de 'poseer' y de 'reclamar' los derechos quizá radica en la ausencia de reconocimiento de esa realidad en nuestras leyes y también en nuestra vida cotidiana. Pero resulta peligroso trabajar en la creencia de que la conquista de los derechos se encuentra ahí fuera y que alguien tiene que concedernos eso. Los derechos se respetan o se ignoran, se atropellan, se pisotean, pero nadie puede darlos o quitarlos. Son parte intrínseca de nuestra vida.

El respeto de los derechos humanos

Cuando imagino un mundo en el que los derechos humanos sean respetados, lo veo poblado de personas con sentido de la responsabilidad y del compromiso. Al trabajar dentro del marco de los derechos, solemos centrar nuestra atención en el camino de ida de los derechos, es decir, en lo que nos corresponde 'recibir', pero igualmente importante es trabajar un aspecto que muchas veces se nos cuela de forma sutil entre la rebeldía que provoca la injusticia de ver nuestros derechos ignorados. No debemos perder de vista que el marco de los derechos humanos no es un mecanismo pasivo, sino que es un sistema de fuerzas en el que también tenemos que aportar nuestro compromiso y asumir nuestra responsabilidad. Derechos y compromiso son dos caras de la misma moneda que no se pueden separar. Cuando se separan, es cuando se producen los desequilibrios que conducen al abuso.

Reconocimiento de y respeto a los derechos de las mujeres aquí y ahora.

Esta necesidad de 'poseer' y de 'reclamar' los derechos quizá radica en la ausencia de reconocimiento de esa realidad en nuestras leyes y también en nuestra vida cotidiana. Pero resulta peligroso trabajar en la creencia de que la conquista de los derechos se encuentra ahí fuera y que alguien tiene que concedernos eso. Los derechos se respetan o se ignoran, se atropellan, se pisotean, pero nadie puede darlos o quitarlos. Son parte intrínseca de nuestra vida.

Boletín de Suscripción

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

Autorizo una donación anual de:

- 25 euros
- 50 euros
- ___ euros

Forma de pago:

- Giro postal
- Talón nominativo adjunto
- Por Banco

Orden de pago por Banco

Nombre:
 Banco o Caja:
 Localidad:
 Domicilio Agencia: _____ C.P.: _____
 Código C/ C (20 dígitos) -----
 Firma

Nombre:
 Dirección:
 Población: _____ Provincia: _____
 Código Postal: _____ Teléfono: _____
 E-mail: _____ Móvil: _____

En caso de pago por banco, rellena y envía también la Orden de Pago adjunta a: Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt) c/ Sardenya, 259 3º 1ª 08013 Barcelona (España)

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



En el año 2000, durante la XIII Conferencia Mundial del Sida que se desarrolló en Durban (Sudáfrica), solamente participaron 50 jóvenes seropositivos. Este hecho motivó que más de 40 organizaciones, junto a *Advocates for Youth* y *Family Health International*, se unieran

Exprimir cada segundo

para emprender el proyecto llamado *Youth Force*, que pretendía aumentar la participación de los y las jóvenes en la siguiente conferencia mundial, que tuvo lugar en Barcelona el año 2002.

La participación de los jóvenes ha ido aumentando tras cada conferencia, como se ha podido apreciar en Bangkok, Toronto, México y este año en Viena.

Los objetivos para este año fueron:

1 Dar apoyo y dotar de herramientas necesarias y conocimiento técnico a las y los jóvenes para poder participar activamente en la conferencia.

2 Aumentar el acceso a los recursos para que la población juvenil pueda tomar decisiones en cuanto a sus derechos, sobre todo poniendo énfasis en la población joven más vulnerable: usuarios de drogas, trabajadores del sexo y jóvenes que viven con VIH.

3 Promover la participación activa de los jóvenes antes y durante la conferencia.

Todo esto se ha traducido en una participación activa de jóvenes de muchos países, que aprovecharon este espacio para contar, mostrar, gritar, denunciar, marchar y cantar al unísono en los días previos y durante la XVIII Conferencia Internacional del Sida en Viena.

La Aldea Global se convirtió en un espacio móvil e interactivo donde los jóvenes expresaron cada segundo para hacerse oír.

Han pasado diez años desde que empezó a gestarse este movimiento, y hoy su participación ha demostrado la fuerza y el empuje que las y los jóvenes pueden tener si se les brinda lugar, tiempo y, sobre todo, oídos.

Aprovechemos, aprendamos y dejemos también que nos sorprendan.



Tu opinión cuenta, nos importa y nos ayuda a mejorar

Rellena, recorta (o fotocopias) y envíanos esta pequeña encuesta a: gTt c/Sardenya, 259 3º 1º 08013 BCN (España)

1 Sexo

- Hombre Mujer Transgénero

2 Edad

- >20 20-30 31-40
 41-50 51-60 <60

3 Estado al VIH

- VIH+ VIH- Desconocido

4 ¿Sabes cómo adquiriste el VIH?

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

5 ¿Tomas tratamiento antirretroviral?

- Sí No

6 ¿Tomas suplementos vitamínicos o tratamientos alternativos?

- Sí No

7 ¿Cuáles?

8 ¿En qué localidad vives?

9 Valora LO+POSITIVO de 1 a 10

- Contenido En general Diseño

10 ¿Qué temas te han gustado más?

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

Romper prejuicios



Me llamo Sara, tengo 23 años y vivo con VIH desde mi nacimiento, pues me infecté por transmisión vertical. No es algo que suela ir diciendo a todo el mundo, pero tampoco es un hecho que me traumatice. Para mí, es una enfermedad como cualquier otra, lástima que para la sociedad no sea así. Por eso, gracias al trabajo de la Fundación Lucía tenemos la oportunidad de aprender, mejorar y ayudar, tanto a nosotros mismos como a los demás, a facilitar las cosas, ya sea en la rutina diaria o bien en la concienciación social.

Me llamo Patricia, tengo 25 años y convivo con el VIH desde pequeña. Desde mi infancia, tengo relación con la Fundación Lucía, he participado en sus campamentos y en conferencias de jóvenes con chicos y chicas de toda Europa. Lo último ha sido el trabajo que hemos iniciado hace unos años con el grupo de jóvenes, y es a través del trabajo en este grupo que estos días hemos tenido la oportunidad de estar en el Conferencia Internacional de Viena 2010.

La idea era que conociéramos en primera persona todo el movimiento del Youth Global. Este movimiento se hizo visible en la Conferencia Internacional de Barcelona 2002; la voz de los que hemos nacido con VIH ha tardado en hacerse oír. Hasta esta conferencia de Barcelona, los mayores habíais hablado por nosotros, pero desde entonces ya tenemos voz propia. Este movimiento a lo largo de los años ha ido creciendo y es con el que, por nuestra edad, nos sentimos más identificadas. Os queremos hablar un poco de él.

Ha sido impresionante el ver cómo hay tanta gente joven (seropositivos y seronegativos) buscando que se escuche la voz de los y las jóvenes infectados con la finalidad de conseguir romper con los prejuicios que tiene esta sociedad sobre el VIH/sida y también teniendo un gran interés por los avances científicos que buscan encontrar la vacuna, una mejor medicina, la cura definitiva...

Dentro de la Conferencia de Viena, podíamos encontrar el Youth Pavilion, como una parte dentro del Global Village (en éste se centraban todos los stands comunitarios de las diferentes ONG, fundaciones y demás expositores mundiales). En este pabellón, hemos podido ver

una gran variedad de actividades, todas demostrando las necesidades de los jóvenes, la forma de mejorarlas y de ayudar a los demás. Por ejemplo, en uno de los teatros se hizo la representación de un joven que lo tiene todo, y que cuando le diagnostican la infección por VIH, es abandonado tanto por sus amigos como por sus padres, encontrando como única solución al problema el suicidio (moraleja: tratemos de evitar que los adolescentes/jóvenes se sientan así).

Aparte del Youht Pavillon, el grupo de jóvenes organizador hacia diferentes actividades por toda la zona. Una de ellas consistía en repartir abrazos "FREE HUGS"; llevaban camisetas y carteles para que todo el mundo que se les acercase les abrazara.

Otra cosa que nos impactó fue el grupo Dance4live, integrado por jóvenes que, en sus representaciones y talleres, dan su testimonio, bailan y consiguen hacer que todo el que esté presente baile también. Además, sus mensajes son contundentes e impactantes; sabemos que este grupo está ya trabajando igualmente en España.

Como jóvenes que convivimos con esta infección desde que nacimos, queremos unir nuestra voz a la de este movimiento. La oportunidad de haber estado en Viena nos ha permitido tomar este contacto directo, y el hecho de ver tanta gente reivindicando aquello que necesitamos nos ayuda y anima a seguir e implicarnos más en esta lucha. Ya hace tiempo que, desde la Fundación Lucía, estamos tomando parte activa con colaboraciones en las actividades de cuidar a los más pequeños; sabemos de primera mano lo importante que es que su voz tenga un lugar donde hacerse oír y que sus necesidades se escuchen en primera persona. Hoy, después de Viena, nuestra lucha se va a unir a la de estos jóvenes para conseguir que nuestras vidas y las de los que quizá vengan detrás sean un poco más fáciles. Creemos que ya es hora, como decía el lema de la Conferencia: Derechos aquí, derechos ahora.

Nosotras añadimos: ¡¡¡...para las y los más pequeños y jóvenes también y en todo el mundo!!!

Además, dimos una vuelta por la ciudad y, por cierto, la tarta Sacher ¡buenísima...!

Ernesto Delgado, *In memoriam*

«No hay lugar para cerrar los ojos, viven en nosotros, con nosotros. Derrumban ese muro de piedra, con sus vidas, su amor y esperanza.»



Querido Ernesto: este verso tuyo está cincelado en la escultura dedicada a los fallecidos por el sida que UNAPRO instaló, de forma permanente, en un parque de Tenerife, allá en mayo del 2008. Un mes de mayo como el del 68,

revolucionario, reivindicativo, cultural y democrático, como tú. Ahora este verso, tu verso, también te envuelve, desde tu reciente partida en agosto del 2010, a tus 49 años de vida y existencia.

Fuiste un poeta cálido y perfeccionista. Tu década de silencio literario en realidad se debió a que tu vida y tu salud reclamaban de todas tus fuerzas. Entonces, fuiste tan noble, tan honesto, que no sólo reconociste tu realidad, sino que aceptaste ayuda y trabajaste muy duro para volver a salir a la vida. Por cierto, una salida desbocada, llena de actividades, de proyectos, de compromiso. Regresaste para involucrarte muy intensamente, en nuestra lucha contra el VIH, contra la discriminación. Regresaste para ayudar, para manifestar tu pensamiento.

Voluntario de UNAPRO, por muchos años, colaborando en numerosas charlas informativas, participando en los comités éticos que demandaban tu consejo, voluntario de Alcohólicos Anónimos, voluntario del Proyecto Hombre, miembro de hecho de FEAT, secretario de la Junta del Ateneo ciudad de La Laguna, al igual que de la del Círculo de Bellas Artes de Santa Cruz de Tenerife, estudiante de 4º curso de Filosofía de la Universidad de La Laguna... Eso sí, aprendiste, aprendimos, que ya no hacía falta demostrar nada a nadie, que podemos quitar lo que no queremos, viviendo de nuestro permanente crecimiento.

Tu escritura pasó de irónica y crítica al retorno a la palabra, al sentimiento, tal como resurgiste después de esa dé-

cada llena de dificultades e infortunio. Con tu verbo escrito, intentabas guardar la distancia para ganar en tranquilidad, mas sin perder la intensidad. Todos te quedan reconocidos para siempre, por ser un baluarte entre los literatos canarios coetáneos. Cinco poemarios y dos obras narrativas tuyas fueron publicadas y distinguidas con varios galardones, como el accésit Félix Casanova y el primer premio de relato corto 2005 de CajaCanarias con "La última argucia del general". Fue tu última argucia dejarnos a medio hacer un nuevo libro. Estamos seguros de que discurría entre la serenidad y la contundencia, íntimo pero aorable, con estrategias para enfrentar y resolver. Con firmeza de pensamiento y acción, dándole fuerza al débil y restando al fuerte, como tú.

Querido Ernesto Delgado Baudet (1961-2010), a través de *LO+POSITIVO* queremos, una vez más, reconocer y agradecer la amistad con la que nos honraste, el aprendizaje que desde tu pensamiento con postura firme y argumentada compartiste y, sobre todo, el disfrutar de tu presencia, a veces inquieta, a veces serena, llena del aroma de tu esencia más noble. Cierro con este párrafo de un poema que nos dedicaste, que ahora permíteme dedicártelo a ti, pues muchos sentimientos y pensamos lo mismo de ti. Respetado amigo, adiós.

Fue mi primer encuentro con la beldad, con la fábula de los hombres que revelan su enérgica valentía sembrada de esperanza.

Adiós a José M^a Torruella

El pasado sábado, 2 de octubre, nos dejó para siempre el activista y compañero José M^a Torruella, quien durante muchos años y hasta su muerte fue secretario de la organización Projecte dels NOMS. Siguiendo su deseo, el sábado, 16 de octubre de 2010, a las 12 del mediodía, tendrá lugar un acto de despedida y homenaje en Barcelona, en el Memorial Permanente del Sida situado en el Jardí d'Aclimatació de Montjuïc. Nos queda el recuerdo de su entrega y dedicación al VIH.

¡Necesitamos tu apoyo!

La revista que tienes en las manos se financia, principalmente, gracias a subvenciones públicas y donaciones de empresas privadas, lo que permite que sea una publicación gratuita. El drástico recorte de estas ayudas nos han obligado a reducir la tirada de 16.000 a 10.000 ejemplares. A partir del próximo número también disminuirémos el número de páginas.

Si quieres respaldar este proyecto, puedes enviarnos una carta de apoyo, explicando el uso que le das a esta publicación.

Nos ayudará mucho saber si te resulta útil y por qué. Puedes escribirnos a contact@gtt-vih.org, o por correo postal a LO+POSITIVO c/ Sardenya, 259 3º 1ª 08013 Barcelona.

Si quieres colaborar en el mantenimiento de este servicio, puedes hacer una donación, llamando al 93 208 08 45 o visitando www.gtt-vih.org/participa/donaciones

Muchas gracias por tu comprensión y colaboración.

El equipo de LO+POSITIVO

Viena 2010: Derechos aquí y ahora

LA OTRA EUROPA

En el siguiente reportaje, como hacemos siempre que se celebra una Conferencia Internacional del Sida, hemos querido dar voz a personas con VIH de los países que, por unos días, han sido el centro de atención para todos los que acudimos a la cita bienal. La llamada Europa del Este es, hoy en día, un conjunto de países muy distintos que, de formas bien dispares, abordan la pandemia del VIH. Algunos han ingresado en la Unión Europea, aunque eso no ha llevado necesariamente consigo la asunción de estándares occidentales. Otros, siguen caminos diversos. Y luego, está Rusia; un país enorme y próspero que, ante el sida, prefiere mirar hacia otro lado.

El respeto a los derechos humanos ha sido, con acierto, el tema central de esta edición, y la Declaración de Viena, el manifiesto que ha simbolizado esta reivindicación. Tal como ocurrió en España a finales del siglo XX, la epidemia en dicha región tiene un vector que la propaga a gran velocidad: el uso de drogas inyectables. Los porcentajes de personas coinfectadas por hepatitis C son altísimos y ya han superado a los que tuvimos en el sur de Europa.

La vulneración de derechos, la falta de medicamentos y la invisibilidad de las propias personas que viven con VIH hacen que la vida sea una auténtica pesadilla. Sirva este reportaje para homenajear a todas y todos ellos, a los que sufren y a aquellos que, con coraje, están plantando cara a una realidad del todo adversa. Bienvenidos a un viaje que va desde las Repúblicas Bálticas y Rusia hasta los Balcanes.



**BROKEN
PROMISES
KILL**

**NO RETREAT
FUND AIDS**

www.FundGlobalAIDS.org

Las políticas restrictivas

NO FUNCIONAN



Anna —nacida en Polonia y residente en Lituania— es dinámica, divertida y una amplia conocedora de la problemática en Europa del Este. Actualmente, es la presidenta del Grupo Europeo sobre Tratamientos del Sida (EATG, en sus siglas en inglés) y pertenece a diversas redes de mujeres que viven con VIH.

LO+POSITIVO [LMP]: Para empezar, nos gustaría que te presentaras.

Anna Zakowicz [AZ]: Me llamo Anna Maria Zakowicz, vivo con VIH desde hace unos 17 años y soy usuaria de drogas. Soy seropositiva, pero también una mujer y una madre. Vivo en Lituania, una de las Repúblicas Bálticas que anteriormente pertenecían a la Unión Soviética. Trabajo en la universidad, en la Facultad de Administración Pública y Derecho, con varios futuros funcionarios públicos y abogados, y estoy implicada en temas de derechos humanos e instituciones europeas. Además, trabajo en dos organizaciones de ámbito local, una de las cuales —DEMETRA—

es la única del país dedicada a las mujeres afectadas por el VIH. Formo parte, asimismo, de una red de personas con VIH en Lituania, y también presido el Grupo Europeo sobre Tratamientos del Sida (EATG).

LMP: ¿Qué te ha traído a Viena? ¿Has venido a hacer alguna presentación, encontrarte con colegas, realizar activismo...?

AZ: Creo que un poco de todo eso. Es importante para mí, porque uno de los temas centrales de la conferencia es Europa del Este y Asia Central, que es la región de la que procedo. Otro de los temas de la conferencia es el consumo de drogas; además, la Declaración de Viena trata sobre la legislación penal en relación con el uso de estas sustancias, algo que, como consumidora, también encuentro importante. Por otra parte, estoy organizando algunas sesiones con mujeres usuarias de drogas y sobre terapias de mantenimiento, aparte de sesiones relacionadas con derechos sexuales y planificación familiar para mujeres que consumen estas sustancias y trabajadoras sexuales, por ser éste un tema muy relevante en mi región.

Otra cuestión es que andamos cortos de financiación, por lo que debemos protestar, tenemos que conseguir unos precios más reducidos, hemos de lograr el acceso a fármacos seguros y de calidad... Si se examina la situación en Rusia y las ex repúblicas soviéticas, la cobertura es muy baja, ya que la mayoría de personas afectadas son usuarias de drogas y su consumo provoca que muchos médicos no les prescriban el tratamiento. Esto no sólo sucede en Rusia, es algo que también podemos ver en países europeos, como en las Repúblicas Bálticas. Los facultativos tienen prejuicios contra los pacientes con VIH que son usuarios activos de drogas, y no hay medios para ayudarlos. He venido, además, para encontrarme con amigos e irme de fiesta, pero hay tantas que no puedo asistir a todas —dice con una carcajada—.

LMP: Nos gustaría que perfilaras la situación de la epidemia de VIH en Lituania y, como líder europea, nos hicieras una pequeña exposición sobre cómo están los países de Europa del Este en los que se centra la conferencia.

AZ: Lituania es un país más bien pequeño, con una población de unos 3.500.000 habitantes, que tiene una prevalencia del VIH bastante baja. Sin embargo, no todos los afectados han sido diagnosticados, puesto que la política de realización de pruebas se centra, principalmente, en las mujeres embarazadas y éste no es el grupo de población más afectado por el virus. En la actualidad, nos enfrentamos a un déficit de fondos; de hecho, estamos luchando por abordar la situación de los usuarios de drogas, para conseguir que reciban la prueba y proporcionarles herramientas de reducción de daños... Existe el rumor de que se van a recortar los fondos de algunos de los programas de reducción de daños y de terapia de mantenimiento con metadona.

Tenemos unas 1.500 personas diagnosticadas de VIH, de las que el 80% son hombres y el resto, mujeres; en su

mayoría son usuarios de drogas. Hay brotes de VIH en las prisiones. En cuanto a las mujeres, son usuarias de drogas, o tienen parejas que lo son, son trabajadoras sexuales o, simplemente, practican sexo a cambio de drogas...

Respecto a la cobertura de antirretrovirales, hay menos de 1.050 personas en tratamiento y aún seguimos las antiguas directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2004, por lo que, para recibir fármacos, las personas todavía tienen que esperar hasta que su recuento de CD4 caiga por debajo de 250 células/mm³. No obstante, el presupuesto para el próximo año 2011 (o quizá para 2012, no estoy segura) incluye la previsión de iniciar la terapia con un recuento de CD4 de 350 células/mm³. En las Repúblicas Bálticas, la economía se ha visto muy afectada por la crisis; por otro lado, los préstamos concedidos por el Fondo Monetario Internacional exigen una reducción en el gasto sanitario y la educación. Esto ha sucedido en Lituania y Letonia, que han tenido que disminuir mucho su presupuesto; por ejemplo, este año no tenemos dinero para medir los niveles de CD4 y mucho menos para realizar pruebas virológicas. Los tests del VIH no son gratuitos [sólo los de confirmación lo son] y no tenemos dinero para las ONG, aunque sólo hay tres en el país y, por tanto, tampoco precisarían tantos recursos.

LMP: ¿Y cuál es la situación en Europa del Este?

AZ: La situación es muy diferente en cada país; Lituania, Ucrania, otras antiguas repúblicas soviéticas de Asia Central... no obstante, estoy familiarizada con todas ellas.

Si nos centramos en Ucrania, durante años desarrolló un modelo muy bueno de atención sanitaria y de participación de la sociedad civil en el tema del VIH. Esta última ha estado muy implicada en los procesos de planificación. Existía un consejo del VIH que tenía mucha fuerza, por lo que hubo muchas personas involucradas desde el comienzo y durante la implementación y valoración de las políticas. Gracias a eso, consiguieron que se llevaran a cabo unos buenos programas de reducción de daños, servicios y terapias de mantenimiento con opiáceos. También se logró que muchos usuarios de drogas en el programa utilizaran metadona o buprenorfina, así como buenos programas en prisiones; se consiguió, además, la creación de una destacada clínica, que es una especie de Centro Nacional para el VIH/sida, etc. Pero este año, con

la llegada al poder de un gobierno conservador, estamos asistiendo a muchos cambios que afectan a la comunidad del VIH. Empezaron con el arresto de un médico que proporcionaba metadona a sus pacientes, acusado de suministrarles drogas, y otro fue detenido durante 48 horas. Éstos fueron los primeros hechos. En segundo lugar, en Kiev existe una zona cercana al río, llamada Lavra, donde hay una especie de distrito eclesiástico que cuenta con varias iglesias y es fantástica (Ucrania es un país cristiano ortodoxo); el problema es que la clínica que he mencionado está cerca de las iglesias y creo que, por este motivo, quieren cerrarla y llevarla a otro lugar, a pesar de que fue renovada el año pasado. Esto tiene mucha repercusión sobre la calidad de los servicios. Además, creo que, de algún modo, provoca una agitación innecesaria, al hablar de terapia de sustitución y también sobre VIH en este contexto negativo. La sociedad civil en Ucrania es muy fuerte, porque tiene todas las redes ucranianas, pero también ECUO (Unión Centroeuropa y de Asia Central); o sea, que hay mucho movimiento en activismo y promoción, pero aún existen amenazas.

Después, tienes las Repúblicas Bálticas, de las que ya he hablado un poco. Hay un nuevo Consejo Asesor Comunitario (CAB, en sus siglas en inglés) en Estonia y nos gustaría formar un CAB báltico, ya que somos tres países muy pequeños; en conjunto, el número total de habitantes debe de ser de unos seis millones, por lo que, aunque es comprensible que cada país desee tener distintos sistemas y quiera ser independiente, creo realmente que deberían coordinarse y trabajar juntos, por ejemplo, para conseguir fármacos más baratos. Hace un año, las autoridades intentaron reunirse para debatir sobre esto, pero pienso que nosotros, como comunidad, tendríamos que presionar más.

Y por último está Rusia, que es un país inmenso. Si nos fijamos en las organizaciones, la mayoría tienen la sede en Moscú y San Petersburgo: por ejemplo, ITPC Rusia (siglas en inglés de Coalición Internacional en la Preparación para el Tratamiento) tiene su sede en San Petersburgo, hay un CAB ruso en esta última ciudad también, etc. Pero tienes un país enorme, que se extiende hasta oriente, donde se dan un montón de dificultades. Se producen problemas de desabastecimiento, y no estamos hablando del nivel de Rumanía, se trata de un problema de una dimensión extraordinaria. Por otro lado, no todas las

Si se examina la situación en Rusia y las ex repúblicas soviéticas, la cobertura es muy baja, ya que la mayoría de personas afectadas son usuarias de drogas y su consumo provoca que muchos médicos no les prescriban el tratamiento.

Anna Zakowicz

personas que tendrían que recibir tratamiento lo están recibiendo; también hay coinfecciones por tuberculosis, que constituye una importante amenaza en Rusia. En cuanto a las prisiones, este extenso país ha heredado el antiguo sistema penitenciario, donde un recluso no es tratado como una persona con derechos humanos. Las celdas son pequeñas y están abarrotadas de gente, que no recibe tratamiento ni acceso a la atención médica. Además, está la cuestión de la falta de terapias de mantenimiento con metadona, que es otro problema. Pero lo más importante es la falta de voluntad política, porque no es el Ministerio de Sanidad el que decide sobre el tratamiento con metadona sino el Ministerio del Interior. Por otra parte, el hecho de que ahora el nuevo director de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] sea un funcionario ruso no pienso que vaya a ser de mucha ayuda.

LMP: Entonces, la ideología tiene mucha influencia en Rusia y esto se traduce en la ausencia de estos programas de sustitución de opiáceos. Hay quien dice que sólo 5 ó 6 personas están impidiendo que todo el país adopte estas políticas. Creo que ya habéis tratado este tema, pero ¿hay alguna acción que EATG tenga prevista al respecto en Rusia?

AZ: Pienso que se trata de una cuestión muy compleja y debemos ser muy prudentes en lo que se refiere a los países de Europa del Este y Asia Central, porque se trata de un activismo completamente distinto y hay personas que pueden sufrir amenazas o ser encarceladas por estas acciones. Por ejemplo,

en Uzbekistán, un país asiático con una fuerte estructura estatal, el psicólogo y activista Maxim Popov llevaba a cabo un programa sobre salud sexual y fue detenido. Su organización distribuía folletos acerca del uso de condones, sin imágenes, sólo con texto. Los activistas occidentales, de EE UU, empezaron a presionar para que se hiciera algo, pero los activistas de Uzbekistán les dijeron: "De acuerdo, sabemos que vosotros no trabajáis así, pero no podemos actuar como vosotros porque eso no ayudará a la persona, sino que la perjudicaría aún más, y si se enteran las autoridades de la prisión, su estancia podría ser más dura, o incluso peligrar su vida".

En cuanto al sistema penitenciario, el tratamiento es poco humano en toda la zona. Cuando entras en prisión, de algún modo desapareces, es como si intentaran borrarte de los registros. Hemos de tener mucho cuidado con esto, pero debemos presionar a las distintas agencias, como en el caso del nuevo plan estratégico de la OMS, el cual intentamos que tuviera un contenido más político y que hablara del tratamiento de sustitución, la terapia de mantenimiento o con fármacos agonistas.

LMP: A raíz de tus palabras sobre estos países del Este, diríamos que existe una violación total y constante de los derechos humanos. El lema de la conferencia es "Derechos aquí y ahora", y además, Julio Montaner, director de la Sociedad Internacional del Sida (IAS), ha repetido hasta la saciedad que el tratamiento anti-VIH es una cuestión de derechos humanos. ¿Cómo podemos trabajar de forma conjunta a nivel internacional para cambiar esto? ¿Qué pasos se deberían dar para acabar con esta falta de derechos?

AZ: Es una pregunta muy importante, pero realmente es muy difícil de responder. El mensaje que hay que enviar, una y otra vez, es que debemos presionar para que los políticos aborden el tema, porque ése es el nivel en el que podemos hacer más.

LMP: ¿Quizá incidir en la labor educativa en niños y jóvenes para que cuando crezcan se conviertan en ciudadanos?

AZ: Por supuesto. Y creo que la Iniciativa 2031 se centra en los jóvenes y la educación de los estudiantes. Creo que debemos actuar sobre las personas que van a ser servidores públicos, como los abogados, por ejemplo. Por la experiencia de mi trabajo en Lituania con los



Anna Zakowicz con otras compañeras de la red europea de mujeres con VIH

estudiantes, diría que la mitad de ellos son muy considerados y se preocupan por los derechos humanos, pero la otra mitad no son así. Y da un poco de miedo hablar con personas de 19 ó 20 años de edad y ver que son tan homófobas y que tienen tan poco respeto hacia los demás. Por este motivo, si no abordamos la educación, no cambiará nada.

LMP: Hablemos de poblaciones vulnerables, como mujeres, jóvenes... Tú has trabajado en derechos de la mujer, en derechos reproductivos, etc. ¿Qué queda por hacer aún en la región? ¿Cuáles son las principales acciones o intervenciones que estáis haciendo en relación con las mujeres?

AZ: Se trata de otra pregunta muy compleja; la verdad es que la situación es distinta en cada país. Se puede comprobar que, en esta región, la mujer no está en la agenda del VIH; se encuentra de algún modo oculta en otros grupos de mayor tamaño, a pesar de que, con mucha frecuencia, requiere otro enfoque. Y no hablo de movimientos feministas o cosas así, me refiero al abordaje de necesidades específicas. Por ejemplo, el número de organizaciones centradas en la mujer es muy pequeño. Así, en Lituania hay sólo una, pero es que en Rusia no existe ninguna que trabaje específicamente con la población femenina. No obstante, un punto positivo de estas conferencias es que permiten que nos podamos reunir algunas mujeres de la región e invitar a algunas de ellas a ser ponentes en nuestras sesiones. Hemos visto que existe un interés por formar un grupo de mujeres en Rusia. Esto es algo muy positivo, ya que en este

país nadie habla realmente de derechos sexuales y reproductivos, debido a que muchas de las chicas son usuarias de drogas. Creo que ése es el problema de nuestro mundo, que no hablamos de sexualidad. Todo el mundo tiene sexo, da placer, pero no lo abordamos de un modo positivo. Cuando se piensa en usuarios de drogas, no existe un mensaje positivo. Espero que después de esta conferencia se produzca la creación de un grupo que aborde estos temas.

LMP: Sabemos que no es fácil vivir con VIH en ningún sitio, pero ¿cómo es vivir con el virus en estas regiones?

AZ: En mi caso me resulta duro, porque para mí compartir cosas con la gente me ayuda a enfrentarme a los obstáculos, a los problemas, pero hay muy pocas personas que admiten ser seropositivas y que quieren hablar y compartir sus sentimientos. Y hacerlo ayuda a superar las barreras, porque si no, puede que ni siquiera las identifiques. Por ejemplo, intenté crear un grupo de apoyo en Lituania, y nos reunimos durante un tiempo, pero sólo acudían unas pocas personas. Fue muy desalentador, ya que la gente no quería venir. Así que ahora nos reunimos con carácter informal, por teléfono... sin ninguna frecuencia regular. Es como tener un grupo de amigos que tienen algo en común.

Otra cosa que me resultó difícil fue cuando vine a Lituania, hace unos 4 ó 5 años. Hasta entonces, no prestaba demasiada atención a mi salud. Cuando me mudé tenía un buen recuento de CD4 y no me preocupaba por el sistema sanitario, sólo pensaba a qué país

me iba y no importaba nada más; creía que todo iba a salir bien. Mi recuento de CD4 estaba en torno a 600 células/mm³ y, en un momento, incluso me olvidé de la infección, puesto que todo iba bien; ¿para qué preocuparse? Pero cuando llegué al país, únicamente había un sitio al que podía acudir para recibir ayuda en temas de VIH. Tras vivir unos dos años, empecé a sentirme un poco peor, mi recuento de CD4 estaba bajando un poco y tuve que esperar cerca de un año, haciéndome análisis cada 3 meses, hasta que mi nivel llegó a unas 300 células/mm³. Me sentía muy débil, contraí algunas enfermedades... hasta que mis CD4 bajaron de 250 y pude empezar el tratamiento. Tuve que esperar como un año, y lo peor es que mi médica no tomaba decisiones para mí. Porque si ves que el paciente no está yendo muy bien y se puede beneficiar de la terapia, no deberías tener que ceñirte de forma estricta a las directrices, ya que eres una médica y tú tomas las decisiones y el paciente debería ser lo más importante. Pero mi médica no fue capaz de tomar la decisión y yo no pude obligarla; a veces, sentía que iba a la consulta a prescribirme cosas a mí misma... La cuestión es que no tenía opciones, sólo había una médica en una ciudad y ésta creía que era responsable económicamente y que no podía ir contra las directrices, o al menos ésa era la sensación que tenía yo: que mi médica

era, de algún modo, responsable. Por fin, llegué a 249 células/mm³ y, por fortuna —dice con ironía—, mi carga viral era alta, lo que me permitió empezar a tomar el tratamiento. Luchar contra el sistema en los países del Este es muy difícil; muchos pacientes no tienen la información necesaria y no reciben un asesoramiento de calidad por parte de sus médicos, que pueden hacer lo que quieran contigo.

LMP: Para terminar, ¿cuáles son tus deseos en el ámbito del VIH y qué esperas llevarte a casa de la conferencia?

AZ: Mi primer deseo es que los países que aún no han firmado la Declaración de Viena la suscriban. También me gustaría que los donantes del Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria mantuvieran sus compromisos, sobre todo en Rusia, que es un país de ingresos medios-altos, donde no hay voluntad política y sabemos que el dinero de ese Fondo es de gran ayuda para llevar a cabo servicios, no sólo los estatales, sino también los que ofrecen las organizaciones que trabajan a pie de calle.

Respecto a la conferencia, soy miembro de la Comunidad Internacional de Mujeres que viven con VIH/sida (ICW, en sus siglas en inglés) y desearía que las redes de mujeres trabajaran de manera conjunta [como por ejemplo,

la nueva pequeña red europea de mujeres con VIH, de reciente creación]. También confío en la campaña iniciada por ICW Latina y Patricia Pérez "*Más Paz, Menos Sida*". Estoy convencida de que, en comunidad, la paz y trabajar en colaboración nos ayudarán a reducir el VIH.

LMP: Una última cosa sobre la Declaración de Viena; ¿por qué la consideras importante y por qué la gente debería respaldarla?

AZ: Creo que es especialmente importante en el contexto de Europa del Este y Asia Central, donde tenemos muchas personas usuarias de drogas inyectables con VIH y ése es el principal medio de transmisión. Además, el consumo de drogas constituye una barrera para acceder a cualquier atención o tratamiento médicos de calidad, incluidos los del VIH. En muchos países, el hecho de portar una pequeña cantidad de droga puede hacer que termines en la cárcel, lo que no ayuda en absoluto, ya que pone la salud de la persona en peligro; las prisiones están sobrecapadas, hay mucha violencia dentro, violaciones y también consumo de drogas y problemas de salud. Por eso, estas políticas restrictivas no funcionan.

A escala mundial, creo que los grandes protagonistas, como Rusia, EE UU y Canadá, al decir no a la Declaración de Viena, nos envían el mensaje de que no estamos avanzando.

Derechos Humanos y VIH/sida: Ahora más que nunca

En la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida, celebrada en 2006, los líderes mundiales reafirmaron que "la plena consecución de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las personas es un elemento fundamental de la respuesta mundial a la pandemia del VIH/sida". Sin embargo, este "elemento esencial" sigue siendo todavía un eslabón perdido.

'Derechos Humanos y VIH/sida: Ahora más que nunca' es una declaración realizada por 24 organizaciones no gubernamentales, con el respaldo del Open Society Institute, el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (UNDP), el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/Sida (ONUSIDA) y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR), y apoyada por más de 650 organizaciones y redes de todo el mundo. La declaración esgrime diez

razones por las que los derechos humanos deben ocupar el centro de la respuesta mundial al VIH/sida:

1. El acceso universal nunca se conseguirá sin los derechos humanos.
2. La desigualdad de género hace que las mujeres sean más vulnerables al VIH. Las tasas más elevadas de infección se dan en la actualidad entre las mujeres y las niñas de los países más gravemente afectados.
3. Los derechos y las necesidades de los niños, niñas y adolescentes son en gran parte ignorados en la respuesta al VIH, a pesar de ser los más afectados en muchos lugares.
4. Las personas más afectadas reciben la mínima atención en las respuestas nacionales al VIH.
5. Los programas eficaces de prevención, tratamiento y atención del VIH están siendo atacados.

6. Los activistas del sida arriesgan su seguridad al solicitar que sus gobiernos proporcionen mayor acceso a los servicios para el VIH/sida.
7. La protección de los derechos humanos es la forma de proteger la salud de las personas.
8. El sida presenta retos únicos y requiere de una respuesta excepcional.
9. Las respuestas al VIH "basadas en los derechos" son prácticas y funcionan.
10. A pesar de la retórica, todavía hacen falta acciones reales en materia de VIH/sida y derechos humanos.

DERECHOS HUMANOS Y EL VIH/SIDA: AHORA MÁS QUE NUNCA, Open Society Institute, 2009.

Puedes leer la declaración completa en español y apoyarla en: www.hivhumanrightsnow.org/esp

Si los gobiernos tienen la voluntad política de actuar,

PUEDEN HACERLO

Wim es un hombre ocupado, y muy popular. Estamos en el Salón Positivo de la conferencia y los saludos e interrupciones son constantes durante la entrevista. Nos atiende tras una marcha de protesta y corre a otra reunión tan pronto termina nuestra charla.

LO+POSITIVO [LMP]: ¿Quieres presentarte tú mismo a los lectores?

Wim Vandeveldé [WV]: Claro, me llamó Wim Vandeveldé y soy belga. Tengo 43 años y hace quince que vivo en Lisboa. Soy economista y, en 2001 —un año después de recibir mi diagnóstico—, empecé como activista voluntario en el Grupo Europeo sobre Tratamientos del Sida [EATG]. Al principio, compaginaba mi activismo con el trabajo de consultor para bancos y corporaciones; con el tiempo, dejé mi trabajo y me dediqué por completo al activismo en tratamientos, donde me siento mucho más feliz.

LMP: ¿Qué te ha traído a Viena? ¿Reuniones, sesiones científicas, activismo...? A reivindicar, seguro, porque te hemos visto en la marcha y en acciones frente a los stands de las farmacéuticas y la Unión Europea...

WV: No he venido sólo a manifestarme, aunque sí creo que es muy importante mantener vivo el activismo en tratamientos, que es muy distinto al activismo de hace un par de décadas. He acudido a esta conferencia bienal porque es el lugar donde puedo encontrar a la mayoría de personas que trabajan en proyectos relevantes sobre el VIH. No me paso todo el tiempo en las sesiones científicas: será un 50% en sesiones y otro 50% hablando, negociando y conociendo a gente. Son sesiones intensas y los días se hacen muy largos, pero es muy gratificante. Pienso que asistir a estas conferencias es esencial para nuestro trabajo de activismo; no es un lujo sino una necesidad: Si además puedo participar en marchas y acciones por causas que siento muy cercanas, lo hago, sin duda.

LMP: Acabas de participar en una acción de protesta: Se sabe que antirretrovirales genéricos producidos en la India con destino a países africanos en desarrollo quedaron retenidos en el aeropuerto de Schiphol (Ámsterdam) porque, según la Unión Europea, violaban derechos de la propiedad intelectual.

WV: Sí, es gracioso; la acción ha tenido lugar en medio de dos reuniones con la industria farmacéutica sobre temas de acceso, desabastecimientos y aspectos científicos también. La acción tenía dos objetivos concretos: el primero, la industria farmacéutica y la necesidad de revisar el tema de precios; se ha avanzado mucho en ese sentido, pero se puede hacer mucho todavía. La situación del acceso universal a los antirretrovirales está muy lejos de ser la deseable. Con todo, la cuestión económica no es el único obstáculo hoy en día, hay otros sobre los que estamos trabajando. Aunque el tema del precio de los medicamentos sí era una de las reivindicaciones centrales de la marcha de hoy, hemos ido por los stands de las diferentes compañías llamando la atención sobre cuestiones específicas de cada una de ellas y solicitando una revisión o replanteamiento de su sistema de patentes. El hecho de que la marcha acabara en el stand de la Unión Europea (UE) buscaba llamar la atención sobre las políticas de la Dirección General de Comercio de la Unión Europea (DGTrade). Éste era el segundo objetivo de la protesta.

Hay algunos aspectos que defiendo de la UE junto a EE UU y Canadá con los que no estamos de acuerdo y que tienen un impacto muy negativo sobre el acceso a los antirretrovirales; están demasiado al servicio de la industria y van en detrimento de lo acordado en el Tratado de Lisboa en lo referente a innovación y, también, en aspectos de salud. Europa está bloqueando el acceso a medicamentos esenciales en otras partes del mundo donde necesitan los antirretrovirales tanto como nosotros.

En concreto, el tema de los genéricos confiscados sobre los que me preguntabas, ocurrió el año pasado. Se trataba de antirretrovirales genéricos legítimos



Wim durante la marcha de protesta por la actuación de la Unión Europea



Sobre las patentes, se coreó que las vidas están por encima de los beneficios



Los "die-in" recuerdan que las personas aún mueren por falta de medicamentos



El stand de la Unión Europea acabó 'confiscado' por los activistas

producidos en la India y con destino a Nigeria, vía Schiphol. Las aduanas holandesas los confiscaron alegando que atentaban contra los derechos de la empresa propietaria de la patente, cuando estaba claro que no estaban destinados al mercado holandés sino al nigeriano, donde no existían este tipo de obstáculos sobre las patentes. A pesar de todo, las autoridades holandesas, en connivencia con la UE, acabaron reteniendo todo el envío mucho tiempo.

LMP: Un tema complejo el de las patentes; ¿en qué punto estamos en las negociaciones sobre los acuerdos de la propiedad intelectual relacionados con el comercio (TRIPS, en sus siglas en inglés)?

WV: La Unión Europea está inmersa en unos complicados procesos de negociación multilateral con otras regiones y países del mundo sobre el Acuerdo Comercial Anti-Falsificación (ACTA) y los Acuerdos de Libre Comercio (FTA). Los progresos conseguidos con las flexibilidades previstas en los acuerdos TRIPS se ven ahora amenazados con la renegociación de la UE, sus departamentos de comercio y los de EE UU por la aplicación de los llamados TRIPS plus: acuerdos comerciales mucho más restrictivos. Esto es perjudicial para el avance de los medicamentos genéricos y para la competencia entre productores de antirretrovirales de este tipo; una competencia sana entre productores de genéricos podría derivar en reducciones de precio y, por consiguiente, propiciar un mayor acceso para personas que necesitan medicación y no la reciben. Me gustaría destacar, en este sentido, la desconexión entre la Dirección General de Comercio de la UE, por un lado, y las Direcciones Generales de Desarrollo y Sanidad y Consumo (SANCO), por otro. Estas dos últimas direcciones generales han diseñado políticas y directrices muy válidas y acertadas pero, en la práctica, han sido dinamitadas por la Dirección General de Comercio.

LMP: La elección de Viena como sede de la XVIII Conferencia Internacional del Sida se ha ‘vendido’ como la oportunidad para tender puentes entre Europa Occidental y Europa del Este. ¿Cuáles son las líneas de trabajo en EATG en este sentido? ¿Cómo es la situación en los países del Este?

WV: Como EATG, tenemos tres líneas principales: una es la participación comunitaria en el desarrollo de productos y, por así decirlo, nuestro trabajo

científico; la segunda es el trabajo sobre directrices y políticas, y supone negociar con las instituciones europeas, la Comisión, el Parlamento y con otras instituciones internacionales; y la tercera es el desarrollo de capacidades entre los activistas en tratamientos, principalmente en países de Europa del Este y Asia Central. De manera que la labor que realizamos es una mezcla de trabajo político, sensibilización y ciencia, ya que nuestro tipo de activismo está basado en la ciencia.

En los países del Este o de la órbita de la extinta Unión Soviética y en Europa Central realizamos, sobre todo, seminarios y talleres de formación, estamos pendientes de los contratiempos que puedan surgir, y si hay necesidad de acciones concretas, las llevamos a cabo. Otra parte importante, centrada en la ciencia, se efectúa a través de nuestro grupo ECAB (siglas en inglés de Consejo Asesor Comunitario Europeo), donde cada vez se emplea más tiempo en abordar cuestiones relativas al acceso a los antirretrovirales en esos países. En principio, el grupo se reúne con la industria farmacéutica de innovación para tratar aspectos de desarrollo de nuevos productos, de fármacos ya existentes en el mercado y de nuevas moléculas en investigación para el tratamiento del VIH; no obstante, las necesidades y la realidad de la comunidad para la que trabajamos nos ha hecho incluir en nuestra agenda enfermedades como la hepatitis B ó C y, más recientemente, la tuberculosis. Pero como decía, además de tratar aspectos científicos y de desarrollo de nuevos productos, en nuestras reuniones con la industria cada vez más se abordan aspectos relativos al acceso a los antirretrovirales. En concreto, las desigualdades llegaron con la ampliación de la UE a 27 países, y más tarde, con la inclusión en nuestro trabajo de los países de Asia Central hasta llegar a los 53 que conforman hoy en día la región Europa de la Organización Mundial de la Salud. Actualmente, trabajamos para conseguir el registro, país por país, de todos los fármacos innovadores aprobados, de forma que puedan estar disponibles para todas las personas que los necesiten.

LMP: Uno de los mayores problemas en los países del Este y de Asia Central, en particular Rusia, es la dificultad para implementar programas de reducción de daños. ¿Abordáis este aspecto desde el grupo europeo?

WV: Sí, de hecho es una de nuestras prioridades políticas desde hace mucho

¿Cuáles son las prioridades de nuestros gobiernos? Somos ciudadanos con derechos y debemos decir claramente a nuestros gobernantes que creemos que la salud es un bien global, y también lo es el respecto a los derechos humanos.

Wim Vandeveldde

tiempo. Procuramos que la legislación de cada país contemple el normal funcionamiento de los programas de reducción de daños como una parte integral en la prevención del VIH entre usuarios de drogas inyectables. Lamentablemente, por razones ideológicas en Rusia las autoridades se niegan a implantar los tratamientos de sustitución de opiáceos; un contrasentido, si tienes en cuenta que es el país más azotado por la epidemia de VIH: se calcula que el número de personas que viven con VIH en ese país roza el millón. En cada vez más países de Europa del Este los gobiernos han entendido la necesidad de implementar programas de reducción de daños, y así lo están haciendo.

Una de las impresiones que me llevo de esta conferencia es la normalización y aceptación general —podríamos decir— de los programas de reducción de daños y de las terapias de sustitución. Algunos países de las ex repúblicas soviéticas, que hace dos años no se atrevían ni a mencionar ‘reducción de daños’, están ahora poniendo en marcha y sufragando con recursos propios tales programas. Incluso organismos como la IAS, ONUSIDA o la OMS, que habían permanecido en un segundo plano y con posturas muy encontradas a favor y en contra, parecen haber consensuado la idoneidad y eficacia de los programas de reducción de daños y de las terapias de sustitución de opiáceos.

LMP: Esperemos que las autoridades rusas cambien de parecer...

WV: Nada apunta en ese sentido; además, un diplomático ruso, Yury Fedotov, acaba de ser nombrado director de la Oficina de las Naciones Unidas

contra la Droga y el Delito. Había quien pensaba que por ser ruso podría propiciar en ese país un cambio de sensibilidad en la implementación de programas de reducción de daños; las ONG de VIH/sida no lo veíamos así y nos hemos opuesto por múltiples razones, entre ellas por el escaso respeto de Rusia a los derechos humanos; a pesar de todo, ha conseguido el cargo.

LMP: ¿En qué medida está afectando la recesión global a las personas con VIH? ¿Y a los organismos mundiales?

WV: No lo está poniendo fácil, sin duda; estamos viendo cómo en Europa los presupuestos se recortan alegando la recesión económica, y es la excusa perfecta de gobiernos y empresas para recortar su aportación a muchos programas sobre VIH. En EATG apenas lo hemos notado; imagino que dependerá de cuánto tiempo dure. En los organismos multilaterales como el Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria ya es notable el descenso o retraso en las aportaciones de los países donantes, alegando la manida crisis, lo que en mi opinión es una simple excusa, una falacia para disminuir sus aportaciones.

LMP: Sí, parece ser la tónica general: Ayer hubo una presentación en la que se exponía el coste del rescate financiero internacional y las

aportaciones que serían necesarias para conseguir el acceso universal.

WV: Completamente de acuerdo con esa precisión; se ha repetido bastante en esta conferencia y tiene que ver con las prioridades de nuestros gobiernos. El rescate financiero internacional —que creo que era necesario— nos muestra que si los gobiernos tienen la voluntad política de actuar, pueden hacerlo. Hay un artículo de un economista que cifra la cantidad que los gobiernos occidentales pusieron encima de la mesa para el rescate del sistema financiero mundial en ocho billones de euros. Si puedes juntar esa cantidad en un plazo de pocas semanas, puedes conseguir los dos mil millones de euros que serían necesarios para garantizar el acceso universal a medicinas y cuidados a las personas que los requieren. ¿Cuáles son las prioridades de nuestros gobiernos? Somos ciudadanos con derechos y debemos decir claramente a nuestros gobernantes que creemos que la salud es un bien global, y también lo es el respecto a los derechos humanos.

LMP: Esto nos lleva a la siguiente pregunta, y tiene que ver con el lema de esta conferencia, "Derechos aquí y ahora"; ¿crees que tras la conferencia se avanzará en este sentido?

WV: Es una pregunta difícil... creo que era una asignatura pendiente centrar una conferencia mundial en los

derechos humanos. Pienso que sin un enfoque, unas políticas y unas intervenciones que respeten por completo estos derechos, no es posible revertir la epidemia de VIH. Es muy importante haber puesto el énfasis en los derechos humanos, y ahora hay que llevar el mensaje a nuestros gobiernos. No sé si la conferencia supondrá un punto de inflexión, pero hay muchísimos temas pendientes en muchas partes del mundo; por ejemplo, pienso en las organizaciones que atienden a trabajadoras y trabajadores sexuales: quedan excluidas de las ayudas estadounidenses porque este país no financia programas para este colectivo. Estas políticas restrictivas basadas en lo moral se aprecian en muchos otros países y en programas de intercambio de jeringuillas, de atención a usuarios de drogas, a hombres que practican sexo con hombres y trabajadores/as sexuales.

LMP: ¿Cuáles son las líneas de trabajo para el futuro en EATG?

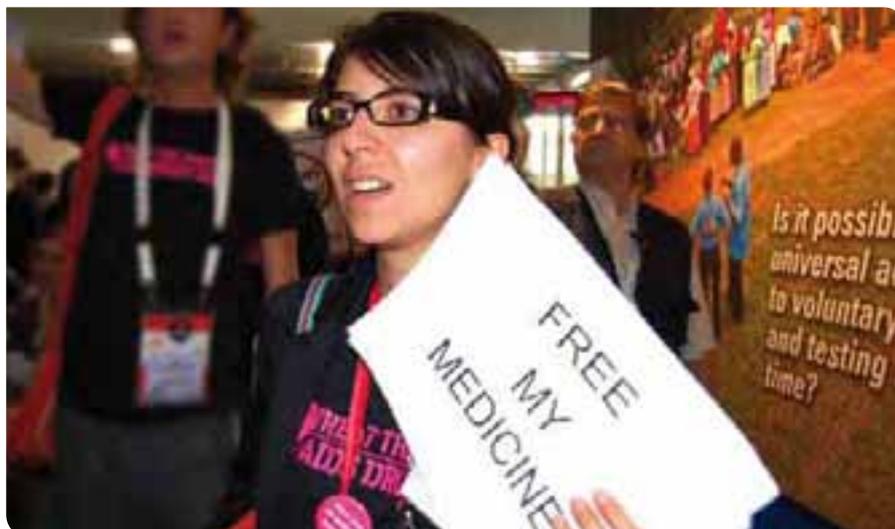
WV: Desde EATG queda mucho trabajo por hacer, especialmente en el tema del acceso a los antirretrovirales; está cada vez peor y no sólo en países del Este. Hay países occidentales donde los servicios se ven recortados o la medicación decoformulada por la presión de la crisis económica, y por desgracia, vamos a oír hablar de manera creciente de desabastecimientos de medicamentos y empeoramiento del sistema.

VIDAS en riesgo

Alina es menuda, decidida y muy resuelta. La vemos manifestarse, gritar y protestar; está furiosa con la situación en su país. No es para menos: las vidas de miles de compatriotas están en riesgo y la situación en Rumanía parece estar a merced de la buena voluntad internacional.

LO+POSITIVO [LMP]: ¿Comenzamos con una pequeña presentación de ti misma?

Alina Dumitriu [AD]: Mi nombre es Alina Dumitriu y soy de Rumanía. Pertenezco a la asociación de personas



con VIH Senz Pozitiv, donde me ocupo de incidencia política, activismo en tratamientos y *counselling* a personas con VIH y, en particular, a usuarios de drogas, trabajadores del sexo y hombres que practican sexo con hombres (HSH).

LMP: ¿A qué has venido a Viena? ¿Presentas algún trabajo, vienes a aprender de otros, a manifestarte...?

AD: Yo he venido a manifestarme y a protestar. En mi país, estamos sin antirretrovirales para las personas con VIH, hay un desabastecimiento total de fármacos y las autoridades rumanas no están haciendo nada. En mi asociación, empezamos una campaña internacional de alerta sobre la situación, enviamos comunicados de prensa y se inició una campaña internacional de donación de medicamentos —en la que España colaboró mucho, por cierto—, pero seguimos sin medicación para la mayoría. De manera que he venido a quejarme y también a negociar; tengo previsto reunirme con representantes de la industria, básicamente para pedir donaciones de fármacos.

LMP: ¿Sería éste el aspecto básico que esperas de la conferencia?

AD: Sí. A escala nacional, los representantes de la industria no quieren recibirnos ni saber de nosotros. Espero que en el ámbito internacional la cosa cambie, que consigamos los medicamentos que necesitamos y que la situación en Rumanía mejore.

LMP: ¿Podrías resumir la situación de las personas con VIH en tu país?

AD: Uno de los temas que más preocupan es la situación de los hombres y las mujeres jóvenes. Se trata de personas de veinte años o más que pasaron por los orfanatos en la época del dictador Ceaușescu. Por lo general, se les han administrado todas o casi todas las combinaciones de antirretrovirales posibles y han desarrollado resistencias a muchos fármacos; o lo que es lo mismo, les quedan muy pocas opciones terapéuticas o ninguna, y enfrentarse ahora a un desabastecimiento total de fármacos pone en grave riesgo sus vidas. En otro orden de cosas, las nuevas transmisiones se dan mayoritariamente entre la población heterosexual y mucho menos entre las llamadas 'poblaciones vulnerables'.

Otro tema son los niños y niñas que nacen de los jóvenes que mencionaba antes; muchos los abandonan en el hospital al nacer; si tienen suerte, irán

a algún orfanato, porque la mayoría no los quieren: unos por el hecho de haber nacido con VIH y el resto son rechazados porque, pese a ser seronegativos, sus padres viven con el virus.

LMP: ¿Qué dificultades puede encontrar una persona con VIH en este país?

AD: Desde 2001, existe el acceso universal a los tratamientos, pero sobre el papel, nada más. Los desabastecimientos de fármacos están a la orden del día; desde principios de año, tampoco está disponible interferón para las personas coinfectadas por hepatitis y un 80% de los usuarios o ex usuarios de drogas en Rumanía están coinfectados por hepatitis C. Esto genera frustración en los centros comunitarios de detección de enfermedades, puesto que no merece la pena derivar a las personas recién diagnosticadas a ningún hospital; puede que sean atendidas, pero no recibirán ningún tipo de tratamiento.

LMP: ¿En qué medida está afectando la recesión global?

AD: Ahora mismo, Rumanía no reúne los requisitos necesarios para contar con la ayuda del Fondo Mundial. Presuntamente, ya no somos un país pobre, aunque esto no sea cierto: sí lo somos. Desde este mes (julio), Rumanía ya no contará con la ayuda del Fondo Mundial y muchas de las ONG con programas de prevención del VIH, de reparto de preservativos, de reducción de daños, de intercambio de jeringuillas y centros comunitarios de detección y *counselling* van a cerrar de manera inminente. Tampoco pueden optar a ayudas de la Comunidad Europea porque, como sabes, la entidad debe aportar una cantidad considerable de recursos propios de los que no disponemos.

LMP: ¿Existen programas específicos de atención a grupos vulnerables?

AD: Depende. Hay varios programas de atención a usuarios de drogas, trabajadoras y trabajadores del sexo, para HSH y personas de etnia gitana; sin embargo, no tantos para mujeres. Imagino que han funcionado, porque, como te decía antes, las tasas más altas de transmisión del VIH en Rumanía se dan en la actualidad entre personas heterosexuales.

LMP: ¿Dirías que existe discriminación hacia las personas con VIH?

AD: Rotundamente sí, el estigma y la discriminación están presentes en la

sociedad; en el ámbito sanitario, sobre todo entre médicos de otras especialidades distintas a las del VIH, en la prensa y en todas partes. No obstante, hay médicos especialistas muy combativos y comprometidos con las personas seropositivas.

LMP: El lema de esta conferencia es "Derechos aquí y ahora"; ¿existen leyes en tu país que palien o eviten la discriminación hacia personas con VIH?

AD: Sí. Hay una ley específica contra la discriminación y en ella consta el VIH como enfermedad de especial atención. También se creó una Comisión Nacional contra la Discriminación, una especie de asamblea que dictamina, antes de ir a tribunales, si un caso es discriminatorio o no. Lo cierto es que, sobre el papel, esta comisión debería ser confidencial, pero no lo es, y no todo el mundo está dispuesto a presentar su caso con nombre y apellidos. El año pasado, tuvimos un caso paradigmático: un joven gay, con VIH, sin techo, gitano y huérfano sintió que había sido discriminado en las urgencias de un hospital de Bucarest y tuvo el coraje de presentar su caso. Lo más chocante es que no podía pagarse un abogado, le ayudó un amigo —estudiante de primero de Derecho— y ¡ganaron el caso!

LMP: ¡Qué historia más buena! Dínos, ¿qué te gustaría que cambiara en tu país referente al VIH?

AD: Me gustaría que la sociedad aceptara el VIH como una enfermedad normal, que puede afectar a todo el mundo, y que entendiera que es un problema de todos. También desearía que se pusieran en práctica, de una vez por todas, las medidas preventivas de la transmisión del VIH conocidas y aceptadas. Te digo esto porque, hace un mes, coincidí en unas jornadas jurídicas con un médico, cirujano oftalmólogo, que había sido demandado, y al preguntarle por qué había recibido una demanda, comentó abiertamente que usaba el mismo instrumental quirúrgico desde la mañana hasta la noche, sin esterilizarlo ni una sola vez; me escandalicé y dije que no había para tanto, que era una práctica común entre todos los doctores.

Por eso, es tan importante el derecho a la información de los pacientes; todos somos responsables y estamos implicados en el tipo de atención que recibimos y que deberíamos recibir, no es sólo una cuestión de ciertos grupos vulnerables, afecta a la sociedad en

su conjunto. Otra reivindicación es poder acceder a un tratamiento continuado, sin interrupciones ni desabastecimientos. El tratamiento también es prevención, ¿no?; pues se nos está negando esta herramienta de prevención que supondría una reducción de nuevas transmisiones.

LMP: ¿Te gustaría añadir algo más?

AD: Me gustaría agradecer, de todo corazón, a las personas con VIH y organizaciones en España que nos ayudaron —y están ayudando— mandando medicación antirretroviral. Ha sido muy importante para nosotros recibir el apoyo internacional, y España

ha sido de los países que más nos ha ayudado. Quiero dar las gracias en especial a Marco Imbert (T4), Diego García (Adhara) y Xavier Franquet (gTt) por su colaboración, y a todas las personas anónimas que, generosamente, donaron y costearon el envío de medicación que no usaban.

Madre CORAJE

La albanesa Olimbi da indicaciones, imaginamos que consejos, y un abrazo y beso enormes a su hijo adolescente, que ha venido con ella a Viena. Nos sentamos en un parque cercano al pabellón que alberga la Aldea Global y, sin esperarlo, Olimbi nos cuenta una historia que abre las carnes; y lo hace con una determinación de hierro, con formas y tacto de seda.

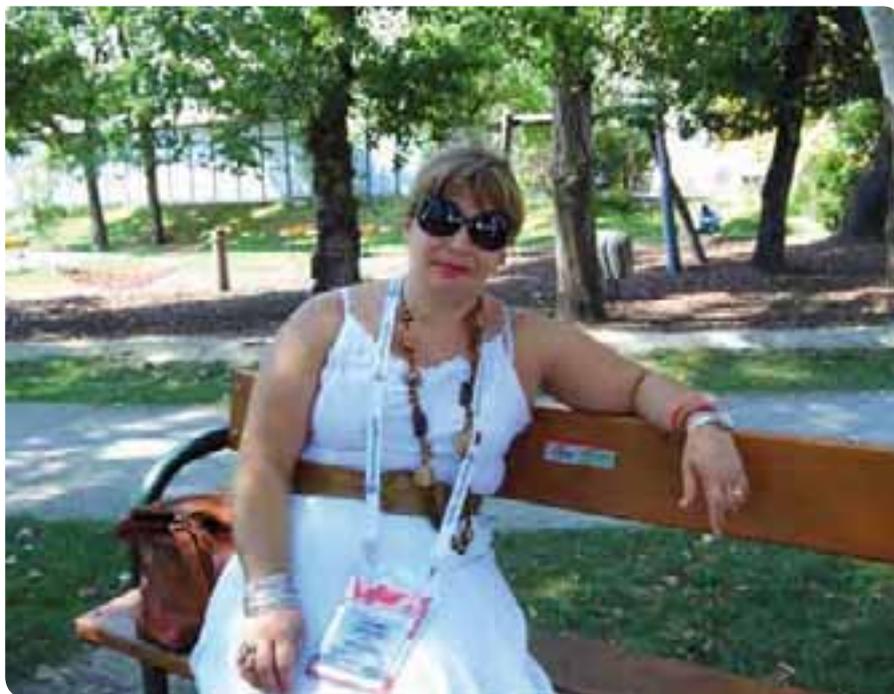
LO+POSITIVO [LMP]: Nos gustaría empezar con una pequeña presentación de ti misma.

Olimbi Hoxhaj [OH]: Perfecto, y ante todo, gracias por esta entrevista. Mi nombre es Olimbi Hoxhaj y soy de Albania. Ejercí de directora ejecutiva de la Asociación Albanesa de Personas que viven con VIH y vivo con el virus desde 1993. Soy madre de cuatro hijos, tres de ellos seropositivos, y mi marido murió de sida en 2003.

LMP: Lamentamos oír eso; dínos ¿qué te ha traído a Viena? ¿Reuniones, presentaciones, manifestaciones...?

OH: Pues nada de todo lo anterior, he venido a recoger uno de los galardones de Red Ribbon Award (Premio Lazo Rojo) que ha recaído en nuestra asociación, lo que es un honor y un estímulo para nosotros. Es un reconocimiento al trabajo y esfuerzo de muchos años y una visibilización internacional de nuestra labor. Estamos muy contentos.

LMP: Felicidades, ¿qué aspectos de vuestro trabajo han premiado?



OH: El premio lo han concedido por el trabajo en derechos humanos, sensibilización y acceso a antirretrovirales para personas que viven con VIH en Albania, desarrollado por nuestra entidad desde hace seis años.

LMP: ¿Cómo empezó tu activismo en VIH?

OH: Al principio, fue una motivación personal, intentaba salvar mi vida. Poco más tarde, comprendí que era una tarea global: no sólo se trataba de que mis hijos y yo consiguiéramos tratamiento, sino de que ninguna persona en Albania muriera por falta de medicación. Conocí a otras personas con VIH y fundamos la asociación en 2004. Enseguida nos pusimos a trabajar en

el plano institucional, presionamos al Parlamento y al Gobierno para que se implementaran leyes en lo referente al VIH; también para que se mejorara el plan estratégico nacional dirigido al abordaje del VIH/sida. Este cambio legislativo era el gran requisito para garantizar y proteger los derechos de las personas seropositivas. También pusimos en marcha campañas y materiales informativos y de sensibilización para intentar cambiar la mentalidad de la sociedad en este tema. En mi país, y en los Balcanes en general, la gente aún piensa que puede contraer el VIH por tomar un café contigo, por cruzarse en la oficina o por darte la mano.

Paralelamente, me fui incorporando a diversos grupos y redes europeas, y

soy miembro de la Comunidad Internacional de Mujeres que viven con VIH/ Sida (ICW, en sus siglas en inglés).

LMP: ¿Cómo es vivir con VIH en Albania?

OH: Nada fácil, te lo aseguro. En nuestro país, la situación es en la actualidad como en los países occidentales al principio de la epidemia, hace 25 años. Recuerdo como si fuera ahora las palabras de mi médico cuando recibí mi diagnóstico tardío en 2003: "Abandona Albania si quieres seguir con vida y si quieres salvar a tus hijos". En ese año, 2003, el sistema sanitario albanés sólo facilitaba la prueba del VIH, nada más.

LMP: ¿Y cómo está el tema del acceso a los antirretrovirales ahora? ¿Ha cambiado en algo?

OH: Sí, desde 2004 están disponibles tratamientos básicos para las personas con VIH; aunque son costeados por el Gobierno albanés, la mayoría son medicamentos genéricos, de primera o segunda línea, a lo sumo, y no se incluyen los más recientes. Es por ello que seguimos con acciones de activismo en tratamientos para conseguir acceso al resto de antirretrovirales. Es un trabajo constante de presión al gobierno y otras instituciones.

LMP: ¿Hay acceso a otros medicamentos para tratar la hepatitis o la tuberculosis, por ejemplo?

OH: Seguimos trabajando en ello. Aún tenemos problemas con personas coinfectadas; hay dificultades incluso con las pruebas de detección y medición de la carga viral.

LMP: ¿Contáis con alguna ayuda internacional?

OH: Sí, con cierta ayuda del Fondo Mundial hasta marzo de 2011; es con lo que se pagan los tratamientos de segunda línea. Estamos preparando la documentación para la siguiente ronda de financiación, pero puede que tengamos problemas por ser miembros de la Unión Europea.

LMP: ¿Hay programas para grupos específicos en Albania?

OH: Sí, existen programas de prevención y atención para HSH, mujeres, trabajadores/as del sexo y usuarios de drogas, pero, francamente, el centro de atención sigue siendo la población general, que es en la más casos de transmisión se detectan. Se siguen necesitando materiales formativos y educativos para todas las personas.

LMP: Hablemos de derechos humanos: Tu asociación ha sido galardonada por vuestra labor en este campo y es el tema central de la presente conferencia. ¿Queda trabajo por hacer en este sentido?

OH: Sí, el único problema con los derechos humanos en mi país es que son violados de forma sistemática. Yo misma he sufrido en carne propia todo el estigma y la discriminación que puede conllevar esta enfermedad. Mi historia ha salido en los periódicos nacionales. Me he enfrentado a enfermeras que abrían las puertas con el pie porque yo había tocado los tiradores de las puertas. Me he topado con doctores que no se atrevían ni a tocar la ropa de mis hijos y, por supuesto, los han dejado sin atención médica. Perdí mi empleo, soy economista, y me han dado con la puerta en las narices en todas las ofertas de trabajo a las que me he presentado; lo más bonito que me dijeron es que yo era una persona peligrosa. Lo mismo ocurrió con mis hijos en la guardería, y más tarde en la escuela; fueron rechazados y estigmatizados por vivir con VIH. Hubo hasta concentraciones de padres de otros alumnos en la puerta de la escuela para que los echarán; decían que sus hijos se podían 'contagiar'. He pasado por situaciones horribles, que no deseo a nadie; mi propia familia ha dejado de hablarme. Lo peor es que no es un caso aislado, la mayoría de personas con VIH en Albania han pasado por situaciones similares de exclusión social, desempleo, negación de servicios... Es dramático ser seropositiva/o en mi país.

LMP: Qué tremendo, Olimbi; ¿de dónde sacaste las fuerzas para seguir?

OH: Sí, es tremendo. Tanto en casa como aquí, en la Conferencia de Viena, siento que mi país, a pesar que estar enclavado en Europa, es una porción de África en los Balcanes. Aprovecho para decir a vuestros lectores españoles y latinos que, en Albania, la atención y el cuidado de personas con VIH sigue sin estar presente en la agenda política o gubernamental, quizá por ser un país de baja prevalencia. Y no ocurre sólo en mi país, también se da en el resto de Países Balcánicos. Las condiciones de vida siguen siendo espantosas. Y acerca de dónde saqué las fuerzas, pues, primero y principal, de mis hijos.

Para ponerlos en antecedentes, contraí el VIH a través de una transfusión de sangre infectada que hicieron a mi marido. Viví diez años con el virus sin

Mi historia ha salido en los periódicos nacionales. Me he enfrentado a enfermeras que abrían las puertas con el pie porque yo había tocado los tiradores de las puertas. Me he topado con doctores que no se atrevían ni a tocar la ropa de mis hijos y, por supuesto, los han dejado sin atención médica.

Olimbi Hoxhaj

saberlo y tuve a mis tres primeros hijos, todos seropositivos; en 2003, al morir mi marido, descubrí lo del VIH. Hubo un doctor que me dijo que abandonara a mis hijos mayores, que no había esperanza para ellos; que me dedicara a mi hijo sano. Por supuesto, no le hice caso. Viuda y sin empleo, vendí todo lo que poseía y usé todos mis ahorros en comprar antirretrovirales en el extranjero para mis hijos y para mí; yo fui la primera persona que tomó tratamiento antirretroviral en mi país. Siento que salvé la vida a mis hijos y ellos... ellos me dan tanto amor. A pesar de la discriminación que han sufrido, los eduqué en el amor y el respeto. Son unos niños estupendos y ¡siguen vivos los cuatro!

También me motivó cierta rebeldía social que llevaba dentro; el hecho de fundar la asociación para luchar por una sociedad mejor, me ayudó mucho a canalizar mi descontento y mis ganas de seguir adelante.

LMP: ¿Qué te gustaría llevarte a casa de esta conferencia? ¡Además del premio, claro!

OH: Bueno, ya me llevo nuevas ideas y nuevos compañeros de viaje para una causa común. También el placer de haber puesto en el mapa un pequeño país como el mío, de que se reconociera el trabajo callado de muchas personas que luchan por sus derechos y sus vidas en Albania. Me siento orgullosa de pertenecer a un grupo humano que trabaja por cambiar actitudes y mejorar la realidad y calidad de vida de las personas con VIH; además, como albanesa, me siento cercana al pensamiento y enseñanzas de mi compatriota, la Madre Teresa.

La pasión

ES NECESARIA

Ferenc tiene un semblante muy calmado y reflexivo, es reposado y parece ser el único que no tiene prisa en esta conferencia; incluso es paciente con las fotos, algo que parecen detestar el resto de entrevistados. Le preocupa el altísimo repunte del virus entre hombres gays en su país y le duele que Hungría aún mantenga, en 2010, restricciones de residencia para personas con VIH.

LO+POSITIVO [LMP]: Nos gustaría comenzar con una pequeña presentación de ti mismo.

Ferenc Bagyinszky [FB]: Mi nombre es Ferenc Bagyinszky, soy de Hungría, tengo 37 años y recibí mi diagnóstico de VIH en 2006. Perteneczo a la organización Unión Húngara por las Libertades Civiles, una entidad con diferentes programas, trabajo político, derechos humanos, etc. Dentro de la organización, soy el responsable del ámbito del VIH/sida. También estoy vinculado a distintas redes y grupos europeos, entre ellos, a la junta directiva de AIDS Action Europe.

LMP: Cuéntanos, ¿qué te ha traído a Viena?

FB: Un poco de todo. He facilitado uno de los talleres sobre criminalización del VIH y obstáculos a superar hasta conseguir una prevención eficaz del mismo, y voy a participar en grupos de discusión; también espero encontrar amigos y conocer gente nueva.

LMP: ¿Y qué esperas llevarte?

FB: ¿Además de las camisetas y los gadgets? —dice con una media sonrisa—, me gustaría llevarme a casa el ambiente y la atmósfera que se respira aquí, en una conferencia internacional. Te cruzas con gente de cualquier rincón del mundo y se percibe una enorme energía; ves a miles de personas trabajando por una causa común, y con mucha pasión. La pasión es muy necesaria. También, la proximidad con Viena ha hecho posible que siete personas de mi organización estemos aquí. Esperamos sacarle el máximo partido a la conferencia.



LMP: ¿Podrías resumirnos la situación de la epidemia de VIH en Hungría?

FB: Somos un país de baja prevalencia; hay 1.700 personas con VIH según el registro de las autoridades, aunque el número real puede ser mucho mayor. Existe mucha desinformación sobre las probabilidades de contraer el VIH y un número muy bajo de pruebas de detección: sólo unas 70.000 pruebas de detección al año para una población de 10 millones de personas. Y este número incluye las pruebas oficiales a las que tienes que someterte si quieres optar a ciertos empleos o cuerpos del estado. Otro factor es el diagnóstico tardío; se dan muchos casos de diagnóstico del VIH en fases agudas de sida. En mi opinión, hay personas que han muerto de cáncer u otras malignidades relacionadas con el sida sin haber sido diagnosticadas de VIH. Tenemos el caso reciente de un hombre ingresado por sarcoma de Kaposi en un hospital de Budapest al que nunca le han realizado la prueba de detección del VIH. Hay miedo a hacerse la prueba y, obviamente, a salir positivo. En Hungría, el virus de la inmunodeficiencia humana es todavía una enfermedad de hombres gays, de manera que la población general ni se plantea que pueda contraerlo. Así pues, en la actualidad, se calcula que entre 4.000 y

5.000 personas pueden vivir con VIH en Hungría; es cierto también que la mayor tasa de infección se da entre hombres que practican sexo con hombres (HSH), creo que tiene uno de los repuntes más altos en Europa.

LMP: Así pues, ¿diríamos que entre los grupos más vulnerables, el colectivo HSH sería el de máxima prioridad en Hungría?

FB: Sí. Sin duda, la mayor parte de nuevas infecciones se dan en este colectivo. En porcentaje, entre el 60 y el 70% de personas infectadas en mi país son HSH. Por fortuna, la epidemia entre usuarios de drogas no es muy alta; la mayoría son personas que han contraído el VIH en Ucrania u otros países y son diagnosticados en Hungría. Sí existe una alta tasa de infección por hepatitis C entre usuarios de drogas y no tantos coinfectados por VHC y VIH. Aunque contamos con programas de intercambio de jeringuillas y de terapias de sustitución de opiáceos, no están disponibles en todos los lugares; para algunos medicamentos o servicios, hay que efectuar un copago que puede ascender hasta un 30% del precio total.

LMP: ¿Vuestro gobierno paga por la medicación antirretroviral y otros tratamientos?

FB: Sí, siempre que tengas el seguro sanitario vigente —que lo obtienen todas las personas empleadas— o seas estudiante; si estás en paro también puedes acceder a cualquier tipo de medicación pagando una pequeña cantidad. Los antirretrovirales son accesibles para todo el mundo, pero existe un copago de poco más de un euro por cada envase de medicamentos.

LMP: Cambiando de tema, esta conferencia centra su atención en los derechos humanos. ¿Existen leyes en tu país que aseguren la no discriminación de personas con VIH?

FB: El tema de la discriminación de personas con VIH es muy difícil de abordar en Hungría. La visibilidad es una asignatura pendiente; nadie quiere salir a la palestra diciendo “vivo con VIH y mis derechos han sido vulnerados, me han echado del trabajo”, o algo parecido. Hemos tenido casos contados, como el de un chico con VIH que fue rechazado en un instituto de bachillerato, también el de una persona que demandó al personal de un hospital por quiebra de confidencialidad, al haber hecho público su estado serológico. Pero muy poca gente está dispuesta a ir a los tribunales. En el caso de los dentistas, por ejemplo, si en alguna ocasión comentas que vives con VIH, es frecuente que el odontólogo se niegue a visitarte; lo que haces es acudir a otro y no revelar tu estado serológico. Legalmente,

la situación es la adecuada; existen leyes generales y particulares que establecen la no discriminación a personas con VIH, y provisiones de ley para abordar los casos en que ocurra una conculcación de derechos, pero la realidad es que casi no hay nadie dispuesto a actuar de manera legal. Pienso que, hasta cierto punto, falta educación ciudadana para el conocimiento y ejercicio de los derechos a nuestro alcance.

LMP: ¿Dirías que la recesión global está afectando o puede afectar a la atención de personas con VIH? ¿Notáis recortes o desabastecimientos como en otros países?

FB: De momento no. No sé qué ocurrirá en el futuro. De cuando en cuando, salta la alarma de que cierto hospital no quiere seguir pagando las pruebas de detección del VIH o cosas por el estilo. Lo que sí es cierto es que hay temas que nunca se han abordado en mi país, como el de la salud mental o el envejecimiento de personas con VIH, y ahora, la crisis económica es la excusa ideal para seguir sin abordarlos a corto o medio plazo. En general, cada vez cuesta más encontrar recursos para programas de VIH/sida.

LMP: Desde tu pertenencia a grupos y redes de Europa Central y del Este, ¿cómo definirías la situación y cuáles serían las prioridades en la región?

FB: Los países del Este de Europa son una prioridad indiscutible, por la falta de tratamientos, por la escasez de recursos para programas de prevención, por la alta frecuencia con la que se producen abusos en derechos humanos, por las trabas morales a los tratamientos de sustitución de opiáceos... Los países de Centroeuropa reciben muy escasa atención en el ámbito del VIH; son países pequeños como Albania, Eslovenia, Eslovaquia o Hungría, con baja prevalencia y mucha población migrante. Con todo, Europa tiene muchas caras y hay disfuncionalidades en todas partes. Por ejemplo, en los países escandinavos, tan avanzados, ricos y con su democracia perfecta... pues bien, tienen las leyes más severas y punitivas en lo que respecta a la criminalización de la transmisión del VIH en todo el mundo. Un tema a plantearnos muy en serio a corto o medio plazo.

LMP: Para acabar, ¿planes para el futuro?

FB: Por desgracia, Hungría es uno de esos países con restricciones para personas con VIH, no de entrada, pero sí de residencia. Creo que es una vergüenza que en la Europa de 2010 persistan estas restricciones. Consecuentemente, uno de los planes de futuro es trabajar para terminar con esta situación, que se deje de estigmatizar a las personas con VIH, y a ello me dedicaré mientras tenga fuerzas.

Una locura,

PERO CIERTA

Buscamos algún representante que pueda contarnos la situación en Rusia, el país donde el VIH se extiende con mayor rapidez y las políticas son más restrictivas y alejadas del consenso científico internacional, por ejemplo, en reducción de daños. Todas las personas nos remiten a un tal Vladimir. Él dice estar muy ocupado y tenemos poco tiempo para la entrevista; además, es tirando a serio, lacónico y adusto, será el carácter ruso...

LO+POSITIVO [LMP]: ¿Podrías empezar con una pequeña presentación de ti mismo?

Vladimir Mayanovski [VM]: Me llamo Vladimir Mayanovski y soy el presidente de la Red de Personas que Viven con VIH en toda Rusia.

LMP: ¿Por qué has venido a esta conferencia?

VM: Como todo el mundo en la conferencia, tengo muchos objetivos aquí. Uno de los principales problemas es atraer la atención de la sociedad y de los donantes hacia las numerosas dificultades que tiene nuestra región. Muchas personas viven con VIH en nuestro país, que ocupa la primera posición mundial en cuanto a la velocidad de propagación de la epidemia.

LMP: Obviamente, el VIH es un problema en tu país. ¿Cómo describirías la situación de las personas que viven con VIH en Rusia?

VM: Existen distintos tipos de grupos de personas con el virus y se enfrentan a problemas diferentes, pero acaso el más importante es que el propio país no apoya ni proporciona fondos a los programas destinados a personas con VIH. Y por otro lado, los donantes externos tampoco están financiando estos programas. Por ejemplo, los usuarios de drogas se enfrentan a una situación muy difícil en lo que respecta al tratamiento anti-VIH.

LMP: Hemos oído que no están funcionando los programas de reducción de daños y que es uno de los

grandes problemas en tu país. ¿Es eso cierto?

VM: Sí, así es.

LMP: ¿Crees que esto va a cambiar? Nos consta que la Fundación Clinton, a través del programa PEPFAR, estaba donando dinero para la reducción de daños, pero que se iba a cortar.

VM: Actualmente, la cuestión principal no es el dinero, ya que la política gubernamental relativa a drogas que hay en Rusia impide la implementación de programas de terapias de sustitución de opiáceos, metadona... Es una locura, pero es cierto. Por eso, creo que no es tanto una cuestión de dinero, puesto que no hay nada que financiar y eso es lo que se debe cambiar.

LMP: Supongo que entonces te parecerá muy importante la Declaración de Viena.

VM: Creemos que el principal aspecto es el poder político. Hay un grupo reducido de personas, cuatro ó cinco, que toman las decisiones; no es una cuestión de dinero, sino de su voluntad, de su ideología. El problema no es tanto que la sociedad se oponga como que estas cuatro ó cinco personas deciden detener los programas. Respecto a la Declaración de Viena, ningún artifice de políticas ha venido. Tenemos ONG, diputados... pero nadie de los que realmente toman las decisiones, que están a otro nivel. La persona con la mayor responsabilidad aquí en Viena es el director del Instituto del Sida y, por supuesto, está al tanto de la situación, pero desgraciadamente no es la persona que toma decisiones.

LMP: ¿En Rusia disponéis de todos los tipos de fármacos antirretrovirales?

VM: Sí, tenemos acceso a todos los tratamientos y medicamentos necesarios, pero el problema es el sistema de compra de estos fármacos a nivel gubernamental. Se trata de un sistema muy complicado y que no funciona bien. Debido a esto, existen lagunas en el acceso a las medicinas; en la actualidad, tenemos un gran problema, ya que los pacientes no pueden acceder a ellas. Precisamente, en la Aldea Global tenemos una sesión sobre este déficit al que se enfrentan muchos rusos, que van al hospital y no pueden recibir el tratamiento o tienen que cambiar su régimen de fármacos porque no disponen de los medicamentos que necesitan. Esto es



aún más grave si tenemos en cuenta la velocidad de propagación de la epidemia en Rusia: más de 550.000 viven con VIH hoy en día. Si se mantiene este ritmo de crecimiento, llegaremos pronto a una situación en la que no habrá dinero para proporcionar fármacos a todas las personas.

LMP: Has mencionado 550.000 personas con VIH en Rusia. Nosotros habíamos entendido que había en torno a un millón. ¿Es una cifra exagerada?

VM: En mi país, hay una gran diferencia entre las estadísticas oficiales y la realidad. No se pueden saber con seguridad las cantidades reales; es posible incluso que se supere el millón, pero las estadísticas oficiales reflejan que son 550.000 personas. Aunque es un número que está muy por debajo del real; no me extrañaría que fuera el doble o el triple.

LMP: ¿Dirías que las personas que viven con VIH/sida sufren estigma y discriminación?

VM: Por supuesto que sufren estigma y discriminación. El problema en Rusia es que existe una gran diferencia entre las grandes ciudades, como Moscú o San Petersburgo, donde la situación no es que sea buena pero sí más soportable, o al menos te permite sobrevivir, y las ciudades pequeñas o las zonas rurales, en que la situación es mucho peor. Por ejemplo, en la zona del Cáucaso la población es muy tradicional y la respuesta a estas cuestiones es muy diferente; en general, no tienen mucha formación y, para ellos, todo lo relacionado con el sexo es tabú. Así que hay grandes diferencias.

LMP: ¿Existe alguna ley para proteger los derechos humanos y evitar la discriminación?

VM: Sí, la legislación existe. De hecho, el principal artículo en nuestra constitución dice que todas las personas pueden residir donde deseen, tienen libertad de expresión y deben tener acceso a cualquier tratamiento médico. Se supone que tienes la garantía del Gobierno sobre el papel, pero en la práctica no significa nada.

LMP: En lo que se refiere a las poblaciones vulnerables, ¿cómo está la situación?

VM: El principal problema con los grupos vulnerables es el de la prevención. Se puede decir que tienen cierto acceso a los fármacos, de un modo más o menos respaldado por el Gobierno. Sin embargo, la prevención no está financiada. Antes, el Fondo Mundial daba dinero para ello, pero se ha cancelado y el Gobierno no apoya los programas de prevención en general, y tampoco en los grupos vulnerables. En Rusia, tenemos que lidiar todo el tiempo con cosas una vez han sucedido. Como no nos ocupamos de la prevención, las personas se infectan, y entonces empezamos a pensar en el tratamiento. Pero la cuestión principal para los grupos vulnerables es la prevención. Por supuesto, otro aspecto importante es la discriminación de estas poblaciones, ya que les impide acceder a servicios que sí están disponibles porque carecen de documentos, no disfrutan de beneficios sociales, etc.

LMP: ¿Cuáles son las principales acciones que está llevando a cabo tu comunidad, o tu grupo?

VM: Yo indicaría seis grandes líneas de trabajo, seis comités de actuación: 1.- Prevención, especialmente en mujeres y niños; 2.- Apoyo para el acceso al tratamiento de mujeres y niños, personas transgénero, HSH y mujeres lesbianas; 3.- Trabajo con las personas que están en prisión: la situación de las cárceles en Rusia es muy dura, terrible, no tengo palabras para describirla. Las personas no tienen tratamiento, no tienen prevención, y además, sus condiciones de vida son muy malas, hay muchísimos casos de tuberculosis; 4.- Tratamiento de las personas usuarias de drogas, incluyendo la terapia anti-VIH, programas de rehabilitación, terapias de sustitución, etc.; 5.- Comité de Activismo, y 6.- Comité de servicios médicos, donde se incluirían los grupos de apoyo, por ejemplo. Estos serían los principales grupos en nuestra organización.

La voluntad **DE VIVIR**

Svetlana sólo habla ruso y es difícil encontrar a una intérprete disponible entre el frenesí de la conferencia. La conseguimos, pero nos concede únicamente quince minutos. Cuando por fin nos sentamos, los ojos y la expresión de Svetlana reflejan, a partes iguales, la desolación y la esperanza. Diez años en una prisión rusa y haber sido excarcelada por fallecimiento inminente es muy duro, sin duda. Participar ahora en varios talleres y charlas de la conferencia parece haberla reconciliado con la vida.

LO+POSITIVO [LMP]: ¿Podrías hacer una pequeña presentación de ti misma?

Svetlana Prosvirina [SP]: Me llamo Svetlana Prosvirina, soy rusa, de la ciudad de Kaliningrado, y vivo con VIH desde 1996.

LMP: De camino, nos has comentado que habías estado en la cárcel durante varios años.

SP: Soy usuaria de drogas desde hace veinte años y, efectivamente, pasé diez años en prisión sólo por ese motivo, consumir drogas.

LMP: ¿Cómo es la experiencia de vivir con VIH en la cárcel en Rusia?

SP: Al principio, cuando me infecté, no tenía ningún problema, pero después, pasé momentos muy duros. Cuando fui detenida y metida en la cárcel, unas 70 personas estuvimos encerradas en el mismo espacio durante varios años. El motivo era que, por aquel entonces, ninguna prisión rusa aceptaba mujeres con VIH. Esto fue en 1998.

La última vez que estuve en la cárcel ya no fue en condiciones especiales, sino en las habituales, con el resto de las reclusas; fue incluso peor. Teníamos que hacer lo mismo que las personas sanas, trabajos forzados como construir muros, cavar zanjas, cosas así. Y además, estaba el entrenamiento físico. Después de eso, mis recuentos de CD4 disminuyeron y me infecté de tuberculosis. Así, empezaron a tratarme esta enferme-

dad de forma agresiva, con unas dosis muy altas de fármacos, pero mi sistema inmunitario estaba tan deprimido que me puse realmente enferma. Mi madre me sacó de allí, porque no querían que me quedara en ese estado en la cárcel. Le dijeron a mi madre que se preparara para mi muerte.

LMP: ¿Durante ese tiempo te dieron tratamiento anti-VIH?

SP: No, en aquel momento no. No sólo no recibía tratamiento, sino que no me hicieron ninguna prueba de recuento de CD4, de carga viral... nada. Por eso, me estaba muriendo y nadie entendía lo que estaba pasando.

LMP: ¿Y cómo te encuentras ahora? ¿Estás recibiendo tratamiento?

SP: Sí, una vez fuera de prisión, inicié el tratamiento, en 2005, y lo sigo tomando desde entonces. Llegué a tener un recuento de CD4 de 4 células/mm³; ahora, mi nivel está en 543 células/mm³ gracias a la terapia.

LMP: Sobre Rusia hemos oído que no hay programas de reducción de daños; ¿es cierto? ¿Estás trabajando para conseguir esto?

SP: Presido una organización de personas que viven con VIH y tratamos de aprovechar todas las oportunidades para debatir los problemas que hay. Realizamos y apoyamos actividades tanto a nivel local como nacional. Todas las personas de mi organización trabajan en proyectos sobre reducción de daños. Y estamos convencidos de que si hubiéramos tenido estos programas antes, quizá hoy gozaríamos de una mejor salud.

LMP: ¿Es el VIH una enfermedad estigmatizadora en Rusia?

SP: Sí, mucho. Por poner un ejemplo personal: Hace unos meses, decidí tomar un taxi y le dije al conductor que me recogiera en el centro de tratamiento del VIH para llevarme a casa, pero se negó, aduciendo que tenía miedo de ir allí. Así que acudí a los tribunales por la acusación de discriminación y gané.

LMP: ¡Felicidades, me alegro por ello! Pero entonces, ¿crees que esta



discriminación está sucediendo en todos los ámbitos de la sociedad?

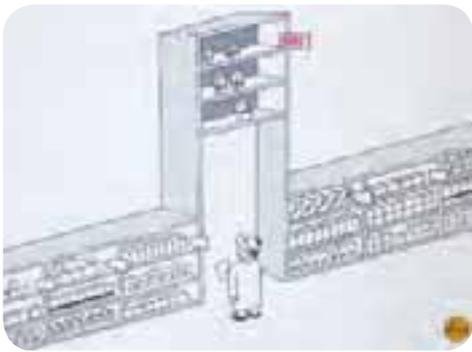
SP: El problema también está en que las personas con VIH muestran un elevado nivel de autoestigma y tienen mucho miedo de acudir a la justicia y sacar a la luz estos problemas. Claro que este autoestigma se debe, de igual forma, al entorno discriminatorio; no sólo es que tengan miedo, es que saben que realmente pueden verse perjudicadas. Pero creo que las personas tienen que ir a los tribunales e iniciar estos procesos contra la discriminación.

LMP: ¿Existe alguna ley en Rusia que garantice que no puedas ser discriminado, al menos sobre el papel?

SP: Sí, aunque de hecho no funciona. Es muy difícil de demostrar, necesitas testigos, pruebas; es muy complicado.

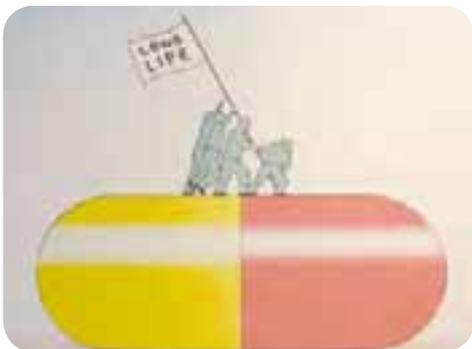
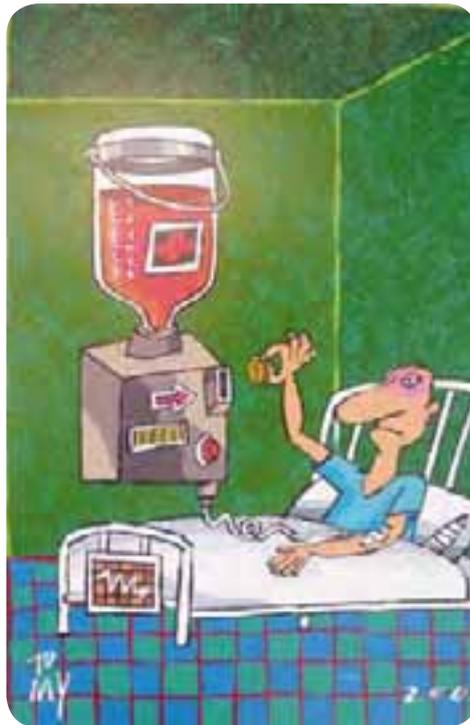
LMP: Para terminar, ¿qué te ha traído a la conferencia y qué ideas o sentimientos te llevas de ella?

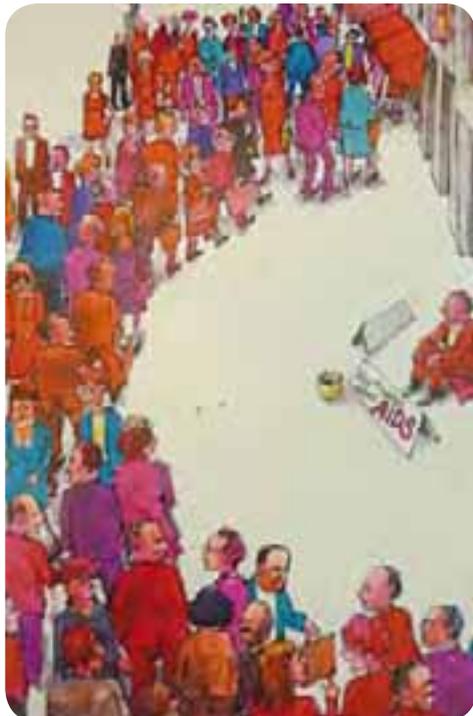
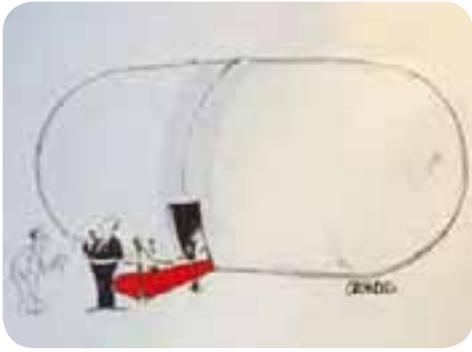
SP: He estado en varias sesiones, pero desgraciadamente no hablo bien inglés, por lo que intento ir a las sesiones en ruso. Me ha gustado mucho la marcha de protesta, me ha dado sensación de unidad. He sentido la energía dentro de mí, porque me hizo entender que no estoy sola. Por mi parte, he hecho una presentación sobre prisiones. He comprendido que Rusia está en una situación muy mala y creo que debemos trabajar mucho en nuestro país, pero ha sido una alegría ver cómo la comunidad internacional apoya a los rusos en nuestra lucha. Aquí se han reunido muchas personas, he tenido ocasión de sentir las y me siento arropada.



La creatividad y el activismo

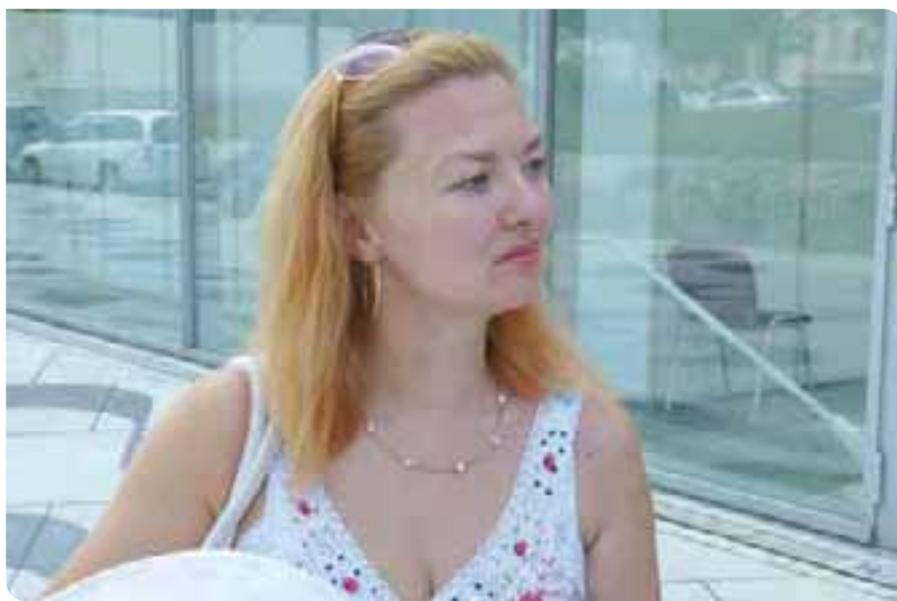
En la Aldea Global de la conferencia, hervidero de propuestas y actividades, destacaba una vasta exposición de dibujos e ilustraciones sobre prevención, tratamiento y derechos humanos relacionados con el VIH. Estas páginas son una muestra del talento y el compromiso de artistas como L. Vernimmen (Bélgica), Dálcio (Brasil), V. Druzhinin (Rusia), Ronal (Brasil) y Chen Xiu Fen (China), entre otros.





Una experiencia

EJEMPLAR



Horas antes de la clausura de la conferencia, una compañera de Barakaldo nos facilita el contacto con Olena German y Ludmila Kononenko de Ucrania. Igual que Olimbi Hoxhaj de Albania (véase pág. 22), viajaron a Viena para recoger uno de los 25 premios que, bienalmente y coincidiendo con cada Conferencia Internacional del Sida otorga la organización Red Ribbon Award. Disponen de muy poco tiempo, y la necesidad de un intérprete que traduzca del ruso al inglés para la entrevista lo acorta aún más.

LO+POSITIVO [LMP]: Nos gustaría que os presentarais vosotras mismas a los lectores de esta revista.

Olena German [OG]: Claro; mi nombre es Olena German, soy de Ucrania y directora del Movimiento Regional 'Iniciativa Penitenciaria' en Nikolaev. Soy activista en VIH desde 2001 (Ludmila prefiere quedarse en un segundo plano y no aparecer en fotos).

LMP: Sabemos que os ha traído a Viena algo muy especial...

OG: Sí, hemos venido a recoger uno de los galardones de Red Ribbon Award (Premio Lazo Rojo) por nuestro trabajo en seis prisiones de la región de Nikolaev en Ucrania. Para nosotras, es un gran reconocimiento y nos sentimos muy honradas.

LMP: ¿Nos cuentas un poco más sobre la organización Iniciativa Penitenciaria y las acciones que lleváis a cabo?

OG: Iniciativa Penitenciaria es una organización de base comunitaria que aboga por la prevención del VIH en los centros penitenciarios y proporciona el acceso al tratamiento y diagnóstico de los reclusos seropositivos. La organización, asimismo, ofrece apoyo psicosocial a los reclusos que usan drogas y a los HSH. También trabaja para fomentar la tolerancia hacia estos grupos vulnerables entre los presos y los propios funcionarios de prisiones. Somos la única organización que provee estos servicios para más de 2.500 personas privadas de libertad en la región de Nikolaev, y jugamos un papel destacado en tareas de información de prevención del VIH en esta comunidad. Nuestros programas se desarrollan en seis prisiones, donde facilitamos grupos de apoyo para las personas con VIH y usuarios de drogas.

Además, ofrecemos asesoramiento y pruebas voluntarias, proporcionamos asesoría psicológica y jurídica, formamos reclusos en el trabajo ambulatorio para que se conviertan en educadores de pares, y también repartimos preservativos y material informativo.

LMP: Según el jurado de Red Ribbon, habéis desarrollado un modelo eficaz de servicios integrados para reclusos con VIH en un contexto de escasos recursos. ¿Cuántas personas trabajáis en el equipo?

OG: El equipo de cada proyecto, generalmente, está integrado por un especialista del Centro Regional de Sida, un asistente médico, un psicólogo, un trabajador social y los consultores de pares.

LMP: Por vuestra experiencia, ¿cómo es vivir con VIH en una prisión en Ucrania? ¿Cuáles son los retos principales a los que os enfrentáis?

OG: Las condiciones son duras, no voy a entrar en detalles. Entre un 15 y un 16% de la población reclusa vive con VIH en nuestra región. El reto principal te diría que es garantizar la continuidad de la medicación antirretroviral. Desde el inicio de la aplicación del tratamiento anti-VIH en las prisiones de Ucrania en 2006, nuestra organización ha participado activamente en el desarrollo y adaptación de un mecanismo de interacción eficaz entre las autoridades penitenciarias, los centros de tratamiento del sida y las organizaciones no gubernamentales para facilitar la continuidad de la terapia antirretroviral y satisfacer las necesidades de las personas que viven con VIH en los centros penitenciarios.

LMP: ¿Cómo es el perfil de la epidemia en Ucrania?

OG: Sobre un 40% de las personas con VIH son usuarios o ex usuarios de drogas, los programas de reducción de daños y otras acciones están estabilizando la epidemia en este grupo de población. El colectivo con un mayor repunte en la epidemia son los HSH; también constituyen uno de los grupos más vulnerables. No es fácil vivir con VIH

en Ucrania, es una enfermedad muy estigmatizada y con numerosos casos de discriminación.

LMP: ¿Hay acceso a medicación antirretroviral y a terapias de sustitución? ¿Quién paga por ello?

OG: Sí, hay acceso al tratamiento anti-VIH y las terapias de sustitución de opiáceos son legales y están disponibles desde hace 4 ó 5 años. Unas 6.000 personas estarán tomando metadona o buprenorfina en la actualidad en Ucrania. Buena parte de los recursos provienen del Fondo Mundial y el Gobierno costea el resto.

LMP: Por lo que dices, parece todo bastante controlado y, sin embargo, Ucrania tiene uno de los índices más altos de prevalencia de VIH en adultos en el Este de Europa, en torno al 1,6%. ¿Qué está fallando?

OG: Puede que se deba al primer perfil que tuvo la epidemia en nuestro país: Se dio entre usuarios de drogas y los recursos se volcaron en programas de reducción de daños, nos saltamos una fase anterior, la prevención del VIH.

Nuestra sociedad sigue adoleciendo de falta de fondos para materiales informativos y educativos, de campañas de sensibilización, y de voluntad política para abordar el VIH con un enfoque global de derechos humanos.

Íbamos a preguntar por el tema de derechos humanos, cuando Olena decide que es hora de irse. Por el camino, su compañera Ludmila nos cuenta que el tema del acceso a los antirretrovirales en prisiones no está tan garantizado como debiera. Que persisten, en ciertos sectores del poder, objeciones morales a los tratamientos con metadona y buprenorfina. Que se siguen produciendo violaciones de los derechos humanos y arrestos arbitrarios de personas usuarias de drogas, por el mero hecho de serlo —una situación parecida a la que nos han contado de Rusia—. Otra similitud, en este caso con Rumanía, es el rechazo y estigma que sufren los hijos nacidos de madres y padres seropositivos y las dificultades que tendrán para ser escolarizados.

Demasiados temas por resolver, les deseamos lo mejor.

Al principio, la epidemia se dio entre usuarios de drogas y los recursos se volcaron en programas de reducción de daños, nos saltamos una fase anterior, la prevención del VIH. Nuestra sociedad sigue adoleciendo de falta de fondos para materiales informativos y educativos, de campañas de sensibilización, y de voluntad política para abordar el VIH con un enfoque global de derechos humanos.

Olena German

Lejos de los objetivos

Al cierre de esta edición, se ha conocido que el Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis reunirá la cantidad de 11,7 mil millones de dólares para el periodo 2011-2013, muy lejos de los 20 mil millones necesarios para cumplir los Objetivos del Milenio referentes a la salud de la población mundial en estas tres enfermedades. Según las previsiones de principios de siglo, el año 2010 tenía que haberse conseguido el acceso universal al tratamiento y la prevención del VIH. Aunque se ha avanzado, cálculos recientes de Naciones Unidas señalan que todavía hay 9,5 millones de personas con VIH en el mundo que no estarían recibiendo la medicación que requieren. LO+POSITIVO abordará este tema, con más detalle, en el próximo número.

LA INVISIBILIDAD

de las personas con VIH

Elizabeta es toda espontaneidad y entusiasmo cuando habla de su trabajo. Comenta con tristeza que ninguna persona con VIH ha ido a la conferencia desde Macedonia. Se sabía que iban a acudir a Viena autoridades locales y representantes de administraciones; nadie en su país ha querido destacarse. Exactamente lo mismo nos contó, en una charla informal, el periodista Mitja Blazic sobre Eslovenia: la invisibilidad de las personas con VIH en los Balcanes parece ser una constante.



La entrevista a Elizabeta Bozinovksa, una trabajadora social de la Asociación HERA, ONG que trabaja en salud y derechos sexuales y reproductivos desde hace 10 años en Macedonia, y la entrevista a Valeria, una mujer de Bulgaria que ha elegido este seudónimo y no quiere aparecer en fotografías porque el estigma es grande en su país y teme ser reconocida, están disponibles en: http://gtt-vih.org/actualizate/lo_mas_positivo

La salud en tu mesa

Dieta vegetariana y macrobiótica

“La alimentación es la base de la sanación” Michio Kushi, doctor y padre de la macrobiótica moderna

Todos sentimos preferencia por unos u otros sabores; con algunos alimentos se nos hace la boca agua y otros preferimos ni probarlos. En general, “comemos por los ojos”, como dice el dicho, y muchas veces pagamos las consecuencias con serios problemas de salud.



La alimentación cumple una misión mucho más importante que la de sólo alimentarnos: si elegimos los alimentos adecuados para nuestro organismo, éstos se pueden convertir en una de nuestras mejores medicinas y ayudarnos a mejorar de manera considerable nuestra condición física y mental.

La dieta vegetariana y la macrobiótica pueden ser una alternativa a nuestra conocida dieta mediterránea, pero antes de embarcarnos en una nueva aventura alimenticia, es necesario conocer sus pros y sus contras.

La mayoría de las personas en nuestro país siguen una dieta mediterránea

basada, fundamentalmente, en el consumo de productos vegetales, carnes, pescados, productos lácteos, huevos, pan, pasta, legumbres, fruta, vino y aceite de oliva. Sus beneficios para la salud son bien conocidos: bajos niveles de colesterol, tasa reducida de enfermedades cardiovasculares, menor riesgo de padecer cáncer, mayor longevidad y, además, deleita nuestro paladar.

También es cierto que, cada día, aumenta el número de personas que buscan una alternativa saludable a nuestra dieta tradicional: el vegetarianismo, es una de las opciones más elegidas. La dieta macrobiótica, que permite el

consumo de pequeñas cantidades de carne y pescado, igualmente se está poniendo muy de moda en nuestro país.

Lo importante antes de hacer un cambio en nuestra dieta es que tengamos un buen conocimiento de nuestro organismo, analizar qué problemas de salud tenemos para ver si el cambio nos va a beneficiar o perjudicar, y sobre todo, contar con los consejos de un nutricionista que nos guíe en los pasos a seguir para no sufrir carencias nutricionales que repercutan de forma negativa en nuestra salud.

Desde el punto de vista práctico, también debemos saber que, por ejemplo, la dieta macrobiótica te obliga a llevar un régimen bastante estricto. La dieta vegetariana te limita las opciones cuando sales a

comer fuera de casa con los amigos y amigas. Todo esto son aspectos a tener en cuenta.

Tanto una dieta como la otra van emparejadas a una filosofía de vida. El sistema macrobiótico, dado a conocer en Europa por George Oshawa, está basado en principios del Budismo Zen y busca armonizar cuerpo y mente a través de la nutrición. El vegetarianismo va unido al concepto de no dañar a los animales, principios presentes en el Budismo ó Hinduismo y, además, considera otras cuestiones, como la protección del medioambiente o la salud personal.

Dieta vegetariana

La dieta vegetariana es un régimen alimenticio que incluye cereales, frutas, verduras, legumbres, frutos secos, productos derivados de la soja y de la harina, y excluye el consumo de carne y pescado.

Dentro de la práctica vegetariana existen diferentes variantes o grados:

- **Veganismo:** Es la variante más estricta; en ella sólo se comen vegetales. Se adopta un estilo de vida basado en el respeto a los animales, por lo que no se ingiere ningún producto de origen animal como pueden ser los lácteos o huevos.
- **Vegetarianismo:** Se ingieren sólo vegetales, pero más por razones dietéticas que filosóficas.
- **Lacto-vegetarianismo:** Se consumen vegetales y productos lácteos.
- **Ovo-lacto-vegetarianismo:** Además de vegetales, se consumen huevos y productos lácteos.

Los riesgos que conlleva la dieta vegetariana son: anemia, hipocalcemia y déficit de ciertas vitaminas, como la B12, la vitamina C, la vitamina D y la vitamina A. Para evitar la anemia hay que ingerir legumbres, frutos secos, cereales, a ser posible, mezclados con vitamina C, para que se asimilen mejor. El calcio lo conseguimos con las verduras de hoja verde oscuro y las algas. La vitamina B12 se puede tomar en forma de cápsulas o también ingerir alimentos que la llevan, como los cereales, derivados de soja y levadura. La vitamina C la encontramos en cítricos, tomates, brócoli o en comprimidos. El sol es una estupenda fuente de vitamina D; un paseo diario nos vendrá bien; además, podemos tomar salmón y ensaladas verdes. La vitamina A se encuentra en las zanahorias, las espinacas y el melón. Las proteínas de origen animal se sustituyen por proteínas de origen vegetal, como las legumbres, derivados de soja y frutos secos.

Los beneficios de la dieta vegetariana para nuestra salud son muchos: previene varias enfermedades, como las coronarias, la diabetes, la osteoporosis, distintos tipos de cáncer, la obesidad, reduce el colesterol en sangre y mantiene la presión arterial baja.

Dieta macrobiótica

La macrobiótica, palabra griega que significa 'longevidad', se basa en los principios Yin y Yang y en cómo mantener una correcta proporción de éstos en nuestro organismo. La ingestión de los alimentos trata de buscar siempre el equilibrio entre ambos.

La digestión adquiere un papel fundamental en esta dieta. Todos los alimentos digeridos se descomponen hasta formar parte de nuestra sangre; si comemos alimentos demasiados Yin (frutas y hortalizas) o Yang (carnes y pescados) estaremos produciendo un desequilibrio orgánico.

Esta dieta también promulga que los alimentos se convierten en pensamientos; algunos nos producirán paz y otros nos harán sentir más agresivos. Otros principios que rigen esta dieta son:

- Masticar un alto número de veces cada alimento, poniendo conciencia en el proceso.
- Tomar alimentos de proximidad.
- Comer exclusivamente cuando se tenga hambre y sólo la cantidad que se necesite.
- Ingerir alimentos poco manipulados o procesados.
- No tomar alimentos demasiado Yin.
- Reducir la ingestión de líquidos, ya que éstos se consiguen a través de los alimentos.

La macrobiótica es una dieta básicamente cerealística. George Oshawa creó diez dietas. En las cinco primeras, se van ingiriendo cada vez una menor cantidad de productos de origen animal, y en las cinco restantes se comen vegetales, hasta llegar a la última, en la que sólo se toman cereales triturados.

Está concebida como un régimen curativo, y se utiliza como base para recuperar la salud en determinadas enfermedades. En su libro *Sida, Macrobiótica e Inmunología Natural*, Michio Kushi, uno de los padres de la macrobiótica moderna, nos hace una propuesta de dieta macrobiótica basada en cereales, verduras frescas, sopas, algas y alimentos integrales no manipulados para personas con infección por VIH.

Los beneficios de la dieta macrobiótica consisten en que ésta te ayuda a eliminar toxinas, depura el organismo y, por tanto, contribuye a eliminar ciertas dolencias, de ahí que se la llame dieta curativa. Aporta mucha fibra, vitaminas y minerales, y te ayuda a elevar la energía vital. Por otro lado, se trata de una dieta que reduce la masa muscular al ingerir pocas proteínas, puede producir anemia, desnutrición, hipocalcemia y deshidratación, al restringir el consumo de agua.

Si quieres saber más:

Web

- Mundo Vegetariano
www.mundovegetariano.com/
- Unión Vegetariana Española
www.unionvegetariana.org/

Libros

- MICHIO KUSHI. *El libro de la Macrobiótica*. Editorial EDAF.
- MICHIO KUSHI Y MARTHA C. COTRELL. *Sida, Macrobiótica e Inmunología Natural*. Publicaciones GEA.
- JERÓNIMO YAGÜE CALVO. *Cocina vegetariana, sana, fácil y deliciosa*. Editorial EDAF.

Suplementos nutricionales y ejercicio físico

El uso de suplementos nutricionales y la realización de ejercicio físico son muy comunes entre las personas que viven con VIH. Su utilización debería apoyarse en estudios que demostraran sus beneficios, ya que así se llegaría a una combinación idónea e individualizada.

En esta línea, diversos estudios presentados en la XVIII Conferencia Internacional del Sida*, celebrada el pasado mes de julio en Viena (Austria), determinaron algunas de las mejoras del estado de salud de personas con VIH derivadas del empleo de suplementos nutricionales y de la práctica de ejercicio físico.

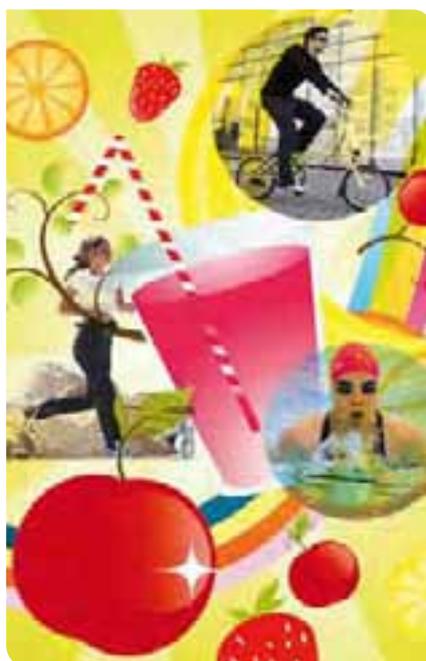
Vitamina D

El déficit de vitamina D se ha observado a menudo en personas con VIH. En uno de los últimos estudios efectuados al respecto, se advirtió que alrededor de dos tercios de los participantes presentaban niveles inadecuados de esta vitamina.

En ese mismo estudio, se concluyó que el uso de determinadas combinaciones de antirretrovirales podría conllevar un mayor déficit de la vitamina.

La carencia de vitamina D puede favorecer la pérdida de masa ósea —fenómeno que algunos estudios indican que está presente en la mayoría de personas con VIH que toman terapia antirretroviral—, por lo que el restablecimiento de los niveles adecuados es importante, especialmente en aquellas personas en las que el déficit es grave. Dicho restablecimiento puede ser alcanzado mediante el empleo de suplementos vitamínicos y la toma de productos enriquecidos con la vitamina —hecho habitual en lácteos tales como yogures o la propia leche—.

La vitamina D se sintetiza de forma natural en la piel por acción de los rayos solares, por lo que la realización de actividades al aire libre, como el ejercicio físico, favorecerán la síntesis natural de la vitamina, sin ser necesario específicamente tomar el sol, puesto que se trata de una actividad en la que se deben tomar muchas precauciones para evitar incrementos en el riesgo de padecer cánceres de piel o un mayor envejecimiento cutáneo (*abstract* WEPDB102).



Suplementos nutricionales antioxidantes y zinc

Dado el incremento de marcadores de inflamación observado en personas con VIH y el potencial oxidativo asociado a estas sustancias, es muy común que se opte por la toma de suplementos antioxidantes. Otro tipo de suplemento nutricional que en los últimos tiempos se ha relacionado con mejoras en la función inmunitaria es el zinc.

La toma de ambos suplementos nutricionales (antioxidantes y zinc) se evaluó en dos estudios presentados en la conferencia.

En relación con la toma de suplementos de zinc, se apreció un menor índice de fracaso inmunitario —entendido como una caída de los niveles de CD4 por debajo de 200 células/mm³— entre aquellas personas que tomaban dicho mineral.

En el segundo estudio se evaluaron los efectos de tomar una combinación

de diferentes antioxidantes, entre los que se hallaban las vitaminas C, E y el complejo B; la N-acetilcisteína, aminoácido modificado con actividad contraria a la oxidación; el ácido alfa-lipoico, el selenio y el propio zinc, ya que también tiene actividad antioxidante.

Los resultados del ensayo mostraron que la toma de antioxidantes incrementó la actividad antioxidativa del organismo, produjo mejoras en los niveles de CD4 y el cociente CD4/CD8, y redujo la resistencia a la insulina —pieza clave en el conocido como síndrome metabólico, que afecta a un gran número de personas con VIH—.

A partir de los resultados de estos estudios, parece una opción interesante la toma de suplementos nutricionales tanto de antioxidantes como de zinc.

Como fuentes naturales de zinc se encuentran las ostras, diversas carnes —sobre todo, la carne magra de ternera— y algunas legumbres, como los garbanzos.

La vitamina C se encuentra en frutas —especialmente cítricos—; la vitamina E, en el aceite de oliva (es importante consumirlo crudo, puesto que al calentarlo la vitamina pierde su actividad) y en vegetales de hojas verdes; las vitaminas del complejo B, por su parte, se hallan en carnes, huevos y lácteos, y el selenio, en carnes, pescados y en cereales integrales (*abstracts* MOPE0101 y MOPE0102).

Ejercicio físico

Como parte del proceso natural del envejecimiento, la fuerza muscular va disminuyendo con la edad. Las infecciones crónicas, como la producida por el VIH, potencian los efectos de este proceso y aceleran la pérdida de fuerza en los músculos. Es por ello que se suele recomendar la práctica de ejercicio físico para evitar el deterioro muscular.

Una investigación presentada en la conferencia evaluó el efecto del

ejercicio físico de resistencia en personas con VIH de edad avanzada y lo comparó con el efecto que tenía sobre personas sin el virus de edades similares. Cabe tener en cuenta que, en este subgrupo de población, los efectos de la infección a nivel muscular se suman a los del propio envejecimiento.

Los voluntarios realizaron ejercicios básicos de resistencia para trabajar los grupos musculares principales, a diferentes niveles de intensidad, dos veces por semana, durante un año. Al final del estudio, se observó que las personas con VIH incrementaron su capacidad de carga de ejercicio en mayor medida que aquéllas no infectadas. Este hecho parece indicar que el ejercicio físico resulta más beneficioso en personas seropositivas que en personas sanas, lo cual tendría cierta lógica, ya que, aparte de los efectos negativos a nivel muscular, la infección también se ha asociado con una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina e incrementos en los niveles de lípidos sanguíneos, condiciones sobre las

que el ejercicio físico tiene un efecto claramente beneficioso.

Existe una amplia variedad de ejercicios físicos de resistencia en los que puedes iniciarte para obtener los beneficios mostrados por el estudio. Antes de hacerlo, es recomendable que se lo hagas saber a tu médico, quien, en función de tus características, puede recomendarte uno u otro ejercicio, o considerar oportuna la realización de un chequeo rutinario para evaluar tu condición física y orientarte en la elección del tipo de ejercicio y la carga de trabajo aconsejable.

La natación es uno de los deportes de resistencia más frecuentemente recomendados, puesto que permite el trabajo de un gran número de músculos y no sobrecarga las articulaciones debido a que el agua reduce el impacto de la gravedad sobre éstas. En la misma línea, ejercicios efectuados en el agua como el acuático pueden ser una opción interesante para ti, puesto que suelen ser más entretenidos que la natación.

Si no eres muy aficionado a los deportes acuáticos, el ciclismo o el *jogging* (correr a ritmo moderado) pueden resultarte más interesantes.

Es importante tener en cuenta que la práctica de ejercicio proporciona, además de los ya mencionados efectos físicos, beneficios a nivel psicológico y mental.

La capacidad de superación que una persona constata a medida que aumenta su forma física mejora la autoestima y la seguridad en sí misma. Por otro lado, la sensación de bienestar obtenida tras la finalización del entrenamiento se asocia con la liberación de unas sustancias endógenas conocidas como endorfinas, que actúan como un antidepresivo natural e incrementan la motivación (*abstract* WPEPE045).

*** Todos los estudios citados en este artículo fueron presentados en la XVIII Conferencia Internacional del Sida, celebrada del 18 al 23 de julio de 2010 en Viena (www.aids2010.org).**

Infovihtal: los básicos



Nueva serie de fichas de información básica sobre el VIH en formato gráfico. En esta ocasión, se abordan los temas del funcionamiento, inicio y pasos del tratamiento para el VIH; también nociones y conceptos sobre la transmisión del virus y una actualización de la lista de medicamentos antirretrovirales disponibles en la actualidad.

Todas las fichas están publicadas en español y traducidas y adaptadas al inglés, francés, portugués, árabe, ruso, chino, rumano, urdu y wolof.

Algunos contenidos de estas fichas ya han sido tratados, de manera más completa, en anteriores ediciones del programa InfoVIHTal, y pueden servir de complemento a la información gráfica para ayudar a los profesionales sanitarios y comunitarios en su tarea de orientación e información de los colectivos con los que trabajan. Algunas de estas fichas son una adaptación de materiales producidos por la organización británica NAM.

Disponibles en: www.gtt-vih.org/aprende/publicaciones/infovihtal



Cuentámelo en la cocina

Esta nueva sección, que inauguramos en el número anterior, está pensada para que vosotras y vosotros, lectores, seáis protagonistas. Nos podéis hacer llegar aquellas recetas que guardan un significado especial porque os recuerdan a una persona querida; por ejemplo, de los guisos que os encanta compartir con amigos, de aquella sopa o ensalada que alguien os enseñó un día y que nunca olvidaréis... Podéis hacerlo con o sin fotos. Nosotros os ayudaremos a completarlo. ¡Ánimo!

Podéis mandar vuestras recetas a:

gTt, c/Sardenya 259, 3º 1ª
08013 Barcelona

ó a contact@gtt-vih.org



Tanto la zanahoria como la calabaza o el boniato son fuentes importantes de **betacaroteno**, una sustancia que nuestro organismo convierte en **vitamina A**. Dicha vitamina participa en múltiples procesos fisiológicos y, además, por su carácter **antioxidante**, es capaz de neutralizar radicales libres, sustancias dañinas para nuestro organismo implicadas en el envejecimiento. Estas hortalizas también son ricas en **vitaminas del complejo B**, beneficiosas a nivel del sistema nervioso.

Asimismo, contienen **minerales** interesantes nutricionalmente, como el **zinc** —con propiedades antioxidantes y cierta capacidad para prevenir los descensos de CD4, según algunos estudios recientes— o el **potasio** —ideal si tienes hipertensión, ya que ayuda a disminuir la presión arterial—.

Crema de zanahoria, calabaza y boniato

“Buenas,

No sé si os parecerá una receta demasiado simple para publicarla. A mí me parece sencilla, pero rica a la vez, llena de vitaminas y de color, y por ello me gustaría recomendarla a los amigos y amigas de *LO+POSITIVO*. Con la llegada del tiempo más fresco, apetecen ya platos de cuchara calentitos, como las sopas y cremas de verduras. Ésta es muy de temporada, puesto que lleva boniatos, aparte de calabaza y zanahorias. El ‘trío naranjito’ lo llamo yo. Además, tiene una historia. Me la enseñó una mujer maravillosa, una gran luchadora que también vive o vivía con VIH y hepatitis. Pertenece a mi vida pasada y ya no sé nada de ella. Aunque quizá me reconozca por la receta y vuelva a tener noticias tuyas. Quién sabe...

Pues eso, espero que disfrutéis con esta crema y que seáis muy felices.”

Pepe

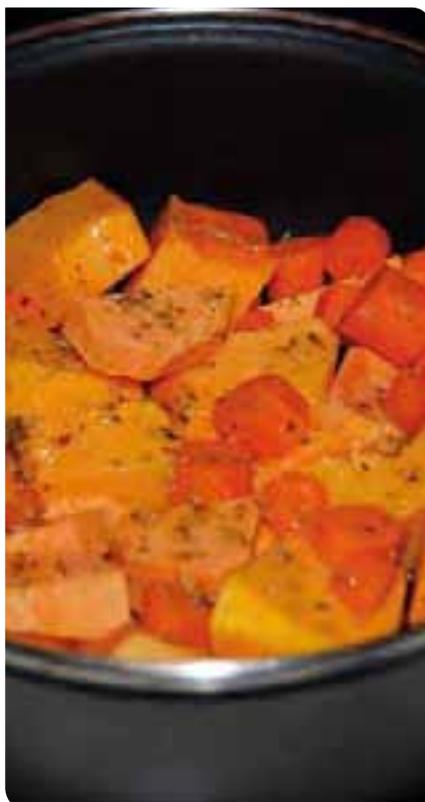


Ingredientes para cuatro personas:

- Cuatro o cinco zanahorias
- Un trozo de calabaza
- Dos o tres boniatos
- Aceite de oliva o vegetal
- Un poco de orégano
- Una pizca de comino
- Agua
- Sal y pimienta (opcional)

A mí me gusta poner igual cantidad de cada una de las hortalizas, pero puedes modificarlo a tu gusto.

1. En primer lugar, hay que pelarlo todo y cortarlo en dados de tamaño mediano. Ponlos en una cazuela que sea un poquito honda, añade un chorrito de aceite y sazónalo con las especias, que pueden ser orégano y comino u otras que tú prefieras. Salpimienta y rehoga durante unos minutos hasta que los dados estén un poco dorados.
2. A continuación, cúbrelo todo con agua, llévalo a ebullición y baja el fuego. Tápalo y déjalo cocer hasta que las hortalizas empiecen a ablandarse. Justo entonces, lo retiras del fuego. Si no lo hierves en exceso, tendrá mejor sabor y un color más vivo.
3. Tritúralo con la batidora o usa el pasapurés para hacer una crema fina. Y ya lo tienes listo para comer. ¡Buen provecho!



Toma conciencia de tu cuerpo a través del método Pilates

El Método Pilates, creado a principios del siglo XX por Joseph Hubertus Pilates, está de moda, y es que se ha convertido en una de las disciplinas corporales más saludables que existen hoy en día. Es efectivo en cuanto a tiempo y energía, y los resultados se hacen palpables en tan sólo unas semanas. Te ayuda a corregir la postura, alarga y estira el cuerpo, estrecha la faja abdominal, recoge el abdomen, concede flexibilidad y fuerza, mejora la circulación sanguínea, previene las lesiones, revitaliza a nivel interno y activa el sistema inmunitario. Con tantos beneficios, no es de extrañar que esté tan en auge.

En un principio, el Pilates fue concebido como un sistema de rehabilitación, pero con el paso del tiempo se ha convertido en una técnica corporal accesible a todo el mundo. A través de una serie de ejercicios lentos y controlados, se toma conciencia postural y se recupera la armonía y el equilibrio corporal y mental.

“El Pilates es un espléndido método de gimnasia tanto de mantenimiento como preventiva y curativa, con conceptos de higiene postural y beneficios patentes que, además, te ayuda a modelar tu cuerpo”, nos explica José González, experto en técnicas corporales y terapias manuales, y autor de varios libros, manuales prácticos y artículos.

Todos los ejercicios del Pilates se basan en seis principios básicos: concentración durante cada movimiento, control postural para evitar lesiones, centramiento (aquí y ahora), movimiento fluido sin cambios bruscos, precisión en la técnica y respiración coordinada con cada movimiento.

Se comienza el ejercicio en suelo (colchoneta), sin ningún tipo de aparato, seguido de ejercicios en una serie de máquinas con muelles, poleas y diversos aparatos que completan el método. Incluso se puede practicar el Pilates en agua.

“Su método original se compone de más de quinientos ejercicios, que tienen elementos que podemos encontrar en la danza, las disciplinas orientales como el yoga o el Chi Kung, así como de entrenamiento atlético y de recuperación terapéutica”, nos comenta José Rodríguez.

El Pilates puede ayudarte si te encuentras en un estado de debilidad, ya que trabaja desde el interior hasta el exterior, concentrando la energía en

vez de perderla; así, el sistema inmunitario queda activado desde el centro del cuerpo.

En el Pilates hay tres niveles; principiante, intermedio y avanzado. Se empieza con ejercicios en el suelo, con la espalda plana, se continúa con ejercicios en posición lateral, luego sentados, a cuatro piernas, para pasar, por fin, a una correcta posición vital, la posición erguida.

Antes de iniciarte en el Pilates, es conveniente que te informes bien sobre si el trabajo que se hace en el centro donde vayas a acudir es personalizado, si las clases son reducidas (un grupo de seis personas, máximo), y que tengas la oportunidad de mantener una entrevista personal con el profesor para que sepa exactamente si tienes alguna lesión y cuál es tu estado de salud general.

José Rodríguez recomienda practicarlo dos o tres veces por semana, y acompañarlo de otro ejercicio más aeróbico, como puede ser la natación o la danza, para dar movilidad al cuerpo.

Si quieres saber más:

Web

- Planeta Pilates
www.planetapilates.com/index.html
- Pilates Wellness & Energy
www.pilateswellnessandenergy.com/index.htm

Libros

- RODRÍGUEZ, JOSÉ. *Pilates para todos*. Editorial Libsa.

Para más información sobre el método Pilates:

Centro Samarkhanda (centrosamarkhanda@hotmail.com)
José Rodríguez. Telf.: 607269049



Especial XVIII Conferencia Internacional del Sida: Viena 2010

La edición número dieciocho de la Conferencia Internacional del Sida se celebró en la ciudad de Viena (Austria) del 17 al 23 de julio, y dio cabida a más de seis mil trabajos, incluyendo numerosos estudios sobre la infección por VIH, las enfermedades relacionadas y sus tratamientos. Esta es nuestra selección para que te mantengas al día sobre los avances en el campo de la ciencia clínica. Esperamos que te resulte interesante.

Fármacos en investigación

Para empezar, destacamos los datos de tres nuevos antirretrovirales de familias diferentes que se encuentran en distintas etapas de desarrollo: un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido (ITINN) del que se conocieron los resultados finales de fase III y que ahora espera su aprobación en Europa y EE UU, un inhibidor de la integrasa listo para empezar la fase III y un antagonista del correceptor CCR5 que da sus primeros pasos.

Rilpivirina

Rilpivirina [ó TMC278] es un nuevo ITINN en investigación que está siendo desarrollado por Tibotec y Janssen-Cilag, compañías que pertenecen al conglomerado farmacéutico multinacional Johnson & Johnson. Pertenecer a la misma clase que efavirenz (Sustiva®; coformulado en Atripla®), etravirina (Intelence®) y nevirapina (Viramune®), y ha sido concebido para que pueda tomarse como parte de una combinación de inicio del tratamiento. En este contexto, la investigación llevada a cabo ha intentado responder a la pregunta de si rilpivirina es una posible alternativa a efavirenz, el no análogo de nucleósido más ampliamente prescrito en los regímenes de primera línea.

En Viena, se dieron a conocer los resultados de un análisis combinado de los datos a 48 semanas de los dos ensayos clínicos internacionales de fase III ECHO y THRIVE, que evaluaron la eficacia, seguridad y tolerabilidad de rilpivirina en personas con VIH que empezaron el tratamiento antirretroviral por primera vez. El ensayo ECHO es un estudio a doble ciego y con doble placebo, de no inferioridad, que distribuyó de forma aleatoria a 690 personas con VIH para recibir 25mg de rilpivirina una vez al día (n= 346) o bien 600mg de efavirenz una vez al día (n= 344), ambos



administrados junto con 300/200mg de tenofovir/emtricitabina (Truvada®) una vez al día.

El estudio THRIVE inscribió a 678 personas que fueron distribuidas aleatoriamente para tomar 25mg de rilpivirina una vez al día (n= 340) ó 600mg de efavirenz una vez al día (n= 338), administrados los dos con una pareja de análogos de nucleósido/nucleótido elegida por el investigador (tenofovir/emtricitabina, un 60% de los pacientes; abacavir/lamivudina [Kivexa®], un 30%; y zidovudina/lamivudina [Combivir®], un 10%). Los 1.368 participantes distribuidos de forma aleatoria y tratados en los dos ensayos tuvieron al inicio una mediana de carga viral de 100.000 copias/mL y una mediana en el recuento de CD4 de 256 células/mm³.

Un 84,3% de las personas que tomaron rilpivirina y un 82,3% de las que recibieron efavirenz consiguieron reducir la carga viral hasta niveles indetectables, un resultado que confirma, en términos de eficacia, la no inferioridad

de rilpivirina respecto a efavirenz. En un análisis limitado a los participantes con una viremia inicial superior a 100.000 copias/mL, rilpivirina también se mostró no inferior a efavirenz (77% frente a 81%, respectivamente). Sin embargo, se confirmó el fracaso virológico en 62 de las 686 personas (9%) que tomaron rilpivirina frente a 33 de las 683 (4,8%) que recibieron efavirenz. La diferencia entre las tasas de fracaso virológico fue más elevada en el estudio ECHO (11% con rilpivirina frente a 4,4% con efavirenz) que en el THRIVE (7,1% frente a 5,3%, respectivamente). Los investigadores están analizando a fondo los datos con el fin de poder determinar las razones que expliquen esta diferencia.

De las 62 personas cuyo régimen con rilpivirina fracasó, en 39 (63%) se registraron mutaciones asociadas a resistencia a los no análogos de nucleósido (siendo E138K la más frecuente), y en 42 (68%), mutaciones vinculadas a resistencia a los análogos de nucleósido (siendo M184I la más habitual).

De los 28 pacientes cuyo régimen con efavirenz fracasó, en 15 (54%) se registraron mutaciones asociadas a resistencia a los no análogos de nucleósido (siendo K103N la más frecuente), y en 9 (32%), mutaciones vinculadas a resistencia a los análogos de nucleósido (siendo M184V la más común).

Por lo que respecta a la seguridad, mientras que en los brazos con efavirenz 52 participantes (7,6%) interrumpieron el tratamiento como consecuencia de los efectos secundarios, en los de rilpivirina sólo lo hicieron 23 personas (3,4%). Las tasas de efectos secundarios graves fueron similares: del 6,6% en el régimen con rilpivirina y del 8,1% en el de efavirenz. Los efectos adversos sobre el sistema nervioso central (alteraciones del sueño, pesadillas, síntomas neurológicos, mareos) y las reacciones cutáneas (exantema) afectaron de forma significativa a más personas en los grupos de efavirenz que en los de rilpivirina. Asimismo, las elevaciones de grado 3-4 de los niveles de lípidos (colesterol total, LDL y triglicéridos) también afectaron a más participantes de los grupos con efavirenz que a los de los grupos con rilpivirina.

En cuanto a la recuperación inmunitaria, en la semana 48 los recuentos de CD4 de las personas que recibieron rilpivirina habían aumentado un promedio de 192 células/mm³, y los de los participantes que tomaron efavirenz, 176 células/mm³. Sobre la base de todos estos resultados, los investigadores concluyen que el no análogo de nucleósido rilpivirina cumplió todos los criterios de no inferioridad respecto a efavirenz en el análisis combinado de los datos a 48 semanas de los estudios ECHO y THRIVE (*abstract* THLB206). Tibotec ha presentado estos resultados a las agencias reguladoras correspondientes para obtener la aprobación de rilpivirina en EE UU y Europa.

Un nuevo comprimido combinado

Por otra parte, Tibotec y Gilead están desarrollando también una combinación antirretroviral completa en un solo comprimido, que incluye rilpivirina, tenofovir y emtricitabina (Truvada®). En Viena, se presentaron los resultados favorables de un estudio de bioequivalencia que comparó este comprimido con los fármacos por separado (*abstract* LBPE17) y que han servido para pedir su aprobación. De conseguirla, supondrá una alternativa a Atripla® dentro de los regímenes simplificados basados en una toma diaria para el tratamiento de inicio.

El inhibidor de la integrasa GSK-572

Los resultados de dos estudios de fase II con el nuevo inhibidor de la integrasa experimental GSK-572 (de Viiv Healthcare y Shionogi) avalan que continúe su desarrollo y empiecen ensayos más amplios de fase III. El estudio SPRING-1 se diseñó para buscar la dosis. Un total de 205 personas fueron distribuidas de forma aleatoria en cuatro grupos: en tres de ellos recibieron GSK-572 una vez al día (QD) —en una dosis de 10, 20 ó 50mg, respectivamente—, mientras que en el cuarto tomaron una terapia estándar basada en 600mg QD de efavirenz. Todos tomaron, además, un par de análogos de nucleósido.

La carga viral descendió con rapidez en todos los grupos a los que se administró el fármaco experimental. A la semana 4, el 66% de los pacientes con GSK-572 habían logrado la supresión viral, en comparación con el 18% de los que tomaron efavirenz. Se dieron dos fracasos del tratamiento, uno en cada brazo. La mayor parte de los efectos secundarios que se registraron fueron leves. El colesterol LDL aumentó más entre quienes tomaron efavirenz. El número de personas que abandonaron el estudio debido a la toxicidad fueron cuatro con efavirenz y uno con GSK-572. Finalmente, la dosis seleccionada para los estudios siguientes fue de 50mg al día (*abstract* THLB205).

Después de raltegravir

El segundo estudio con GSK-572, llamado VIKING, ha probado su eficacia frente a virus con resistencia a raltegravir [Isentress®, el único inhibidor de la integrasa en el mercado] y a otras clases de antirretrovirales. En este caso, se trató de un estudio más pequeño que el anterior, de un solo brazo y que inscribió a 27 personas con infección por VIH más avanzada. La mayoría eran hombres, con una media de edad de 48 años, un promedio en el recuento de CD4 de 100 células/mm³ y un historial de tratamientos de unos 14 años. Recibieron una dosis de 50mg diarios de GSK-572 durante 10 días como único fármaco activo, que posteriormente complementaron con una selección de antirretrovirales a los que su virus guardaba sensibilidad (terapia de base optimizada). Siguieron hasta la semana 24.

Al cabo de los 10 días de monoterapia virtual, un 78% de pacientes habían alcanzado una carga viral por debajo de 400 copias/mL. Aquellos participantes cuyos virus habían desarrollado mutaciones N155 ó Y143 con raltegravir

fueron los que obtuvieron mayor eficacia (100% carga viral <400 copias/mL). En cambio, entre los que habían desarrollado cambios en la posición Q148 y alguna otra mutación secundaria sólo se vio eficacia en un 33% [*abstract* MOAB0105]. Puesto que las mutaciones en la integrasa pueden acumularse con rapidez, estos resultados sugieren que cuanto antes sea detectado el fracaso de raltegravir y se cambie a otro régimen, más posibilidades habrá de que pueda usarse en un futuro GSK-572, si finalmente acaba recibiendo su aprobación.

En Viena, se dieron a conocer los resultados de diversos estudios que están probando nuevos antirretrovirales de familias distintas, así como combinaciones novedosas de medicamentos ya existentes. Lo próximo es un comprimido que incluye tres fármacos y que ahora espera su aprobación europea. De conseguirla, podría convertirse en una alternativa a Atripla® en el inicio del tratamiento.

TBR-652, un inhibidor del CCR5

Un antagonista del correceptor CCR5, con el nombre provisional de TBR-652 (Tobira Therapeutics), ha mostrado reducciones de carga viral importantes [de 1,4 a 1,8log₁₀] en un pequeño grupo de personas con VIH que, durante 10 días, tomaron distintas dosis de este antirretroviral experimental. Aunque los 54 participantes habían recibido tratamiento previamente, ninguno de ellos había usado antes un inhibidor del CCR5. Los efectos secundarios fueron, en general, leves y dependientes de la dosis. Se da la circunstancia que el TBR-652 también tiene actividad frente al correceptor CCR2, que se asocia a enfermedades relacionadas con la activación inmunitaria (*abstract* MOAB014). Se espera que a principios de 2011 se inicien estudios de fase IIb con este antirretroviral.

Combinaciones experimentales

En los últimos años, se han comercializado nuevos antirretrovirales. Algunos de clases ya existentes, como darunavir (Prezista®) o etravirina (Intelence®), y otros de nuevas familias, como maraviroc (Celsentri®) o raltegravir (Isentress®). Cómo combinar mejor estos nuevos medicamentos con los antiguos y/o entre ellos es ahora motivo de muchos estudios. El objetivo es buscar terapias muy eficaces y con buenos perfiles de toxicidad y resistencia para que, en definitiva, se adapten mejor a las distintas necesidades de las personas con VIH.

Raltegravir junto a lopinavir/r

Tanto raltegravir como lopinavir/ritonavir (Kaletra®) están autorizados para tomarse como parte del primer tratamiento antirretroviral, por separado, y en combinación con una pareja de nucleósidos. La novedad ahora es que los resultados parciales de un estudio promovido por Laboratorios Abbott [compañía propietaria de Kaletra®] sugieren que la combinación de ambos antirretrovirales sin nucleósidos también funcionaría; lo cual, si se confirma, puede resultar interesante para aquellas personas con virus resistentes a nucleósidos o con problemas relacionados con la toxicidad de dicha clase de antirretrovirales.

Esto es así puesto que la principal conclusión a la que se llega tras el análisis a 48 semanas de los datos de eficacia y seguridad del estudio PROGRESS, en el que participan alrededor de doscientas personas con VIH (incluidos algunos pacientes españoles), es que raltegravir resulta no inferior a tenofovir/emtricitabina (Truvada®) en combinación con lopinavir/ritonavir.

Se trata de un ensayo prospectivo, de reparto aleatorio y abierto, diseñado para extenderse hasta las 96 semanas, que distribuyó a más de 200 personas —sin experiencia previa en el uso de antirretrovirales— en dos grupos: uno para tomar lopinavir/ritonavir dos veces al día más tenofovir/emtricitabina una vez al día; y otro para recibir lopinavir/ritonavir y raltegravir, todo dos veces al día [n= 101].

Al inicio, las características en ambos grupos fueron parecidas, con una mediana de $4,25 \log_{10}$ copias/mL de carga viral y una media de CD4 de 294 células/mm³. Al cabo de 48 semanas, los porcentajes de personas con carga

viral indetectable (por debajo de 40 copias/mL) fueron similares: 83,2% en el brazo con raltegravir y 84,8% en el de tenofovir/emtricitabina. Los aumentos de CD4 también fueron comparables. La mediana con raltegravir fue de +215 células/mm³ y con tenofovir/emtricitabina, de +245 células/mm³.

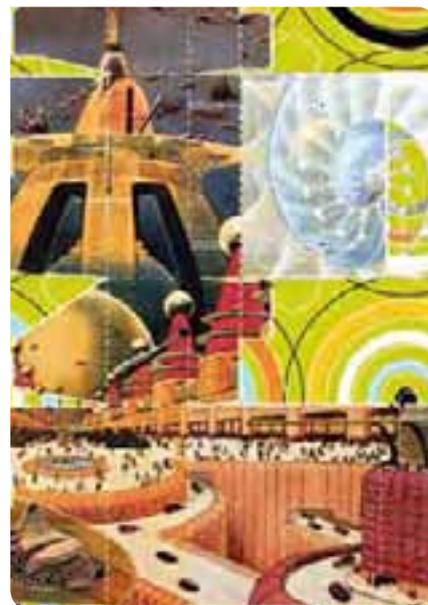
Entre las que tomaron tenofovir/emtricitabina se registraron más casos de diarrea (13% frente a 8%), aunque esta diferencia no fue significativa, según los autores. Tampoco lo fue en el caso de los aumentos de colesterol, dándose hipercolesterolemia en ambos grupos, con un 8% y un 5% con raltegravir y tenofovir/emtricitabina, respectivamente. Entre las personas que experimentaron fracaso virológico, se observaron mutaciones de resistencia asociadas a emtricitabina, por un lado, y a raltegravir, por otro (*abstract* MOAB0101).

Esta misma estrategia, pero con otro inhibidor de la proteasa, está siendo probada en el ensayo NEAT 001 [el primero de una red pública europea de estudios sobre sida], que ya ha empezado a inscribir a pacientes y que comparará durante dos años la combinación de darunavir/ritonavir (Prezista®/Norvir®) más raltegravir con la de darunavir/ritonavir más tenofovir/emtricitabina en el inicio del tratamiento.

Cambio de un inhibidor de la proteasa por raltegravir

Tras la aprobación de raltegravir (Isentress®), las expectativas creadas acerca de su papel en la simplificación del tratamiento antirretroviral —especialmente cuando se contempla el cambio como una oportunidad para dejar atrás el uso de inhibidores de la proteasa [IP] y las toxicidades asociadas a esta clase de fármacos— se moderaron cuando se suspendieron los estudios SWITCHMRK, promovidos por Merck, que no pudieron demostrar que con el cambio de lopinavir/r (Kaletra®) a raltegravir se mantenían porcentajes de eficacia similares.

En ese momento, otros ensayos en marcha evaluaban estrategias parecidas. Este es el caso del ensayo SPIRAL, que prosiguió con la recomendación del Comité de Seguimiento de Datos y Seguridad (DSMB, en sus siglas en inglés) del estudio y que en Viena presentó resultados favorables que dan un nuevo espaldarazo a esta estrategia.



El SPIRAL es un estudio multicéntrico español, de reparto aleatorio, abierto y de 48 semanas de duración, que compara un régimen con un inhibidor de la proteasa potenciado por ritonavir (IP/r) con uno basado en el inhibidor de la integrasa raltegravir (Isentress®) en personas que se mantienen estables con carga viral indetectable. Se incluyeron un total de 286 pacientes que llevaban un promedio de 10 años en tratamiento y una media de cinco combinaciones de fármacos previas, con lo que habían conseguido mantener su carga viral indetectable durante unos 6 años. Lopinavir/ritonavir (Kaletra®) y atazanavir/ritonavir (Reyataz®/Norvir®) fueron los IP/r utilizados con mayor frecuencia. Los participantes fueron repartidos de forma aleatoria en dos grupos: uno siguió igual (n= 143) y el otro cambió su IP/r por raltegravir (n= 143).

Al cabo de 48 semanas, el porcentaje de pacientes sin fracaso terapéutico (en un análisis por intención de tratamiento) fue del 89% entre los que tomaron raltegravir y del 87% entre los que continuaron con el IP/r. Al igual que se apreció en estudios anteriores, el cambio a raltegravir se asoció con descensos significativos de los niveles de lípidos (triglicéridos, colesterol total y colesterol LDL).

Próximamente, se darán a conocer los resultados de un subestudio metabólico que contiene datos sobre la distribución corporal de la grasa (lipodistrofia). También se analizará la relación entre la resistencia previa y la resultante después del fracaso virológico, así como la evolución de los marcadores de inflamación (*abstract* MOAB0103).

Maraviroc y atazanavir

Aunque el uso de maraviroc (Celcentri®) en el inicio del tratamiento no está autorizado —su empleo está restringido a pacientes pretratados—, en esta edición de la Conferencia Internacional del Sida se presentaron resultados a 24 semanas de un estudio piloto, de un año de duración, que compara un régimen estándar compuesto por atazanavir/ritonavir junto con tenofovir/emtricitabina con otro formado por atazanavir/ritonavir y el inhibidor de la entrada maraviroc. En ambos casos, tomados una vez al día. El estudio fue un principio patrocinado por Pfizer, compañía propietaria de maraviroc, antes de que pasara a Viiv Healthcare.

Un total de 121 personas fueron repartidas aleatoriamente para recibir uno de los dos regímenes. La edad media de los participantes era de 38 y 35 años en el grupo experimental con maraviroc y en el grupo con terapia estándar basada en tenofovir/emtricitabina, respectivamente. La mayor parte de integrantes de los grupos eran hombres (93% y 85%) y la mediana de CD4 al comienzo del estudio fue de 344 y de 358 células/mm³, respectivamente. La mediana de la carga viral era de 4,6 y 4,7 log₁₀ copias/mL de ARN del VIH, y el porcentaje de pacientes con cargas virales superiores a 100.000 copias/mL era de 27% y 34%, de forma respectiva.

Se siguen investigando combinaciones sin análogos de nucleósido —la primera familia de antirretrovirales que se comercializó— para aquellas personas que han desarrollado resistencia o han acumulado toxicidad asociada a dicha clase. Ahora, además, empezamos a ver resultados de regímenes experimentales que proponen iniciar la terapia prescindiendo de ellos.

Tras las primeras 24 semanas, se registraron cinco casos en los que se detuvo el tratamiento con maraviroc, de los que dos fueron debidos a acontecimientos adversos [vómitos, ictericia], mientras que en el grupo con tenofovir/emtricitabina se produjeron cuatro casos de interrupción. Hasta el momento del análisis, no se había observado ningún caso de resistencia, ni genotípica ni fenotípica, ni tampoco ningún cambio

de tropismo entre las personas que tomaban maraviroc.

En un análisis por intención de tratamiento (en el que los abandonos se contaron como fracasos), el porcentaje de pacientes con carga viral indetectable [inferior a 50 copias/mL] fue del 80% y 89%, respectivamente. El resultado entre aquellas personas que empezaron el tratamiento con cargas virales altas [iguales o por encima de 100.000 copias/mL] fue del 81% en el grupo con maraviroc y del 77% en el resto. Entre los participantes que comenzaron con cargas virales bajas, los porcentajes fueron del 80% y 95%, de manera respectiva. Los aumentos de CD4 fueron de 195 células/mm³ en el grupo con maraviroc y de 173 células/mm³ en el grupo con tenofovir/emtricitabina. Se registraron 10 casos (16,4%) de efectos secundarios graves, con uno de cálculos renales asociados a atazanavir. Un total de cinco casos en el grupo con maraviroc y uno en el grupo con tenofovir/emtricitabina cambiaron a darunavir debido a la aparición de ictericia.

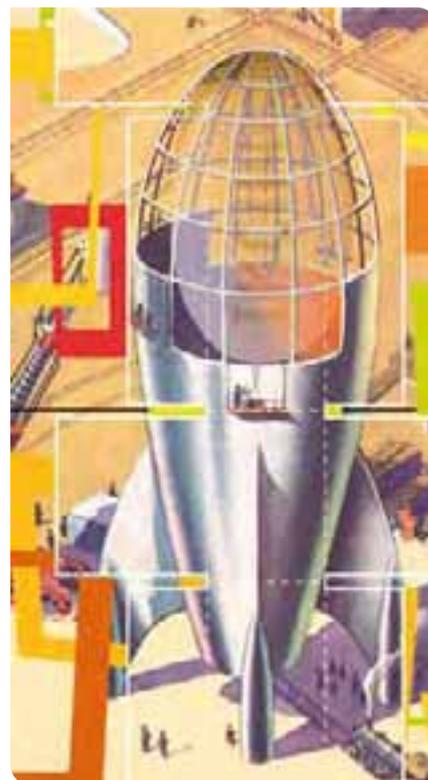
En sus conclusiones, los autores de esta investigación sostienen que los resultados interinos de este estudio piloto apoyan la actividad antiviral de esta combinación de dos fármacos tomados una vez al día, lo que avala que se lleve a cabo un próximo estudio de fase III (abstract THLB203).

Monoterapia con inhibidores de la proteasa

Dejar de tomar nucleósidos, no sustituyéndolos por otros fármacos, y quedarse sólo con un inhibidor de la proteasa potenciado (IP/r) es una estrategia que, sin estar recomendada, empezó a emplearse anecdóticamente cuando no había más opciones. Hoy en día, gracias a los resultados favorables de algunos estudios, se contempla como una opción posible en determinadas circunstancias, aunque el riesgo de desarrollar resistencia a esta familia de antirretrovirales sigue suscitando preocupación. Hasta la fecha, la experiencia es mayor con lopinavir/ritonavir (Kaletra®). Sin embargo, otros IP también se han puesto a prueba. En esta edición de la Conferencia Internacional del Sida, se presentaron resultados a 96 semanas del estudio MONET, en el que se evaluó la eficacia de la monoterapia con darunavir (Prezista®) potenciado por ritonavir (Norvir®) en personas con

VIH, experiencia en tratamientos y que mantenían la supresión viral.

Un total de 256 personas con VIH bajo tratamiento antirretroviral y carga viral indetectable participaron en el estudio. El 81% eran hombres, el 91%, de etnia blanca y presentaban una mediana en el recuento de CD4 inicial de 575 células/mm³. Fueron distribuidos aleatoriamente para recibir darunavir/ritonavir [800/100mg una vez al día] en monoterapia o bien junto a dos análogos de nucleósido. A las 96 semanas, la monoterapia con darunavir/r no consiguió ser 'no inferior' a la triple terapia, con porcentajes de personas con carga viral indetectable del 74,8% y del 80,6%, respectivamente. Quince voluntarios en el grupo con monoterapia presentaron dos análisis consecutivos con carga viral detectable (11,8%), mientras que en el grupo sin monoterapia se dieron once casos (8,7%). →



Pese a que estos datos sugieren extremar las precauciones ante el uso de esta estrategia, es importante señalar también que un 88% de las personas que experimentaron fracaso del tratamiento cuando tomaban monoterapia alcanzaron de nuevo carga indetectable tras añadir un par de análogos de nucleósido a darunavir/r (*abstract* THLBB209).

Darunavir y hepatitis C

Los autores del estudio MONET encontraron que la coinfección por el virus de la hepatitis C (VHC) suponía un factor de riesgo significativo de padecer dicho fracaso. Como se explica en un subestudio hepático que se presentó aparte, entre los participantes que iniciaron monoterapia había un 17% con VIH y hepatitis C en comparación con el 9% del otro grupo. A los que hay que añadir cuatro casos de infección aguda por VHC que se dieron con el estudio en marcha, todos en el grupo con monoterapia.

De este modo, según los autores, el mayor porcentaje de personas coinfectadas por VIH y VHC en el grupo con monoterapia podría haber condicionado el hecho de no lograr el objetivo de la no inferioridad. El porqué de esta respuesta más pobre en personas coinfectadas no está claro. Los investigadores sugieren que tendrían menos adhesión al tratamiento, no tanto por padecer hepatitis C, sino por una historia de uso de drogas. Esta cuestión ha creado confusión y necesita ser investigada con más detalle, pues la monoterapia



con IP puede resultar útil, precisamente, para aquellas personas que inician el tratamiento anti-VHC, de cara a evitar las interacciones con ribavirina (Rebetol®, Copegus®) y la suma de toxicidades, pues este fármaco es también un análogo de nucleósido.

En cuanto al impacto en la función del hígado, en general, los niveles de las transaminasas ALT y AST se mantuvieron constantes durante los 96 meses, aunque en el brazo con monoterapia se dieron más casos de elevaciones graves de grado 3 ó 4 (ocho personas en comparación con tres en el grupo con terapia triple), principalmente en personas con VHC (*abstract* WEPE0146).

Lopinavir/r en el tracto genital masculino

Otra de las preocupaciones en torno al uso de un único antirretroviral es su eficacia frente al VIH en el tracto sexual femenino o masculino. Salvo excepciones, conseguir y mantener carga viral

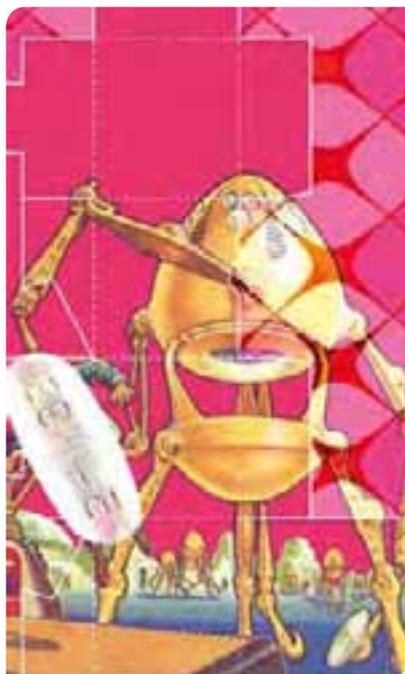
indetectable con una terapia antirretroviral triple se correlaciona también con la indetectabilidad en los fluidos sexuales. En cambio, en el caso de la monoterapia con IP los datos son escasos.

Un equipo de investigadores brasileños y estadounidenses presentaron en Viena los resultados del estudio KalMo, de 96 semanas de duración, cuyo objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad de una monoterapia con lopinavir/ritonavir (lopinavir/r, Kaletra®) en personas con VIH bajo terapia antirretroviral de gran actividad [TARGA] estable durante un mínimo de 6 meses y que no habían experimentado un fracaso virológico previo.

Dado que algunos expertos habían señalado que esta estrategia terapéutica podría mostrar una baja penetración en el tracto genital, la viremia se midió tanto en sangre como en semen.

Los voluntarios fueron distribuidos aleatoriamente para cambiar de su TARGA a la monoterapia con lopinavir/r o para mantenerse bajo la misma terapia antirretroviral eficaz en la que se encontraban.

Quince hombres tomaron la monoterapia y todos ellos presentaban carga viral plasmática indetectable al final del seguimiento. Sólo uno de los varones tenía carga viral detectable en semen (de 260 copias/mL): se trataba de una persona que había experimentado repuntes virales plasmáticos durante el seguimiento y que, dos semanas después de la toma de la muestra seminal, mostraba una viremia plasmática de 850 copias/mL (*abstract* THPE0124).



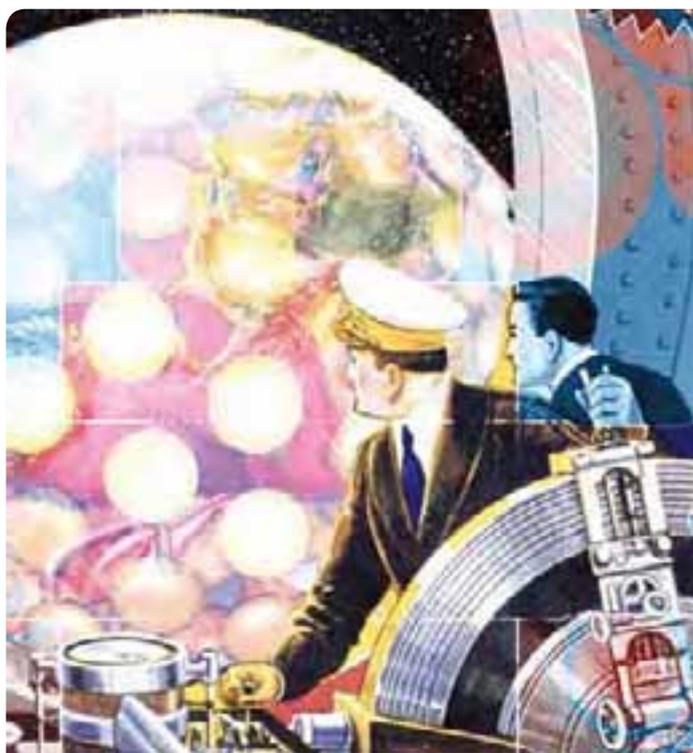
Nevirapina una vez al día

En Viena, se presentaron los resultados a 48 semanas del estudio VERxVE, que comparó la formulación actualmente comercializada de nevirapina (Viramune®) de liberación inmediata (LI) [200mg] con una de liberación sostenida (LS) [400mg], que permitirá una única toma diaria en vez de las dos actuales. El estudio contó con la participación de 1.011 personas con VIH sin experiencia en tratamientos. La mediana de la carga viral previa al tratamiento era de unas 50.000 copias/mL y el recuento medio de CD4, de 228 células/mm³.

El análisis a 48 semanas mostró que el 81% de las personas que tomaban la formulación de LS y el 76% de aquellas que tomaban la de LI alcanzaron una carga viral indetectable, sin casos de rebro-

te viral. Entre los participantes con una elevada viremia previa al tratamiento, las tasas de respuesta fueron del 73% con nevirapina LS y del 71% con nevirapina LI. Los efectos adversos fueron parecidos en ambos brazos del estudio, pese a que se dieron con cierta menor frecuencia en el grupo con nevirapina LS. La tasa de abandonos por efectos secundarios fue del 6% en el grupo con nevirapina LS y del 9% en el de nevirapina LI (*abstract* THLBB202).

Boehringer-Ingelheim, compañía propietaria de la molécula, ha informado por medio de un comunicado de prensa que está trabajando con las autoridades reguladoras para poder comercializar la nueva formulación lo más pronto posible.



Eficacia del tratamiento antirretroviral

Una de las preguntas más frecuentes que se plantean quienes tienen que iniciar el tratamiento anti-VIH es cuál es su eficacia. Aunque cada caso en particular es distinto, los resultados de un estudio llevado a cabo por un equipo de investigadores del Hospital de Donostia (San Sebastián) y presentados en Viena dan cuenta del incremento de la eficacia de la terapia antirretroviral desde el año 2004 al 2010.

Un total de 1.703 personas adultas con VIH fueron atendidas en dicho hospital durante el período estudiado. A principios de 2004, el 78% de pacientes tomaban tratamiento antirretroviral, mientras que en enero de 2010 la cifra había aumentado al 90,7%. Respecto a su eficacia, mientras que en 2004 sólo un 79,2% de los pacientes con más de nueve meses de tratamiento tenían carga viral indetectable, a principios de 2010 esa cifra había subido al 93%. Paralelamente, la cantidad de personas con recuentos muy bajos de linfocitos-T CD4 (menos de 200 células/mm³) fue descendiendo con el tiempo. Si en 2004 la cifra era de un 12,2%, en 2010 ésta se sitúa en el 8,1% en dicho centro hospitalario vasco [abstract THPE0090].

Inicio del tratamiento: ¿Cuándo empezar?

Esta es otra pregunta que tanto médicos como pacientes llevan formulándose desde la introducción de la terapia antirretroviral y que ha obtenido respuestas distintas en el tiempo. Si bien hace unos años se empezaba la terapia cuando el recuento de linfocitos-T CD4 era igual o inferior a 200 células/mm³, la tendencia actual en Europa es a avanzar el inicio del tratamiento y comenzar con recuentos iguales o inferiores a 350 células/mm³, excepto casos concretos en que se considera adecuado hacerlo antes. En EE UU, se ha ido un paso más allá y las nuevas directrices establecen la franja de 350 a 500 CD4 como la óptima para el comienzo del tratamiento en la mayoría de casos.

Este avance generalizado del momento en que empezar a tratarse se apoya en los resultados de varios estudios —análisis retrospectivos de grandes cohortes—, que concluyen que los beneficios de iniciar antes son mayores que los riesgos (toxicidad de los anti-retrovirales y posibilidad de desarrollar virus resistente). Sin embargo, no se obtendrá una respuesta que sea ampliamente aceptada hasta que no se termine el estudio START, un ensayo prospectivo y de reparto aleatorio que está en marcha y que, precisamente por su diseño, dará resultados más

concluyentes a la pregunta sobre cuándo comenzar el tratamiento.

En Viena, se presentaron nuevos resultados de una de esas investigaciones observacionales que viene a añadir más argumentos a quienes piensan que no es necesario que se concluya el estudio START. Se trata de un análisis del estudio CASCADE que sigue a más de 50.000 pacientes recién diagnosticados de EE UU. Los datos presentados corresponden al seguimiento de más de 9.000 personas con diagnóstico de infección por VIH, y no de sida, durante una media de cinco años. Durante este tiempo, se comparó la progresión a sida y los fallecimientos entre los que recibían tratamiento y los que no. Del total, un 9% desarrollaron sida y un 6% fallecieron.

En la línea de las actuales recomendaciones europeas y españolas, en esta cohorte se observó que el inicio del tratamiento con recuentos de CD4 entre 200 y 350 células/mm³ reduce el riesgo de desarrollar sida o fallecer aproximadamente en un 40%. Más allá, en el caso de las personas que empezaron la terapia cuando su nivel de CD4 estaba entre 350 y 500 células/mm³, también se apreciaron beneficios, lo que estaría de acuerdo con las nuevas directrices de tratamiento de EE UU. En cambio,



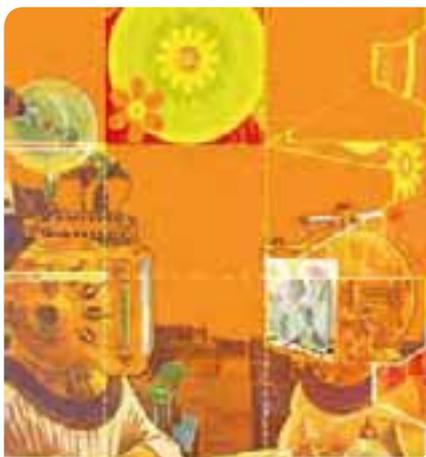
en pacientes con recuentos de CD4 por encima de 500 células/mm³, el riesgo de desarrollar sida o morir fue muy pequeño, tanto si tomaban medicación como si no lo hacían (abstract THLBB201).

Estos resultados alimentan el debate que, según reconocen los mismos investigadores del CASCADE, se dará por zanjado cuando salgan a la luz los resultados del mencionado estudio START, que, conforme a informaciones recientes, ya ha inscrito a cerca de 700 personas en su fase piloto y que espera contar con la participación de hasta 4.000 pacientes antes de que termine 2012. Se prevé que el estudio dure unos seis años (más información en <http://insight.cabr.umn.edu/start/>).

Coinfección por hepatitis

Nevirapina y tratamiento anti-VHC

Un estudio llevado a cabo en veinte hospitales españoles evaluó la eficacia del tratamiento estándar contra al virus de la hepatitis C (VHC) —basado en interferón pegilado y ribavirina— en personas coinfectadas por el VIH en función de la terapia antirretroviral que estaban tomando. Los datos presentados en Viena muestran mejores tasas de respuesta entre aquellos pacientes que tomaban nevirapina (Viramune®). Un total de 165 personas participaron en el estudio, 71 de las cuales (43%) tomaban nevirapina (Viramune®), tenofovir (Viread®) y lamivudina (3TC, Epivir®) ó tenofovir/emtricitabina (Truvada®). Los 94 participantes restantes (57%) recibían lopinavir/ritonavir (Kaletra®) en lugar de nevirapina, con las mismas combinaciones de nucleósidos.



Al compararse con el grupo de nevirapina, un número significativamente superior de personas que tomaban lopinavir/ritonavir presentaban una carga viral del VHC mayor ó igual a 600.000 UI/mL (44% y 73%, de forma respectiva). El 56% de los pacientes que tomaban nevirapina y el 37% de los que recibían lopinavir/ritonavir alcanzaron una respuesta virológica sostenida (RVS).

En el grupo con nevirapina, el 43% de los integrantes con genotipos 1 ó 4 del VHC y el 78% de aquéllas con genotipos 2 ó 3 consiguieron una RVS. En el grupo de lopinavir/ritonavir, el 25% de las personas con genotipos 1 ó 4 del VHC y el 59% de aquéllas con genotipos 2 ó 3 lograron también una RVS. La diferencia entre ambos grupos alcanzó valores significativos en los casos con genotipos 2 ó 3.

Entre las personas con cargas virales iniciales del VHC mayores o iguales a 600.000 UI/mL, el 58% de las que tomaban nevirapina y el 31% de aquéllas que recibían lopinavir/ritonavir consiguieron una RVS. Tras un análisis multivariable, el hecho de estar infectado por el virus de la hepatitis C de genotipos 2 ó 3, mantener una buena adhesión a la terapia anti-VHC (realizar más del 80% de las tomas) y pertenecer al grupo con nevirapina fueron factores independientemente asociados con un mayor porcentaje de RVS (*abstract* TUAB0101).

Trasplante: supervivencia en lista de espera

Un equipo de investigadores del Hospital Ramón y Cajal de Madrid llevó a cabo un estudio retrospectivo para evaluar el impacto del VIH sobre el pronóstico de personas con cirrosis hepática —coinfectadas por hepatitis virales— en lista de espera para un trasplante hepático.

Un total de 315 personas con cirrosis hepática que entraron en lista de espera para un trasplante de hígado entre enero de 2001 y diciembre de 2009 fueron incluidas en el estudio. El 81% tenían hepatitis C, el 13%, hepatitis B y el 6% presentaban ambas. El 14% de los participantes tenían VIH [el 82% de ellos estaban coinfectados por VHC y el 18%, por VHC y VHB].

Al comparar personas con o sin VIH, a pesar de una puntuación en la escala MELD en el momento de la inclusión y un intervalo de tiempo entre la inclusión y el trasplante similares entre ambos grupos, se observó que la supervivencia a 90 días (66% y 86% con o sin VIH, respectivamente), 180 días (51% y 73% con o sin VIH, de manera respectiva) y 365 días (40% y 63% con o sin VIH, respectivamente) fue en todos los casos inferior, desde el punto de vista significativo, en el grupo con el virus de la inmunodeficiencia humana.

Tras el trasplante, la supervivencia a un año (100% y 86% con o sin VIH, respectivamente), a 3 años (82% y 72% con o sin VIH) y a 5 años (54% y 65% con o sin VIH) fue parecida entre ambos grupos. La tasa de mortalidad asociada a recurrencia fue mayor entre las personas con VIH (100% y 24% con o sin VIH, de forma respectiva). Estos resultados sugieren que, en personas

Mejorar la supervivencia de las personas con VIH y cirrosis en lista de espera para un trasplante de hígado constituye, ahora mismo, un reto.

Los datos presentados por un equipo de investigadores del Hospital Ramón y Cajal de Madrid dan cuenta del problema.

que padecen una cirrosis hepática debida a una hepatitis viral, los pacientes coinfectados por VIH presentan una supervivencia inferior durante el período en lista de espera, en comparación con los que sólo tienen hepatitis. Sin embargo, una vez realizado el trasplante, dicha supervivencia se igualó entre ambos grupos (*abstract* TUAB0103).

Fracturas óseas

Un equipo de investigadores norteamericanos ha efectuado un estudio para evaluar la influencia de la coinfección por el virus de la hepatitis C (VHC) sobre las fracturas óseas vinculadas a la osteoporosis acacidas en personas con VIH del Registro de Casos Clínicos del Departamento de Asuntos de los Veteranos de EE UU, en un período [1996-2004] en el que ya estaba disponible la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA). Se dispuso de un total de 19.398 pacientes con VIH (el 97,5% de los cuales eran hombres), que proporcionaron datos equivalentes a 76.462 persona-años de seguimiento [mediana de seguimiento por persona de 3,61 años].

Un total de 200 pacientes experimentaron algún tipo de fractura ósea de tipo osteoporótico (20 vertebrales, 114 de muñeca y 74 de cadera). Las tasas de fractura por cada 1.000 paciente-años fueron de 2,36 y de 3,13 en personas monoinfectadas por VIH y en coinfectadas por VHC y VIH, respectivamente. Según estos resultados, en personas con VIH en la era TARGA la coinfección por VHC y una edad avanzada constituyen factores de riesgo de padecer fracturas osteoporóticas, mientras que la acumulación de años bajo la terapia antirretroviral eficaz o la presencia de una enfermedad renal crónica no incrementaron el riesgo. Ser de etnia negra tuvo un efecto protector (*abstract* TUAB0104).

Efectos secundarios

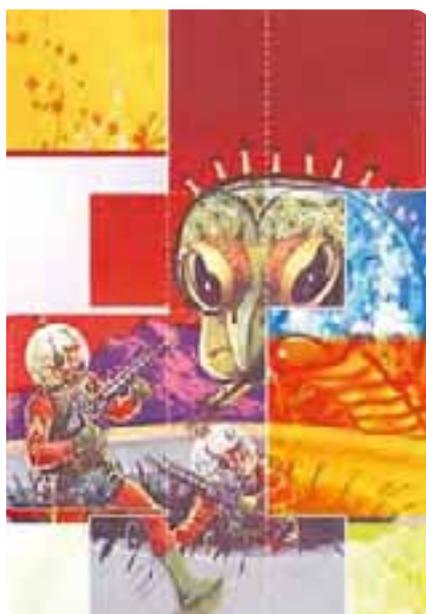
Etravirina frente a efavirenz

El uso de efavirenz (Sustiva®, y también en Atripla®) está asociado con la aparición de efectos adversos de tipo neuropsiquiátrico que pueden afectar, en mayor o menor medida, a las personas que toman este antirretroviral. En muchas ocasiones, se trata de problemas relacionados con el sueño, pero pueden darse también alteraciones del estado de ánimo, como nerviosismo o incluso depresión. Por ello, es importante que existan alternativas con mejor perfil de toxicidad en el sistema nervioso central.

En Viena, se presentaron dos estudios que comparan efavirenz con un nuevo fármaco de la misma familia —inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido [ITINN]—, etravirina (Intelence®). Uno de estos ensayos, denominado SENSE y llevado a cabo por Tibotec, la compañía que ha desarrollado etravirina, incluyó a 157 personas con VIH, sin experiencia en el uso de antirretrovirales y con cargas virales inferiores a 5.000 copias/mL, que fueron distribuidos aleatoriamente para tomar etravirina (400mg una vez al día) o bien efavirenz (600mg una vez al día) junto a dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido [ITIN] durante 12 semanas.

El 81% de los participantes eran hombres y el 85%, de etnia blanca. La mediana de edad era de 36 años, con un recuento de CD4 inicial de 302 células/mm³ y una carga viral de 4,8log₁₀ copias/mL. Estos parámetros estuvieron equilibrados entre ambos grupos. Según un análisis por intención de tratamiento, se dio una diferencia estadísticamente significativa a favor de etravirina en cuanto al porcentaje de personas que padecieron acontecimientos adversos neuropsiquiátricos de grados 1 a 4 entre los dos grupos (16,5% con etravirina y 46,2% con efavirenz).

Respecto a la eficacia de los tratamientos, en ambos grupos se observó una disminución de carga viral importante y similar (2,9log₁₀). La mediana en el incremento de CD4 fue de 146 células/mm³ en el grupo con etravirina y de 121 células/mm³ en el grupo que tomó efavirenz. Tres participantes del grupo con etravirina y 18 del grupo con efavirenz mostraron elevaciones del colesterol total de grados 2-4. En relación con el colesterol LDL (el llamado colesterol 'malo'), se produjeron elevaciones



de grados 2-4 en seis personas del grupo con etravirina y en 13 del grupo con efavirenz (*abstract* LBPE19). Aunque estos resultados sugieren que etravirina podría ser una alternativa a efavirenz, en la actualidad, este ITINN sólo está indicado para el tratamiento del VIH en personas con experiencia previa en tratamientos y no para aquéllas que empiezan la terapia por primera vez.

Etravirina después de efavirenz

Otro estudio, esta vez efectuado en personas con experiencia en la toma de antirretrovirales, observó qué ocurría tras un cambio de efavirenz por etravirina en pacientes que estaban experimentando los mencionados efectos adversos a nivel del sistema nervioso central. En este caso, se trató de un ensayo multicéntrico, de distribución aleatoria, a doble ciego y controlado con placebo que siguió durante 24 semanas a dos grupos de pacientes del Reino Unido. En uno de ellos se mantuvo la terapia inicial (efavirenz junto a dos ITIN), y en el otro se sustituyó efavirenz por etravirina. Tras esas primeras 12 semanas, todos pasaron a tomar tratamiento basado en etravirina y dos ITIN durante otras 12 semanas.

Al inicio del ensayo, los efectos adversos en el sistema nervioso central de grados 2-4 fueron parecidos en ambos grupos, mientras que al final del mismo se apreció que la reducción en la prevalencia de dichos efectos fue significativamente superior entre las personas que recibieron etravirina, tanto a nivel global como al considerar los siguientes síntomas por separado: insomnio, sueños vividos y nerviosismo. El conjunto

de los participantes mantuvieron indetectable la carga viral durante todo el ensayo (*abstract* MOPDB103).

Empezar con inhibidores de la proteasa

Atazanavir (Reyataz®) es un inhibidor de la proteasa conocido por tener un comportamiento muy favorable en lo que respecta a los lípidos. Darunavir (Prezista®), en estudios realizados durante su desarrollo, ya había ofrecido también datos óptimos. El estudio METABOLIK —promovido por Tibotec, la compañía propietaria de darunavir— compara cara a cara el perfil lipídico de ambos IP potenciados con ritonavir (Norvir®). Está diseñado para durar 48 semanas. En Viena, se presentó un análisis preliminar a las 12 semanas de tratamiento.

Este pequeño estudio lo empezaron 65 personas sin experiencia en tratamientos, que fueron repartidas en dos grupos: uno que tomó darunavir/ritonavir [800/100mg] más Truvada® una vez al día, y el otro que recibió atazanavir/ritonavir [300/100mg] también más Truvada® una vez al día.

Entre los pacientes que alcanzaron la semana 12, se obtuvieron datos de lípidos en 28 y 27 casos en los grupos con darunavir y atazanavir, respectivamente. Los resultados muestran aumentos, aunque modestos, de triglicéridos y colesterol LDL en ambos brazos. Sin que se tratara de diferencias estadísticamente significativas, dichos incrementos fueron menores con atazanavir. En cambio, en cuanto al colesterol total y la apolipoproteína A, la diferencia sí fue significativa, siendo el grupo con darunavir el que registró mayores aumentos. La apolipoproteína A es un componente del colesterol HDL, por lo que este incremento no hay que interpretarlo, de entrada, como negativo. Se espera que este estudio ofrezca datos a más largo plazo en próximas conferencias (*abstract* WEPE011).

Todos los *abstracts* mencionados en esta sección pueden consultarse [en inglés] en la web oficial de la conferencia (www.aids2010.org), así como también retransmisiones de las sesiones (*webcast*) y diapositivas de las presentaciones de los ponentes.

Además, pueden ser consultados informes en español de la Conferencia de Viena 2010 en detalle en la página web del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (www.gtt-vih.org).

EL PUNTO DE VISTA

del paciente crónico*

El VIH es la historia de la cronificación de una enfermedad social que va más allá de lo meramente clínico o virológico. Aparte de los innegables avances en el manejo a nivel farmacológico de la persona con VIH que han traído consigo un descenso en la morbimortalidad vinculada a esta enfermedad, la cronificación se ha producido también en todos los demás aspectos negativos que el VIH ha tenido asociados desde el inicio.

Con el paso de los años, hemos visto cómo de los cuadros agudos de prejuicio, precariedad, abandono, estigma, desigualdad, rechazo, miedo, discriminación, desinformación, desinterés político, soledad y muerte se ha pasado a una cronificación de todos ellos, incluido el de la muerte, entendida aquí como una lenta pero irremediable muerte social, muerte de interés y muerte biológica de ese goteo incesante pero constante de personas que, por ser las más vulnerables, con menos voz y más invisibles, aparecen como meros números inevitables y menores en una estadística incómoda, que a los responsables de salud pública les gustaría obviar al igual que hacen en sus políticas de salud.

El VIH se ha cronificado y también la precariedad económica de las ONG que trabajamos en la atención y prevención del VIH/sida.

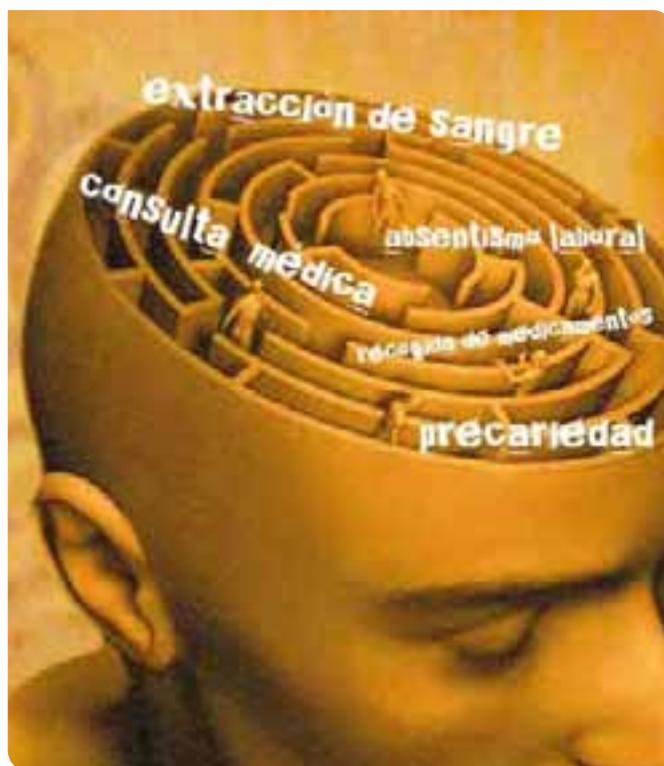
Se ha cronificado, asimismo, la precariedad de los equipos que tratan las enfermedades infecciosas, que continúan con el mismo o parecido personal para atender a un número creciente de pacientes, que además, y gracias a la cronificación de sus enfermedades, es progresivamente más numeroso y presenta un mayor número de comorbilidades.

Por otra parte, se ha hecho crónica la escasez o ausencia de equipos interdisciplinarios en los hospitales que pueden tratar de forma conjunta el importante deterioro que el VIH supone desde el punto de vista psicológico, nutricional, metabólico, neurocognitivo y emocional.

El paciente con VIH —y utilizo el término ‘paciente’ en su sentido etimológico, porque mucha paciencia ha de tener la persona que se ve afectada por esta enfermedad— se ve abocado a un peregrinaje cada vez mayor entre las distintas unidades que conforman esa fortaleza kafkiana en la que se han convertido muchos de los hospitales de este país.

Citas para la extracción de sangre, para la consulta con el médico de infecciosos o de medicina interna..., acomodarse a los horarios de farmacia para la recogida de medicamentos y a las nuevas restricciones en la cantidad dispensada que obliga a más visitas al despacho, en ocasiones incluso con periodicidad quincenal. No hay vida laboral que pueda sobrevivir mucho tiempo a este constante goteo de absentismo.

Si el paciente con VIH crónico sufre además alguna enfermedad asociada (por desgracia, cada vez más comunes), el periplo por las unidades de oncología, hematología, cirugía, dermatología, enfermedades digestivas, endocrinología, hepatología, psiquiatría, cardiología, nefrología o reumatología puede convertirse en una vuelta al mundo inacabable, que



termina no sólo con la vida laboral y social de la persona, sino también con su salud emocional.

Pero es aquí donde siempre hemos estado las ONG de VIH/sida: trabajando crónicamente en precario para facilitar, acompañar, asesorar, humanizar y, en muchos casos, hacer compatible con las necesidades y la vida de la persona esta peregrinación alienante que pocas veces pone al ser humano como centro de la intervención, a pesar de las grandes declaraciones bienintencionadas de los proyectos de salud pública.

Las ONG hemos pasado de una alarmante fase aguda de precariedad económica a una situación de escasez crónica que pone en peligro la propia existencia de muchas de las entidades que durante años han llevado a cabo numerosos servicios de atención y prevención de las poblaciones más vulnerables y en riesgo de exclusión.

* Ponencia presentada en el XIII Congreso Nacional sobre el Sida de la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SESIDA), Santiago de Compostela, 16-18 de junio de 2010.

En estos momentos de crisis económica y de grandes recortes, las políticas encaminadas a frenar la expansión del VIH/sida en colectivos marginados de manera permanente se ven aún más recortadas o directamente eliminadas por políticas cortas de miras que, lejos de velar por una verdadera salud pública a largo plazo, sólo pretenden presentar buenos cuadros de resultados inmediatos, sin parecer importarles los terribles efectos que políticas tan simplistas puedan tener a la larga.

Situaciones que se están viviendo en estos momentos por las ONG y las personas con VIH de la Comunidad de Madrid y de algunos hospitales muestran a las claras cómo se ha cronificado el desoír la voz de las personas seropositivas en la toma de decisiones de los responsables políticos o gerentes de los hospitales.

Nuestra participación como actores activos, maduros e informados en la toma de decisiones sigue en España endémicamente relegada a un segundo plano.

Se nos escucha *a posteriori*, como convidados de piedra a un banquete al que las buenas formas de lo políticamente correcto obligan, pero que esconde un prejuicio crónico hacia nuestra capacidad como interlocutores válidos y cualificados.

Se nos niega el derecho a la información, y nuestra participación activa en la toma de decisiones, que atañen de manera directa a nuestra salud y calidad de vida, en muchas ocasiones es puramente cosmética.

Mientras, las nuevas leyes de la sanidad pública ponen cada vez más el acento en los deberes de la persona en

el autocuidado y autogestión de su salud, y se proclama a los cuatro vientos un concepto de salud holístico en que el ciudadano es copartícipe junto a médicos y responsables de la sanidad pública de su salud y bienestar.

Los comportamientos de nuestros responsables y ejecutores públicos, en cambio, enlazan con la más rancia tradición de exclusión crónica, a la cual las personas seropositivas nos enfrentamos desde el inicio de la pandemia.

Poco han cambiado las actitudes sociales hacia el VIH/sida. Una de cada tres personas sigue considerando a las personas seropositivas como directamente responsables de su infección, y un mismo número se negaría a trabajar junto a una persona con VIH.

Cronificación del prejuicio que acompaña a la del desconocimiento sobre las vías de transmisión, que perpetúan los estereotipos de grupos de riesgo y el prejuicio hacia las personas más desfavorecidas socialmente o con actividades reprobables en el ámbito social.

La marginación, la pobreza, la privación de libertad y el miedo a lo diferente son el caldo de cultivo para la expansión de una pandemia que, sin un compromiso claro por parte de nuestros responsables públicos, continuará lastrando las cifras de resultados y comprometiendo las vidas de los más vulnerables, de las personas con menos voz.

Foros como el Congreso Nacional de SEISIDA son un ejemplo de cómo la interacción, la escucha activa y el trabajo en común de los diferentes actores que participamos en esta tragicomedia sanitaria pueden abrir puertas y ayudar a superar barreras y prejuicios. Hay que aprender de los demás, escuchar con

« Nos enfrentamos a momentos difíciles, en que las soluciones economicistas simplonas, adoptadas sin un debido diálogo y consenso, ahondarán más la brecha que se abre entre los que toman las decisiones, el personal sanitario y los pacientes. »

respeto y atención lo que nos comunican, y ser lo suficientemente humildes como para saber rectificar o modificar una decisión.

Saber cambiar de parecer no supone una pérdida o una derrota de nuestro punto de vista, sino un crecimiento que nos dignifica, nos hace ser mejores personas y evita, en muchas ocasiones, tomar decisiones equivocadas de las que podremos arrepentirnos a la larga.

Nos enfrentamos a momentos difíciles, en que las soluciones economicistas simplonas, adoptadas sin un debido diálogo y consenso, ahondarán más la brecha que se abre entre los que toman las decisiones, el personal sanitario y los pacientes.

Ahora, más que nunca, necesitamos que se empiece a cronificar el trabajo en equipo, el respeto, el diálogo y la participación.



SI TIENES **dudas** sobre el *uso de medicamentos* para tratar el **VIH**, puedes LLAMAR a: **Consultas gTt Tel: 934 582 641**

O FORMULAR TU CONSULTA EN:

www.gtt-vih.org/consultanos

¿Llegó la hora de los

microbicidas?

Los resultados del ensayo CAPRISA 004

El pasado mes de julio, en el transcurso de la XVIII Conferencia Internacional del Sida (celebrada en Viena), se presentaron los resultados del esperado estudio CAPRISA 004, en el que un grupo de mujeres sudafricanas probó un microbicida vaginal basado en tenofovir. Se comprobó cómo dicho microbicida permitió reducir en un 39% la posibilidad de contraer el VIH, lo que representó el primer éxito de este tipo de productos en la prevención del virus. También se estudió su capacidad para prevenir otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y se verificó que redujo en un 51% la probabilidad de infectarse por el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2).

Microbicidas de segunda generación

En los últimos años, el campo de los microbicidas había enlazado una cadena de fracasos consecutivos (como ocurrió en el caso de Carraguard o BufferGel), el último de los cuales se produjo justamente el año pasado, cuando se comprobó que PRO 2000 no ofreció ningún efecto protector frente al VIH (a pesar de que un ensayo previo con este producto había suscitado ciertas esperanzas). Este resultado negativo dio carpetazo a toda la línea de investigación de microbicidas denominados de 'primera generación', que actuaban de forma inespecífica frente al virus (bien modificando el medio vaginal [BufferGel] o bien fijándose electrostáticamente al VIH y actuando como barrera física para impedir la infección [Carraguard, PRO 2000]). Quedaban entonces todas las esperanzas puestas en los microbicidas de segunda generación (basados en fármacos antirretrovirales que actúan de forma específica contra el VIH), y por eso se esperaban con gran interés los resultados del estudio CAPRISA 004, en el que se probaba un gel basado en tenofovir (en una concentración del 1%).

Tenofovir es un inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleótido (ITINt) que ya se emplea con éxito en el tratamiento antirretroviral. Según Quarraisha Abdool Karim, directora asociada del Centro para el Programa de Investigación del Sida en Sudáfrica [CAPRISA, en sus siglas en inglés], se tuvieron en cuenta varias características en la elección de este fármaco para desarrollar un gel microbicida. Entre ellas, enumera su eficacia, su buen perfil de seguridad y el hecho de que su uso por vía oral

es capaz de prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo. Además, su formulación en gel se absorbe con rapidez y tiene una vida media prolongada, con una baja absorción sistémica, lo que minimiza la posibilidad de sufrir efectos secundarios y reduce la posibilidad de que se desarrollen resistencias en el caso de que una mujer utilice el producto sin saber que ya tiene el VIH.

Los datos del estudio

El ensayo de fase IIb CAPRISA 004 se llevó a cabo entre mayo de 2007 y diciembre de 2009 en KwaZulu-Natal (Sudáfrica) y consistió en un estudio de distribución aleatoria, a doble ciego y controlado con placebo. En él participaron 889 mujeres en situación de alto riesgo de adquirir el VIH. La pauta de empleo del gel fue de una aplicación 12 horas antes de las relaciones sexuales y otra en las doce horas siguientes, con un máximo de dos aplicaciones cada 24 horas.

Las participantes recibieron una visita mensual, en la que se les proporcionó *counselling* sobre los riesgos de adquisición del VIH, así como preservativos, tratamiento para las enfermedades de transmisión sexual, en caso necesario; también se les ofreció la posibilidad de hacerse la prueba del VIH y se realizó un seguimiento de los posibles efectos secundarios.

En el transcurso del estudio, un total de 98 mujeres se infectaron por VIH (38 en el grupo de tenofovir y 60 en el de placebo), lo que supuso que la tasa de infección entre las participantes que recibieron el gel con tenofovir fuera un 39% inferior que entre aquellas a las que se administró un placebo, una

diferencia significativa desde el punto de vista estadístico. No obstante, el mejor resultado se observó al cabo de un año, momento en que la incidencia entre las mujeres que recibieron el gel microbicida fue un 50% más pequeña. Obviamente, la frecuencia de uso del gel microbicida también comportó un mayor grado de protección. Las participantes que aplicaron el producto más del 80% de las veces que practicaron sexo tuvieron una reducción del 54% en su riesgo de infección por VIH, un valor que sólo llegó al 28% entre las que lo utilizaron menos de la mitad de las veces.

También, se comprobó que el gel tuvo un efecto protector frente al VHS-2: 29 participantes se infectaron por el virus en el grupo que recibió el gel con tenofovir, frente a 58 en el de placebo, lo que supuso una reducción del riesgo de un 51%. Esta protección frente al VHS-2 puede repercutir en una mayor protección ante el VIH, ya que las mujeres que desarrollan herpes genital son más vulnerables frente a este último virus.

En cuanto a la seguridad, las participantes emplearon el gel microbicida a lo largo de un período de entre un año y dos años y medio, sin que se observaran efectos secundarios de importancia (se detectaron más casos de diarrea entre las mujeres que tomaron el fármaco activo, pero en general el gel se toleró bien). Por otro lado, la absorción sistémica del producto (es decir, la cantidad que pasa a la sangre y se distribuye por el organismo) fue muy baja, lo que se reflejó en el hecho de que ninguna de las participantes infectadas a pesar de aplicarse el gel con tenofovir tuvo VIH resistente a este fármaco, una de las grandes

preocupaciones en el uso de microbicidas basados en antirretrovirales.

Si el dinero lo permite...

Los resultados fueron recibidos en la Conferencia del Sida de Viena con una comprensible satisfacción, puesto que se trata del primer resultado que demuestra la eficacia de un microbicida y puede marcar el inicio de una nueva era en la prevención de la infección por VIH. No obstante, aunque los resultados marcan un hito en la investigación (como ocurrió el año pasado con los resultados del ensayo tailandés de una vacuna contra el sida), no significa que este producto vaya a estar en el mercado a corto plazo. Sin duda es una buena noticia, pero aún son necesarios más estudios para despejar ciertos aspectos no tan positivos: la eficacia protectora no fue excesivamente alta (39%, cuando algunos expertos consideran que, para una intervención de este tipo, el umbral tendría que ser del 50%, como mínimo), existen pruebas de que la adhesión disminuyó con el tiempo, se ignora la aceptabilidad que tendrá este producto (un aspecto fundamental para que tenga éxito un microbicida es que las mujeres estén



dispuestas a utilizarlo), etc. Además, habría que comprobar su seguridad durante el embarazo y su idoneidad como microbicida rectal.

Desgraciadamente, uno de los principales problemas a los que se enfrentan ahora los investigadores no es la capacidad del VIH para burlar todas las estrategias con que han intentado frenarlo, sino la falta de recursos económicos. Estos prometedores resultados justifican

de sobra la necesidad de seguir estudiando este producto; de hecho, hay dos estudios previstos para confirmar la eficacia y seguridad de este producto, pero hoy en día, según ONUSIDA, apenas se ha recaudado algo más de la mitad de los 100 millones que se requieren, una cantidad totalmente insuficiente. Parece que la crisis económica ha venido para convertirse en uno de los mejores aliados del VIH.

El futuro de la investigación en vacunas

Recientemente, la Global HIV Vaccine Enterprise ha hecho público su plan científico estratégico, que establece una hoja de ruta para los próximos cinco años y que hace un llamamiento para que se reduzca el tiempo que tarda una candidata a vacuna a llegar a los ensayos de gran tamaño. No obstante, también admite que aumentar el número de estudios supone, igualmente, un aumento de los fondos necesarios, aunque considera que resulta más rentable que el coste de proporcionar tratamiento a todas las personas. Por otro lado, también reconoce que este campo precisa contar con nuevos talentos y debe esforzarse por atraer a los jóvenes científicos, para que aporten savia nueva y enfoques. En opinión del doctor Alan Bernstein (director de la mencionada organización), el ámbito de las vacunas les ofrece una gran oportunidad para desarrollar una exitosa carrera, al tiempo que colaboran en una labor altamente beneficiosa para la humanidad. Por último, admiten la necesidad de establecer contactos con otros campos —como la genómica— y aprovechar los últimos desarrollos tecnológicos y en computación.

Fuente: *Aidsmap*.

Tenofovir como profilaxis pre-exposición

Durante la XVIII Conferencia Internacional del Sida, se presentaron datos de un estudio —el cual contó con la participación de 400 hombres que practican sexo con hombres (HSH) en tres ciudades de EE UU— que evidenciaron que el uso de un comprimido diario de tenofovir resultó seguro y eficaz como profilaxis pre-exposición (PPrE) frente a la infección por VIH. Además, se comprobó que esta estrategia preventiva no aumentó la probabilidad de que los participantes se implicaran en comportamientos sexuales de riesgo (un temor habitual en este tipo de ensayos).

El empleo de tenofovir puede estar relacionado con la aparición de problemas renales o de pérdida de densidad mineral ósea; sin embargo, en el estudio no se registró ningún indicio significativo de estos efectos secundarios, aunque sí se dieron casos de diarrea, dolor de cabeza, dolor de espalda o depresión entre los participantes que tomaron el fármaco. A pesar de que ninguno de los participantes que adquirieron el VIH a lo largo de los dos años de seguimiento tomaba tenofovir en el momento de la infección. No obstante, el estudio carecía de la capacidad estadística para determinar la eficacia de la intervención.

Los primeros estudios sobre PPrE estudiaban la utilización de tenofovir en solitario, aunque los más recientes están probando la combinación de este fármaco con emtricitabina, una estrategia que ha resultado tener más eficacia en ensayos con animales que la monoterapia con tenofovir. A finales de este mismo año, se esperan los resultados del primer estudio de eficacia en humanos.

Fuente: *HIVandhepatitis*.

Acceso universal al tratamiento

En la XVIII Conferencia Internacional del Sida, celebrada en julio en Viena (Austria), científicos, profesionales de la salud y activistas de todo el mundo hicieron un llamamiento a los líderes internacionales para que se comprometieran a aportar 20 mil millones de dólares al Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis, dada la proximidad de la Conferencia de Donantes del mes de octubre.

El Fondo Mundial ha alcanzado grandes logros, como proporcionar terapia antirretroviral a 2,5 millones de personas o el tratamiento para evitar la transmisión vertical en 800.000 madres con VIH, lo que —se calcula— ha permitido salvar unos 4,9 millones de vidas.

Julio Montaner, presidente de la Sociedad Internacional del Sida (IAS, en sus siglas en inglés), destacó la importancia de que el Fondo Mundial continúe trabajando en la dirección correcta, para lo que será necesario un incremento de los fondos, dadas las actuales recomendaciones de iniciar el tratamiento con mayores niveles de CD4 y la capacidad para prevenir la transmisión que la terapia antirretroviral está demostrando.

Al cierre de esta edición, se supo que en la Conferencia de Donantes se alcanzó la cantidad de 11,7 mil millones de dólares para el periodo 2011-2013. Todavía no se sabe cuál es el compromiso del Gobierno de España, al que se le pide —en consonancia con la capacidad del país— un mínimo de unos 400 millones de dólares.

Más información en:

www.theglobalfund.org/es

Fuente: IAS.

Tratamiento 2.0

Una nueva iniciativa impulsada por ONUSIDA, conocida como Tratamiento 2.0, ha sido creada para incrementar el acceso a los antirretrovirales, reducir las tasas de nuevas infecciones, fortalecer la respuesta comunitaria a la epidemia y disminuir los costes de la atención a las personas con VIH de países en vías de desarrollo.

Dicha iniciativa pretende la colaboración de científicos, activistas del sida, países y laboratorios farmacéuticos para lograr sus objetivos.

Tratamiento 2.0 considera que el desarrollo de nuevas combinaciones de antirretrovirales en un comprimido facilitará la distribución y administración de los fármacos, minimizando el desarrollo de resistencias. Asimismo, la iniciativa subraya la necesidad de pruebas sencillas para realizar recuentos de CD4 de bajo coste. Estas mejoras tanto del tratamiento como del control de la infección posibilitarían la prevención de la transmisión derivada de una terapia antirretroviral eficaz.

La movilización del activismo para la provisión de servicios a la comunidad, tanto a nivel preventivo como en personas que viven con VIH, optimizaría el control y el diagnóstico precoz de la infección, además de reducir los costes de la terapia antirretroviral.

La implicación de los diversos agentes y la aportación de fondos serán esenciales para el desarrollo de Tratamiento 2.0, una iniciativa cuyo desarrollo podría generar importantes avances en el control de la infección por VIH en países con recursos limitados.

Fuente: EATG.

Namibia levanta las restricciones de entrada a personas con VIH

La ministra de Interior de Namibia, Rosalía Nghidinwa, anunció el pasado 8 de julio la retirada de los mecanismos de control de inmigración de todas aquellas normativas que impedían la entrada al país de personas con VIH.

Aunque la normativa no se estaba aplicando, su simple existencia generaba estigma y discriminación en personas con VIH. La Red Mundial de Personas que Viven con VIH/Sida (GNP+) ha agradecido la decisión del Gobierno de Namibia y ha instado al resto de países a seguir su ejemplo y actualizar sus leyes para eliminar las restricciones de entrada, permanencia y residencia de personas que viven con VIH.

Más información sobre países con restricciones de entrada para personas con VIH en: www.hivtravel.org.

Fuente:
ONUSIDA.

Recortes mundiales en la financiación de los programas anti-VIH

Un informe llevado a cabo por la Coalición Internacional para la Preparación en Tratamientos (ITPC, en sus siglas en inglés) destaca los incumplimientos que están teniendo lugar a escala global respecto a la financiación de los tratamientos anti-VIH.

Estos recortes están generando limitaciones en el número de personas que acceden a los antirretrovirales y desabastecimientos más frecuentes de algunos fármacos.

Creado en el año 2001 con el beneplácito del G8, el Fondo Mundial se fundó con la intención de recaudar 10.000 millones de dólares anuales, aunque sólo se ha alcanzado la cifra de 3.000 millones al año.

En el 2008, el Congreso estadounidense prometió 48.000 millones de dólares durante cinco años al Plan de Emergencia del Presidente de EE UU para Paliar el Sida (PEPFAR, en sus siglas en inglés). En el presente año, la crisis económica ha sido utilizada para detener la progresión de los incrementos de fondos, lo que está dejando ya sin tratamiento a población africana que se había acogido a programas financiados por PEPFAR. El Congreso de EE UU también ha recortado en 1.700 millones de dólares las ayudas previstas al Fondo Mundial para el período 2010-2011.

Los países africanos se comprometieron en el año 2001 a invertir el 15% de sus presupuestos en sanidad. Sólo tres de los 52 países habían logrado el objetivo en el 2007.

El Reino Unido, por su parte, se comprometió a aportar al Fondo Mundial 1.000 millones de dólares en el período 2008-2015. Al ritmo de aportaciones vigente, deberían duplicar sus donaciones anuales para alcanzar dicho objetivo.

Por último, las donaciones privadas han disminuido durante los últimos años tanto en el ámbito europeo (han caído un 7% desde 2006) como estadounidense (con un descenso de, aproximadamente, un 3%).

Fuente: *ITPC.*

Los programas de distribución de antirretrovirales en EE UU se tambalean por la crisis

Los programas federales de distribución de antirretrovirales a la población con bajos ingresos han experimentado recortes en EE UU. Un total de 1.800 de personas se han visto relegadas a listas de espera que, pocos años atrás, se encontraban prácticamente vacías.

Once estados han interrumpido el ingreso de nuevos usuarios a estos programas —entre los que destaca Florida, el tercer estado de la

federación con mayor número de personas con VIH—. Además, otros tres estados han aumentado los criterios de selección.

En algunos estados se ha reducido el número de fármacos disponibles para recortar gastos, lo que limita las posibles combinaciones de antirretrovirales y pone en peligro a personas con virus resistentes a diversos medicamentos.

Sin un acceso continuado a los fármacos, las personas que necesitan de estos programas para tratar la infección por VIH tendrán una mayor probabilidad de desarrollar sida, con el grave riesgo para su vida que este hecho comporta.

Las compañías farmacéuticas están negociando descuentos para los programas estatales y proporcionando antirretrovirales gratuitamente a algunas personas. También agencias de servicios sociales, como AIDS Healthcare Foundation, están facilitando fármacos de forma gratuita a personas que no han sido aceptadas en los programas federales, pero la situación todavía está lejos de solucionarse.

Se espera que la reforma sanitaria impulsada por el presidente Obama (totalmente implementada en el año 2014) compensará las deficiencias del actual sistema sanitario en lo que respecta a las personas con VIH y pocos recursos, pero para algunas de ellas podría ser ya demasiado tarde.

Fuente: *The New York Times.*

Con Tacto

Affix
Postage
Here

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 1ª 08013 Barcelona. Nosotros se lo haremos llegar a la persona interesada.

Atención: para aquellos anuncios en los que aparece un E-mail o Teléfono como forma de contacto, por favor, no mandéis cartas; gTt no dispone de los datos postales.



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: 1235

Chico gay de 39 años, deportista, 1,80m, 78kg, moreno, pelo corto, barbita. Quiero conocer a chicos para relación estable o amistad. Zona de Alicante o alrededores. E-mail: arko210@hotmail.es

Ref: 1236

Isa, chica de 40 años, VIH+, vivo sola en Granada. Busco a un amigo que me acompañe, que sea humano, sensible, comprensible y generoso. Es importante un buen amigo y necesario para nosotros que estamos hartos de tanto dolor. Telf.: 609 555 465. E-mail: isasal2@hotmail.com

Ref: 1237

Hombre, 1,84m, 86kg, rubio de ojos claros. Me gusta el deporte; soy amante de la naturaleza, el cine y la lectura. Busco a chico sincero y guapete, para compartir mi vida. Madrid. Telf.: 605 584 593. E-mail: jozef1634@orange.es

Ref: 1238

Alba, 38 años, transexual, VIH+. Femenina, sexy y espiritual. Disfrutando de

la magia de la vida, tengo el corazón roto. Adoro la naturaleza, los animales, la lectura y la música. Busco a un hombre atractivo, con buenas aptitudes y de gran corazón. Girona. E-mail: diosesamor@hotmail.es

Ref: 1239

Tomás, 30 años, gay, bien parecido, VIH+ (asintomático), sincero. En lo sexual soy versátil. Deseo encontrar mi felicidad. Busco a una persona especial para mi vida. Cuba. Telf.: 535 3349 538 (móvil) y 533 321 4021 (casa). E-mail: tgh@fcm.cav.sld.cu

Ref: 1240

Chico de 45 años, VIH+ (asintomático). Me encantaría conocer a una chica similar para amistad o lo que surja. Vivo a 70km de Calahorra. Telf.: 699 047 938

Ref: 1241

Cameron, 67 años, delgado, 1,70m, 65kg (asintomático). Por cambio de domicilio me siento perdido y solo (Alicante). Me gustaría compartir naturaleza, arte y vida sencilla y cultural.

Me considero sensible y responsable, más pasivo que activo; no me van los lugares de ambiente aunque lo respeto. Busco a alguien bien masculino y activo. E-mail: cameronkarr@yahoo.es

Ref: 1242

Chico de 38 años, VIH+, 1,79m, 75kg. Rubio, pelo corto, buen físico. Me gustaría conocer a una chica de Mallorca para relación estable. Enviar e-mail con fotografía: prometo contestar lo antes posible. E-mail: yo1971@hotmail.es

Ref: 1243

Tengo 46 años (asintomática) y vivo en Las Palmas de Gran Canaria (España). Quiero conocer a un hombre para poder entablar buena amistad y compartir buenas experiencias. Luego el tiempo dirá el resto. E-mail: laspalmas20102@hotmail.com

Ref: 1244

Chico, 48 años, VIH+, divorciado, vivo solo. Me gustaría encontrar una pareja para compartir la vida. Busco una chica seria, apasiona-

da, simpática y con ganas de vivir (también chicas de Barcelona). Calafell. E-mail: dartacan10@hotmail.com

Ref: 1245

Osnel. Busco a personas que han pensado en algún momento que sus días se han acabado, que no encuentren a nadie con quien hablar, desahogarse y necesiten un hombre amigo. Yo estaré dispuesto a brindarles todo el apoyo emocional que se merezcan. E-mail: omarj@ucm.vcl.sld.cu

Ref: 1246

Chico, 29 años, divertido, agradable, buena apariencia, con salud y proyectos en Valladolid. Me gusta la lectura, el cine, la música, discutir sobre política y filosofía. Busco a una chica que sepa divertirse, que disfrute de la vida, con carácter y sentido del humor. Abstenerse gente dependiente que piense que la vida es un asco. E-mail: dkas1980@gmail.com

Ref: 1247

Hombre 49 años, VIH+ (asintomático), 1,70m. 69Kg. Gay, en general pasivo. Soy

sincero, abierto de mente y con ganas de vivir. Sé lo que es amar y no renuncio a una relación estable. Si buscas lo mismo, llámame. Barcelona. Telf.: 639 279 609. E-mail: jangarfe@gmail.com

Ref: 1248

Gabriel, 37 años, VIH+ (asintomático), 1,80m, 79kg, pelo corto de color castaño y ojos verdes. Soy muy romántico, cariñoso y detallista. Actualmente me encuentro privado de libertad. Me gustaría recibir correspondencia si alguna chica está dispuesta a darme una oportunidad.

Ref: 1249

Chico de 41 años, sensible y soñador. Me gusta escribir, viajar, el sol y el mar. Me encuentro preso y a ocho meses de mi libertad definitiva. Busco a una mujer para rehacer mi vida.

Ref: 1250

Chico de Barcelona, 30 años, VIH+ (asintomático). Formación universitaria. Me gusta el deporte, la lectura y los temas espirituales aunque no soy religioso. Soy una persona sana, sin vicios. Busco a chica para posible relación. E-mail: egbcnjkk@gmail.com

Ref: 1251

Heterosexual, VIH+, 48 años, moreno, alegre, alto, lleno de energía, sentimental y romántico. Busco a mujer similar para comenzar juntos una bella amistad. E-mail: nolopienses333@gmail.com

Ref: 1252

Mujer de 48 años, jubilada, económicamente independiente, alegre, con ganas de vivir y aprender. Me gusta la lectura, la música, la tranquilidad y soy muy casera. Busco a compañero y cómplice, que sea sensato y esté dispuesto a una relación seria. Andalucía. E-mail: cialezma@live.com

Ref: 1253

Universitario, gay, 43 años,

1,78m, 76kg, VIH+. Soy deportista. Busco a chico con similar perfil para relación o amistad, que le guste el deporte, la cultura, reír, relacionarse, la naturaleza, los animales y viajar. No malos rollos. Madrid. E-mail: juncarr@hotmail.com

Ref: 1254

Cubano, gay, 46 años, pasivo. Soy sincero, cariñoso, amante de los animales y la naturaleza. Busco pareja similar. E-mail: mariofdez@infomed.sld.cu

Ref: 1255

Hombre, 45 años, VIH+ (asintomático). Vivo en Girona y soy bien parecido. Deseo conocer a chicas para amistad y lo que surja. Telf.: 972 597 002

Ref: 1256

Juan, 25 años, VIH+, 1,88m, 80kg. Soy gay pasivo. Busco amistad y/o pareja. Madrid. E-mail: juan.uy@live.com

Ref: 1257

Lito, 36 años, VIH+, 1,70m, 65kg, moreno, alegre y deportista. Me gustaría conocer a algún chico de entre 30 y 50 años en mi misma situación, que viva en Tarragona o Barcelona, abierto a lo que surja. Si estás interesado en conocerme, escribe a mi correo. E-mail: perdidos2010@live.com

Ref: 1258

Tony, 45 años, VIH+, gay, varonil, ojos azules, pelo muy corto, 1,70m, 66kg. Busco a amigos de Madrid para amistad y lo que surja. E-mail: nadie1937@hotmail.com

Ref: 1259

Chico de 47 años, privado de libertad, busca a chicos de 18 a 30 años, para amistad y lo que surja. Preferentemente de Cantabria, País Vasco, Asturias y Castilla-León.

Ref: 1260

Cubano, estudiante de medicina, 24 años, VIH+ (asintomático).

En tiempo libre me dedico al arte e idiomas. Vivo cerca de la costa y me gustaría hacer amistades sin distinción de sexo, edad u orientación sexual, con personas de España y Europa. E-mail: yrodriguezp@golfo.grm.sld.cu / hiragana64@yahoo.es

Ref: 1261

Chico de 34 años, desea ampliar su círculo de amigos de cualquier ciudad de España, para entablar sana amistad. A los interesados les responderé con mucho gusto.

Ref: 1262

Chico de 43 años, VIH+ (asintomático), delgado, 1,74m, pasivo, tímido, amante del cine, literatura y los idiomas. Deseo conocer a chico activo, mayor de 40 años, para relación duradera. E-mail: corujomario3@gmail.com

Ref: 1263

Cubano, 39 años, VIH+. Consciente de que la comunicación por e-mail es un tanto difícil desde Cuba, pero no imposible. Deseo tener la oportunidad de conocer personas de todas partes del mundo. Si te interesa mi amistad sincera, escribeme. E-mail: osniel04@mercaderias.zzn.com

Ref: 1264

Gay, 34 años, universitario, guapo, buen cuerpo de gym, de carácter formal y serio. Busco a chico de mi edad, preferiblemente activo, para comenzar una relación. Valencia. E-mail: jacxxx26@hotmail.com

Ref: 1265

Hombre, 44 años, 1,74m, 67kg, buena apariencia, varonil, educado y juvenil. Me gusta viajar. Quiero conocer a chico entre 35 y 45, sincero, educado e independiente, para amistad o formar pareja estable. Málaga. E-mail: tbuscomalaga@hotmail.com

Ref: 1266

Hombre maduro, 1,78m, 85kg, cabeza afeitada, barba, masculino, directo, sincero y honesto. Me gusta el campo, los animales, la vida sana, la naturaleza, leer, cocinar, escuchar música y viajar. Busco a similar para compartir experiencias y vida. E-mail: ptrux7@yahoo.es

Ref: 1267

Carlos Alberto, cubano, gay, 35 años, 1,67m, piel trigueña y de ojos pardos. Me gustaría conocer a un hombre gay, para formar una bonita amistad y lo que surja. Deseo que me escriban personas sinceras y seguras de lo que quieren en la vida. Telf.: 535 313 1641. E-mail: ismeybism@fcm.cav.sld.cu

Ref: 1268

Carmen, 43 años, VIH+, busco a hombre de mi misma edad o mayor, que sea seropositivo o entienda mi problema, para poder mantener una relación que nos complementa, construir un futuro y ser felices. Barcelona. E-mail: carmenbonache@hotmail.es

Ref: 1269

Varón, cariñoso, amante de los animales, la naturaleza, la vida tranquila, la lectura, música y paseo. Busca jubilado similar, para formar pareja. Castilla y León. Telf.: 605 443 367

Ref: 1270

Antonio, 54 años, 1,69m, con principios y valores, muy sincero, me gusta viajar. Privado de libertad por poco tiempo. Busco a mujer responsable, sería y sin adicciones, no importa nacionalidad.

Ref: 1271

Hombre, 45 años, 1,73m, 66kg. Busco a hombre varonil, con ganas de compartir una cena, un viaje o toda una vida y tener una relación estable. Valoro

sinceridad, lealtad y sencillez. E-mail: envalencia2010@hotmail.com

Ref: 1272

Hombre, 51 años, con buen aspecto. Busco a hombres de 33 a 43 años, normales y discretos, para una relación estable. Preferentemente de Vizcaya y provincias similares. Telf.: 695 772 635.

Ref: 1273

Hombre, 47 años, VIH+ (indetectable), pasivo y masculino. Busco a hombre activo y masculino, en Madrid o alrededores. E-mail: batgass@gmail.com

Ref: 1274

Hombre, 48 años, VIH+, masculino y pasivo. Busco a hombre más o menos que sea activo, morbosos, masculino, indetectable y con buena salud. E-mail: gastharo@gmail.com

Ref: 1275

Chica, 43 años, VIH+, sin necesidad de tratamiento, buena persona. Me gusta pasear, viajar, estudiar, la familia y los amigos. Deseo conocer a un chico sensato para amistad y posible relación estable. Castellón. E-mail: guiller1967@hotmail.es

Ref: 1276

Hombre, 44 años, 1,72m, 67kg, VIH+ (recién diagnosticado), culto, varonil, atractivo, independiente y buena persona. Busco a hombre similar para relación estable y compartir proyecto de vida. E-mail: comenzandoen2010@hotmail.com

Ref: 1277

Mujer, 47 años, VIH+ (asintomática), fumadora, vegetariana, solitaria, sencilla, amante del rock, la filosofía y la psicología. Busco amistad con personas similares. E-mail: mariamadrizz@live.com

Ref: 1278

Nuria, 50 años. Me gustaría conocer a gente para sonreírle a la vida. Soy gallega

y me encanta viajar. E-mail: nuriarce@hotmail.com

Ref: 1279

Chico, 39 años, Barcelona. Me gustaría conocer a chica para compartir actividades, que disfrute de una buena conversación, con inquietudes, sentido del humor y ganas de reír. Escribir a e-mail: rubiobcn71@hotmail.es

Ref: 1280

José, barcelonés, VIH+ (asintomático), privado de libertad. Soy comprensivo, positivo y amigo. Me gusta escribir. Quiero conocer a chicas de 30 años en adelante, para una bonita amistad y, desde la franqueza, compartiendo lo que ella necesite.

Ref: 1281

Chico de Madrid, 45 años, VIH+ (asintomático) y con dos hijos. Muy deportista y universitario. Me gusta la lectura y el cine. Desearía encontrar una mujer que le apetezca encontrar un chico con el que construir un futuro común. Si eres tú me puedes escribir a E-mail: m_treville@hotmail.com. Te espero.

Ref: 1282

Chico valenciano, 45 años. Me encuentro fenomenal en todos los sentidos, abierto, emprendedor, dinámico y rebelde. Busco chica no mayor de 42 años, con ideas claras para relación seria. Escríbeme y envía tu foto a mi e-mail: yunta09@orange.es

Ref: 1283

Mujer, 54 años, VIH+ (asintomática), 1,58m, 52kg, muy buena salud. Si eres un hombre honrado, sincero y no fumador, podemos ser amigos o lo que Dios quiera. Madrid. Telf.: 686 956 208.

Ref: 1284

Hombre, 39 años, VIH+ (asintomático), gay, pasivo, 1,87m, 84kg. Busco amistad, relación y lo que surja. Madrid. E-mail: alberto.rc71@gmail.com

Ref: 1285

Hombre, 59 años, VIH+, 1,68m, 75 kg, atractivo, simpático, muy velludo y con bigote. Deseo conocer a hombres de edad similar o más joven, para amistad o lo que surja, preferiblemente de Madrid, Guadalajara o corredor de Henares. Telf.: 634 520 829. E-mail: libraluis50@yahoo.es

Ref: 1286

Miguel Ángel, 38 años, buen aspecto. Me gustaría conocer a chica con VIH para iniciar una amistad, soy de Sevilla. Telf.: 676 265 997. E-mail: miloro@live.com

Ref: 1287

Hombre, 40 años, gay, VIH+ (asintomático), 1,85m, 82kg, residente en Palma de Mallorca, sano, deportista, pasivo y en forma. Busco nuevas amistades y abierto a relación estable. E-mail: confidencial747@hotmail.es

Ref: 1288

Barcelonés de 39 años, VIH+ (asintomático). Licenciado, con buena presencia, educado y alegre. Deseo conocer a una mujer con VIH+, tranquila, atractiva, sincera y cariñosa, para relación estable o amistad. E-mail: samoa222@gmail.com

Ref: 1289

Hombre, 45 años, VIH+, gay, pasivo. Soy pensionista, tengo una pequeña minusvalía en la pierna. Me gusta la naturaleza y los animales, me encuentro solo. Quiero conocer amigos de mi edad, para compartir la vida. Madrid. E-mail: anzoni40@yahoo.es

Ref: 1290

Hombre, 44 años, educado, deportista, alto, buena presencia, vital y con ilusiones. Con trabajo. Deseo conocer a mujer similar, para relación seria y con mucho amor. Madrid. E-mail: lovesoldier12@hotmail.com

Ref: 1291

Asturiano, 45 años, VIH+

(asintomático), 1,68m, 64kg, guapete y versátil. Soy amante de los animales. Busco a chico de entre 45 y 50 años, sincero y cariñoso, para relación estable, preferentemente del norte de España. Telf.: 655 309 888.

Ref: 1292

Vicente, 50 años, 1,80m, maestro jubilado. Busco mujer cerca de Valencia que le guste salir a la naturaleza. Valencia. Telf.: 961 175 524. E-mail: vicent960@msn.com

Ref: 1293

Hombre, VIH+ (asintomático), 1,84m, 88kg, guapete, fuertote, rubio, ojos claros, simpático y sincero. Me gusta el deporte, amante de la naturaleza, la vida sana y romántico. Busco a chico guapete para compartir mi vida. Madrid. Telf.: 605 548 593. E-mail: jozef1634@orange.es

Ref: 1294

Miguel, 51 años, VIH+ (asintomático), 1,70m, 73kg, bien parecido. Soy sincero y agradable. Deseo contacto con hombre sincero y buena gente, no menor de 45 años. Sur de Navarra. Telf.: 638 607 407.

Ref: 1295

Felipe, bilbaíno de 45 años, VIH+. Busca a mujer cariñosa, compañera, no competitiva, que verdaderamente desee constituir una pareja estable, para mutuamente hacernos esta vida más llevadera. E-mail: filiposam@hotmail.es

Ref: 1296

Chico, VIH+ (asintomático), soltero, deportista y de buen físico. Deseo conocer a alguna chica de Valladolid, Castilla y León. Telf.: 685 153 040. E-mail: vallisoletano@hotmail.es

Ref: 1297

Chico, 39 años. Busco a alguien ordenado, limpio, no fumador y responsable, para compartir piso equipado, bien situado y luminoso. Cen-

tro de Barcelona (La Rambla).
E-mail: ntmadi@hotmail.com

Ref: 1298

Gay, 44 años, pensionista, seropositivo, pasivo, no afeminado. Soy cariñoso, amante de la naturaleza y animales. Busco a un hombre cariñoso para compartir los buenos y malos momentos de la vida. Madrid. E-mail: acm70@hotmail.com

Ref: 1299

Manu, gay, 44 años, VIH+ (asintomático), fiel, sincero, buena persona. Deseo conocer a gente similar, para relación estable y compartir el futuro. Abstenerse quien no busque respeto y no tenga las ideas claras. E-mail: macecer@hotmail.com

Ref: 1300

Juanma, 48 años, VIH+ (asintomático), trabajador. Me encanta la naturaleza y viajar. Busco amistad o lo que surja con mujeres afines. País Vasco/ Cantabria. Telf.: 686 154 782. E-mail: lolillo-lin@hotmail.com

Ref: 1301

¡Hola! Soy Isabel, tengo 50 años. Hace 6 años me diagnosticaron el VIH. Me gustaría conectar con personas que estén en mi misma situación. Resido en Salamanca. E-mail: isabel.basida@hotmail.com

Ref: 1302

Mujer, 45 años, VIH+ (asintomática), sin hijos. Sé que es difícil conseguir un com-

pañero que me entienda, me quiera y me cuide, pero tengo fe en que la vida me enviará a la persona correcta, para compartir la felicidad. La vida es bella. Puedes escribir al e-mail: poi10@hotmail.es

Ref: 1303

Transexual, 42 años, 1,78m, 78kg, pasiva. Busco a hombre activo de toda España, a partir de 40 años, con perilla, velludo y formal, para relación seria. Preferentemente que se pueda desplazar. Telf.: 680 43 66 40.

Ref: 1304

Fran, gallego, 43 años, VIH+. Soy divorciado, me gusta el campo, los animales y viajar cuando puedo. Quiero conocer a una chica como yo, casera, fuera de vicios y que pueda viajar. Espero vuestros llamadas. Telf.: 664 664 148/663 502 519.

Ref: 1305

Madrileña, transgenero femenina, pasiva y asintomática, 45 años, atractiva, positiva y espiritual. Me gustan los perros, la naturaleza y la meditación. Espero encontrar a un compañero atractivo, vital y espiritual con quien compartir este sendero evolutivo. Telf.: 649 040 288. E-mail: helenacarretero40@yahoo.es

Ref: 1306

Mujer, busco hombre mayor de 45 años. Me gustaría encontrar a alguien que quiera tener una relación seria, que

quiera rehacer su vida a mi lado. E-mail: neska22299@hotmail.com

Ref: 1307

Pere, 59 años. Me gustaría encontrar un chico para relaciones de amistad, que sepa lo que quiere, activo y cariñoso.

Ref: 1308

Hombre, 50 años, VIH controlado. Me gustaría encontrar a una mujer en mi misma situación, que tenga intenciones de reanudar su vida en todos los sentidos. Barcelona. E-mail: j.rebollar@hotmail.es

Ref: 1309

Chica de 47 años, busco chico sin malos hábitos que le guste el deporte y la vida sana para posible amistad o pareja. Andalucía. Telf.: 646 188 642.

Ref: 1310

Chico bien parecido, me gustaría conocer a chica de Castilla y León. Telf.: 685 644 778. E-mail: palentinolive@hotmail.com

Ref: 1311

Enrique, 43 años, VIH+ (asintomático), jubilado. Me gustaría conocer chica entre 40 y 45 años. Me gusta pasear, leer, ir al cine, los animales y pasármelo bien. Salamanca. Escríbeme o llámame al Telf.: 615 063 774.

Ref: 1312

Merche, 54 años, 1,65m. Quiero conocer señor de 55

a 60 años, culto, no drogas, que le guste el mar, el cine, pasear y conocer lugares bonitos. Soy muy cariñosa, me gusta la seriedad. Contestaré a todos. Sevilla.

Ref: 1313

Chico de 36 años, VIH+ (asintomático), fiel, sincero, emprendedor, atractivo, culto, sano, deportista, apasionado de la música. Deseo conocer chico similar hasta 40 años. Barcelona. E-mail: john_boy_74@hotmail.com

Ref: 1314

Mujer de 37 años, con ganas de rehacer su vida. Me encuentro bien de salud y con muchas ganas de vivir. Soy independiente. Me gustaría encontrar un hombre de edad entre 38 y 45 años. E-mail: bom_boncito_666@hotmail.com

Ref: 1315

Chico de 38 años, VIH+, rubio, ojos azules, 1,73m. 75Kg. Romántico y dicen que simpático. Busco amiga o lo que surja. Actualmente me encuentro privado de libertad. Prometo contestar y agradecería fotografía, aunque no es imprescindible. Castilla y León.

Ref: 1316

Cariñoso oso gay de 46 años, VIH+ (asintomático), 1,80m. 75Kg. Me gustaría conocer hombre para amistad y relación estable. Mejor gente de la zona de Guipúzcoa. E-mail: lovcat@hotmail.es

ONG [Redacción

Bosque de la memoria

Memorial permanente del sida del Comité Ciudadano antisida de Asturias

El Bosque de la Memoria en Gijón es un espacio de recuerdo y reflexión que refleja el sentimiento de quien falleció a causa de esta enfermedad, el coraje de quién lucha contra ella y el esfuerzo de todas las personas para contribuir a poner fin a esta pandemia.

El Comité de Asturias es una ONG volcada en la defensa y promoción de los derechos humanos, también ofrece servicios de atención y acompañamiento para personas con VIH.

Más información:

Ramón y Cajal nº39, bajo
33205-Gijón (Asturias)
Telf.: 985 33 88 32 y 985 33 88 32
info@comiteantisida-asturias.org
www.comiteantisida-asturias.org



El bosque está ubicado en el Parque de los Pericones en Gijón.

No estamos solos <http://vih-no-estamos-solos.ning.com/>



La irrupción de las redes sociales en internet, como Facebook, Tuenti o Twitter, ha supuesto una revolución en la forma en que nos comunicamos y relacionamos con otras personas. 'No estamos solos' es una red social que, a diferencia de las más conocidas, está pensada y dirigida a personas que viven con VIH y para sus familiares y amigos. En

la actualidad, esta red social —gratuita y en español— cuenta con una comunidad de 616 miembros de España y siete países Latinoamericanos. Además de las herramientas habituales en este tipo de redes (crear un perfil, hacer amistades o compartir información), 'No estamos solos' pretende acompañar a aquellas personas que acaban de recibir el diagnóstico de VIH y que buscan el apoyo emocional y la experiencia entre iguales. Este sitio web ofrece una actualización constante de temas científicos, médicos y sociales relacionados con la infección por VIH publicados en otras webs de referencia.

Creación positiva: nueva web www.creacionpositiva.net/



Desde la aparición de Creación Positiva allá por el 2001, esta ONG ubicada en Barcelona se ha consolidado como un referente de ámbito estatal en la promoción de la salud y la defensa de los derechos humanos desde la

perspectiva de género. Una gran parte de las acciones de incidencia política y prevención que realizan y las actividades y servicios que ofrecen a personas con VIH se pueden consultar en su sitio web, el cual ha sido renovado recientemente con un nuevo diseño y arquitectura que hacen de esta página un sitio más dinámico y útil para las y los internautas. La oferta de actividades y talleres hará las delicias de todas y todos aquellos que buscan una atención holística en un entorno agradable.

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 **Ali-cante:** Cips 900702020 Decide–T 600968210 **Benidorm:** Amigos 965862812 **Almería:** Colega 950276540 **Asturias:** Gijón: C.C. Anti–Sida 985338832 **Oviedo:** Xega 985224029 **Badajoz:** Plataforma Diversidad 924259358 **Balears:** Mallorca: Ben Amics 971723058 ALAS 971715566 **Barcelona:** Acas Catalunya 933170505 Actua 934185000 Creación Positiva 934314548 Coordinadora Gai–Lesbiana 932980029 Gais Positius 932980642. gTt 932080845 P.A.I.T 934240400 Projecte dels Noms 933182056 Sida–Studi 932681484 **Granollers:** AUMMO 615681422 **Sabadell:** Actúa Vallès 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 Cádiz 965212200 **Algeciras:** C.C.Anti–Sida 956634828 **La Línea:** C.C.Anti–Sida 956237146 **Arcos de la Frontera:** Girasol 956717063 **Cáceres:** C.C.Anti–Sida 927227613 **Castellón:** A.C.Contra el Sida (Casda) 964213106 **Córdoba:** Colega 957492779 Convihta 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 **Figueras:** 972672167 ACAS **Sant Feliu de Guixols:** 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 928230085 **Lleida:** A.Anti–Sida 973261111 **León:** C.C.Anti–Sida 987235634 **Ponferrada:** Asociación Caracol 987402551 **Logroño:** C.C.Anti–Sida 941255550 **Lugo:** C.C.Anti–Sida 982263098 **Madrid:** Apoyo Positivo 913581444 COGAM GayInform 915230070 Colega 915211174 FIT 915912019 MADVIHDA 912503251 UniverSIDA 913143233 **Málaga:** A.C.Anti–Sida (ASIMA) 952601780 Colega 952223964 **Murcia:** AMUVIH868931293 C.C.Anti–Sida 968298831 **Cartagena:** C.C.Anti–Sida 968521841 **Ourense:** C.C.Anti–Sida 988233000 **Palencia:** C.C.Anti–Sida 979749451 **Pamplona:**

C.C.Anti–Sida 948212257 SARE 948384149 **Pontevedra:** CCANVIHAR **Vilagarcía de Arousa:** 986508901 Sede **Pontevedra:** 695557373 **Salamanca:** C.C.Anti–Sida 923219279 **Santander:** A.C.Cántabra Anti–Sida 942313232 **Sevilla:** ADHARA 687245264 DeFrente LGTB 693493926 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 Día EL FARO 963910254 Centro CALOR Y CAFÉ 605921206 **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: Información sobre VIH/SIDA: 900 111 000 Plan Nacional sobre el Sida, gestionado por Cruz Roja Española. **CESIDA:** 902362825 **FUNSIDA:** 947240277 **Plataforma NATC:** 948331023 **REDVIH:** 934584960

Si quieres actualizar los datos o incluir una organización nueva, manda un fax al 932070063 o un correo a contact@gtt-vih.org

EL MÉDICO



LA INVESTIGACIÓN



LAS PERSONAS



UNIDOS SOMOS MÁS FUERTES

Janssen-Cilag, división tibotec, a través de la investigación y desarrollo de nuevos antirretrovirales, quiere unirse a la labor de todos los especialistas que se comprometen frente al VIH y a la voluntad de miles de personas que cada día conviven con él. Porque sólo unidos conseguiremos avanzar frente al VIH.





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 que hacerlo con frecuencia.

cuídate



En esta nueva sección encontrarás consideraciones y recomendaciones sobre nutrición, ejercicio, bienestar, salud sexual y uso de drogas. También, cuestiones relacionadas con legislación, discriminación por VIH y recursos legales; por último, una sección dedicada a eventos, encuentros e iniciativas sociales y culturales.



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.

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.



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.

www.gtt-vih.org