

LO+POSITIVO

Núm. 47 • Otoño 2010

Publicación gratuita sobre la infección por VIH

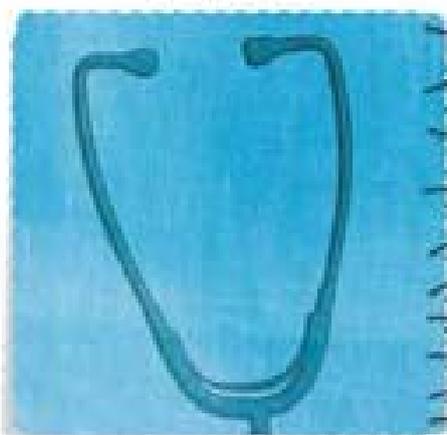


Trabajo y VIH

Además:

• La curación del VIH • Alimentos para el cerebro • Hacia una vacuna preventiva

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.





opina

4 De narcosalas y mensajes 'populistas' y AMUVIH sin sede social 5 Enfermedades infecciosas: una especialidad especial 6 Madrid no es de todos 7 Desde la orilla de la esperanza 8 Yo acuso 9 Se acabaron las barreras 10 Carlos Alberto, que estás en los cielos 11 ¿Quién es el culpable?

en persona

12 Trabajo y VIH 13 Mediadores, abogados, sindicalistas... 15 Normas, baremos y mujeres con VIH 16 Los sindicatos se ponen las pilas 17 Les importa el virus 18 Mi verdadero problema 19 El rechazo persiste 20 Hace falta más voluntad 21 Cada uno tiene sus capacidades 22 Decálogo sobre VIH y empleo 23 Estado serológico en el trabajo y Guía de recursos

cuidarse

26 Alimentos para el cerebro 27 Cuentámelo en la cocina 28 Entrevista a mi psiquiatra 31 Reiki: energía universal

a ciencia cierta

32 Encuesta sobre el tratamiento antirretroviral 33 El régimen de una única pastilla mejora la adhesión 34 La curación del VIH 36 Un nuevo horizonte en el tratamiento de la hepatitis C

al detalle

39 El Fondo Mundial obtendrá menos de lo esperado 40 Avanzando hacia una vacuna preventiva contra el VIH 42 Sida en el mundo 44 ConTacto 46 No Estamos Solos 47 En la web 48 ONG: Actuavallès y Listado de ONG



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:** Pepa Castro, Claudia Figuera, Julio Gómez, Rocío Ortiz, Andrés Ramos, J. Rodrigo, Jordi Semper, Ángel Trotonda. **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. **Subvencionado por:** Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 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.**

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

Empleo y VIH, una asignatura pendiente

Nadie duda de que la infección por VIH ha adquirido una dimensión que sobrepasa los aspectos puramente médicos. Los avances alcanzados en el conocimiento del virus, el desarrollo farmacológico o el manejo clínico de la enfermedad no han sido equiparables a los intentos por transformar un imaginario social del sida que, alimentado de prejuicios y valores morales, continúa provocando el estigma y la discriminación de las personas que vivimos con VIH.

La normalización de la enfermedad y la plena integración social de las personas afectadas distan mucho de lo que sería deseable, por más que los artífices de políticas se empeñen en vaticinar que la cronificación del VIH pondrá fin a la excepcionalidad del sida. Prueba de ello es que los derechos de las personas con VIH continúan siendo vulnerados.

Uno de los ámbitos en el que se hace más evidente la situación de desigualdad por razón del VIH es en el empleo. El desconocimiento general sobre la infección,

la realización de pruebas de detección del virus sin consentimiento y la discriminación a la que se ven sometidos trabajadores y trabajadoras con VIH provocan que en este colectivo se dé un nivel de desempleo que triplica el de la sociedad española en su conjunto.

Los datos que confirman esta desigualdad laboral, que tiene que ver con la percepción social de la enfermedad y las actitudes hacia las personas afectadas, son reveladores: un informe reciente mostró que el 30% de la población española se sentiría incómoda si tuviera que trabajar en una oficina con una persona con VIH.

Ante esta situación, no valen ni medias tintas ni los propósitos de enmienda que nuestros políticos repiten, a modo de mantra y año tras año, en sus discursos bien intencionados del día 1 de Diciembre. Ha llegado la hora de un concierto social, con la participación de administraciones públicas, sindicatos, empresarios y sociedad civil organizada, que permita la plena integración de las personas con VIH al mundo del trabajo.

Por el respeto a la independencia

Al cierre de esta edición, recibíamos informaciones que indicaban que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad comenzaba a mostrarse más receptivo ante las reivindicaciones que desde la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA) y grupos comunitarios como RED2002, CESIDA, FEAT y gTt se han venido realizando respecto al espinoso tema de la información sobre fármacos antirretrovirales a personas que no son prescriptoras. La legislación actual española impide que las compañías farmacéuticas proporcionen información acerca de sus productos directamente a quienes no sean médicos. Dichos contenidos se consideran, por definición, promocionales. Este principio, que se inspira en una directiva del Parlamento Europeo y que distingue a la Unión Europea (UE) de EE UU —donde la publicidad directa y sin tapujos está permitida—, no es una máxima en toda la UE, puesto que la directiva ha sido interpretada de manera dispar por los legisladores de cada uno de los países miembros, siendo España uno de los más restrictivos.

Si bien estamos de acuerdo en que las compañías no deben facilitar de forma indiscriminada información directa al paciente —nos oponemos totalmente a la publicidad de fármacos de prescripción—, el celo de nuestros gobernantes nos ha abocado a una situación absurda. Las personas y organizaciones que nos dedicamos a informar sobre los tratamientos del VIH y las enfermedades relacionadas, que acompañamos a las personas que viven con esta infección en su toma de decisiones, en la autogestión de su salud, lo hacemos con independencia y profunda convicción, desde el activismo que nació en el mundo hace más de dos décadas y que ha revolucionado este campo de la medicina. Por sorpresa, recientemente nos vimos privados de una relación que consistía

en mucho más que en el mero hecho de recibir información de forma pasiva.

Este es el caso del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt) que edita esta publicación. Es importante que quienes nos representan y gobiernan sepan que el activismo que desplegamos, seamos pacientes o no, interpela a la industria exigiéndole transparencia y ética en la realización de los ensayos clínicos, seguridad para los pacientes que participan en ellos, acceso temprano a los fármacos para salvar la vida de las personas más necesitadas, y tantas otras acciones encaminadas a que la voz de la comunidad del VIH sea tenida en cuenta en algo tan importante como es el desarrollo de fármacos. Algo que nos caracterizaba como sociedad madura y democrática nos ha sido negado por una visión excesivamente paternalista de nuestros legisladores.

Las personas del equipo de gTt, entidad que importó este modelo de activismo de los países más avanzados de Occidente en 1997 nos hemos especializado en ello, obteniendo un reconocimiento incuestionable hacia nuestra profesión. Con la aplicación del Código Español de Buenas Prácticas de Promoción de Medicamentos y de Interrelación de la Industria Farmacéutica con los Profesionales Sanitarios, se nos niega una relación cuyos beneficios para la comunidad del VIH son demostrables y que constituyen logros que forman parte ya de nuestra historia.

Esperemos que pronto se llegue a una solución y que volvamos a poder desarrollar nuestro trabajo con normalidad, es decir, con libertad para interactuar con los distintos agentes implicados en el desarrollo, aprobación, prescripción y dispensación de medicamentos, en línea con nuestra misión, que no es otra que mejorar la esperanza y calidad de vida de las personas que vivimos con VIH/sida.

De narcosalas y mensajes 'populistas'

Después de un mal gestionado cierre de Can Tunis, el mayor mercado de venta de drogas de Barcelona, se produjo una diáspora de personas drogodependientes por la ciudad que provocó reacciones vecinales ante la visibilización de este colectivo. Reconducir la situación fue un proceso largo y no exento de conflictos, que se concretó en una serie de medidas, como un aumento de la presencia de educadores/as en las calles, de cuerpos de seguridad y la puesta en marcha de servicios de recogidas de material de inyección.

Asimismo, se creó una sala de consumo (no una narcosala) en Ciutat Vella que permitió y permite que las personas que consumen drogas en la calle, lo hagan en un lugar supervisado, higiénico y alejado de la vista del resto de ciudadanos/as. Además, desde este recurso se ha podido motivar a muchas personas a comenzar tratamientos y hacer un seguimiento de aspectos de mejora de la salud.

Todas las experiencias con este tipo de recursos, tanto en España como en el resto del mundo, han demostrado su eficacia. Hoy sabemos que, en vez de ser un problema, son la solución para una parte del colectivo en situación de mayor exclusión y para la comunidad en

su conjunto, pues evitan el empeoramiento de la salud y ofrecen atención integral a personas con muchas carencias y con una enfermedad llamada "drogodependencia".

La salud de la comunidad

Pero parece que algunos políticos no han actualizado sus conocimientos y, en lugar de apoyar iniciativas que mejoren la salud de la comunidad, sólo buscan mejorar su situación en el *ranking* político. Los partidos de derechas —léase PP— están haciendo campaña en el Raval y prometiendo eliminar la sala de consumo si consiguen ser decisivos. Habría que ver si en su programa oculto también proponen 'eliminar' a los que la utilizan.

Lo que no nos dicen es qué respuesta darán después del cierre y cuando vuelva a producirse una nueva diáspora por la ciudad. ¿Quizá más policía?, ¿más cámaras tipo Gran Hermano?, ¿prisiones más llenas de personas enfermas? O, como dijo un vecino en la inauguración de un bus de metadona, ¡Eso, eso, que se los lleven bien lejos!



¿Hasta cuándo algunos partidos catalanes seguirán rompiendo el consenso en temas de drogas para conseguir votos?

Xavier S. Pretel es el presidente de la Associació d'intervenció comunitària en drogodependències (ASAUPAM).

AMUVIH continuará ofreciendo sus servicios, pero sin sede social

El 1 de diciembre —irónicamente, el Día Mundial de la Lucha contra el Sida— se daba a conocer la triste noticia de que la Asociación Murciana del VIH (AMUVIH) cerrará su sede a finales de 2010. La entidad de Murcia es una más de las muchas ONG españolas que se han visto afectadas por los recortes en las ayudas concedidas por las administraciones, pero quizá la primera en tomar una decisión tan drástica. Según publica el diario *La Verdad*, AMUVIH ha sufrido una reducción de más de un 30% de las subvenciones del Instituto

Murciano de Acción Social y la congelación de la partida de Sanidad. Como consecuencia de estos recortes, AMUVIH se ha visto obligada a cerrar su sede social, donde ofrece atención psicológica y apoyo emocional de forma individual o grupal a más de 130 personas con VIH, y a prescindir del trabajador social actualmente contratado.

Pese a ello, AMUVIH no se disuelve y continuará prestando el servicio de orientación y asesoramiento a los pacientes con VIH de los hospitales Morales Meseguer y Reina Sofía —dentro del

proyecto 'Prevención y promoción de la salud a través de la educación por pares en el contexto hospitalario' de CESIDA—, y acompañando a todas aquellas personas con VIH que hasta ahora eran atendidas en su sede social y para las que se buscará un espacio alternativo donde poder ofrecerles atención con todo el respeto y la dignidad que se merecen.

Las personas que deseen contactar con AMUVIH, pueden hacerlo llamando al teléfono **626 029 002** o escribiendo a: presidencia.amuvih@telefonica.net

Enfermedades infecciosas: una especialidad especial

En nuestras visitas habituales a las consultas de las Unidades de Enfermedades Infecciosas (UEI), pensamos y creemos que nos atiende un 'especialista', pero, aunque resulte sorprendente y vergonzoso, no es así. España todavía sigue siendo el único país de Europa, junto a Bélgica y Luxemburgo, que no reconoce la especialidad de enfermedades infecciosas como una más dentro del conjunto de especialidades médicas, pese a su aceptación como tal por parte de una directiva de la Unión Europea.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, tras un proceso de cuatro años, va a presentar una reforma del plan de formación de los especialistas médicos (los MIR), dotándolo de mejoras notables, pero finalmente éste no incluirá, como se ha demandado de forma reiterada, la especialidad de enfermedades infecciosas como una más dentro del tronco de las especialidades médicas.

Si bien desde el Ministerio se había asegurado en reiteradas ocasiones que se estudiaría la acreditación de dicha especialidad, a última hora y en una entrevista mantenida recientemente entre el subdirector general de Ordenación Profesional, el señor López Blanco, y una representación de la Coordinadora Estatal del VIH/Sida (CESIDA) y de la Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (FELGTB), se nos habla de un tratamiento 'especial' para estas enfermedades infecciosas, de una capacitación, de una 'superespecialización', con vagos e imprecisos argumentos.

Por desgracia, esto va a suponer un mayor retraso en la capacitación de nuevos especialistas en enfermedades de tipo infeccioso, los cuales, aunque iniciasen ahora su formación, no ejercerían hasta el año 2016, lo que puede comprometer la atención futura de las personas con VIH.

El hecho de no reconocer la especialidad de enfermedades infecciosas significa no querer admitir lo que ya existe:



que las UEI se han ido constituyendo, en las últimas décadas, como unidades con independencia dentro de los servicios de medicina interna, factor que ha implicado el gran desarrollo asistencial y científico de la Infectología.

Nuestros clínicos, unos magníficos profesionales que muestran una gran dedicación, llevan tiempo asumiendo esta 'especialidad' con el objetivo de proporcionar atención a la siempre cambiante enfermedad que nos afecta (VIH/sida), con la necesaria y continua actualización científica en la materia, realizando un gran esfuerzo y con especial implicación personal, y también aprendiendo con nosotras y nosotros, en estas décadas de cambio incesante y necesaria actualización continua. Estos médicos poseen, pues, un muy valioso bagaje.

La actual rotación de los MIR impide la necesaria estabilidad para garantizar un mínimo aprendizaje de la especialidad en enfermedades infecciosas. Dilatar el proceso de formación de nuevos especialistas se traducirá en un importante deterioro de la atención a la personas que vivimos con VIH/sida, con los consiguientes costes tanto asistenciales como económicos a corto plazo.

El hecho de dejar fuera de las especialidades la que trata las enfermedades infecciosas conllevará que nuestros médicos y médicas, muchos cerca de la edad de jubilación, no tengan un personal clínico con esta formación específica que los pueda relevar.

Y aquí nos encontramos con lo que sin duda es más lamentable: no se va a poder dar una adecuada transmisión de los conocimientos en la especialidad y tampoco de la valiosa experiencia acumulada por las y los clínicos que nos atienden, en muchos casos, desde el inicio de la pandemia de VIH/sida.

No sólo desde la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) se viene demandando el reconocimiento oficial de la especialidad de enfermedades infecciosas; también desde el principio lo venimos pidiendo desde otros ámbitos, que incluyen colectivos de pacientes, ONG, coordinadoras como CESIDA, la FELGTB o la Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE).

Y lo que sin duda es más lamentable: no se va a poder dar una adecuada transmisión de los conocimientos en la especialidad y tampoco de la valiosa experiencia acumulada.

Begoña Bautista

Somos muchos y muchas los que vivimos con VIH, para los que el o la especialista en enfermedades infecciosas es una persona especial e importante. Hemos compartido y superado grandes batallas, amplios aprendizajes, en ocasiones al límite. Siempre les hemos considerado auténticos 'especialistas'.

Es preciso el reconocimiento de la especialidad de enfermedades infecciosas como una más para garantizar la atención adecuada de las personas que vivimos con VIH ahora y en el futuro. Siguen existiendo nuevas infecciones y, a pesar de que vivamos más, nuestra enfermedad exige una 'especial especialización'.

Valencia 15 de noviembre 2010

Madrid no es de todos



Estimados amigos de *LO+POSITIVO*,

Felicito, una vez más, a todas las personas que hacéis de esta revista el hilo que nos une a los afectados por el VIH.

Afortunados sois en Cataluña por poder llevar a cabo esta magnífica labor, pues en mi ciudad, Madrid, capital de España de 'la cultura' y 'la solidaridad', se siguen dando palos de ciego en lo referente al VIH y a la importancia de las necesidades de los afectados. Los recortes en los presupuestos nos dejan sin psicólogos y sin el personal cuyo único fin es hacer más llevadera nuestra complicada existencia. Por no hablar del cierre de locales y lo que ello conlleva, ya que dejan a la intemperie la zozobra y el malestar que produce no saber qué puedes hacer para seguir llevando una vida digna.

Son ellos, los mandatarios de nuestra ciudad, esos mismos que cada 1 de Diciembre se ponen un lazo rojo para salir a la calle y se hacen la foto para quedar bien por lo que pueda pasar en la próxima reelección a la alcaldía o a la presidencia de la Comunidad.

A veces me resulta difícil comprender, después de más de dos décadas de

ser diagnosticada, lo poco que se ha avanzado en esta ciudad en información y desarrollo vital para los que vivimos con esta historia adosada a nuestras vidas. Creo que los nuevos tratamientos necesitan, para su total éxito, un valor añadido: el del desarrollo personal de cada afectado. Pero nos vemos una vez más, y perdón por la expresión, 'con el culo al aire', sin poder desarrollar las inquietudes que aún conservamos. Pues, ¿de qué sirve una carga viral indetectable y unos CD4 superiores a 500, 600 ó 1.000 si el paciente no tiene acceso a una vida digna?

Bien es cierto que los avances médicos han evolucionado: cómo no, después de tanto tiempo transcurrido y tantos intereses creados. Pero para mi asombro y supongo que también para el de muchos más, seguimos silenciados, y de algún modo, abandonados a nuestra suerte, por no disponer de medios para llevar a cabo nuestros deseos y nuestros sueños, porque, aunque mermados de salud por las circunstancias que envuelven nuestro día a día, seguimos teniendo el derecho a soñar y seguimos haciendo planes de futuro, pese a que en ocasiones éstos se tornen una quimera.

Mi nombre es Esperanza, tengo cuarenta y siete años y vivo con VIH desde mediados de los años ochenta. En todos estos años, he experimentado infinidad de sensaciones. Miedo, daño, incertidumbre, el dolor agudo que producen las ausencias de los compañeros de juego con los que crecí para hacerme adulta, y un sinfín de silencios en los que me he visto atrapada por mi condición de afectada. Pero es ahora cuando echo la vista atrás, cuando más me sorprende de las muchas carencias que tenemos que seguir padeciendo.

Es verdad que recibo atención médica en una unidad del VIH pionera en este tema y que mi médico, el doctor Rafael Rubio, del Hospital 12 de Octubre, es sin duda de lo mejor que me ha podido pasar, porque, después de tantos años visitando su consulta, he aprendido de su silencio y de su capacidad como médico, pero sobre todo como persona, pues allí sigue cada día desde hace muchos años.

Mi nombre es Lola, y llevo conviviendo con el VIH desde 1998. El miedo y la angustia se apoderaron de mí en los primeros momentos. Acudí a una ONG, Apoyo Positivo, donde me acogieron con muestras de cariño y palabras de esperanza: "Nadie se muere de sida hoy en día" fue el mensaje que me transmitieron. Me sentí arropada por sus palabras de aliento, acudí a terapias de grupo y a una psicóloga de esta entidad no gubernamental. Y ahora, con el recorte de presupuestos para estas entidades, me siento huérfana de apoyo, no sé dónde acudir aquí en Madrid, 'capital de España de la cultura y la solidaridad', pues somos siempre los primeros en sufrir los recortes.

Ahora, junto a Esperanza, colaboro en un programa radiofónico dedicado a las Letras, que es mi gran pasión. La casualidad nos unió como afectadas, y un muro de silencio nos sigue separando ante el mundo. No me avergüenzo de mi condición de seropositiva, pero la experiencia me ha dado bandazos, por lo que me veo obligada a mantener silencio.

Un silencio que hace daño, pero la sociedad manda.

Esperanza Monjas y Dolores Otálora

Desde la orilla de la esperanza

Hoy, gracias a los nuevos fármacos y el buen hacer de nuestros equipos sanitarios, ha mejorando de manera considerable nuestra calidad de vida, que ha sido y es precaria como consecuencia de la infección. Pese a que hemos avanzado mucho, el problema sigue ahí. Nuestros médicos nos conocen físicamente mejor que nuestra madre. Con ellos hemos sufrido las pérdidas de seres queridos, de personas con las que compartías habitación en los ingresos hospitalarios. Con esto quiero decir que nuestros equipos humanos sanitarios son tan próximos como lo es la propia familia. A ellos les debemos seguir vivos y con ganas de continuar haciéndolo. Que nos hayan enseñado a aceptarnos y a que otros nos quieran por lo que somos y no nos rechacen por lo que tenemos.

Ésa es la misión que debemos asumir. Convencer a los demás, informándoles de que TODAS las enfermedades son malas e indeseadas. Las enfermedades sólo se diferencian por su gravedad, jamás por su causa. Dice una amiga que ¿quién pone agenda a la vida? El rechazo hacia la enfermedad no es más que un miedo irracional e ignorante que bloquea la mente de quien lo ejerce. Pero quienes lo sufrimos sin piedad, terminamos aislándonos y empeorando con ese comportamiento ajeno y encubiertamente agresivo nuestra ya mermada salud.

Tan grave como es la decisión que ha impuesto hace dos meses (estivales y a traición) la conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, que voy a explicarles para que vean lo insensibles que pueden llegar a ser con temas tan trascendentales como la salud.

Justificando una reestructuración en la gestión económica hospitalaria, sin previo aviso a los afectados y profesionales sanitarios, han decidido derivarnos en la dispensación de medicamentos a otros hospitales para repartirse, dicen, los gastos según el que nos corresponde por empadronamiento. Es decir, que sin consultar los efectos de esta decisión unilateral que nos imponen, van a desvincularnos de nuestros hospitales de origen, cuando existen recomendaciones de especialistas de que seamos dispensados en el mismo hospital donde se nos atiende desde hace años, ya que es más eficaz la adhesión a los fármacos,



pues dan mejores resultados los tratamientos si se reciben con una buena dosis de ánimo y optimismo.

Este hecho insólito, sin margen para poder reaccionar, porque se ha hecho desde el oscurantismo, nos sorprendió al ir a recoger nuestra medicación mensual, en mi caso al Hospital General Universitario de Valencia, donde, por cierto, para evitar las reacciones adversas de algunos afectados, han dotado de seguridad privada al dispensario. No han tenido en cuenta que esta derivación va a originar (ya está sucediendo) negativas consecuencias en la salud de muchos afectados, al añadir una ansiedad innecesaria que alimenta la preocupación y la incertidumbre; que repercute en la salud de los afectados, quienes volvemos a sentir cernirse sobre nosotros las tinieblas de un pasado de exclusión y estigmatización que ya creíamos haber superado, o que al menos estaba en vías de normalización social.

Gracias señor *conseller*, Manuel Cervera Taulet, por su consideración, en mi nombre y en el de los demás afectados. No se imagina usted el daño que está causando. Por otra parte, están aquellos afectados que tenemos que empadronarnos dentro de la Comunidad con frecuencia, cada uno o dos años, por motivos laborales, en el caso de mi pareja. ¿Tendrán que venir conmigo los dos

tomos de mi historial clínico allá donde vayamos? ¿Me atenderán en esa brevedad de tiempo con la misma efectividad que mi médico de siempre con una relación de más de veinte años? Lo dudo, y quien sabe de esto, seguro que también, señor Cervera.

Nuestros médicos son 'valores', ustedes sólo gestores de los que a todo le quieren poner precio. Pero se equivoca. Lo comprobará cuando sobre su mesa de madera noble o de diseño le lleguen informes desfavorables por su lamentable decisión con causas irreparables. El tiempo nos lo dirá. Y cuando los lea, tendrá (porque no hay más remedio que hacerlo a veces) la necesidad de hacer holgura al nudo de su corbata porque le aprieta demasiado y le invade un calor sofocante. Cuando tomen este tipo inaudito de decisiones, por mi bien y el de muchos, asesórense a fondo por aquellos que conviven cada día con una realidad que ustedes desconocen e ignoran. Hablen antes con los profesionales, con las asociaciones de afectados de Valencia. Sondeen antes de agujerear, porque si lo hacen al revés, como ahora está ocurriendo, sólo conseguirán sembrar de vacíos nuestra paz, que ya vive en continúa guerra. No haga oídos sordos a las cartas que le dirigen con su silencio administrativo.

Aún estoy esperando recibir una respuesta de usted y del gerente del Hospital General Universitario de Valencia, el señor Sergio Blasco Pérez, y nadie de sus departamentos ha tenido a bien contestarme. Pero no me importa si escuchan a los que han de escuchar desde sus puestos de responsabilidad con mayor atención: a quienes nos cuidan, los facultativos sanitarios. A quienes nos defienden y nos representan a través de las asociaciones de afectados. Porque, según dice la organización sin finalidad de lucro con sede en Valencia JURISIDA, compuesta por expertos y activos voluntarios en leyes sanitarias, como "único presupuesto ideológico": "La Dignidad es inviolable".

Benjamín Lajo Cosido

Nota:

Puede leerse el testimonio completo de Benjamín en la web de gTt: www.gtt-vih.org/participa/historias_personales

Yo acuso

Esta es la historia de uno de los 66 millones de trabajadores europeos afectados por enfermedades causadas por riesgos psicosociales, según datos de la Comisión Europea. Pero yo no soy un mero dato estadístico.

La enfermedad y la muerte en el trabajo no pueden ser planteadas como un conjunto de datos técnicos, de estadísticas, de porcentajes, de índices de frecuencia o de incidencia. No quiero pertenecer a las mayorías silenciosas convertidas en analfabetos emocionales. Cuando sufres violencia, acoso, estrés, ansiedad y depresión ocasionados por un trabajo de vigilante de seguridad en el metro, estaciones de trenes, grandes superficies, centros de menores, narcosalas, entidades bancarias..., enfrentado día y noche a la presión de la empresa y a una sociedad violenta, entran en juego las emociones y los sentimientos, que obligan a elegir entre la dignidad o la indignidad.

La indignación me persigue y me induce a buscar la caja negra sobre las causas de tanta enfermedad y sufrimiento, y a hacer visible un tipo de delincuencia fría y calculada, que los ingleses llaman 'asesinatos de corporación'. A todo ello se une la desidia de la judicatura y del

Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), que niega sistemáticamente toda relación entre la enfermedad que padezco y el trabajo que me la causó, obligándome a un proceso judicial que, en la actualidad, está en manos del Tribunal Supremo.

Por todo ello, YO ACUSO a quienes han convertido el trabajo en un lugar de violencia, acoso y enfermedad. Acuso a aquellos médicos de empresa, de mutuas y de la Seguridad Social que se equivocaron de cliente, que negaron toda evidencia científica y legal, rechazando los riesgos y enfermedades psicosociales derivados del trabajo. Acuso al INSS de no darme la protección médica, social y económica que me corresponde. Acuso a ciertos jueces, magistrados y fiscales de mostrarse insensibles ante los sufrimientos de los trabajadores.

Yo, Francisco, acuso de no haber enfermado por ser portador del VIH, VHB y VHC desde el año 1985, sino por las condiciones en que trabajamos los vigilantes de seguridad. Siempre he llevado una vida normal, estoy casado desde el año 1989 y tengo un hijo desde el año 1990, que va a comenzar a ir a la universidad este año. Sin embargo, sí he enfermado como consecuencia de las

condiciones de estrés, ansiedad y depresión que llevo sufriendo desde hace muchos años. Para colmo, me condenan a una incapacidad total, que dicen que es por causa del sida, lo que contradice la opinión de mi médico (del Hospital Carlos III de Madrid) y de mi psicólogo, quienes afirman que mi trabajo es el responsable de mi situación y estado de salud.

Así las cosas, no me queda más remedio que salir a la luz pública y denunciar mi situación de abandono y desidia por parte de la administración, y sacar a la luz pública mis enfermedades, las cuales, hasta ahora, eran solamente privadas, de mi entorno.

Os doy las gracias por escucharme y mostrarme vuestro apoyo.

Recibid un saludo muy afectuoso.

Francisco

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

Se acabaron las barreras

¡Hola a todos y todas!

Os deseo lo mejor de lo mejor, dentro de las posibilidades de cada uno/a. Soy José Ángel y os conozco desde el año 2008, cuando cayó en mis manos, por casualidad, vuestra revista que, por cierto, me ha ayudado bastante para mejorar tanto mis conocimientos sobre el VIH como de otras enfermedades y, sobre todo, para poder contactar con otras personas que se hallan en mi misma situación y que, como yo, sufren en silencio esta enfermedad.

Muchos años he pasado solo ante la adversidad, frente a tantos obstáculos y personas ignorantes que me he encontrado en mi camino.

Tenía 17 años en 1985 y, por circunstancias de la vida, ya fumaba porros y

tomaba reínoles. Una cosa te lleva a otra; hasta que me enganché a la heroína, que por entonces se pinchaba. Conocí a una chica 6 meses mayor que yo, que se convirtió en mi mujer con el tiempo, y junto a ella empecé a compartir jeringuillas. A esa edad nos dio por colgarnos la mochila, el saco de dormir, nos fuimos de Badajoz y nos dirigimos a muchas partes de España. Conocimos a bastante gente, de todo tipo... La ignorancia nos hizo compartir jeringuillas con más personas; nos metíamos por la vena toda clase de drogas. Entonces, en 1987, yo entré en prisión para cumplir mi primera condena: 2 años, 7 meses y 1 día.

Una vez en la cárcel, me hicieron mi primera analítica. Me llamó el médico, a solas, para que fuera a una habitación de la enfermería, y me soltó, de pronto,

que tenía sida y hepatitis C. Se me cayó el mundo encima, pues pensaba que me quedaban unos años de vida –cinco como máximo–, y entré en un laberinto del cual no podía salir. Para colmo, mi cuerpo rechazaba el único medicamento que entonces se utilizaba. Solamente se lo dije a mi mujer, Loreto, y le comenté que se hiciera la prueba del VIH; también le diagnosticaron lo mismo.

Pasé unos meses muy, muy mal. Por la cabeza me pasaba de todo menos cosas buenas. Al final, rechacé toda clase de medicamento y dejé de pincharme de forma radical, empecé a alimentarme bien, a hacer deporte y me metí en la cabeza que al 'bicho' me lo comía yo y no él a mí.

En 1989, por causas que aún están por aclarar, mataron a mi mujer en la



cárcel de Badajoz. Yo me encontraba en Ocaña II, y ante la noticia, me derrumbé. Pero pasaron los años y tuve más relaciones, incluso tengo un hijo con casi 18 años totalmente sano. Salí en libertad y, con 19 años, pensando en lo que tenía y en el palo tan grande que había pasado, recurrí de nuevo a las drogas para así olvidarme de todo, pero ignoraba, por entonces, que seguía haciéndome aún más daño.

Ya con 23 años, entré otra vez en prisión, hasta la actualidad; ahora tengo 42. Me quedan sólo unos meses para

salir en libertad y, en todo este camino, de prisión en prisión, he aprendido muchas cosas, especialmente el valor de la amistad y lo mucho que vale la pena vivir la vida: Cada día que veo amanecer, doy las gracias por seguir vivo.

A lo largo de todos estos años, he dejado por el camino a muchos seres queridos y a cantidad de chavales y chavalas de mi edad y más jóvenes que yo, que ahora están en algún lugar ahí arriba, pero sobre todo he aprendido a decir NO a las drogas. Valoro mucho la vida, saboreo todo lo sano que hay

en ella, y tengo unas enormes ganas de salir en libertad, contando con el apoyo de mi familia, que antes 'no tenía', y de mi hijo.

No tomo medicación alguna por iniciativa propia, ya que los médicos me la aconsejan; llevo desde el año 1987 con VIH y VHC. Para la hepatitis C hice el tratamiento de un año con interferón y, en la actualidad, me encuentro bastante bien.

Por lo que respecta al VIH, mi recuento de CD4 es de 400 células y mi carga viral es de 5.000 copias. Hago casi dos horas de deporte al día, me alimento bien y, por encima de todo, tengo la ilusión de salir pronto en libertad y saborearla al cien por cien.

Quisiera con mi testimonio transmitir la idea de que se puede vivir muchos años con esta enfermedad, con ilusión y cuidándose mucho. Desearía agradecerles todo el apoyo que estáis ofreciendo, con tanta información sobre el tema, y decir a todo el mundo que adelante, que ya se acabaron las barreras y que la vida es muy, muy bonita.

¡Ánimos y a mirar hacia el futuro!

José Ángel

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

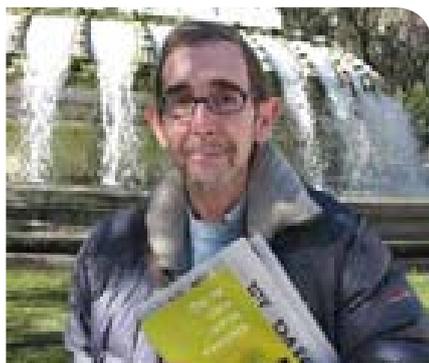
Orden de pago por Banco

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

Nombre:
 Dirección:
 Población: Provincia:
 Codigo 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 4ª 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.



Carlos Alberto, que estás en los cielos

Nos ha dejado Carlos Alberto Bien-dicho, un activista gay que ya desde pequeño, en su Zaragoza natal, vivió en un ambiente hostil. Formaba parte de la España vencedora, que quiso ser también con él castradora. Ni su paso por el seminario, ni por el ejército, ni su ideología de derechas pudieron con su verdad. La verdad de una persona entregada que buscó y buscó hasta encontrarse con iguales y poder vivir su homosexualidad libremente. Fundador de la jamás reconocida Plataforma Popular Gay —¡qué flaco favor se ha hecho el Partido Popular ignorándolo!—, luchó desde sus convicciones religiosas y su ideología contra la injusticia y a favor de los derechos de los homosexuales y de las personas que viven con VIH/sida. Y eso le llevó a

enfrentarse a la jerarquía de la Iglesia, a los máximos dirigentes del PP y al mismo ejército, ambientes que conocía a la perfección. Sus firmes convicciones y el descaro con que las defendía le convirtieron en un personaje controvertido, pero muy querido, porque Carlos era claro, diáfano, además de muy cariñoso. Pero eso sí, sobre todo, no admitía a los sibilinos, a los trepas y a los animales políticos que se abren paso a codazos. Su misión era que se hiciera justicia. Poco antes de que le diagnosticaran el cáncer que se lo llevó de este mundo, se plantó ante el Ministerio del Interior para que el cuerpo de Policía Nacional no excluyera a las personas con VIH en las pruebas de selección.

Ahora que ya no está para opinar de su propia muerte, que no tengo la menor duda de que narraría con pelos y señales —se conoce que en el cielo no hay conexión a internet—, creo que la mejor manera de rendirle homenaje es recordando sus palabras.

“Mi madre me parió Vago y Maleante, después fui Peligroso Social, posteriormente fui presunto delincuente hasta 1986 (en el Ejército fue delito hasta esa fecha), hasta 1992 tenía un trastorno psicofísico, aunque en 1988 ya me habían diagnosticado el VIH. Pero ante todo soy superviviente de la raza humana”.

“No valen medias tintas. O blanco o negro. Lo que hay hacia los homosexuales es odio. Hay muchos suicidios entre preadolescentes homosexuales que no aguantan la discriminación”.

“Voy a ser molesto. A muchos. Y si molesto a alguien es porque esas personas algo hacen que yo no comparto y que me parece injusto. Y si se dan por aludidas será por ellas, no por mí”.

“El martes recibí un jarro de agua fría. Tengo tres minúsculas lesiones (tumores) en el cerebro. Pero no hay que preocuparse. Pienso, como el Che, morir de pie antes que hincar la rodilla. Lucharé y venceré. Os contaré”.

Carlos Alberto, nunca te olvidaremos.

Tu opinión cuenta, nos importa y nos ayuda a mejorar

Rellena, recorta (o fotocopia) y envíanos esta pequeña encuesta a:
gTt c/Sardenya, 259 3º 1ª 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?

¿Quién es el culpable?

Este verano, empezó a llegarme información acerca de la condena de la cantante alemana Nadja Benaissa a dos años de cárcel por transmitir el VIH a su pareja. Tras esta primera información, empecé a buscar en internet jurisprudencia, leyes que criminalizan la transmisión y la exposición al VIH, opiniones morales, etc., y cada vez me lío más.



Me voy dando cuenta de que me estoy metiendo en un jardín, en el que los juicios morales, sociales y la responsabilidad personal se entremezclan, siendo muy difícil poder llegar a una opinión racional sobre este tema sin que tus propias emociones y principios éticos influyan.

Al menos, he conseguido algunos datos que demuestran que la transmisión del VIH, todavía y después de más de 25 años desde que se descubrió este virus, tiene una gran carga de estigma y discriminación. Esto no ayuda en absoluto a erradicar la enfermedad y provoca que a las personas que vivimos con VIH se nos cargue con toda la responsabilidad social y moral, hasta el punto de poder acusarnos de criminales.

Más de 45 países han aprobado leyes que penalizan de forma específica la transmisión del [o exposición al] VIH y no de otras infecciones u otros daños. No estoy hablando sólo de África: la mayor cantidad de personas condenadas por transmitir o exponer a otras al VIH se dan en Norteamérica y Europa Occidental.

La doble moral que conlleva la mayor o menor responsabilidad social y penal dependiendo de si una persona conoce o no su estado serológico invita, como mínimo, a que muchas personas prefieran desconocerlo, aun sabiendo que tienen relaciones de riesgo, con lo cual hacen que la responsabilidad recaiga sobre la otra parte.

La condena por transmitir el VIH a otra persona sólo por el hecho de saberse portador del virus significa sancionar moralmente el conocimiento y, con ello, la responsabilidad personal.

Relación esporádica o estable

También he leído muchos comentarios relativos a la diferencia moral que existe a la hora de comunicar que eres portador o portadora del VIH según se trate de una relación esporádica o estable, y esto aún me confunde más.

¿Cómo puedo determinar que una relación es esporádica o estable? Esto me ayudaría a saber cuándo estoy haciendo lo correcto desde el punto de vista moral. Cada relación de pareja es un mundo y difícilmente es comparable a cualquier otra relación; así pues, valorar o enjuiciar en qué momento deberías haberlo dicho desde fuera es cuando menos complicado.

La especial vulnerabilidad de la mujer ante el VIH la vivo desde la cotidianidad, ya no sólo por ser portadora del virus, sino por mi trabajo dentro de organizaciones no gubernamentales.

El poder de decisión en las relaciones sexuales está condicionado por las circunstancias personales, familiares y sociales que rodean a la persona. Existen muchas situaciones en las que las mujeres no nos sentimos libres o con la fuerza y autodeterminación necesarias para elegir.

Desde las adolescentes, a las que he oído frases como "Si le digo que use preservativo me deja por otra" o "Es que si las demás lo han hecho y yo no, me tachan de rara", hasta las mujeres casadas que, a pesar de saber que su marido mantiene relaciones sexuales fuera del matrimonio, lo asumen sin rechistar por carecer de la posibilidad de negociar otra opción.

Por todo esto, sería importante que nos parásemos a reflexionar antes de ponernos a juzgar una decisión tomada en un momento dado.

Como conclusión, yo me quedo con las palabras de Edwin Cameron, miembro del Tribunal Supremo de Apelación de Sudáfrica: "El debate público y con conocimiento de causa sobre la epidemia del VIH, la educación para la prevención frente al virus, la distribución de preservativos y otras estrategias son la única forma de prevenir nuevas infecciones. Se debe abordar la vulnerabilidad de las mujeres al VIH protegiendo su igualdad de derecho a la propiedad conyugal, a la aplicación de las leyes sobre la violencia por motivos de género, incluida la violación en el matrimonio, y habilitarlas para que negocien unas relaciones sexuales seguras con los hombres".





Foto: María Prada

Trabajo y VIH

Una persona con VIH tiene tres veces más posibilidades de encontrarse sin trabajo. El nivel de desempleo se sitúa en este colectivo en el 57%, a pesar del elevado porcentaje que desearía tener trabajo. La crisis económica, la precariedad laboral, la falta de información y la discriminación siguen conformando un peligroso cóctel. ¿Por qué, más allá de los esfuerzos de los últimos años, aún existe un 31% de la población que se sentiría incómoda si trabajara con una persona con VIH? LO+POSITIVO ha radiografiado la situación actual con el testimonio de trabajadores, sindicalistas, abogados y activistas.



Foto: José Luis López Ocaña



Foto y foto de portada: Ángel Trofonda

Mediadores, abogados, sindicalistas... y trabajadores con VIH

José Alberto tenía 30 años y trabajaba como auxiliar administrativo en una clínica de su país, Venezuela. Atendía a los clientes detrás de una ventanilla. Hasta el día en que vio a sus compañeros con cara de espanto y su jefe le dijo que estaba despedido pero que no podía explicarle el motivo. José Alberto decidió dirigirse directamente al despacho de la directora de la clínica. No se conocían, pero ella fue tajante: "¿Así que eres tú el sidoso?". Las palabras todavía retumban en su cabeza. El mismo día que se quedaba sin trabajo le comunicaban, de la peor manera posible, el positivo de las pruebas de sangre que le habían hecho unos días antes.

Han pasado 15 años, pero aún recuerda lo mal que lo pasó. Vivía lejos de Caracas, y en su ciudad había pocos sitios donde obtener buena información. Pasó unos meses de pruebas, contrapruebas y orientaciones contradictorias. Empezó a trabajar como profesor, pero los efectos de la enfermedad eran cada vez más evidentes. Él tenía que sufrirlos en silencio, con el miedo de ser despedido. "Era una época en Venezuela en que ya se veía extraño que un hombre fuera maestro. ¡Imagina si alguien hubiera sabido que yo tenía VIH! Todavía se pensaba que el virus se adquiría sólo con estar cerca de una persona afectada", recuerda.

Pasó una época en que ni quiso tomar antirretrovirales y se fue debilitando. Vino a España en 2001, cuando ya le daban por muerto. Tenía las defensas muy bajas, le habían operado y la herida no cicatrizaba, perdía peso y movilidad... Era su última posibilidad. "Estaba raquítico y no podía ni pagarme la medicación", explica. Pero empezó a recuperarse. Ahora, vive en un Centro de Acogida de Cáritas en Tenerife y cuenta con el apoyo de UNAPRO, la Unión para la Ayuda y Protección de los Afectados por el Sida de Tenerife.

"Estoy mejor y he conseguido el certificado de discapacitado. No ha sido hasta al cabo de unos años que me he dado cuenta de que hubiera podido denunciar a la empresa por el despido. Pero la verdad, ¿qué puedes esperar de

un lugar donde hay que esconder que tienes novio? Siempre tenía que mentir y decir que era mi primo. Además, en Venezuela no hay buena asistencia médica y diría que las pensiones son sólo para la gente mayor. Sin seguro privado, te fastidias".

En la actualidad, busca un trabajo. "Hace tres años que voy enviando currículums. Tengo estudios universitarios pero no están convalidados, y no puedo ir a buscar la titulación. Acumulo muchas deudas y mi situación económica me agobia. Por suerte, Cáritas me ha dado este techo. No me escondo de lo que soy, pero me encuentro que en muchos trabajos insisten en saber la razón de mi discapacidad. Si ofrecen trabajos para discapacitados, ¿por qué tantas preguntas? Además, siempre nos tocan los trabajos más duros".

Difícil de denunciar

El caso de José Alberto es real. Tan real como el de muchas otras personas que sufren y han sufrido discriminaciones por ser portadoras del VIH. En España, el Observatorio de Derechos Humanos y VIH/Sida de RED2002 espera atender este año unos 170 casos de discriminación, y una tercera parte estarán relacionados con el mundo laboral. "Es el principal ámbito donde se producen discriminaciones por el VIH", confirma su coordinador Joan Bertran de Bes.

Destacan las dudas respecto a la confidencialidad. "Hay casos de superiores que conocen información que no deberían saber porque forman parte de la intimidad de la persona. Se producen muchas situaciones de *mobbing* extremadamente difíciles de probar. Si te dejan de llamar para que vayas a trabajar, si no te renuevan, ¿cómo puedes probar que sea porque hayan descubierto que eres seropositivo? Más allá de la coincidencia temporal, puede no haber más pruebas. Los afectados deciden a menudo evitar la vía judicial por el riesgo de perder".

Este Observatorio, creado en 2003, recibe consultas procedentes de la mayoría de comunidades autónomas y

Se producen muchas situaciones de *mobbing* extremadamente difíciles de probar. Si te dejan de llamar para que vayas a trabajar, si no te renuevan, ¿cómo puedes probar que sea porque hayan descubierto que eres seropositivo?

Joan Bertran de Bes

emite un informe anual con sus conclusiones. Alertan de que los avances en el entorno laboral son discretos. "En los aspectos médicos hay una evolución clara, pero el estigma en el mundo del trabajo sigue ahí. La gente continúa muy anclada a sus creencias, y esto es más difícil de convencer a alguien para que cambie de actitud". Aunque también registran buenas prácticas. "Como el de alguna empresa que ha expedientado a trabajadores que querían perjudicar a un compañero utilizando este tipo de información. No es una travesía en el desierto, como podría parecer".

Prejuicios en los juzgados

"Los jueces tienen los mismos prejuicios que la gente de la calle", advierte Montse Mirabet, abogada del Observatorio. "Estas discriminaciones son difíciles de probar y, además, muchas veces no contamos con el apoyo de los compañeros de trabajo. Se ha insistido poco en divulgar qué implicaciones tiene el VIH en el mundo laboral. Aún existen empresas que intentan hacer la prueba sanguínea a sus trabajadores. La ley de prevención laboral dice que este examen tiene que hacerse según el trabajo que se realiza. Así que, en la mayoría de casos, no hace falta; la prueba sólo debería realizarse bajo el consentimiento de la persona. Pero el trabajador tiene miedo porque sabe

que es vulnerable y, en momentos de crisis, esto se agrava. Incluso hay menos personas que quieran demandar su situación por lo que conlleva”.

El momento de pedir trabajo

Uno de los momentos en que la discriminación es más evidente suele ser durante la búsqueda de trabajo. La mayoría decide esconder su estado serológico. “El VIH ya no es motivo de discapacidad, debe haber más enfermedades”, recuerda Mirabet. “Pero si a alguien le reconocen algún grado de discapacidad, le entregan dos papeles: el que indica el grado y el que dice la enfermedad. Sólo hace falta enseñar el primero, no te pueden exigir el otro”.

El VIH no puede ser motivo de rechazo. “El problema está en que, en nuestro país, si a alguien le niegan un puesto de trabajo por esta razón... no se puede denunciar. Nuestra legislación no reconoce el derecho a reclamar si aún no se ha iniciado una relación laboral. Aunque exista una discriminación. Y no es lo único preocupante: con VIH no se puede acceder a la convocatoria de plazas de policía, bombero o funcionario de prisiones”. Mirabet considera que esta exclusión debería terminar, y cita como argumento las recomendaciones de este año de la OIT, la Organización Internacional del Trabajo.

“Tener VIH sigue siendo un agravante para encontrar trabajo”, confirma Marta Albiol, gerente de CESIDA, la Coordinadora Estatal de VIH-Sida. “Pero, por suerte, vemos a personas cada vez más formadas, con una experiencia laboral previa. La prioridad es que la gente tenga esperanza y que no se autoexcluya”.

Desde CESIDA, han puesto en marcha el programa Clínica Legal para ofrecer asistencia y asesoramiento jurídico para personas con VIH. Cuatro de cada 10 consultas a este servicio se refieren a posibles vulneraciones de la Ley de Protección de Datos. Además, editaron una *Guía de capacitación legal*, en la que se explican distintas vías de impugnación ante las administraciones.

Lucha contra la angustia

“El problema está en uno mismo. Hay mucha gente con miedo a decirlo, a tomar la medicación fuera de casa o a tener que ir al aseo más de la cuenta. De que le obliguen a hacerse un análisis de sangre y sea descubierto...”, afirma Roberto, de 42 años y natural de Palencia, que prefiere continuar en el anonimato. “Tengo un amigo que dice que le gustaría encontrar a un empresario

Si a alguien le niegan un puesto de trabajo por vivir con VIH... no se puede denunciar. Nuestra legislación no reconoce el derecho a reclamar si aún no se ha iniciado una relación laboral. Aunque exista una discriminación.

Montse Mirabet

seropositivo, pero tampoco podemos ir esperando esto”.

Hay muchas personas que aún no han podido beneficiarse plenamente de los avances que ha supuesto una mejor medicación. “A mí me diagnosticaron hace más de 20 años. Entonces era una sentencia muy drástica: me dijeron que me quedaban pocos meses de vida. Me metieron miedo en el cuerpo, me reconocieron la minusvalía y me encontré sin ninguna gana de trabajar. Ahora, con la medicación, se puede llevar una vida normal. Pero claro, para algunas cosas ya es demasiado tarde. Si en aquel momento me hubieran dicho que era recuperable, me hubiera formado o habría estudiado para poder trabajar algún día... Pero no lo hice”.

Hoy, tiene miedo de echar a perder la pensión. “Con la crisis, se la han quitado a mucha gente”, asegura. “Y eso es peligroso, porque uno puede encontrarse bien durante un tiempo... pero luego que le venga una bajada”.

Avanzando poco a poco

Las asociaciones trabajan justamente para mejorar esta situación. La Asociación Ciudadana Cantabria Antisida, ACCAS, impulsa el Centro Experimental Dinamo, un taller de reciclaje de papel y encuadernación situado en Muriedas, cerca de Santander, que emplea a dos personas y que, a su vez, sirve de paso previo al mundo laboral.

Por la mañana, el taller de papel está en marcha, y por la tarde, unas 30 personas al año aprenden lo más importante para después poder encontrar trabajo: cómo redactar un currículum, cómo afrontar una entrevista de trabajo, cultura general, lengua... “Lo que haga falta para reinsertarlos al mundo

laboral. Nos adaptamos a cada uno. Attendemos a todo tipo de personas con riesgo de exclusión”, explica Natividad Arriola, monitora de Dinamo.

Natividad empezó como usuaria en 2001 y lleva seis años como trabajadora. “Es difícil encontrar trabajo con VIH y no debería ser así. Si hay una persona que trabaja en una oficina y con una práctica de riesgo se infecta, ¿dejará de ser menos eficiente? Hemos de luchar para conseguir los mismos derechos, no nos podemos marginar. Tener VIH debería significar lo mismo que ser diabético. ¡Basta ya de que nos pongan etiquetas!”.

“Hay que luchar contra unos fantasmas que aún están allí”, apunta Ramón Espacio, de CALCSICOVA, la Coordinadora de Asociaciones de Lucha contra el Sida de la Comunidad Valenciana. Ellos decidieron trabajar con los sindicatos, porque vieron que “hasta el momento” abordaban ese tipo de discriminaciones de un modo “tangencial”.

Ya van tres años en esta dirección. Su objetivo es sensibilizar y formar a delegados sindicales y a expertos que realicen la formación en riesgos laborales. “Les queremos dotar de herramientas. Que quede claro que no es una enfermedad de transmisión laboral. Sabemos que perseguimos un objetivo a largo plazo, pero incluso con eso vamos más lentos de lo que nos gustaría por falta de recursos”, reconoce Espacio.

“Un pilar importante es la formación, por ello, también estamos formando a personas con VIH, así se expande el mensaje”, añade Claudia Figna, también de CALCSICOVA. De momento, ya han notado algunos avances claros. El más reciente: conseguir que personas con VIH puedan trabajar también como manipuladoras de alimentos. “Vamos quitando algún ladrillo más de este muro que existe y está allí. Hasta el día que lo derribemos”, concluyen.

Por suerte, vemos a personas cada vez más formadas, con una experiencia laboral previa. La prioridad es que la gente tenga esperanza y que no se autoexcluya.

Marta Albiol

Aparece la primera Norma Internacional del Trabajo sobre VIH/sida

La conferencia anual de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que tuvo lugar en Ginebra el mes de junio, adoptó una nueva norma laboral relativa al VIH. Se trata del primer instrumento internacional de derechos humanos dedicado específicamente a este tema. Entre otras cuestiones, se deja claro que el VIH no debe ser motivo de discriminación ni estigmatización, y que no debe exigirse a ningún trabajador la prueba de detección.

“Creo que será una contribución fundamental para hacer realidad el sueño de una generación libre de sida”, dijo en Ginebra Sophia Kisting, directora del Programa sobre VIH y Sida y el mundo del trabajo de la OIT, satisfecha de aprobar esta declaración después de dos años de debate. Esta nueva norma laboral complementa el Repertorio de recomendaciones prácticas sobre VIH/sida y el mundo del trabajo de la OIT adoptadas en 2001.

Las mujeres con VIH tienen menos probabilidades de encontrar trabajo

La población femenina que vive con VIH tiene un 13,4% menos de posibilidades que la masculina de estar empleada. Así lo afirma un estudio del investigador Juan Oliva, de la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM), cuyas conclusiones se publicaron el año pasado en la revista *Health Economics*.

El mismo informe también señala que las personas que necesitan atención psicológica por el impacto de conocer su enfermedad ven afectadas sus oportunidades de tener empleo en un 14%.

Los resultados, asimismo, sugieren que los individuos que contrajeron el virus a través del uso de drogas inyectables tienen una probabilidad significativamente menor de conseguir un trabajo que las personas que adquirieron la enfermedad por otros medios.

El nivel de defensas es otra variable muy significativa. “Los resultados indican que una persona con un nivel de defensas alto tiene un 25% más de probabilidades de lograr un empleo”, afirma el investigador. Por otro lado, los pacientes con un diagnóstico reciente de VIH —en los 12 meses anteriores a la encuesta— tuvieron un 11,2% más de probabilidades de trabajar que los que fueron diagnosticados antes.



Persisten los distintos baremos para conseguir el certificado de minusvalía

La declaración de minusvalía de una persona puede ayudarle a encontrar trabajo más fácilmente. El problema es que, en España, para obtener este documento pueden pasar de 3 a 18 meses. Además de esta demora generalizada, los baremos no son siempre los mismos.

Un informe sobre el *Acceso al grado de minusvalía de las personas que viven con VIH* de la Federación ‘Trabajando en Positivo’ lo deja claro: en siete casos de siete comunidades autónomas diferentes de personas coinfectadas por el VIH y el virus de la hepatitis C (VHC) hallaron que el grado de minusvalía oscilaba entre el 30% y el 72%.

“Estas diferencias se encuentran más determinadas por factores subjetivos de la persona que valora y por cuestiones económicas de cada comunidad que por los criterios que marca el Real Decreto que lo regula”, alerta el informe. Existe la sensación

de que en algunas comunidades, en general, se realizan valoraciones “muy bajas”. El informe apunta el caso de una misma persona en dos comunidades autónomas diferentes, en concreto las de Murcia y Canarias, que, sin haber cambiado en demasía su situación en un momento y en otro de la valoración, en la Comunidad de Murcia se le asignó un 65% de minusvalía mientras que en Canarias, un 35%.

En la misma línea, en comunidades autónomas como Canarias, Andalucía y Cataluña, los miembros de la red ‘Trabajando positivo’ constatan la dificultad de que se llegue al 33%. “Sólo con el VIH, si tienen buen estado de salud, no les dan ningún grado, o por lo menos, no llegan al 33%”. “Hay casos con problemas graves de salud que no han llegado a este porcentaje”.

En otra situación se encuentran comunidades como Navarra, Comu-

nidad Valenciana y Cantabria, donde un diagnóstico de VIH por sí sólo lo puntúan con el 33% de discapacidad; pero lo complicado es llegar al 65% —grado que da derecho a una prestación por minusvalía de carácter no contributivo—, para lo que debe apoyarse en otros aspectos médicos y también psicológicos y sociales.

Hay casos aislados, observados en Zamora y Santander, en los que personas coinfectadas por VIH y VHC han sido valoradas por debajo del 33%, contraviniendo la normativa vigente.

El informe señala que, de los siete casos analizados, “tan sólo uno incluye una valoración psicológica de la persona como parte de su grado de minusvalía, cuando es evidente la elevada prevalencia de trastornos psicológicos y mentales en las personas que viven con VIH, sobre todo de carácter ansioso, depresivo y/o adaptativo”.

Los sindicatos se ponen las pilas

Vivir con VIH no impide a nadie ser un trabajador eficaz. Esto no puede marcar la relación con tus compañeros. Y la empresa no tiene por qué investigar ni juzgar el motivo por el que te has infectado. Una de las principales lacras es el miedo. Estamos trabajando mucho para evitar la discriminación.

Ana Sánchez de la Coba

Los sindicatos son conscientes de que la discriminación por VIH existe, y ahora intentan atajarla con más fuerza que nunca. "Nos llegan distintos casos que requieren de nuestra intervención y les dedicamos toda nuestra atención. Además, estamos convencidos de que se producen muchas menos denuncias de lo que realmente existe", explica Núria Lozano, secretaria de Comunicación y Recursos de CCOO de la comarca del Barcelonés (Barcelona) en Cataluña.

"Para que nos llegue una denuncia de este tipo hace falta valentía por parte de la persona y, al mismo tiempo, el máximo apoyo de su entorno. Muchas veces, tenemos que recurrir a la vía judicial y a inspecciones de trabajo, pero no son las soluciones más adecuadas, porque no hay posibilidad de modificar estos comportamientos".

Para Lozano, todas estas situaciones son producto de la precariedad laboral. "Si hubiera menos eventualidad, esto sería menos frecuente. Pero la precariedad abunda y esto incide en la discriminación al 'diferente'. Es por eso que hay que pedir más responsabilidad a la empresa, que es la responsable de proteger a sus trabajadores y anticiparse a estos comportamientos.

La normativa es clara, sólo hace falta que las empresas la asuman plenamente".

Desde CCOO, insisten en que hay que estar alerta también a la última reforma laboral, que puede comportar efectos negativos. "Hay empresas privadas de trabajo temporal que pasan a ser consideradas servicio público de ocupación. Es una manera de privatizar otro servicio público que no nos gusta, porque estas empresas sólo persiguen el beneficio. Nos arriesgamos a que éstas sólo busquen trabajo a las personas que les reporten más ingresos. Debe priorizarse el fomento de la ocupación por delante del margen de beneficio".

Más dignidad

"Una vida digna empieza con un empleo", recuerda Ana Sánchez de la Coba, responsable de políticas sociales de UGT Madrid. "Siempre, claro, que el empleo sea digno", matiza. Desde su sindicato, forman a sus delegados para que traten de evitar cualquier tipo de discriminación. "Vivir con VIH no impide a nadie ser un trabajador eficaz. Esto no puede marcar la relación con tus compañeros. Y la empresa no tiene por qué investigar ni juzgar el motivo por el que te has infectado. Una de las principales lacras es el miedo. Estamos trabajando mucho para evitar la discriminación".

De la Coba aboga por una integración total. "La ley permite que las empresas creen centros especiales donde ubican su personal con discapacidad, o que firmen un convenio con otras instituciones para que vaya a centros especiales. Nuestra pelea es porque toda esta gente se incorpore al mundo laboral normalizado. Y si después hay algún caso de rechazo, que el propio afectado dé la cara, como se ha hecho con la homosexualidad. Es importante recordar que la gente tiene los mismos derechos y que habrá organizaciones como la nuestra que le vamos a dar nuestro apoyo. Que nadie escondá la cabeza".

El caso valenciano

En Valencia, los dos sindicatos mayoritarios, UGT y CCOO, firmaron hace un año un convenio con CALC-SICOVA, la Coordinadora de Asocia-

ciones de Lucha contra el Sida de la Comunidad Valenciana, que garantiza una formación y sensibilización específica para sus delegados y afiliados. "Antes de este convenio, no lo habíamos tratado demasiado", confiesa Amanda González, del Departamento de Servicios sociales de la UGT en Valencia.



"Empezamos redactando un díptico y repartiéndolo. Pero hemos seguido con talleres, una charla... Aunque nos pensamos que todos estamos sensibilizados y que no hay ningún problema, siempre te llevas sorpresas. Existe mucha desinformación. Por eso, ahora nos gustaría editar un manual específico sobre discriminación laboral por VIH y revisar los materiales que tenemos editados acerca de riesgos laborales para que incluyan estos temas de forma específica", explica González.

Coincide en el mismo diagnóstico Eva Hernández, secretaria de Política Social de CCOO en Valencia. "En la Comunidad Valenciana, el VIH se había abordado de un modo colateral. Con el convenio de colaboración, hemos establecido un plan de trabajo, hemos editado un díptico de sensibilización destinado a los afiliados y afiliadas... Si bien en el tema de la homofobia y la situación del colectivo de gays y lesbianas ya llevábamos más tiempo, en este ámbito empezamos a aterrizar. Y es muy importante, porque lo que sucede en el interior de una empresa no es distinto a lo que pasa en la calle. Existen los mismos prejuicios. Y las personas con VIH, a no ser que necesiten una adaptación en su lugar de trabajo, no deberían tener ninguna discriminación ni en positivo ni en negativo".

Da igual si eres hombre o mujer,

LES IMPORTA EL VIRUS



cosas nuevas. Pero estoy bien, con las defensas altas.

LMP: Quizá la dificultad dependería de tu entorno...

Lucía: Mantener un trabajo ocultando tu condición es muy difícil, pero más difícil es mantenerlo sin ocultarlo. Tienes días más buenos que otros. Una sabe que esto va para largo, y las medicaciones van dejando huella. Especialmente en los huesos. Hay muchos días que, al levantarme, tardo un buen rato hasta que mis pies se calientan. Son cosas de la vejez... a los 40 años.

LMP: ¿Qué trabajo haces como activista?

Lucía: Estoy trabajando en el tema de la sensibilización, con otras personas que viven con VIH. Sobre todo con los sindicatos, para que la población afectada pueda seguir trabajando sin que haya rechazo en su entorno. Estuve de mediadora y también asesorando a gente a través de la asociación. A mis mejores amigas las conocí así: las recibía, empezamos conversando y ahora hay una amistad.

LMP: Llevas 27 años desde el diagnóstico. ¿El estigma persiste?

Lucía: Pues sí, y al ser mujer aún siempre te acompaña la pregunta: '¿dónde lo adquiriste?'. Nosotras somos siempre más vulnerables a la transmisión. Hay chicas que llegan muy asustadas. En el ámbito laboral, da igual si eres hombre o mujer. Lo que les importa es el virus, que seas seropositivo, y ese es un problema grande actualmente, porque cada vez hay más gente con VIH que sigue trabajando, debido a la mejora de la calidad de vida, pero ahora se enfrentan al problema del miedo a que se sepa, del miedo a las analíticas que se hacen en las empresas, del miedo al rechazo en el ámbito laboral; y tienen razón, después de tantos años luchando contra el estigma y educando, aún estamos en pañales. De hecho hay un estudio de CALCSICOVA sobre sensibilización en el ámbito laboral, y un alto

Lucía Sabater tenía 30 años y le dieron la pensión al 100%, 'la absoluta'. Le costó aceptar su cambio de estatus por todo lo que representaba. Ahora, con 46 años y un hijo de 15 está más ocupada que nunca. Esta valenciana es historiadora de formación, escribe novelas y cuentos, y dedica su tiempo al activismo en CALCSICOVA.

es como decirte que ya no vales. Me la concedieron muy fácilmente. No es como ahora, que se ha puesto muy difícil. Pero claro, en aquellos años todo era muy distinto. Me estaba tomando una medicación muy dura para tratar la hepatitis. Me tenían que acompañar al médico de lo delgada que estaba, pensaban que me iba a morir. Yo quería trabajar pero me dijeron que en mis condiciones era imposible.

LMP: ¿Y ahora, te sientes con más fuerza?

Lucía: Sí, estoy más ocupada que nunca. Aunque la pensión no me la han revisado. Es una absoluta, cotizada. La verdad es que ahora me encuentro mucho mejor que cuando me la dieron, pero he pasado por distintos efectos secundarios de las medicaciones. Tal vez mi dificultad sería lo de tener un horario, es difícil mantener un trabajo sin que te pregunten que pasa que vas tanto al médico. Voy controlándome cada tres meses, y siempre aparecen

LO+POSITIVO [LMP]: ¿Cómo llevas lo de ser pensionista?

Lucía: Aún me da corte decirlo. Cuando la gente lo sabe, siempre me pregunta qué edad tengo.

LMP: Cuando te dieron la pensión, ¿te supuso un alivio o un trauma?

Lucía: Al principio no lo entendía,

porcentaje de empresarios no contrataría a una persona que vive con VIH.

LMP: ¿No ha habido ninguna mejora?

Lucía: Todavía quedan muchas cosas por hacer. Por lo que respecta a los gobiernos y sus políticas y los medios de comunicación, hemos dejado de ser una prioridad, porque nuestros casos ya no

son tan llamativos. Nos hemos relajado en la prevención. En este momento, hay mucha gente que no utiliza el preservativo, igual que pasaba antes. Aun con todo lo luchado, hemos retrocedido. Tengo ganas de seguir en el activismo y ir más allá del 'ponte un condón'. Hay que dar la cara. Ir con la cabeza bien alta. Deberíamos dar la cara sin ningún miedo, pero eso es muy difícil.

LMP: ¿Sigue faltando información?

Lucía: Todavía hay trabajadores que no saben si su empresa puede o no obligarles a hacerse la prueba. Mucha gente nos viene preocupada por esto. Nosotros les recordamos que se pueden negar, porque si su jefe se entera de que viven con VIH pueden tener problemas, pero también los pueden tener si se niegan, es complicado.

Mi verdadero problema fue

LA HEROÍNA



Jesús Ortega tiene 49 años y ha tenido todo tipo de trabajos, desde comercial hasta chapador de paneles cerámicos. Ahora, es monitor de la vivienda tutelada de la que dispone CASDA, una asociación que lucha contra el VIH en Castellón desde 1997. "Tengo una discapacidad del 36%, pero trabajo como otro, a jornada completa. Me incorporé al mundo del trabajo hace 18 años. Siempre he creído en mis capacidades". Se considera afortunado, pero reconoce que la cuestión laboral es el gran reto pendiente para las personas seropositivas.

después todo se solucionó y terminó presentándome a su familia. Nos hicimos amigos.

LMP: Lo importante es si uno se encuentra bien...

Jesús: Conservo un buen aspecto. Lo que pasa es que he empezado hace poco con una medicación nueva, que es de un comprimido al día. Me ralla mucho mentalmente, algunos días estoy un poco jodido. Llevo un par de semanas un poco mal. Pero espero volver al ritmo de siempre.

LMP: Te veo optimista...

Jesús: Pues sí, mi verdadero problema fue la heroína. Lo demás me ha dado risas. Mis problemas han sido por la drogadicción, no por el VIH.

LMP: ¿No tenemos que preocuparnos?

Jesús: La cuestión laboral es muy importante: yo no he tenido grandes dificultades para lograr mi inserción en el mundo del trabajo, pero entiendo que soy un caso atípico. Lo veo por mis amigos. Hay que sensibilizar a la sociedad, sindicatos, empresas, etc., y sobre todo, tener las cosas claras. Cuando yo he dudado, las dudas han surgido en mi entorno.

Cuando yo lo he tenido claro, también lo han tenido claro a mi alrededor. La sociedad y el mundo laboral tienen un papel importante. Pero creo que una gran parte de responsabilidad es nuestra: lo que transmitimos y cómo lo transmitimos.

LO+POSITIVO [LMP]: ¿A gusto con tu trabajo?

Jesús: Pues sí, que uno trabaje con algo acorde a lo que puede dar es lo mejor que le puede pasar. Además, en mi entorno todo el mundo conoce mi situación. Claro que estaría mejor sin trabajar, dedicando mi tiempo a otras cosas que me apetece hacer, con una superpensión. Pero el mundo real es éste. Tengo una niña de 3 años y medio que requiere mi tiempo. A mi mujer le dieron también un 20% de discapaci-

dad, pero vivimos normalmente, como tantas otras familias.

LMP: ¿Te pesa lo de discapacitado?

Jesús: No, nunca me ha pesado, y en ocasiones lo he utilizado para conseguir algún trabajo, y cuando ha aparecido más adelante en mi entorno de trabajo, quizá porque mis compañeros me preguntaban por qué tomaba tantas pastillas, les decía el porqué. En 20 años, sólo he tenido un caso de rechazo. Y fue con una persona con la que

Aunque digan que no

EL RECHAZO PERSISTE

Sandra Requejo es de Ourense (Galicia) y tiene sólo 32 años, pero una vida intensa. Después de un tiempo en la calle y con las drogas, su suerte cambió. Desde hace un año trabaja en el proyecto 'Enganxate ao Trabalho', que reincorpora a personas como ella al mundo laboral. Está muy agradecida a la entidad que lo impulsa, el Comité Ciudadano Anti-Sida, porque reconoce un cambio 'grande' en su vida.

LO+POSITIVO [LMP]: Te veo contenta, aunque tu trabajo sea duro...

Sandra: Desbrozamos cada mañana parques y jardines, hacemos tareas de limpieza por las calles de Ourense y alrededores. Son sólo dos horas al día, porque es lo que da la subvención que reciben. Los lunes también tenemos una clase teórica sobre VIH, nutrición y derechos del trabajador. Para muchos es nuestra primera experiencia en el mundo laboral. Antes estaba en la calle, viviendo de 'okupa', consumiendo... Ahora priorizo otras cosas.

LMP: ¿En qué has notado una mejora?

Sandra: A raíz del trabajo he conseguido un piso, mi salud ha mejorado porque tengo un techo, me tomo la medicación y voy a mis citas. Me siento útil y estoy empezando a cambiar. En los otros trabajos, me echaban cuando sabían que consumía.

LMP: ¿Cuándo supiste que tenías VIH?

Sandra: Lo adquirí en 2003 y fue por relaciones sexuales. No fue hasta el 2007 que me lo diagnosticaron. Ya hacía mucho tiempo que consumía y me encontraba muy mal. Incluso estuve un tiempo en silla de ruedas. Aún voy al psiquiatra para aceptar lo que tengo. Pero desde que estoy en la asociación, las cosas me van mejor.



LMP: ¿Qué pasó en tus anteriores trabajos?

Sandra: Trabajé en tres ocasiones de camarera, pero sólo por unos meses. Después, tuve otro trabajo temporal gracias a un plan para personas desocupadas. Estuve seis meses en el ayuntamiento de Ourense. Sé que una jornada completa de ocho horas no la aguantaría. Con dos horas al día ya llego muy cansada al final de la semana. Físicamente no se me ve deteriorada, pero por dentro se nota. Es raro que, en invierno, no ingrese en el hospital entre 10 y 15 días. Pero ahora estoy mejor. El año pasado, anduve en la calle y hoy tengo un hogar. Mi vida ha cambiado mucho.

LMP: ¿Por qué te ha resultado difícil encontrar trabajo?

Sandra: Yo sigo echando currículums. Cuando me preguntan cuánto tiempo estaría dispuesta a trabajar, digo que media jornada. El problema es que no hay trabajo y que todo el mundo te conoce. Ya no delinco ni consumo, pero mucha gente piensa que no cambiaré. Si ya es difícil para una persona sin VIH, ¡imagina para mí! Ahora me encuentro bien, pero

pienso... ¿y de aquí a un año, qué? Cobro una pensión no contributiva de 339 euros, pero con eso no vivo. Este trabajo me ayuda a comer todos los días, aunque sólo sean 60 euros a la semana.

LMP: ¿Te has planteado cambiar de ciudad?

Sandra: Sí, pero tengo un niño que está con mi madre. Me da pena irme, porque su padre murió y no tiene a nadie más. Pero tampoco sé qué más hacer. No tengo experiencia ninguna y estudiar no puedo... ¡las clases de los lunes ya me cuestan un montón! Además, hay personas con reservas incluso para relacionarse conmigo. Noto un rechazo. Y yo he perdido mucha gente por el camino.

LMP: ¿De dónde procede este rechazo?

Sandra: No sólo de gente inculta. Es también de médicos, que se ponen tres pares de guantes y te hacen sentir muy mal. A uno le cuesta aceptarse, y si no te lo ponen fácil... Aunque digan que no, el rechazo persiste. Y a mí me gustaría tener más posibilidades, vivir mejor y poder cuidarme un montón.

Hace falta más voluntad

Y MENOS VICTIMISMO

Manu de Gregorio es de Vila-Real, tiene 46 años y trabaja desde hace seis años como funcionario en un ayuntamiento. Además, preside CASDA, la Asociación Ciudadana contra el Sida de Castellón. Tiene una visión de los hechos poco complaciente. "Debemos ser las personas que vivimos con VIH las que tenemos que buscar, luchar y defender nuestra inserción laboral. Como cualquier ciudadano que busca pagar su hipoteca y dar de comer a su familia".

LO+POSITIVO [LMP]: ¿Has podido trabajar y cotizar siempre?

Manu: Siempre he buscado en el trabajo mi medio de subsistencia, llevo más de 25 años cotizando. El mayor problema lo pueden tener las personas que viven con VIH que nunca han trabajado, que han trabajado en paralelo o en negro... Cuando acceden al mercado laboral, carecen de experiencia, hábito, responsabilidad, seguridad...

LMP: ¿Es, pues, una cuestión de actitud?

Manu: Mira, fui toxicómano durante 11 años y durante ese tiempo estaba trabajando. En mi generación, había usuarios de drogas que subsistían sin dar palo al agua, y de los trapicheos. Algunos, aunque también estuvimos en esa dinámica, trabajábamos con la dificultad de mantener una adicción y ocultar el estado serológico. Es cuestión de responsabilidad. Yo sólo tengo la EGB acabada, no tengo ninguna formación espectacular. Si yo lo puedo hacer, lo puede hacer cualquiera. Hace falta más voluntad y menos victimismo.

LMP: Pero también hay personas que no pueden trabajar por cuestiones de salud...

Manu: Hay personas que están muy perjudicadas, deberían recibir un



salario mínimo interprofesional y poder vivir con más dignidad. Pero por desgracia, nosotros mismos fomentamos y facilitamos el fraude. Atendemos a muchas personas válidas, capaces y útiles, que no quieren trabajar, que su dignidad prefiere vivir de la 'caridad', de los circuitos asistenciales, del bote de metadona y de la infima PNC, en vez de echarle 'un par de pelotas' y luchar por vivir dignamente. Hay demasiada comodidad, conformidad, exigencia de derechos y poca implicación, compromiso y obligaciones. No creo que sea justo ni digno.

LMP: Con un buen sueldo uno tiene más libertad...

Manu: Pues claro, puede desarrollarse como persona en la sociedad que nos ha tocado vivir. Te permite tener estabilidad, relaciones sociales, planificar el futuro, acceder a bienes materiales sin tener que robarlos. Es que me sorprende que no se vea la evidencia... o que no se quiera ver. Soy una persona con VIH desde hace 23 años, y por orgullo y dignidad, ni me quitaban el mono antes, ni me dan de comer ahora. No soy un asistido, soy una persona válida, capaz y útil.

Cada uno tiene sus capacidades y tiene que

DESARROLLARLAS

Inmaculada Montoya es de Valencia y trabajó desde los 15 años hasta los 28 en una peluquería. Le diagnosticaron el VIH y cogió la baja por depresión. Esta baja se fue alargando hasta que le dieron la pensión contributiva y empezó una nueva etapa de su vida. Ahora, con 45 años, dedica todo su tiempo al activismo en CALCSICOVA.

LO+POSITIVO [LMP]: ¿Cómo te encuentras?

Inmaculada: Bien, aunque desde que me diagnosticaron, en 1986, he tenido mis más y mis menos. Ahora, llevo un año y medio tomando la misma medicación y noto menos efectos adversos. Eso ha sido después de probar casi todas las medicinas posibles; siempre tuve reacciones muy fuertes.

LMP: ¿Qué supuso dejar de trabajar?

Inmaculada: En todos los cambios hay un proceso de adaptación. Primero, tuve la sensación de que no servía. Sobre todo cuando te dicen lo de 'incapacidad absoluta'. Luego, te das cuenta de que sirves para otras cosas. Lo he superado y tengo una actividad importante. Podría incluso cumplir un mínimo horario laboral.

LMP: ¿Has trabajado muchos años?

Inmaculada: Lo hice desde que era jovencita. Y cuando paré a nivel profesional, me ocupé de mi familia, de mi vida, buscamos una casa, fuimos a vivir al campo, tenía animales, me quedé embarazada y tuve un hijo... Llené mi vida. La pensión me sirve para subsistir, aunque sea de 580 euros.

LMP: ¿Cuánto hace que estás en el voluntariado?

Inmaculada: Desde hace un año. En 2007, entré en una asociación como usuaria, en mal estado. Me dieron información y me ayudó a conocer otras



personas como yo. Mi salud fue mejorando y ahora llevo un grupo de mujeres en AVACOS, la Asociación Valenciana contra el Sida. Ni ser pensionista con tan poco dinero ni tener una enfermedad de base son un problema... nada me para.

LMP: ¿Has podido cuidar siempre a tu hijo?

Inmaculada: Sí, la verdad es que he gozado de mucho tiempo para dedicárselo. También es cierto que he tenido problemas con enfermedades, pero me he ido defendiendo. Como va a colegios públicos donde todo es gratuito... vamos consiguiendo que la cosa continúe.

LMP: Hay mucha gente con pensión que le gustaría trabajar...

Inmaculada: Me lo creo, trabajar dignifica muchísimo. Hay muchas personas con VIH, con pensión o sin pensión, a las que les gustaría trabajar. Tenemos los mismos derechos que otra persona. Lo que pasa es que existe miedo a que se sepa el historial clínico. Me gustaría que hubiera más libertad, pero sé que la estructura social no permite estas cosas. No me gusta lo de minusválido.

Cada uno tiene sus capacidades y tiene que desarrollarlas. Se debe concienciar a la sociedad de que existimos y de que estamos capacitados.

Decálogo sobre VIH y empleo

La Federación Trabajando en Positivo es una red de trabajo constituida por trece entidades vinculadas a la lucha contra el sida del Estado español que están interesadas en actuar de forma específica y conjunta para ser más eficaces y significativas en un ámbito concreto: la inserción laboral de personas que viven con VIH. Os ofrecemos un extracto de los argumentos que defiende esta federación y de las buenas prácticas que deberían seguirse para mejorar la inserción de las personas con VIH en el ámbito laboral.

- A efectos médicos y legales, el VIH no es siempre discapacitante, por lo que una persona seropositiva no tiene disminuida, por esta condición, su capacidad de trabajo y no ha de cesar de forma involuntaria su actividad laboral.
- Las personas con VIH que trabajan no presentan una tasa mayor de absentismo que el resto de trabajadores, puesto que la ausencia justificada por el seguimiento médico periódico que requieren supone un 1% de abandono de la jornada laboral, muy inferior al 10% estimado en España.
- Las vías de transmisión del VIH están definidas con claridad y, entre ellas, no figuran las relaciones que se producen en el ámbito laboral o el hecho de compartir un espacio de trabajo con una persona con VIH. Precisamente por este motivo es por el que las y los trabajadores con VIH no están obligados, desde el punto de vista legal, a comunicar su estado serológico en su puesto de trabajo, ni a sus empleadores ni al resto de sus compañeros.



- A pesar de que existen leyes que amparan y protegen a las personas con VIH, éstas siguen sufriendo situaciones de discriminación en el ámbito laboral, tanto a la hora de acceder a un nuevo trabajo (exigencia de la prueba de detección del VIH) como a la hora de mantenerlo (rechazo por parte de los compañeros de trabajo, despidos injustificados, etc.).
- ¿Qué pueden hacer las empresas para favorecer el empleo de las personas con VIH? La responsabilidad social de la empresa (RSE) es una vía que permite a ésta mejorar y llevar a cabo acciones de compromiso social relacionadas con la formación continua, la igualdad de oportunidades, la integración laboral, etc. Las empresas que incorporan, como parte de su ideario, un compromiso social, añaden un valor intangible a toda su labor productiva, valor que les supone una ventaja competitiva por el hecho de que las coloca en una posición ventajosa en el mercado. Junto a este valor añadido, la contratación de personas con VIH con discapacidad también puede reportar beneficios económicos a cualquier empresa que aplique dicha política de contratación.
- Para cumplir con este objetivo, las empresas cuentan con diferentes opciones, entre ellas:
 - Integrar dentro de su política de contrataciones el cumplimiento con las cuotas de reserva para personas



- con discapacidad, directa o indirectamente mediante: la compra y venta de servicios a centros especiales de empleo y otros sistemas de ocupación protegida desarrollados por las propias entidades de lucha contra el sida, la contratación de autónomos discapacitados y/o la contratación de enclaves laborales.
- Revisar los protocolos establecidos para la selección de personal y para la prevención de riesgos laborales, con el fin de eliminar aquellas prácticas que puedan llevar a situaciones de estigma y discriminación hacia personas con VIH.
- Realizar acciones de información y sensibilización sobre el VIH en el seno de la empresa.
- Los principales beneficios que obtendrían las empresas que adoptaran este papel serían: contribuir a la normalización del VIH en la sociedad fomentando la autorrealización personal y la mejora de la autoestima y la calidad de vida de personas que, a pesar de vivir con el virus, ayudan a mejorar el nivel laboral y económico de la sociedad; favorecer la estabilidad económica de las personas con VIH y, en consecuencia, ayudar a disminuir su dependencia de las prestaciones públicas. Por otro lado, permitiría a las empresas conseguir una oportunidad en relación con la RSE, y con ello la posibilidad de acceder a bonificaciones cuando el VIH se vincula a la discapacidad o a la exclusión social.

Sólo el 20% de las personas con VIH que trabajan revelan su estado serológico

De las personas con VIH que trabajan, apenas un 20% comunica su estado serológico a sus compañeros y superiores, según datos del último estudio FIPSE sobre integración laboral. La razón es evidente: una de cada cuatro afirma haber sufrido algún tipo de discriminación, ya sea mediante el rechazo o, directamente, con el despido.

A pesar de estos datos, más de la mitad de las personas con VIH que no trabajan están deseando incorporarse al mundo laboral. Sus principales motivaciones son económicas (81,7%), por los beneficios personales y psicológicos tales como sentirse útil (78,3%) y normal (69%), y por los beneficios sociales al contribuir a la sociedad (59%).

Las principales barreras con las que se encuentran son la discriminación (71,9%), el miedo de dar a conocer su situación (72,6%) y las preocupaciones derivadas de los cambios de salud (84,9%).

“Las personas con VIH se encuentran con importantes barreras tanto para la incorporación como para el

desarrollo de una actividad profesional normalizada. Cabe destacar, por su relevancia, los prejuicios y la discriminación percibida”, señala una de las autoras y editoras del trabajo, M^a José Fuster.

“Hay que lograr una mayor estabilidad laboral para las personas con VIH. Las medidas deben ir dirigidas a la sensibilización y formación en el mundo del trabajo y a la capacitación de las personas con VIH, entre otras”.

El estudio, *Integración laboral de las personas con VIH. Estudio sobre la identificación de las necesidades laborales y la actitud empresarial*, fue realizado por la Coordinadora Estatal del VIH-Sida (CESIDA), junto con la Universidad del País Vasco y la Universidad Nacional de Educación a Distancia, y financiado por FIPSE, la Fundación privada para la Investigación y la Prevención del Sida en España.

Puede descargarse el informe aquí:
www.cesida.org/images/stories/elinformefipse.pdf

GUÍA DE RECURSOS

Estas son algunas de las organizaciones de VIH que ofrecen servicios o programas de formación e inserción laboral en España:

ANDALUCÍA

Comité Ciudadano Antisida de Huelva

Servicio de orientación y apoyo al empleo.
antisida@hotmail.es
Tel.: 959 152 427

CANARIAS

Amigos Contra el Sida (Las Palmas de Gran Canaria)

Proyecto Dédalo.
amigos@amigoscontraelsida.org
Tel.: 928 230 085
www.amigoscontraelsida.org

UNAPRO (Tenerife)

Programa de atención social, laboral y jurídica.
unapro@unapro.org
Tel.: 922 632 971
www.unapro.org

CANTABRIA

ACCAS (Santander)

Servicio de atención y orientación laboral. Taller DINAMO.
accas@accas.es
Tel.: 942 313 232
www.accas.es

CASTILLA Y LEÓN

Comité Ciudadano Antisida de Zamora

Servicios de inserción laboral.
info@casidazamora.org
Tel.: 980 534 382

CATALUÑA

Àmbit Prevenció (Barcelona)

Itinerarios de inserción socio-laboral.
info@ambitprevencio.org
Tel.: 932 371 376
www.ambitprevencio.org

ARPAONG (Badalona)

Proyecto Enganxa't al treball.
info@arpaong.org
Tel.: 605 841 688
www.arpaong.org

Asociación antisida de Lleida

Programa Incorpora Lleida.
aasll@sidaponent.org
Tel.: 973 261 111

GALICIA

Comité Cidadán Anti-Sida de Ourense

Programas de inserción laboral.
antisidaou@hotmail.com
Tel.: 988 233 000

NAVARRA

Asociación Sare

Servicio de inserción socio-laboral.

sare@pangea.org

Tel.: 948 384 149

MADRID

Apoyo Positivo

Programa de orientación y asesoramiento laboral y formativo.
orientacionlaboral@apoyopositivo.org
Tel.: 913581444
www.apoyopositivo.org/

BASIDA (Aranjuez)

Asesoramiento y apoyo en búsqueda activa de empleo
Cooperativa de Inserción 'BASE'.
aranjuez@basida.org
Tel.: 918 923 537
www.basida.org

COMUNIDAD VALENCIANA

CASDA

Orientación laboral y talleres de búsqueda de empleo.
casda@casda.es
Tel.: 964 213 106
Web: www.casda.es

CALCSICOVA

Formación a personas con VIH.
calcsicova@calcsicova.org
Tel.: 963 731 002
www.calcsicova.org

Comité Ciudadano Antisida de la Comunidad Valenciana

Talleres de formación e inserción laboral y acciones para el empleo.

komite@terra.es

Tel.: 963 920 153

www.comiteantisidavalencia.org

ESTATALES

Programa de Oficinas Virtuales (CESIDA)

cesida@cesida.org
Tel.: 902 362 825
www.cesida.org

Federación Trabajando en Positivo

info
@trabajandoenpositivo.org
Tel.: 914 725 648
www.trabajandoenpositivo.org

NOTA:

Queremos agradecer a todas las personas y entidades que han participado en este reportaje, y muy en particular a las siguientes organizaciones: Arpa ONG (Barcelona), Asociación Comité Ciudadano Anti-Sida de Huelva —ACCASH— (Huelva), Comité Ciudadano Anti-Sida de la Comunidad Valenciana (Valencia) y CASIDA (Zamora). Por diversas razones, no pudimos incluir su testimonio, opinión y experiencia en estas páginas.

Alimentos para el cerebro

El deterioro cognitivo asociado a la infección por VIH responde a la actividad del virus a nivel del sistema nervioso central, ya que altera el entorno de las células, condicionando la actividad y viabilidad de muchas neuronas implicadas en funciones importantes como la memoria o el procesamiento de la información, entre otras. Aunque la alimentación no puede constituir un tratamiento que impida el desarrollo del deterioro cognitivo, sí que puede ser un apoyo capaz de colaborar en el abordaje multidisciplinar de dicho trastorno o de tipo preventivo. Así, la nutrición puede favorecer la restitución de algunas moléculas importantes a nivel neuronal que se ven afectadas por la acción del VIH, contrarrestando de alguna manera la toxicidad del virus sobre esta línea celular con funciones tan primordiales.

¿Qué les pasa a las neuronas?

Las neuronas son unas células sin capacidad reproductiva, por lo que su número se va reduciendo a lo largo de la vida de una persona y a un ritmo más elevado ante condiciones negativas como la infección por VIH. De este modo, unas medidas nutricionales interesantes serían aquellas encaminadas hacia una reducción de la degeneración neuronal, producida, entre otros factores, por la acumulación de radicales libres o sustancias oxidantes en el sistema nervioso central. La actividad del VIH en este compartimento del organismo desencadena la liberación de agentes proinflamatorios, que, en muchos casos, son de tipo oxidante. Tanto la acción nociva de los radicales libres como la de las sustancias oxidantes pueden ser contrarrestadas por agentes antioxidantes. Las fuentes principales de antioxidantes se encuentran en el reino vegetal.

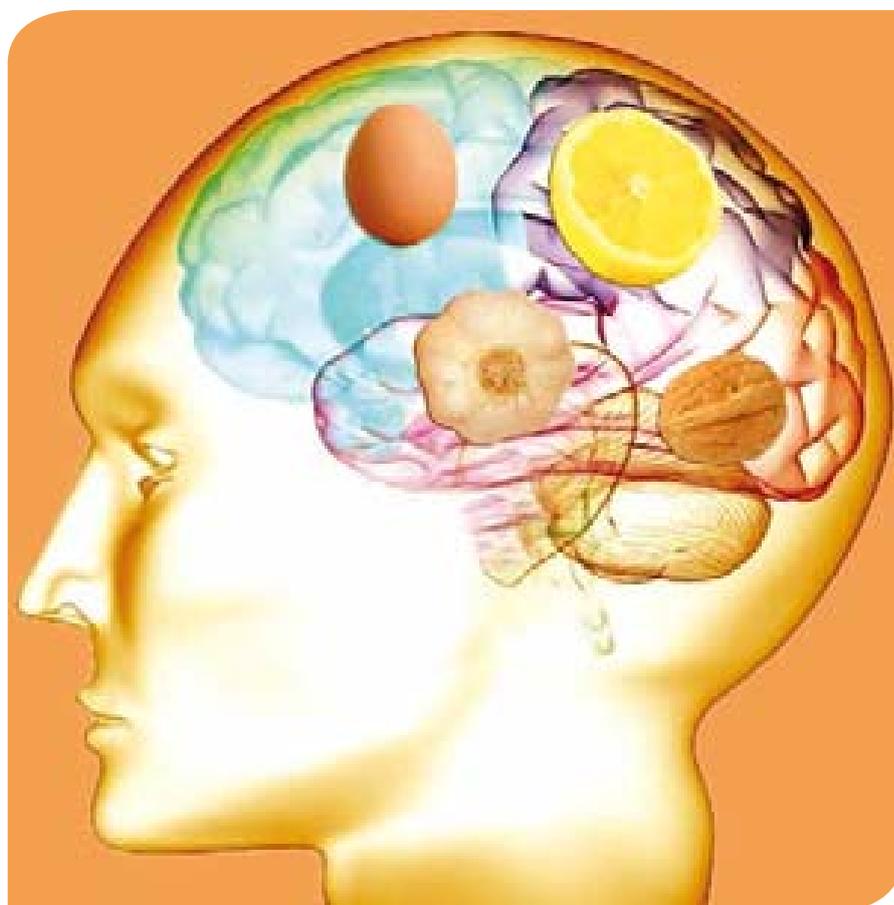
La lista de la compra

Cítricos: Son ricos en vitamina C y poseen una importante actividad antioxidante. Las naranjas, mandarinas, pomelos, limones o limas son los cítricos más frecuentes.

Té: Las infusiones de té (especialmente el té verde y el blanco) contienen antioxidantes como las catequinas, los flavonoides y las vitaminas C y E.

Hortalizas: Dentro de este gran grupo de alimentos destacan, por su actividad antioxidante, los ajos (con alicina, vitamina C y zinc) y las espinacas (ricas en betacarotenos y vitaminas C y E).

Otra estrategia nutricional frente al deterioro cognitivo es el consumo de alimentos que contengan sustancias que favorezcan la actividad neuronal. En esta línea, los ácidos grasos omega 3, las vitaminas del complejo B ó el ácido fólico son factores importantes para la función cerebral.



Ácidos grasos omega 3: Aunque su mecanismo de acción no está bien definido, numerosos estudios han mostrado su capacidad para mejorar el rendimiento cognitivo. Se encuentran, principalmente, en pescados azules, si bien existen algunas fuentes de origen vegetal, como las nueces o las semillas de lino.

Vitaminas del complejo B: Están implicadas en numerosas acciones, entre las que destacan la elaboración

de neurotransmisores y el correcto crecimiento y desarrollo celular. Se hallan sobre todo en carnes, lácteos y huevos, aunque también en alimentos de origen no animal, como por ejemplo la levadura de cerveza o los frutos secos.

Ácido fólico: En algunos estudios ha mostrado su capacidad de mejorar las funciones cerebrales, además de los beneficios que aporta en numerosos procesos del organismo

susceptibles de interactuar con la actividad cerebral. Se encuentra de manera especial en alimentos vegetales, como las verduras de hoja verde, frutos secos, legumbres y cereales integrales, sin bien, de igual forma, está presente en la levadura de cerveza y en las vísceras de animales.

Poca sal y grasa animal

Por último, cabe tener en cuenta que otros factores como los niveles elevados de lípidos —tan habituales en personas con VIH— o la hipertensión afectan de manera negativa a la salud cerebral. Así, en lo que al aspecto nutricional se refiere, un consumo bajo o moderado de sal y de alimentos ricos en colesterol y

grasas saturadas —como carnes grasas, embutidos y quesos con elevados porcentajes de materia grasa— puede ser una medida interesante encaminada a la preservación de la función cognitiva.

Fuentes:

- Innatia.com
- Farmaceuticonline.com

Cuentámelo en la cocina



Cuando ya tengo los ingredientes listos, caliento el aceite en la olla donde vaya a hacer la sopa y primero frío los ajos. Antes de que se doren, añado el jamón o la chistorra a tacos (aquí en mi pueblo es deliciosa) y lo dejo unos 2 ó 3 minutos.

3. Se retira un momento la olla del fuego para añadir el pimentón, así no se quema ni amarga; y luego añado los trozos de pan para que se empapen con el aceitito.
4. Luego vierto el caldo o el agua y lo dejo hervir unos 20 minutos o media hora. Hay quien mezcla los huevos en la olla minutos antes de que termine la cocción.
5. A mí me gusta poner los huevos al final en cada bol o cazuela de barro: como la sopa tiene que estar hirviendo cuando se sirve, acaba cocinando el huevo con el propio calor. Rectificar de sal y ¡listo!

Redescubrimos... La sopa de ajo

“Hola,

Os mando esta receta para que la publicuéis en invierno. Es la típica y clásica sopa para cuando el frío aprieta aquí en la meseta: la sopa de ajo. Me recuerda a mi abuela Josefa y las historias de posguerra que nos contaba cada vez que la tomábamos. Los tiempos han cambiado mucho y es cierto que hay cientos de productos más a nuestro alcance, pero para mí —imagino que para muchos también— hay platos que pueden ser simples y humildes pero que son irremplazables. Aquí va mi receta (mis proporciones son a ojo, lo siento) y un beso a los amigos de la revista.”

Lucy Garrido

Ingredientes para cuatro personas:

- Pan duro
 - Dos litros de agua o caldo suave
 - Una cabeza de ajos
 - Tacos de jamón o chistorra
 - Cuatro huevos
 - Aceite de oliva
 - Sal y pimentón dulce o picante
1. Suelo poner a calentar el agua o el caldo suave de carne o jamón mientras voy troceando el pan duro. Yo suelo usar un cuarto de hogaza, pero depende de si nos gusta más o menos espesa.
 2. Luego lamino los ajos, soy un poco burra y uso una cabeza entera.

¡Participa!

Cuéntamelo en la cocina

Podéis mandarnos aquellas recetas que guardan un significado especial porque os traen buenos recuerdos, os hacen pensar en una persona u os transportan a países lejanos. Queremos saber vuestras recetas preferidas y las historias que tienen detrás. Lo podéis hacer con o sin fotos. Nosotros os ayudaremos a completarlo.

Por carta a: **LO+POSITIVO**
c/Sardenya 259 3º 1ª
08013 Barcelona,
o por correo electrónico a
contact@gtt-vih.org

Entrevista a mi psiquiatra

En general, cuando el VIH irrumpe en la vida de una persona, ésta se ve alterada en muchos aspectos. Aunque gracias a los fármacos se piense que estamos ante una enfermedad crónica y que sólo debemos preocuparnos por mantener unos niveles de CD4 altos y una carga viral indetectable, la realidad es que muchos de nosotros/as acabamos yendo a la consulta de un psiquiatra, ya sea por la no aceptación de la enfermedad, por la angustia que sufrimos debido a la necesidad de una buena adhesión a unos fármacos que deben tomarse de por vida, por el hecho de no saber cómo irá al día siguiente la visita con el internista (si volverán o no las candidas, los temidos efectos secundarios, etc.), por cómo afecta a la relación con la pareja (“¿se lo digo o no se lo digo?”), por el rechazo social que lleva consigo... En resumen, acudimos a la consulta de un psiquiatra por el estrés emocional que conlleva vivir con VIH. Para saber más sobre este tema, le he hecho una entrevista a mi psiquiatra, el Dr. Díez, del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona (Barcelona), que desde hace algunos años atiende a pacientes del hospital de día de VIH. Espero que os resulte interesante.

Pregunta (P): ¿Podría resumirnos su trayectoria profesional?

Respuesta (R): Soy psiquiatra desde hace veinte años. Trabajo en el Hospital Germans Trias i Pujol desde entonces, como adjunto de Psiquiatría. Desde hace siete u ocho años, me dedico de forma parcial a la atención de personas seropositivas. Parte de la investigación que he podido realizar últimamente se ha orientado a evaluar los efectos psiquiátricos del interferón en personas con VIH coinfectadas por el virus de la hepatitis C (VHC) y en aquellas mono-infectadas por el virus hepático. Además, soy profesor de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).

P: ¿Es cierto que sólo hay tres o cuatro psiquiatras dedicados al tratamiento de personas con VIH en España?

R: Sí, me consta que existen muy pocos psiquiatras que tratan de manera específica a personas con esta infección.

P: ¿Podría comentar los trastornos psiquiátricos más frecuentes que presentan los pacientes con VIH?

R: Fundamentalmente, se trata de trastornos depresivos derivados de aspectos emocionales asociados a la infección. Asimismo, hay algunas personas seropositivas que presentan un conjunto de problemas psiquiátricos

relacionados con el uso de drogas inyectables que precisan atención psiquiátrica. En nuestro medio, ese fue el mecanismo de transmisión del virus en el 30-40% de los casos.

P: ¿Cree usted que hay diferencias desde el punto de vista psiquiátrico entre el paciente recién diagnosticado y el más veterano, como yo, con 17 años viviendo con el virus?

R: Las diferencias que se observan vienen condicionadas por los cambios importantes en la vida de los pacientes, ya sea por el diagnóstico de la infección, el inicio del tratamiento antirretroviral o por el desarrollo de síntomas. Estos factores desencadenan una reacción emocional. Sin embargo, con el tiempo, la persona experimenta un proceso de adaptación y, en muchos casos, tolera mejor estos cambios emocionales.

P: ¿Considera que las personas con VIH que padecen problemas psiquiátricos se enfrentan a dos estigmas? ¿Cuál de ellos es más poderoso?

R: En el aspecto emocional y desde el punto de vista crónico, el estigma ocasionado por la enfermedad mental es más poderoso que el provocado por el VIH. Las personas, pese a las consecuencias sociales que implica el hecho de ser seropositivo, son capaces de reubicar mejor el estigma que conlleva esta condición.

Uno de los principales problemas del psiquiatra cuando ha de tratar a pacientes con VIH son las posibles interacciones entre los fármacos antirretrovirales y los prescritos para tratar la enfermedad mental. Por ello, es importante para el especialista conocer las interacciones a fin de saber qué fármacos están contraindicados o qué ajustes de dosis deben hacerse.

Dr. Díez

P: ¿Existe un perfil concreto de paciente psiquiátrico con VIH?

R: Se dan varios perfiles. Uno de ellos incluye a aquellas personas que adquirieron la infección a través del consumo de opiáceos. Se trata de un tipo de pacientes que podrían tener

ya un trastorno previo de personalidad que les hubiera llevado al abuso de estas sustancias, además de los problemas derivados de la utilización continuada de este tipo de drogas. Aparte, existen otros grandes grupos de pacientes que se infectaron por vía sexual, ya fuera a través de relaciones homo o heterosexuales. En estos casos, el perfil de paciente no está tan claro.

P: Las personas con dependencia a los opiáceos, ¿presentan un peor estado mental que aquéllas infectadas por otras vías?

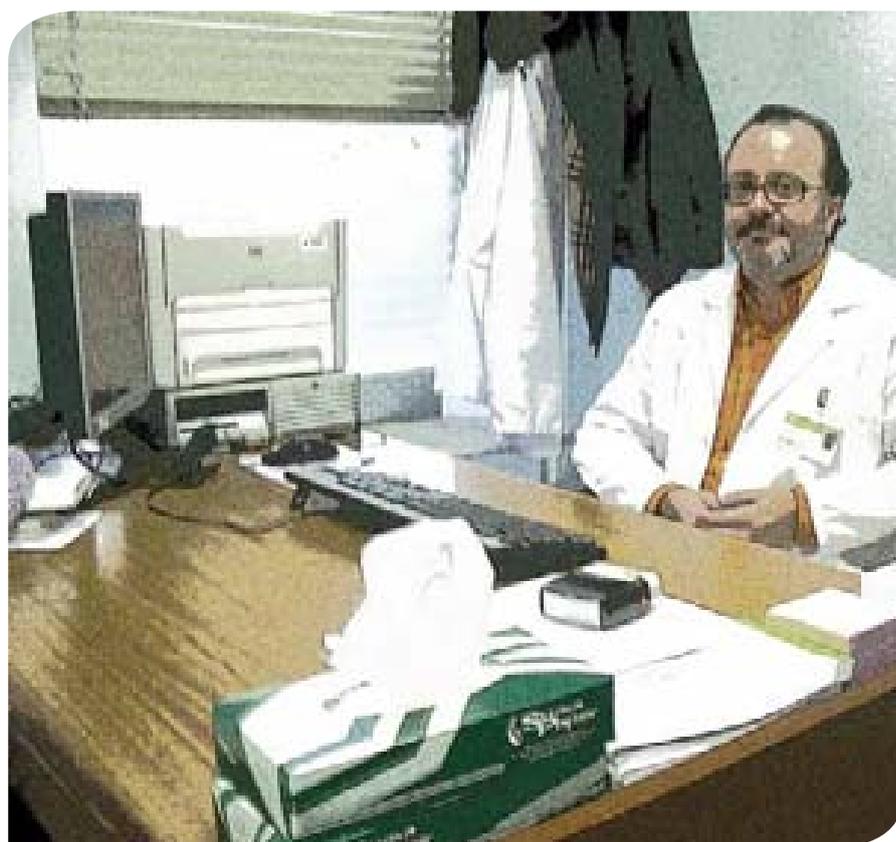
R: Tanto los opiáceos como otras drogas pueden ocasionar importantes problemas emocionales por sí mismos, independientemente de la infección por VIH.

P: Para tratar a personas seropositivas, tendrá que ir actualizando sus conocimientos acerca de los antirretrovirales. ¿Es así?

R: Por supuesto. Uno de los principales problemas del psiquiatra cuando ha de tratar a pacientes con VIH son las posibles interacciones entre los fármacos antirretrovirales y los prescritos para tratar la enfermedad mental. Por ello, es importante para el especialista conocer las interacciones a fin de saber qué fármacos están contraindicados o qué ajustes de dosis deben hacerse.

P: ¿Existe algún antirretroviral particularmente problemático a la hora de combinarlo con tranquilizantes?

R: En general, el tratamiento antirretroviral no impide el uso de tranquilizantes; el problema suele ser que no pueden usarse las dosis habituales, porque las interacciones con los antirretrovirales aumentan o disminuyen sus concentraciones sanguíneas. De manera habitual, no nos encontramos con problemas graves que impidan el empleo de estos medicamentos en personas bajo tratamiento anti-VIH. Sin embargo, en los pacientes que toman efavirenz (Sustiva®, también en Atripla®) debe tenerse en cuenta que, entre sus posibles efectos secundarios, se encuentran problemas del sueño y depresión, lo que hace que los psiquiatras



tengamos que actuar con precaución en estos casos.

P: ¿Cree usted que las personas con VIH vivimos nuestra enfermedad con demasiada ansiedad o frustración emocional debido al seguimiento médico (niveles de CD4, carga viral, etc.) y al tratamiento de la infección?

R: Sí, sin duda, aunque se trata de un hecho que también puede observarse en grupos de personas que tienen otras enfermedades crónicas, en las que igualmente son necesarias muchas visitas médicas para controlar su evolución y desarrollo. La principal diferencia que se advierte en las personas con VIH es el estigma social, que afecta al trabajo, las relaciones interpersonales, etc.

P: A lo largo de los años, han ido apareciendo fármacos para suprimir

la carga viral en sangre y alcanzar unos buenos niveles de CD4 y, sobre todo, para mantenernos vivos. Sin embargo, pienso que se han dejado un poco de lado aspectos como la replicación viral en el cerebro. En la actualidad, se están realizando estudios para evaluar a las personas con VIH en relación con su estado cognitivo. ¿Qué podría explicarnos al respecto?

R: El virus puede afectar al sistema nervioso central (SNC). Cuando la infección no se controlaba lo suficientemente bien, las personas podían acabar padeciendo demencia a causa de dicha afectación. Hoy en día, gracias a las opciones terapéuticas existentes, estas demencias apenas existen, pero esto no quita que el virus esté ahí y pueda afectar al SNC. Aunque la acción del virus a nivel cerebral sea leve, es importante ajustar las pautas de tratamiento

para utilizar aquellos antirretrovirales que puedan pasar, en mayor medida, al sistema nervioso central, atravesando la barrera que separa la circulación sanguínea del cerebro, e impidiendo el daño cerebral ocasionado por los virus presentes. Hoy, este es un aspecto al que ya prestan atención los médicos especialistas en VIH. En cambio, hace unos años, el principal objetivo era la supervivencia del paciente y no se consideraba si el fármaco era capaz o no de llegar al sistema nervioso central.

P: ¿Cree usted que existe alguna enfermedad psiquiátrica causada únicamente por el VIH?

R: En su momento, la demencia asociada al VIH. De manera directa, ninguna más.

P: Yo padecía un trastorno obsesivo desde los 8 años y, al recibir el diagnóstico de la infección por VIH, su intensidad se incrementó. ¿Qué explicación daría a este efecto?

R: El sentirse infectado ya forma parte de la clínica del trastorno obsesivo, por lo que, si la infección tiene lugar realmente, el problema se descontrola mucho más. Las ideas obsesivas respecto a la salud y al estado físico lo reactivaron.

P: ¿Cuáles son las frustraciones y los miedos que le transmiten sus pacientes con más frecuencia?

R: Uno de los temas que más preocupa es el hecho de desvelar o no el estado serológico, si bien este tipo de conflictos son tratados, de manera básica, por los psicólogos. Tras la cronificación de la infección por VIH, hay que adaptarse a múltiples circunstancias (laborales, personales, etc.) que afectan a las preocupaciones y la calidad de vida de las personas.

P: ¿Qué consejo sobre salud mental daría a las personas con VIH que nos leen?

R: Pues un buen consejo sería algo tan simple como tener en cuenta la salud

Tras la cronificación de la infección por VIH, hay que adaptarse a múltiples circunstancias (laborales, personales, etc.) que afectan a las preocupaciones y la calidad de vida de las personas.

mental y no centrarse únicamente en el estado físico. No todas las personas con VIH lo hacen y muchas dan prioridad a los problemas físicos. Hay que tener en cuenta que pueden realizarse intervenciones a muchos niveles para mejorar la calidad de vida asociada al estado mental. Es importante solicitar estos recursos cuando sea necesario.

P: ¿Cómo afecta psicológicamente la lipodistrofia al paciente con VIH?

R: Es un aspecto más que contribuye a la afectación emocional de los pacientes porque es una alteración de la imagen corporal que puede permitir la visualización de la infección por parte de los demás, con las consecuencias relativas al estigma que ello conlleva. Supone un factor añadido más.

P: Los medios de comunicación también han hecho un flaco favor respecto a este tema, ya que uno camina por la calle y, si no tiene lipodistrofia, pasa inadvertido, pero si la padece, lo lleva grabado en la cara.

R: Volvemos a lo mismo, al problema social relacionado con el VIH. Por ejemplo, la imagen corporal de los pacientes que reciben quimioterapia también se ve alterada, pero no conlleva el estigma presente en las personas seropositivas.

P: En cuanto al estado emocional; ¿existen diferencias entre las personas con VIH españolas e inmigrantes?

R: He recibido pocos casos de inmigrantes no latinoamericanos; no sé si se debe a problemas de comunicación o de expresión emocional. Sí que he tenido casos de personas procedentes de América Latina, ya que, por el tema del idioma, pueden expresar mejor los sentimientos. La mayor parte de los pacientes que he atendido se han infectado por vía homosexual, no a través del uso de drogas inyectables, como la mayoría de las personas con VIH españolas que acuden a mi consulta. Los inmigrantes tienen, aparte de los problemas asociados con la infección, los propios de su condición, como los relacionados con la adaptación, los problemas económicos, el paro, etc. En otros grupos de población, estos problemas no son tan comunes.

P: En relación con el duelo; ¿tiene muchos pacientes que hayan perdido a su pareja o a sus hijos?

R: Cada vez hay menos fallecimientos, por lo que de forma paulatina descienden los cuadros de duelo, aunque es cierto que las personas que lo han pasado muchas veces siguen arrastrando una sintomatología relacionada con el mismo.

P: ¿Va a seguir atendiendo a personas con VIH? ¿Va a recibir ayuda de alguien próximamente? Su lista de espera es de más de un mes...

R: Yo voy a seguir, que venga alguien más es muy difícil, pero existe la posibilidad de ampliar horarios.

P: ¿Cuál es su balance desde que comenzó a tratar a personas con VIH?

R: El balance es positivo, puesto que se trata de un campo muy amplio e interesante en el que hay mucha necesidad de asistencia psiquiátrica. Por otra parte, sería de gran interés que el paciente valorara la atención psiquiátrica recibida en la unidad, su utilidad, si podría llevarse a cabo de otro modo, etc.



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**

Reiki

energía universal

El Reiki es un sistema para canalizar energía a través de las manos. Una sesión de Reiki consiste en que la persona que lo da transmite energía a la persona que llamamos paciente, y con esto trata de armonizar y equilibrar cualquier bloqueo energético que se encuentre en su cuerpo. Durante este tiempo, lo único que tendrá que hacer el receptor es permanecer con los ojos cerrados, respirando suavemente, sintiendo su cuerpo y disfrutando de ese rato de relajación.

El Reiki es capaz de equilibrar a tres niveles:

Nivel físico: Sirve para relajar dolores de tipo físico, inflamaciones, problemas de la piel, lesiones, fracturas, ansiedad, efectos secundarios provocados por medicación, etc.

Nivel mental o emocional: También sirve para subsanar problemas emocionales como ansiedad, depresión, insomnio, agresividad, infelicidad, tristeza, desamor...

Nivel espiritual: Sirve para encontrar la armonía, la paz y el equilibrio, etc.

¿Cómo iniciar una terapia de Reiki?

El tratamiento consiste en el seguimiento y proceso de equilibrio de la persona. La sesión dura alrededor de una hora; el número de sesiones depende del paciente y de la dolencia que le afecte. Con el Reiki se pueden mejorar toda clase de afecciones, enfermedades físicas o psicológicas y hábitos perjudiciales.

Durante el tiempo en que se está recibiendo el tratamiento, no hay que concentrarse en nada, ya que el Reiki no sigue dogmas filosóficos ni religiosos.

Los terapeutas de Reiki no emitimos ningún diagnóstico sobre el estado físico de la persona (no somos médicos), ni hablamos de modificaciones de los

tratamientos que pueda estar siguiendo, aunque si la mejora es evidente, el facultativo es el que determinará los cambios y pautas a seguir en la medicación.

El Reiki no ofrece garantías de sanación (ningún sistema las ofrece), si bien miles de pacientes avalan su eficacia y más de quinientos hospitales en EE UU utilizan esta técnica como medicina complementaria. En España, se ha introducido en el Hospital 12 de Octubre y en el Ramón y Cajal de Madrid, y próximamente se hará en el Hospital Infanta Sofía y La Paz, donde hasta el momento está dando excelentes resultados con enfermos del servicio de Oncología. En la provincia de Barcelona, en concreto en el Hospital de Mataró, se ha habilitado una planta para realizar la experiencia piloto con terapias complementarias (incluido el Reiki), con la finalidad de realizar un estudio para determinar su eficacia con vistas a su posterior implantación para ser aplicadas en pacientes con cáncer, VIH, en postoperatorios, etc. La experiencia piloto se ha efectuado sobre tres mil pacientes con un éxito considerable.

¿Qué espera el paciente de una sesión de Reiki?

Algo a tener en cuenta cuando nos sometemos a una sesión de Reiki es que el terapeuta no es quien nos equilibra. Él es un mero canal de energía, la cual entra por su Chakra corona y sale por sus manos.

Una sesión normalmente se realiza con la persona tumbada en una camilla y sin calzado. El terapeuta impone sus manos en distintas zonas del cuerpo del paciente y las mantiene durante unos minutos. El paciente no experimenta ninguna clase de dolor; en general, suele conseguir un estado profundo de relajación o incluso llega a quedarse dormido. Según el grado de sensibilidad del paciente, éste podrá tener diferentes sensaciones, aunque en las primeras sesiones puede que no llegue a sentir nada. Hay que hacer hincapié



en que no se trata de una píldora que tomas y te sana. Las liberaciones de energía pueden continuar días después de haber recibido la sesión. De manera habitual, con unas cuatro sesiones separadas en varias semanas, el paciente nota alguna mejora.

En ciertos casos se pueden sufrir la llamada "crisis de sanación", lo que significa que, en el proceso de mejoría, el paciente empeora de los síntomas de su enfermedad. Esto hay que tomarlo como un éxito, ya que significa que el paciente está reaccionando bien al Reiki y mejorando de su dolencia.

Cuando un paciente se somete a unas sesiones de Reiki para la mejora de un determinado tipo de afección, la solución no siempre es la que espera. El Reiki siempre proporciona lo mejor para el paciente. A modo de ejemplo, si alguna persona desea solucionar un problema de pareja, es posible que el desenlace sea una ruptura, aunque ésta se producirá de forma armoniosa, porque eso era lo mejor para ella. Por este motivo, con frecuencia se dice que "El universo no siempre te da lo que quieres".

Nota importante: El Reiki jamás debe ser usado como sustituto de tratamientos médicos o psicológicos.

Encuesta sobre el tratamiento antirretroviral

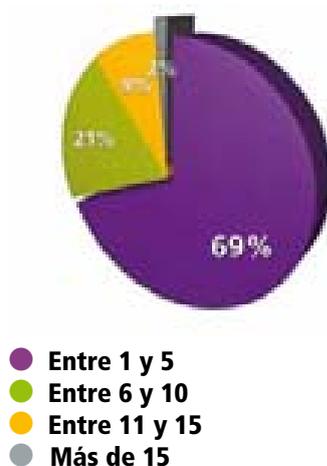
En primer lugar, queremos mostrar nuestro agradecimiento a todas aquellas personas que habitualmente participan en los sondeos y encuestas rápidas de nuestro sitio web (www.gtt-vih.org). La tasa de respuestas es siempre muy alta y eso nos anima a seguir recabando vuestras opiniones para trasladarlas a médicos, investigadores, personal sanitario, autoridades y compañías farmacéuticas, con la finalidad de que la voz de las personas que vivimos con VIH sea escuchada y tenida en cuenta.

Este año, os propusimos una encuesta sobre el tratamiento antirretroviral, de la que ahora os presentamos algunos resultados preliminares de las 262 respuestas que recibimos desde España, del 14 de abril al 14 de mayo de este año.

Un 79% fueron hombres. La vía de adquisición del VIH fue, en un 50%, a través de relaciones homosexuales, en un 26%, por vía heterosexual, en un 13%, por contacto sanguíneo (uso de drogas, transfusiones, etc.), mientras que en un 11% de los casos no está clara la vía de transmisión. Un 10% de las personas con VIH tienen edades comprendidas entre los 19 y 29 años; un 25%, entre 30 y 39; un 41%, entre 40 y 49; un 19%, entre 50 y 59 años, y un 4% es mayor de 60 años.

Un 39% de personas llevan diagnosticadas 5 años o menos; un 19%, entre 6 y 10 años; un 16%, entre 11 y 15, y un 26%, más de 16 años. La mayoría toman tratamiento antirretroviral una vez al día (65%), entre 1 y 5 comprimidos diarios (69%) [véase el gráfico nº 1]. Entre las personas que toman terapia dos veces al día, el 52% preferirían pasar a tomarla una vez al día, mientras un 37% piensan que dependería de otros factores, como los efectos secundarios, la eficacia, etc.

Gráfico 1
¿Cuántas pastillas contra el VIH tomas en la actualidad?



Una gran mayoría de personas dicen no haber olvidado (93%) ni tomado a destiempo (80%) ninguna dosis en la última semana, lo cual no parece tener relación con el nivel de estudios, pero sí podría estar relacionado con el número de comprimidos diarios, mostrándose menos adherentes los que más comprimidos toman (véanse las tablas 1 y 2).

Tabla 1
Datos cruzados:
Dosis olvidadas por Número de comprimidos diarios

	Ninguna	Una vez
Uno	95,9%	2,7%
3 ó menos	87,8%	8,8%
Entre 4 y 5	82,6%	12,8%
Entre 6 y 8	75%	10,7%

Tabla 2
Datos cruzados:
Dosis tomadas a destiempo por Número de comprimidos diarios

	Ninguna	Una vez
Uno	84,9%	9,6%
3 ó menos	65,5%	20,0%
Entre 4 y 5	72,1%	15,1%
Entre 6 y 8	53,6%	16,1%

El 81% de las personas toman alguno de los comprimidos combinados disponibles (Combivir®, Kivexa®, Trizivir®, Truvada®, Atripla®, Kaletra®) y piensan que este tipo de formulaciones les ayudan a seguir la pauta (véase el gráfico nº 2).

Gráfico 2
¿Hasta qué punto este tipo de comprimidos combinados te ayuda a tomar la medicación?

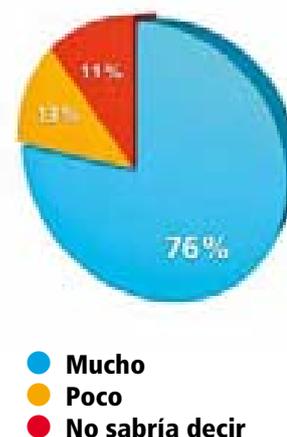
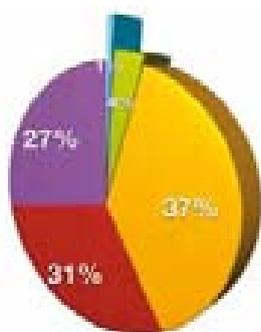


Gráfico 3

¿Con qué frecuencia salir de fiesta o consumir alcohol o drogas interfiere con tu capacidad para tomar los medicamentos contra el VIH tal como han sido prescritos?



- **Alguna vez, muy ocasionalmente**
- **Nunca**
- **No salgo de fiesta y/o no consumo alcohol**
- **3 ó más veces a la semana**
- **1 ó 2 veces a la semana**

El régimen de una única pastilla mejora la adhesión y reduce la hospitalización

Un estudio presentado en el X Congreso sobre Terapia Farmacológica en la Infección por VIH, celebrado en Glasgow (Escocia, Reino Unido) evidencia que las personas que toman un régimen terapéutico consistente en una única píldora diaria parecen mostrar un mayor grado de adhesión que las que toman más comprimidos al día.

Esta mejora en el nivel de adhesión (que se calculó dividiendo el número de días cubiertos por las recetas repuestas entre el total de días de

En cuanto a las creencias, las personas que piensan que pueden saltarse o tomar a destiempo una dosis en una semana son las que más se saltan o toman a destiempo sus dosificaciones.

El 64% dicen haber obtenido la mayor parte de la información sobre el modo apropiado de tomar la medicación de su médico, aunque un porcentaje importante reclama más atención por parte de éste (35%), sobre todo por lo que se refiere a la explicación relativa a los posibles efectos secundarios.

En un 5% de los casos, salir de fiesta y/o tomar alcohol y/o drogas in-

terfieren, a menudo, con la capacidad para tomarse el tratamiento correctamente (véase gráfico nº 3), mientras que a un 37% de las personas que respondieron la encuesta esto les ocurre de forma ocasional, sin que ello tenga que ver con el nivel de estudios (véase la tabla 3).

Esperamos poder ofrecer los resultados finales y una conclusión durante 2011. Mientras, la encuesta sigue activa en: [http://: gtt-adhesion2010.questionpro.com](http://gtt-adhesion2010.questionpro.com)

¡Gracias por vuestra participación!

Tabla 3

Datos cruzados:

¿Con qué frecuencia salir de fiesta o consumir alcohol o drogas interfiere con tu capacidad para tomar los medicamentos contra el VIH tal como han sido prescritos? por Nivel de estudios.

	Alguna vez, muy ocasionalmente	Nunca	No salgo de fiesta y/o no consumo alcohol
Educación primaria	36,2%	33,3%	28,2%
Educación secundaria	37,4%	36,4%	30,3%
Diplomado / Licenciado	36,7%	36,7%	27,4%
Doctorado	36,6%	34,6%	29,1%
Otros	35,4%	36,1%	30,3%

tratamiento) también se tradujo en un mejor estado de salud; así, los pacientes que tomaban un comprimido al día tuvieron un menor número de hospitalizaciones, incluso cuando se descartaron otros factores que podrían influir.

Sólo una minoría de los pacientes alcanzaron un nivel de adhesión superior al 95%, pero la proporción fue superior entre los que recibían un régimen de una única pastilla.

Limitaciones

Entre las limitaciones del estudio se incluye el hecho de que no se pudo determinar por qué los pacientes habían sido seleccionados para recibir su régimen en particular, por lo que cabe la posibilidad de que la

diferencia en la tasa de hospitalizaciones se deba en parte a que se hubiera seleccionado a las personas menos enfermas para el régimen con un comprimido.

Por otro lado, en la actualidad sólo se dispone de un régimen que consiste en una única pastilla al día (Atripla®), por lo que cabe pensar que también haya influido la distinta eficacia de esta combinación de fármacos en particular frente a otros regímenes.

Otro punto que debe considerarse es que el estudio se centró también en pacientes que tienen un seguro de salud privado en EE UU, por lo que es posible que los resultados no puedan generalizarse sin más a otros entornos y se precisen estudios más amplios.

La curación del VIH

Una nueva prioridad científica

Desde hace un tiempo, la palabra 'curación' se oye más a menudo. Grupos de científicos y activistas están de acuerdo en que hay nuevas líneas de investigación que deben ser exploradas para aumentar el conocimiento sobre la infección por VIH, de manera que la búsqueda de la erradicación no sea una quimera. En Filadelfia (EE UU) se ha creado una nueva coalición de activistas llamada *AIDS Policy Project* (APP; Proyecto de Políticas sobre el Sida), cuyo objetivo principal es presionar a las autoridades de su país para que financien la investigación dirigida a la búsqueda de una cura del sida. Según ellos, podría estar más cerca de lo que pensamos. Cinco o diez años, aseguran. ¿Llegaremos a verlo?

En marzo de 2009, se publicaban en la revista *Science* las declaraciones de un grupo de investigadores del ámbito académico y de la industria farmacéutica a favor del desarrollo de una alianza público-privada duradera que superara las barreras para encontrar una cura de la infección por VIH.

Un poco antes, el Grupo de Acción en Tratamientos [TAG, en sus siglas en inglés], un equipo de activistas estadounidenses de referencia en el campo de los tratamientos del VIH y las hepatitis virales, hizo también un llamamiento parecido, en el que se recomendaba al Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de EE UU [NIAID, en sus siglas en inglés] que revitalizase la búsqueda de una cura para el VIH, poniendo especial atención en la financiación de investigadores innovadores, el desarrollo de modelos animales para aprender más sobre la persistencia del virus, y la realización de pruebas para medir virus latentes y los efectos del tratamiento.

Según datos proporcionados por la nueva coalición para una cura APP, los NIAID —que dependen de los Institutos Nacionales de Salud de EE UU (NIH, en sus siglas en inglés)— invirtieron en sida, durante 2009, la cantidad de 1.541 millones de dólares, de los que apenas un 3% se dedicaron a financiar investigación acerca de la cura de esta enfermedad, en un sentido amplio del término; es decir, incluyendo las dos definiciones de los NIH, para los que la "cura" a secas, o también llamada "cura esterilizante", es la remisión permanente sin necesidad de terapia, y la "cura funcional", el control del virus —en lugar de su eliminación— sin necesidad de terapia. También en 2009,

los Institutos Nacionales para la Salud Mental de EE UU destinaron unos 20 millones de dólares con el mismo propósito.

Una premio Nobel se une a la causa

En julio del mismo año, desde Ciudad del Cabo (Sudáfrica) y durante la V Conferencia sobre Patogénesis, Tratamiento y Prevención del VIH de la Sociedad Internacional del Sida (IAS, en sus siglas en inglés), la premio Nobel de Medicina 2008, Françoise Barré-Sinoussi, hizo un llamamiento a unir esfuerzos para avanzar en este campo de la investigación. Al cabo de un año, durante la XVIII Conferencia Internacional del Sida

celebrada en Viena (Austria), dirigió un taller titulado *Hacia la cura: reservorios del VIH y estrategias para controlarlos*, que reunió a investigadores en ciencia básica y clínica, periodistas científicos, líderes de la comunidad y agencias donantes de todo el mundo, para repasar y debatir acerca de los más recientes estudios sobre los reservorios del VIH, y para abordar si será posible algún día —y cómo— controlar totalmente el virus de forma individual.

A pesar de los recientes avances en el tratamiento, la profesora Barré-Sinoussi declaró en Viena que: "Es muy necesario que se continúe invirtiendo en la investigación para entender mejor por qué y cómo persiste la infección por VIH bajo la terapia antirretroviral. Es preciso resolver estos misterios para poder desarrollar futuras estrategias terapéuticas que no pasen por tener que tomar un tratamiento de por vida".

De acuerdo con lo que explica APP, hay ahora dos grandes estrategias de investigación que requieren mayor financiación:

1) La activación del VIH que permanece latente en ciertos reservorios, donde los fármacos no alcanzan a llegar. Aunque las combinaciones cada vez más potentes de antirretrovirales han mejorado de manera sustancial la salud de las personas con VIH y reducido las tasas de mortalidad, siguen sin poder erradicar el virus, incluso cuando se ha tratado de intensificarlas añadiendo algunos de los antirretrovirales más novedosos.

Copias del VIH se mantienen latentes en ciertas células del sistema inmunitario (linfocitos-T CD4 y macrófagos) que actúan como reservorios virales. Un área de la investigación intenta ahora

Es muy necesario que se continúe invirtiendo en la investigación para entender mejor por qué y cómo persiste la infección por VIH bajo la terapia antirretroviral. Es preciso resolver estos misterios para poder desarrollar futuras estrategias terapéuticas que no pasen por tener que tomar un tratamiento de por vida.

Françoise Barré-Sinoussi

avanzar en el conocimiento sobre estos reservorios, cómo se crean y perpetúan, de qué modo se puede sacar ese virus de su 'escondite', y cómo, finalmente, se podría llegar a eliminar del todo.

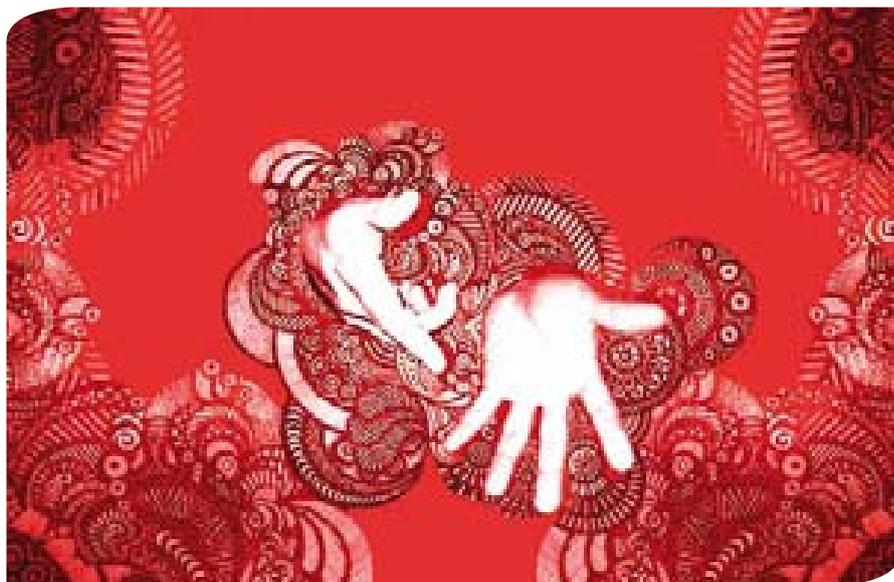
2) La transformación del sistema inmunitario de las personas con VIH para producir una mutación que impida que el virus siga infectando células. Esta estrategia se basa en el caso de la única curación del VIH que ha tenido lugar hasta la fecha y que ocurrió por casualidad. A un hombre de 40 años con VIH y leucemia se le realizó un trasplante de células madre de la médula ósea de una persona que tenía una doble mutación en un gen llamado delta 32. Tener esta doble mutación significa que esa persona carece de un receptor celular llamado CCR5. No tener receptores CCR5 quiere decir que en la superficie de la célula falta una de las proteínas que el VIH usa para entrar en ella e infectarla.

Poseer una doble mutación en el gen delta 32 del CCR5 no es una enfermedad sino una característica genética que, de forma natural, se consigue cuando se han heredado del padre y de la madre sendas mutaciones en dicho gen. Se calcula que, en el norte de Europa —donde más personas hay con esta característica—, un 10% de la población no desarrollará la infección aunque esté repetidamente en contacto con el virus.

La persona en cuestión, llamada desde entonces 'el paciente de Berlín', logró eliminar el VIH tras el trasplante, puesto que las células de su nuevo sistema inmunitario, al no tener CCR5, hicieron inviable la propagación de la infección.

Más de tres años curado

El hallazgo fue presentado en febrero de 2008 durante la XV Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas (CROI 2008, *abstract* 719: HÜTTER, *et al*). Desde entonces, este hombre sigue sin leucemia y sin VIH. Y no sólo en el torrente sanguíneo tiene cero copias del virus. No se ha encontrado rastro de él en ninguno de los tejidos examinados durante estos más de tres años (sistema nervioso central, aparato digestivo, etc). Pese a que se trata de



un formidable avance científico, el trasplante, de entrada, no sería aplicable a todo el mundo, por los riesgos que entraña esta estrategia terapéutica y por su elevado coste. Pero sí se puede, y se debe, aprender mucho de ello.

Como ha hecho Paula Cannon, de la Universidad de California del Sur (EE UU), que infectó con VIH a ratones a los que se les había dado un sistema inmunitario humano, para luego extraer células T de su organismo y tratarlas con una tecnología llamada del dedo de zinc, que consigue eliminar los receptores CCR5. Tras reintroducir las células T (sin CCR5) en los ratones, la infección por VIH desapareció. Esta prueba de concepto con un modelo animal se probará ahora en un pequeño grupo de humanos.

Iniciativas públicas y privadas

Entre las instituciones y empresas que están financiando investigación sobre la cura del sida destacan las siguientes:

El **Instituto de Medicina Regenerativa de California**. Se trata de la agencia pública del estado de California que lleva a cabo ensayos con células madre. Actualmente, está financiando dos estudios de cuatro años de duración por un total de 35 millones de dólares para investigar más sobre la pista del caso del 'paciente de Berlín'.

La **Fundación para la Investigación sobre el Sida (amfAR)**, en sus siglas en inglés) financia estudios sobre la cura desde 2002. En total lleva invertidos unos 5,8 millones de dólares. En mayo de este año, distribuyó un comunicado de prensa en el que anunciaba considerables nuevas subvenciones dirigidas a esta causa. Para ello, ha

creado el Consorcio de Investigación sobre la Erradicación del VIH (ARCHE). "amfAR posee un dilatado historial de financiación en investigaciones relevantes, y el desarrollo de este consorcio me hace concebir grandes esperanzas de que podamos catalizar la búsqueda de una cura para el VIH/sida", declaró el director general de la Fundación, Kevin Robert Frost. "Creemos que un esfuerzo colaborativo de investigación cuenta con el potencial para acelerar de forma drástica la búsqueda de una cura".

Además de las instituciones públicas y fundaciones privadas sin ánimo de lucro, también hay compañías farmacéuticas que estarían financiando estudios en esta línea, aunque ninguna de ellas ha desvelado qué cantidad está destinando a estos fines. Según APP, serían Gilead, Merck, Bristol-Myers Squibb y Sangamo.

Otras instituciones que están promocionando, patrocinando y llevando a cabo este tipo de investigaciones son la organización sin ánimo de lucro belga Objectif Recherche Vaccin Sida (ORVACS), el organismo público italiano Istituto Superiore di Sanità, la agencia pública británica Medical Research Council (MRC), y las agencias públicas francesas Institut National de la Santé et de la Recherche Medicale (INSERM) y Agence Nationale de Recherche sur la SIDA et les Hépatites Virales (ANRS).

Podéis ampliar esta información en el sitio web (en inglés) de APP [www.aidspolicyproject.org], donde se puede colaborar de distintas maneras, como por ejemplo firmando una carta para pedir al director de los NIH que destine 240 millones de dólares a investigar la cura del sida.

Un nuevo horizonte en el tratamiento de la hepatitis C

La carrera llega a su fase final. Los dos primeros nuevos fármacos orales contra el virus de la hepatitis C (VHC), más avanzados en su desarrollo, se aproximan a la meta. Se espera que telaprevir y boceprevir reciban su aprobación a lo largo de 2011, lo que significa que miles de personas infectadas sólo por VHC podrán beneficiarse de ellos en breve. Detrás, en diferentes posiciones de esta carrera ya imparable, les siguen un buen número de medicamentos que, junto a telaprevir y boceprevir, proporcionarán, en un futuro no muy lejano, a médicos y pacientes un nuevo arsenal terapéutico y esperanzas de curación para una enfermedad que afecta, a escala mundial, a 130 millones de personas.

Sin embargo, todavía quedan algunas incógnitas por despejar: ¿Se podrán beneficiar también las personas coinfectadas por VIH y VHC del acceso precoz a los dos primeros fármacos que se comercializarán el próximo año? Y en caso afirmativo, ¿a qué subgrupo de pacientes coinfectados debería garantizarse de forma prioritaria el acceso precoz y de qué manera?

Las personas monoinfectadas, primero

En España, se calcula que, de las 130.000 personas que viven con VIH, entre 30.000 y 40.000 estarían coinfectadas por VHC. Muchos de estos pacientes se han sometido en el pasado, sin éxito, al tratamiento estándar contra la hepatitis C, basado en la combinación de interferón pegilado y ribavirina (IFN-PEG y RBV), por lo que la llegada de los nuevos antivirales orales de acción directa [DAA, en sus siglas en inglés] permitiría ampliar las posibilidades de eliminar el VHC y frenar la progresión de la enfermedad hepática.

Se espera que dos de los nuevos antivirales de acción directa (llamados así porque inhiben la replicación del VHC actuando de forma directa contra diferentes fases de su ciclo vital) estén disponibles a lo largo de 2011 sólo para pacientes monoinfectados por VHC. Se trata de telaprevir –desarrollado conjuntamente por Vertex y Tibotec/Janssen-Cilag– y boceprevir –de MSD–, dos inhibidores de la proteasa del VHC que se encuentran en la actualidad en la fase III de su desarrollo.

A grandes rasgos y teniendo en cuenta las diferencias en cuanto al diseño de los estudios, los resultados de los



ensayos realizados hasta la fecha con ambos fármacos en personas monoinfectadas muestran que añadir uno de ellos al tratamiento estándar (IFN-PEG y RBV) aumenta de forma significativa las probabilidades de obtener una respuesta virológica sostenida (carga viral indetectable seis meses después de finalizar el tratamiento, lo que equivale a la curación) en personas con genotipo 1 del VHC (el que responde peor al tratamiento estándar).

También sabemos que se requiere un alto nivel de adhesión a estos nuevos medicamentos, puesto que saltarse u olvidarse tomas incrementa el riesgo de que el VHC desarrolle de forma rápida mutaciones de resistencia al inhibidor de la proteasa que se esté tomando, o incluso a toda la familia, un fenómeno conocido como resistencia cruzada y

que podría comprometer las opciones futuras de tratamiento. Mantener una buena adhesión será con toda probabilidad un reto, no sólo por el riesgo de desarrollar resistencia, sino por la complejidad de la pauta de dosificación (boceprevir y telaprevir deben tomarse 3 veces al día y ribavirina, 2 veces) y el número de comprimidos (6 al día en el caso de telaprevir y 12, en el de boceprevir; sin contar los de ribavirina).

Entre los efectos secundarios principales que se han asociado con el uso de los inhibidores de la proteasa del VHC en los ensayos clínicos figuran: anemia, exantema, fatiga, náuseas, vómitos, diarrea, mal sabor de boca o alteración del sentido del gusto, dolor de cabeza, mareo, ictericia y elevación de los niveles de la enzima hepática alanina aminotransferasa [ALT] y de bilirrubina.

Con todo, ambos fármacos concluirán en 2011 la fase III de su desarrollo, por lo que se espera que el próximo año podrán beneficiarse de ellos un buen número de personas mono infectadas por VHC. Mientras se realiza el proceso de evaluación por parte de las autoridades sanitarias, que favorablemente concluirá con la autorización de la comercialización de los fármacos, éstos podrían estar disponibles a través de un programa de acceso expandido (PAE), un procedimiento que permite a los pacientes que más lo necesitan y que no pudieron ser incluidos, por alguna razón, en los ensayos reguladores de fase III, beneficiarse del empleo de un medicamento todavía no comercializado.

Conviene recordar que, en España, la ley no contempla la figura de los PAE como tal, sino que es habitual que éstos se enmascaren como ensayos clínicos, con sus respectivas ventajas e inconvenientes, una solución que permite ayudar a la supervivencia de las personas en riesgo de enfermar y fallecer.

Lo que a todas luces parece bastante claro es que la infección por VIH será un criterio de exclusión en los PAE de telaprevir y boceprevir que comiencen el próximo año y que, una vez reciban ambos fármacos la autorización de comercialización para personas mono infectadas, tampoco estará garantizado que las personas coinfectadas puedan acceder de forma inmediata a ambos fármacos, dado que la indicación de uso que se autorice no incluirá todavía a esta población de pacientes.

Sin prisa, pero sin pausa

El principal reto que plantea el empleo de los nuevos antivirales de acción directa contra el VHC en personas coinfectadas está relacionado con las posibles interacciones entre dichos antivirales y los fármacos contra el VIH, hasta el punto que podrían limitar la utilización de ciertos antirretrovirales en esta población de pacientes. A esto se añade el hecho de que el tratamiento estándar contra el VHC (interferón pegilado y ribavirina), que acompañará a esta primera generación de antivirales de acción directa, es menos eficaz en personas coinfectadas que en mono infectadas, y que normalmente los pacientes coinfectados tienen cargas virales del VHC más elevadas que los mono infectados. Ambos factores juntos podrían aumentar el riesgo de que el VHC desarrollase mutaciones de resistencia a telaprevir o boceprevir.

El uso compasivo de medicamentos en investigación se muestra como un mecanismo posible para que las personas coinfectadas puedan acceder de forma precoz a telaprevir y boceprevir.

Todos estos aspectos relativos a la seguridad y eficacia de los nuevos antivirales de acción directa contra el VHC en personas coinfectadas deben ser conocidos y descritos en profundidad en una fase temprana del desarrollo de dichos compuestos, para que los pacientes que más los necesiten puedan beneficiarse de ellos lo más pronto posible sin comprometer su salud.

Hasta que no concluyan los ensayos clínicos de telaprevir y boceprevir que se están llevando a cabo en personas coinfectadas y se obtenga la autorización de comercialización para esta población de pacientes, las personas que viven con VIH y VHC no podrán acceder plenamente a ambos fármacos. Siendo optimistas, esto podría demorarse hasta bien entrado el año 2012.

Sin embargo, no se puede olvidar que la enfermedad hepática terminal asociada al VHC es la principal causa de muerte en personas con VIH en países de nuestro entorno: el VIH agrava el pronóstico de la infección por VHC acelerando el proceso de fibrosis hepática y cirrosis. Dado que la tasa de respuesta virológica sostenida con interferón pegilado y ribavirina es inferior en personas coinfectadas y que muchos de estos pacientes no han respondido con anterioridad al tratamiento estándar, resulta crucial que las personas coinfectadas, sobre todo aquéllas en estadios avanzados de la enfermedad hepática, puedan acceder de forma temprana a los nuevos antivirales de acción directa para mejorar su salud y esperanza de vida.

Mejorar el acceso precoz

¿Cómo podrán acceder a telaprevir y boceprevir las personas coinfectadas en riesgo elevado de progresión de la enfermedad hepática y con escasas probabilidades de esperar a la aprobación de comercialización de ambos fármacos?

La pregunta, a día de hoy, parece difícil de responder. Es posible que la respuesta dependa de los datos sobre seguridad y eficacia que se hayan podido obtener hasta el momento de los ensayos clínicos de fase IIa en curso con telaprevir y boceprevir en población coinfectada, en los que España participa con dos centros hospitalarios en el caso de telaprevir (en Barcelona y Madrid) y con tres, en el de boceprevir (en Barcelona, Córdoba y Sevilla). Además, la Agencia para la Investigación del Sida y las Hepatitis Virales [ANRS] en Francia comenzará próximamente dos ensayos clínicos en los que evaluará también el empleo de telaprevir y boceprevir en población coinfectada.

Mientras en 2011 finalizan los ensayos de fase III (con los que se espera obtener la aprobación de uso y comercialización), se desarrollan los programas de acceso expandido para personas mono infectadas y las autoridades sanitarias evalúan la solicitud de autorización en esa población de pacientes, las personas coinfectadas que necesiten con urgencia acceder a telaprevir y boceprevir podrían hacerlo a través de un procedimiento contemplado por la ley española y conocido con el nombre de uso compasivo de medicamentos en investigación. Se trata de un mecanismo que permite el empleo de un fármaco antes de su autorización en España en personas que padecen una enfermedad crónica o gravemente debilitante o que se considera pone en peligro su vida, y que no pueden ser tratados de manera satisfactoria con un medicamento autorizado. El fármaco para el que se solicita el uso compasivo tendrá que estar sujeto a una solicitud de autorización de comercialización, o bien deberá estar sometido a ensayos clínicos.

La ley, dentro del uso compasivo, contempla dos procedimientos distintos para acceder a medicamentos en investigación. Uno de ellos es la autorización de acceso individualizado, un mecanismo a través del cual un centro hospitalario, a petición de un médico, solicita el acceso a un medicamento en investigación de forma individualizada (es decir, caso por caso) a la Agencia Española de



Medicamentos y Productos Sanitarios [AEMPS], que tiene la responsabilidad de autorizar o denegar la solicitud. Por su parte, el promotor del ensayo clínico o solicitante de la autorización de comercialización (que en este caso serían las compañías farmacéuticas) deberá dar su conformidad para que el medicamento pueda ser administrado fuera del contexto del ensayo y garantizar su disponibilidad. El otro mecanismo, conocido como autorización temporal de uso (ATU), consiste en una autorización de un medicamento experimental por parte de la AEMPS para todo un grupo de pacientes para tratar una enfermedad grave sin tratamiento satisfactorio. Este procedimiento tiene la ventaja de eliminar los trámites administrativos individuales. Las condiciones de utilización de un medicamento en investigación que obtiene una ATU se establecerán a través de un protocolo elaborado por la AEMPS en colaboración con el laboratorio farmacéutico responsable del desarrollo del producto. Asimismo, la ATU ofrece la posibilidad de obtener datos relevantes sobre la seguridad del medicamento que podrán ser tenidos en cuenta para su evaluación.

Por consiguiente, el uso compasivo de medicamentos en investigación se muestra como un mecanismo posible para que las personas coinfectadas puedan acceder de forma precoz a telaprevir y boceprevir. Además, este procedimiento podría servir para que médicos y autoridades sanitarias monitorizaran los datos de seguridad y eficacia sobre el empleo de ambos fármacos en

personas coinfectadas por VIH y VHC que, junto con los resultados que se vayan obteniendo de los ensayos de fase I en curso, nos permitirían obtener información crucial sobre, por ejemplo, interacciones con los medicamentos antirretrovirales u otros fármacos de utilización habitual en esta población (por ejemplo, los tratamientos de sustitución de opiáceos o los fármacos para tratar trastornos psiquiátricos).

Una vez que telaprevir y boceprevir obtengan la aprobación en población que sólo tiene infección por VHC —lo que se espera que se produzca en algún momento de 2011—, ¿cómo se garantizará el acceso precoz para las personas coinfectadas que más los necesitan?

¿Y después...?

Algunas personas coinfectadas, las que cumplan los criterios de inclusión, podrán acceder a los ensayos de fase III en esta población de pacientes, encaminados a obtener la autorización oficial de una ampliación de la indicación por parte de las autoridades sanitarias.

No obstante, para aquellos pacientes que, por alguna circunstancia, no puedan ser inscritos en esos ensayos y que tengan la necesidad de probar nuevas opciones terapéuticas, la legislación española contempla la posibilidad de acceder a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en la ficha técnica. Según la ley, este uso tendrá un carácter excepcional y se limitará

a las situaciones en las que se carezca de alternativas terapéuticas autorizadas para un determinado paciente —lo que se ajusta, por ejemplo, con el caso de aquellas personas coinfectadas que no consiguieron eliminar el VHC con un tratamiento estándar anterior—. En este caso, la AEMPS no está implicada en la evaluación y autorización de uso de un medicamento fuera de ficha técnica, sino que esta responsabilidad recae en el médico prescriptor, los centros hospitalarios y las comunidades autónomas, lo que puede acelerar probablemente todo el trámite burocrático.

Pese a que en este escenario deja de ser necesaria la autorización de la AEMPS, la agencia reguladora podría elaborar recomendaciones de empleo en los supuestos en los que pudiera preverse un riesgo para los pacientes derivado de la utilización de los medicamentos no contemplada en la ficha técnica.

A tenor de lo dicho y en conclusión, de la lectura de la legislación española se desprende que las personas coinfectadas —especialmente las que más los necesitan— pueden tener un acceso precoz a los primeros antivirales de acción directa contra el VHC.

Resulta obvio que, en todo este proceso, autoridades sanitarias, laboratorios farmacéuticos y profesionales sanitarios desempeñarán, cada uno en su ámbito de acción, un papel crucial para facilitar el acceso a la población coinfectada: los primeros, acelerando los trámites administrativos; los segundos, asegurando la disponibilidad del medicamento y agilizando los estudios específicos en esta población; y los terceros, detectando a los pacientes que más podrían beneficiarse de un acceso precoz.

Por su parte, el activismo en tratamientos del VIH y del VHC, en concreto el Grupo Europeo sobre Tratamientos del Sida (EATG, en sus siglas en inglés) y el Foro Español de Activistas en Tratamientos del VIH (FEAT), continuará poniendo el mismo empeño y dedicación para que todas las personas coinfectadas, en una necesidad urgente de nuevas opciones terapéuticas, puedan tener un acceso precoz a unos medicamentos que podrían marcar una diferencia en su esperanza y calidad de vida.

Referencia:

Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.

El Fondo Mundial

obtendrá menos de lo esperado

Aunque la cantidad anunciada, 11.700 millones de dólares, supone un aumento respecto al período 2008-2011, la cifra comprometida para los próximos tres años se encuentra lejos de la que se necesita para atender las demandas de los países en vías de desarrollo que tratan de aumentar los servicios destinados a personas con VIH, malaria o tuberculosis, o en riesgo de padecerlas.



Durante la Conferencia de Donantes del Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis, llevada a cabo el pasado mes de octubre en Nueva York (EE UU), los países, fundaciones privadas y particulares participantes en el evento se comprometieron a donar un total de 11.700 millones de dólares para el período 2011-2013.

Pese a que la cifra sobrepasa notoriamente los 9.700 millones de dólares obtenidos para el trienio 2008-2010, los activistas, profesionales de la salud y científicos esperaban una cifra superior, de unos 20.000 millones de dólares. Sin embargo, las aportaciones implican la mayor promesa financiera jamás obtenida en la lucha contra las tres pandemias.

Entre los principales donantes, destacan EE UU (con una aportación de 4.000 millones de dólares), Francia (cuya donación es de 1.480,3 millones de dólares) y Alemania (que aportará 822,4 millones de dólares). Desde el sector privado, la principal donación es la realizada por la Fundación Gates: de 300 millones de dólares. Al cierre de esta edición, aún se desconocía la donación de España —que en el anterior trienio fue de 600 millones de dólares—, ya que el gobierno, al contrario que los principales donantes, no eligió la pasada Conferencia de Donantes para anunciar su aportación.

Los recursos prometidos permitirán que los programas ya aprobados amplíen de manera considerable sus actividades actuales y que se puedan establecer nuevos programas. No obstante, los recursos son todavía insuficientes para atender las demandas de los países en vías de desarrollo que tratan de aumentar los servicios destinados a personas con VIH, malaria o tuberculosis, o en riesgo de padecerlas.

Así, Michel Kazatchkine, director ejecutivo del Fondo Mundial, señala: “Aunque agradezco profundamente los

esfuerzos de todos los donantes tanto públicos como privados, que han demostrado su confianza continuada en el Fondo Mundial, he de reconocer que esta cantidad no es suficiente para cubrir la demanda prevista, y la consecuencia es que, en los próximos tres años, se adoptarán decisiones difíciles que podrían poner freno a los esfuerzos para poner fin a las tres enfermedades”.

Desde su creación en el año 2002, el Fondo Mundial se ha convertido en el principal organismo de financiación de programas de lucha contra la infección por VIH, la tuberculosis y la malaria, puesto que aglutina a gobiernos, sociedad civil, sector privado y comunidades afectadas, y dispone de más de 600 programas en 145 países. Se calcula que, en la actualidad, se han salvado 5,7 millones de vidas gracias al Fondo Mundial, ya que 2,8 millones de personas han recibido tratamiento contra la infección por VIH, siete millones han sido tratados contra la tuberculosis, y se han distribuido 122 millones de mosquiteras tratadas con insecticida para prevenir la propagación de la malaria.

El Fondo Mundial es un órgano esencial para contribuir a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, dado que combatir las tres enfermedades sobre las que trabaja constituye uno de los ocho objetivos.

Por ello, es importante que los estados sigan contribuyendo en este tipo de iniciativas, ya que, cuando hablamos de necesidades de la humanidad, no deberían esgrimirse razones tales como la crisis económica para no seguir aumentando las aportaciones, máxime cuando muchos de los países ricos incrementan el gasto en defensa. Tal es el caso de EE UU, cuyo aumento del presupuesto militar para el año 2011, de 20.000 millones de dólares, quintuplica su aportación al Fondo Mundial para el trienio 2011-2013. Hechos como este, en lugar de acercarnos a la consecución de los Objetivos del Milenio, nos alejan de ellos.

Se pueden seguir las actividades del Fondo Mundial a través de su sitio en internet: www.theglobalfund.org/es

En los próximos tres años, se adoptarán decisiones difíciles que podrían poner freno a los esfuerzos para poner fin a las tres enfermedades

Michel Kazatchkine

Avanzando hacia una vacuna preventiva contra el VIH

Históricamente, las mejores herramientas de las que se ha dispuesto para controlar las enfermedades infecciosas han sido las vacunas y, por ello, se considera que una vacuna preventiva contra el VIH constituye la mayor esperanza de poner fin a esta pandemia. Estamos en un momento histórico en este ámbito de la investigación, y los significativos éxitos registrados de manera reciente han insuflado nuevos bríos a este campo. Aunque los expertos reconocen que lo más difícil todavía está por hacer, los indicios de que es posible desarrollar una vacuna segura y eficaz contra el sida son más sólidos que nunca.

No obstante, estos buenos augurios llegan en un momento en el que el campo de la investigación en las vacunas contra el sida empieza a sentir el impacto negativo de la recesión económica mundial.

A pesar de que la terapia antirretroviral ayuda a que las personas con VIH puedan disfrutar de una vida larga y saludable y de que se deben mantener los esfuerzos por alcanzar el acceso universal a estos fármacos, tampoco se deberían escatimar los esfuerzos en el desarrollo de nuevas herramientas preventivas, como las vacunas. Las vacunas contra el sida podrían disminuir el número de infecciones, salvar millones de vidas y reducir los gastos que suponen el tratamiento y la atención de las personas infectadas.

Ninguna vacuna tiene una eficacia del 100% y, sin embargo, es bien sabido su impacto en el ámbito de la salud pública. Las previsiones realizadas con modelos matemáticos permiten predecir que una vacuna contra el VIH con un 50% de eficacia, administrada al 30% de la población, permitiría evitar unos 5,6 nuevos millones de infecciones en países de rentas medias y bajas entre 2015 y 2030.

Además, al igual que los microbicidas, las vacunas podrían ayudar a que las mujeres (un grupo de población especialmente vulnerable y que en el África subsahariana supone el 60% de las personas que viven con VIH) dispongan de un método de prevención que puedan controlar, sobre todo si carecen de la autoridad para negociar el uso de otros métodos preventivos.

Progreso en la investigación de vacunas contra el sida

Pese a los retos que conlleva la consecución de una vacuna preventiva eficaz contra el sida, se han llevado a cabo progresos significativos, estableciendo hitos prometedores en lo que constituyen los primeros grandes avances que se realizan en décadas. Cada uno de los resultados descritos a continuación tendrá un gran impacto en el desarrollo de una vacuna segura, eficaz y accesible:

Prueba de concepto de una vacuna contra el sida

En septiembre de 2009, se hicieron públicos los resultados del ensayo de fase III denominado RV144 llevado a cabo en Tailandia, que significaron la primera demostración en humanos de que una vacuna era capaz de prevenir la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

En la reciente conferencia AIDS Vaccine 2010, celebrada en Atlanta (EE UU), se informó de que entre los próximos meses de enero y abril se iniciarán unos ensayos para estudiar las posibles correlaciones inmunitarias de protección (que son las respuestas

inmunitarias específicas del VIH presentes en las personas vacunadas que no llegaron a infectarse). Este análisis será efectuado por 35 investigadores de veinte instituciones.

En la conferencia, asimismo, se comunicaron los resultados ya obtenidos tras examinar las muestras de 60 voluntarios vacunados en el ensayo RV144 y que no se infectaron por VIH. El análisis evidenció que estas personas presentaban una elevada frecuencia de respuestas de células-T frente a dos zonas distintas en la superficie del VIH, y que en raras ocasiones se encuentran en la población tailandesa infectada por este virus. Estos descubrimientos suponen que se está consiguiendo determinar el motivo por el que la vacuna consiguió prevenir la infección por VIH.

Además, igualmente se prevé la realización de dos estudios adicionales, en los cuales se probarán unas candidatas similares o iguales a las del RV144, que comenzarán en 2013 ó 2014. Uno de ellos es un ensayo de fase IIb en el que participarán hombres que practican sexo con hombres en situación de alto riesgo de infección por VIH (en contraste con los participantes en el anterior estudio, cuya situación de riesgo era mucho menor) en Tailandia. Este estudio se considera de alta prioridad, puesto que si la vacuna demuestra eficacia también en esta población, podría llevar a la aprobación del régimen de vacunación en ese país.

El otro ensayo de eficacia de fase IIb se efectuará en África, donde las cepas circulantes difieren de las tailandesas. En este estudio participarán voluntarios heterosexuales en situación de alto riesgo y su objetivo será comprobar si la eficacia observada en el RV144 puede extenderse a otras regiones geográficas en las que existe una mayor diversidad de cepas virales.



Aunque IAVI no estaba implicada de manera directa en el ensayo RV144, sí que está participando en todos los grupos de trabajo internacionales que abordan las cuestiones científicas planteadas por el estudio.

Anticuerpos ampliamente neutralizantes

Se cree que la mayor parte de las vacunas de las que disponemos contra otras enfermedades actúan induciendo al sistema inmunitario a que genere una respuesta de anticuerpos neutralizantes, lo que evita que el patógeno frente al que están diseñadas pueda infectar las células. Del mismo modo, se considera que una vacuna preventiva del VIH tendría que ser capaz de provocar la producción de anticuerpos que actúen ante un gran número de variantes del virus.

En 2009, científicos de IAVI informaron de que habían aislado y caracterizado un par de anticuerpos ampliamente neutralizantes completamente novedosos, a partir de las muestras de sangre proporcionadas por un único paciente con VIH en África. Estos dos anticuerpos tienen una gran potencia neutralizadora y son capaces de actuar frente a una gama muy amplia de variantes del VIH, al actuar sobre una parte del virus en la que ninguno de los anticuerpos neutralizantes descubiertos hasta entonces lo hacía. Desde entonces, IAVI ha publicado también parte de la estructura del anticuerpo más potente, lo que ofrece pistas acerca de cómo actúa y se puede aprovechar para el diseño de vacunas. Este mismo año, el Centro de Investigación en Vacunas (VRC, en sus siglas en inglés) comunicó que había aislado más

anticuerpos ampliamente neutralizantes y se espera que pronto se descubran otros incluso más potentes y se desentrañe su estructura.

Mejores vectores para la vacuna

Muchas de las vacunas disponibles contra otras enfermedades emplean versiones debilitadas o muertas del patógeno. Sin embargo, la capacidad de mutación del VIH hace que esta estrategia se evite en el caso de las vacunas contra el sida. Por esta razón, se buscan otras maneras de conseguir que el organismo reconozca el virus sin peligro de provocar una infección.

Una de estas estrategias es el uso de vectores virales, es decir, virus que no provocan ningún tipo de enfermedad, pero que portan fragmentos del VIH (inmunógenos) para que nuestro sistema inmunitario produzca respuestas frente a ellos y de este modo evitar la infección, o ralentizar su curso. También por motivos de seguridad, los vectores empleados en las candidatas a vacuna contra el VIH hasta ahora son incapaces de replicarse. No obstante, hay datos que sugieren que unos vectores capaces de replicarse inducirían una respuesta inmunitaria muy superior a la observada hasta la fecha. En este sentido, IAVI ha llevado a cabo estudios que demuestran que una candidata a vacuna basada en un vector replicante fue capaz de controlar la infección por el virus de la inmunodeficiencia simica (el equivalente al VIH en monos). IAVI está trabajando a partir de estos resultados, probando varios vectores capaces de replicarse y así imitar una infección natural, pero que al mismo tiempo resulten seguros.

Mantener el esfuerzo

Los progresos realizados auguran un período muy emocionante en el que, probablemente, se descubrirán nuevas candidatas a vacuna y se efectuará la evaluación de las más prometedoras en ensayos de concepto y de eficacia. El actual ritmo de la investigación contrasta vivamente con el que se mantuvo en los primeros 25 años de investigación y desarrollo en vacunas, en que sólo tres candidatas llegaron a ser probadas en estudios de prueba de concepto o eficacia.

Sin embargo, estos buenos augurios llegan en un momento en el que el campo de la investigación en vacunas contra el sida empieza a sentir el impacto negativo de la recesión económica mundial: En el año 2008, la inversión total en I+D de vacunas descendió un 10% por primera vez en la historia.

El reto de IAVI es aprovechar el impulso que han creado los recientes avances científicos y llevar a cabo importantes pasos en el desarrollo de una vacuna contra el VIH, dando prioridad a las actividades que ofrezcan una mayor posibilidad de éxito y centrándose en los siguientes aspectos:

- Emplear los avances en el conocimiento de la estructura de los anticuerpos para diseñar vacunas que incorporen mejores inmunógenos, de modo que sean capaces de inducir anticuerpos ampliamente neutralizantes frente al VIH.
- Preparar candidatas a vacuna basadas en los mejores vectores replicantes para su evaluación clínica.
- Llevar, en los próximos cinco años, las mejores candidatas a vacuna a los ensayos de fase IIb, de prueba de concepto.

Gracias a la perseverancia y el trabajo duro realizado por miles de personas en todo el mundo, se han dado pasos significativos hacia el desarrollo de una vacuna contra el VIH. Ahora, es momento de aprovechar el esfuerzo efectuado hasta la fecha y traducir los recientes avances en éxitos.

Referencia:

Este texto es una traducción y adaptación de los artículos *Building on Success: Progress on the path toward an AIDS vaccine* y *The Road to a Correlate*, publicados por la Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el Sida (IAVI) www.iavi.org.

Truvada® se muestra eficaz en un ensayo en hombres que practican sexo con hombres

La búsqueda de nuevas estrategias preventivas de la transmisión del VIH —que se unirían a las ya existentes, como los preservativos, la circuncisión o los programas de intercambio de jeringuillas— es un camino dificultoso a la vez que necesario, ya que se calcula que, cada año, tienen lugar 2,7 millones de nuevas infecciones en el mundo. Los datos epidemiológicos evidencian cómo las tasas de nuevos diagnósticos de VIH continúan aumentando entre los grupos más vulnerables, entre ellos los hombres que practican sexo con hombres (HSH).

Una de estas estrategias en fase de investigación es el empleo regular de fármacos antirretrovirales administrados a personas seronegativas para evitar la transmisión ante una potencial exposición al virus, lo que se conoce con el nombre de profilaxis pre-exposición (PPrE).

Con el objetivo de evaluar la capacidad preventiva de la combinación de tenofovir y emtricitabina (Truvada®, también por separado como Viread® y Emtriva®, respectivamente) como PPrE respecto a placebo, se realizó el estudio iPrEx, en el cual participaron 2.470 HSH y 29 mujeres transgénero en 11 centros de Brasil, Ecuador, Perú, Sudáfrica, Tailandia y EE UU. Ninguno de los participantes tenía VIH (excepto diez casos de falsos negativos en la prueba diagnóstica de cribado) al inicio del estudio, todos eran sexualmente activos y fueron considerados como en situación de alto riesgo de contraer la infección por VIH —con un promedio de 18 parejas sexuales en los últimos tres meses y relaciones sexuales anales receptivas en el 60% de los casos—. Durante el estudio, además, se proporcionaron servicios de *counselling* y otras herramientas preventivas para minimizar riesgos.

Treinta y seis de las nuevas infecciones detectadas durante el estudio se dieron en los 1.251 integrantes del grupo con tenofovir/emtricitabina, mientras que las 64 restantes se produjeron entre los 1.248 participantes del grupo con placebo. Esta diferencia representó una reducción relativa del riesgo de infección por VIH de un 43,8% ($p=0,005$).

La estrategia terapéutica tuvo una eficacia marcadamente superior en aquellas personas con mayor adhesión al tratamiento, lo cual podría constituir un factor limitante de su eficacia y utilidad, puesto que sería ne-

cesario un elevado grado de adhesión para su adecuado funcionamiento.

En general, la combinación tenofovir/emtricitabina fue bien tolerada. Las personas que tomaban los fármacos mostraron una probabilidad de experimentar náuseas moderadas durante las primeras 4 semanas bajo terapia, aunque su incidencia disminuyó con el tiempo.

A pesar de los buenos resultados del presente ensayo, administrar la PPrE a la población general resultaría muy costoso, por lo que no se podrían beneficiar la mayoría de las personas, sobre todo en los entornos más pobres, donde la epidemia es endémica y ni siquiera las personas ya infectadas pueden acceder a los antirretrovirales. En este sentido, las políticas sobre precios de los laboratorios farmacéuticos mostrarán si en realidad están dispuestos a que la PPrE esté al alcance de las personas que más la necesitan.

Por otro lado, tampoco hay que olvidarse del riesgo de que la PPrE pueda administrarse a personas que, teniendo infección por VIH, no hayan sido diagnosticadas, o que siendo seronegativas, puedan infectarse en el transcurso del tratamiento. En estos supuestos, la persona estaría recibiendo una terapia que no sería apropiada para combatir su infección, lo que podría llevar a que el virus desarrollase mutaciones de resistencia a los fármacos incluidos en la PPrE, pudiendo comprometer las futuras opciones de tratamiento del paciente.

Con todo, la noticia es positiva, pues permitirá ampliar el abanico de la prevención del VIH, y su uso, en determinados contextos, debería complementar (y no sustituir) el empleo de estrategias preventivas de eficacia probada, como son, por ejemplo, los preservativos. Aun así, quedan sin respuesta interrogantes tales como cuál sería la mejor pauta de dosificación, cómo abordar la potencial desinhibición del comportamiento sexual, cómo conseguir un nivel elevado de adhesión al tratamiento, o cómo manejar los posibles efectos secundarios.

Referencia:

GRANT RM, LAMA JR, ANDERSON PL, et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *N Engl J Med*. 2010 November 23.

Alentadores resultados preliminares de una posible vacuna terapéutica

El tratamiento antirretroviral es capaz de suprimir la replicación del VIH, pero no todos los pacientes que lo toman recuperan el nivel de equilibrio del sistema inmunitario que tenían antes de la infección. Además, a pesar de que pueden tener una carga viral indetectable gracias al tratamiento, su sistema inmunitario se mantiene en un estado de alerta constante denominado 'activación inmunitaria' que, en parte, se debe a una proteína del virus conocida como Tat.

Esta activación inmunitaria crónica se considera una de las principales causas de la aparición de enfermedades no relacionadas con sida y de complicaciones como el envejecimiento prematuro en pacientes con VIH, incluso en los casos en que su nivel de CD4 es casi normal gracias a la terapia antirretroviral.

Como posible modo de conseguir una restauración adecuada de las funciones inmunitarias, un equipo de investigadores italianos decidió bloquear la proteína Tat empleando una vacuna, cuyo uso ya había demostrado que resultaba seguro en humanos.

La inmunización con Tat resultó segura e indujo en los participantes unas respuestas inmunitarias duraderas, tanto de anticuerpos como celular. Además, los pacientes vacunados tuvieron una recuperación significativa del sistema inmunitario y una notable reducción del estado de activación inmunitaria crónica. Por otra parte, las personas que recibían tratamiento antirretroviral y fueron vacunadas con esta candidata también comprobaron cómo la eficacia de los fármacos se vio potenciada. Estos hallazgos, igualmente, sugieren que los pacientes tratados con antirretrovirales que sufren un mayor grado de deterioro inmunitario podrían ser los más beneficiados por el uso de esta vacuna.

Los autores añaden que una de las ventajas de esta vacuna es que actúa de forma selectiva contra un producto

viral (la proteína Tat) y ayuda a conseguir la recuperación de la función inmunitaria de los pacientes de una manera que el tratamiento anti-VIH por sí mismo no puede.

A pesar de que el ensayo sigue en marcha, se ha aprobado la inscripción de más pacientes con sistemas inmunitarios debilitados para poder estudiar mejor el efecto de la vacuna en dichas personas.

Referencias:

Comunicado de prensa del Centro Nazionale AIDS del Istituto Superiore di Sanità (12/11/2010): HIV/AIDS: Interim Analysis of Phase II Trial of Tat Vaccine in HIV-infected Patients.

ENSOLI B, BELLINO S, TRIPICIANO A, ET AL. Therapeutic Immunization with HIV-1 Tat Reduces Immune Activation and Loss of Regulatory T-Cells and Improves Immune Function in Subjects on HAART. PLoS ONE. November 2010. Volume 5. Issue 11. e13540.

Según la OMS, la tuberculosis sigue siendo la responsable de 4.000 fallecimientos diarios de personas con VIH

Los nuevos datos sobre el control de la tuberculosis elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) evidencian que, pese al modesto progreso registrado en 2009, la mayor parte de las personas con VIH y tuberculosis en todo el planeta siguen sin recibir terapia antirretroviral (TARV) o tratamiento preventivo con isoniazida. En 16 países del África subsahariana, las tres cuartas partes de las personas diagnosticadas de esta enfermedad bacteriana se sometieron a la prueba del VIH en 2009, incluyendo muchas que viven en los países más afectados por la epidemia de sida.

En toda el África subsahariana, algo más de la mitad (53%) de los casos de tuberculosis se sometieron a la prueba del VIH en 2009. Por comparación, este porcentaje fue del 22% en 2006, lo que sugiere que los decididos esfuerzos para promover la integración de las actividades clínicas del VIH y la tuberculosis están comenzando a tener un impacto notable en la región. El 46% de los pacientes con dicha infección bacteriana sometidos a pruebas para detectar el VIH dieron un resultado positivo en 2009 en esta parte del continente africano.

Sin embargo, existe toda una serie de importantes intervenciones cuya cobertura sigue siendo limitada. El uso

de cotrimoxazol como adyuvante del tratamiento antituberculoso reduce el riesgo de muerte en los pacientes con VIH. La OMS y las directrices nacionales lo recomiendan como medida profiláctica contra las infecciones oportunistas en personas con VIH, pero el sondeo sobre el control de la tuberculosis muestra que una cuarta parte de los pacientes infectados por VIH y dicha enfermedad bacteriana no recibieron cotrimoxazol en 2009.

La terapia antirretroviral (que la OMS recomienda para todas las personas coinfectadas por tuberculosis y VIH) fue administrada únicamente al 36% de las personas con coinfección en el África subsahariana en 2009, y al 37% en todo el mundo. Este hecho refleja la enorme brecha que existe entre el tratamiento disponible y el número de personas que lo necesitan.

La incidencia mundial de tuberculosis disminuyó poco ese año, pasando a 137 casos por cada 100.000 personas, lo que indica que es posible que el pico de incidencia mundial se alcanzara en 2004 (cuando se registraron 142 casos por cada 100.000 personas). En 2009, la OMS calcula que se produjeron en torno a 9,4 millones de casos de tuberculosis en todo el mundo.

Fuente: OMS.

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: 1317

Chico cubano de 30 años, VIH+ (asintomático). Busco relación seria con hombre que desee estabilidad y seguridad. Soy varonil, cariñoso y trabajador, nada de plumas. E-mail: oestrada@finlay.cmw.sld.cu

Ref: 1318

Javier, 32 años, recién diagnosticado. Estoy pasando una mala temporada, siento que parte de mi vida ya no tiene sentido. Me gustaría conocer a una chica en mi misma situación. Telf.: 646 001 747.

Ref: 1319

Hombre de 59 años, VIH+ (asintomático) e indetectable. Busco similar de entre 40 y 63 años, formal y sin cosas raras, para intercambiar experiencias mirándonos a los ojos y hacer lo que nos guste. E-mail: elrepos@gmail.com

Ref: 1320

Chico de 33 años, VIH+ (asintomático), guapete, 1,80m, 78kg, activo, cariñoso, romántico y amante de la naturaleza. Busco igual

de hasta 45 años de edad para relación estable en la zona norte de España, a ser posible Asturias. Telf.: 696 655 408.

Ref: 1321

Varón, amante de los animales, la vida tranquila, pasear, leer, la música y la naturaleza. Busca jubilado cariñoso para formar pareja. Telf.: 628 490 569.

Ref: 1322

Chico de Madrid, 36 años, VIH+ (asintomático), guapete y cuerpo definido. Busco hombre para amistad, principalmente, y si surge, chico activo de entre 25 y 40 años. Me encuentro de baja por depresión, necesito que me animen y salir de casa. Telf.: 672 317 207. E-mail: balmes687@hotmail.com

Ref: 1323

Chico español de 25 años, VIH+. Me gustaría conocer a chicas de Madrid para posible relación, no mayores de 25 años.

Ref: 1324

Javier, 42 años, 1,80m, 85kg. Me gusta ir al gim-

nasio, leer y pasear por la playa. Desearía conocer a alguna mujer que me devolviera las ganas de vivir y enamorarme. Telf.: 648 754 482.

Ref: 1325

Hombre, 45 años, VIH+, moreno, 1,65m. Desearía conocer a mujer en mi misma situación: estoy separado y vivo solo. Málaga. Si quieres conocerme... E-mail: malagita41@hotmail.com

Ref: 1326

Gay de 41 años, VIH+ desde hace 7 meses. Me gustaría conocer a hombres gays en similares circunstancias, para amistad o lo que surja. Persona activa, emprendedora, educada y con buena presencia. Me gusta viajar, los paseos, charlar e ir al cine. Barcelona. E-mail: aguadecoco-bcn@hotmail.com

Ref: 1327

Chico gay de Madrid, 45 años, VIH+, pasivo pero no afeminado. Me gusta el campo, los animales, la natación, pasear y charlar. Desearía hacer amigos de

mi misma edad y formar posible pareja. Soy muy cariñoso y vivo solo. E-mail: acm70@hotmail.com

Ref: 1328

Maia, 41 años, madre soltera, atractiva, sincera, generosa y cariñosa. Busco a un hombre para amistad o posible relación, con una situación económica más o menos estable. Sin drogas duras. E-mail: maia1@hotmail.es

Ref: 1329

Chico colombiano, 24 años, residente en Cuba, VIH+ (asintomático), 1,78m, ojos color café y gay. Busco chico similar para amistad o relación, preferiblemente menor de 30 años. E-mail: revolico.camilo@gmail.com

Ref: 1330

Chico gay de Barcelona, VIH+ (asintomático), 29 años, 1,90m, rapado y atractivo. Busco conocer a chicos para amistad o algo serio y estable. E-mail: taconesbarcelona@hotmail.com

Ref: 1331

Hombre de 50 años, VIH+

(asintomático), pasivo, de Girona. Me gusta la lectura, la música, dar paseos por la playa, una buena sobremesa. No fumo. Busco a un chico en mi misma situación de entre 30 y 42 años para amistad o lo que surja. E-mail: edi753@hotmail.com

Ref: 1332

Javier, 41 años, de Barcelona. Me gustaría conocer a una mujer tranquila para amistad o lo que surja, si tiene entre 30 y 43 años. Te espero.

Ref: 1333

Paloma, VIH+ de Madrid. Me he separado hace 5 meses, tengo ganas de conocer a alguien que me entienda, me de cariño, enamorarme de nuevo y empezar una nueva vida. Soy sincera, simpática y no estoy mal. E-mail: palomaveor1@hotmail.com

Ref: 1334

Rafa, 39 años, VIH+, 1,78m, 77kg. Moreno y de ojos verdes, atractivo, pero privado de libertad. Me queda muy poco para salir y me gustaría conocer a una chica seropositiva para rehacer mi vida.

Ref: 1335

Francisco, 39 años, VIH+. Me gustaría conocer a chicas de Barcelona o alrededores a las que no les importe escribir a alguien privado de libertad.

Ref: 1336

Pedro, VIH+ (asintomático). Me gusta la naturaleza, los animales y colaboro en asociación LGTB. Por razones económicas, necesito compartir piso: tiene tres habitaciones, cuarto de baño completo, cocina, teléfono, internet, luminoso, zona Alcampo. Me gustan las cosas claras y directas, quisiera encontrar compañero de piso y, si surge

algo, pues mejor. E-mail: osopdro@hotmail.com

Ref: 1337

José, gay de 33 años, VIH+ (asintomático), 1,70m, 73kg, divertido y sincero. Busco similar para formar pareja. Valladolid. E-mail: perezmanuel28@hotmail.com

Ref: 1338

Antonio, 49 años. Tauro con ascendente Géminis, con las casas cuatro y doce muy fuertes, con sol y luna bien conjuntados, Venus y Mercurio, intensos. Desearía correspondencia con personas afines; actualmente me encuentro en prisión. Telf.: 948 060 157.

Ref: 1339

Juan, 43 años, gay, 1,72m, 72kg, fibrado (de gimnasio), masculino, pasivo y económicamente estable. Busco a un chico activo, masculino, de hasta 35 años, del norte de España o de cualquier parte del mundo, para conocerlos, establecer una relación y vivir juntos. E-mail: igorvit2009@hotmail.com

Ref: 1340

Chico de 39 años de Valladolid. Busco a alguna chica simpática y agradable, que le guste el cine, pasear y poder disfrutar de la vida. E-mail: castilla401@hotmail.com

Ref: 1341

Chica de 35 años, sin hijos, deportista, sana, guapa, alegre y divertida. Quiero hombre trabajador, culto, formal e independiente, y si puede ser guapo -ja, ja-. Valencia. chi.queta@hotmail.com

Ref: 1342

Chico de Barcelona, VIH+, indetectable, no fumo y no bebo. Me gusta el deporte y desearía conocer a una chica de Barcelona de entre 25 y 35 años. E-mail: ridha96@hotmail.com

Ref: 1343

Hombre, 40 años, VIH+, indetectable. Estoy encerrado en mi soledad y supongo que habrá muchas mujeres con VIH que querrán hablar de lo que supone vivir con el virus con total libertad. E-mail: ridha-mafia@hotmail.com

Ref: 1344

Chico de mediana edad, con buena salud y apariencia. Busco chica alegre y con sentido del humor para amistad o relación seria en Palencia, Valladolid o Castilla y León. E-mail: palentino-live@hotmail.com

Ref: 1345

Hombre de 42 años. Busca relación estable con mujeres. País Vasco. E-mail: angel451v@hotmail.com

Ref: 1346

Chico de 44 años, VIH+ (asintomático), delgado y pasivo, busca a hombre mayor de 40 años, activo y dominante. Las Palmas. E-mail: totojonny@gmail.com

Ref: 1347

Luis, 42 años, vivo en Cuba. Soy sincero y estoy seguro de lo que quiero. Busco a hombre gay para formar una relación estable y compartir las cosas buenas de la vida. E-mail: luis4644@correodecuba.cu

Ref: 1348

Manuel, 36 años. Vivimos en un mundo raro y yo soy de lo más normal; me suelo equivocar, y a veces, me faltan amigos que me corrijan. En ocasiones, ni yo viviría conmigo, pero a ratos, soy soportable. Sureste. E-mail: manolito@tokyo.com

Ref: 1349

Tío de Barcelona, VIH+, indetectable, 47 años, 1,77m. Gay, pensionista desde 1996, sin ataduras. Busco tío para posible relación:

me gustan robustos y fornidos, si son pasivos mejor, aunque no descarto a nadie, siempre que haya química. Mando foto. E-mail: koyotegris@hotmail.com

Ref: 1350

Chica de 42 años, VIH+ (asintomática), 1,73m, 59kg. Busco a un compañero, sincero, educado, alegre y atractivo. No drogas. Tarragona. E-mail: triagui@yahoo.es

Ref: 1351

Chica, 35 años, VIH+ (asintomática), divorciada, con dos hijos, independiente y agradable. Con ganas de emprender algo nuevo, sincero y bonito. Busco a un chico de similares características, trabajador, decidido, sincero, aventurero y familiar. Preferiblemente, de Madrid y alrededores. E-mail: ISABELA_35@yahoo.es

Ref: 1352

Madrileña, transexual femenina, pasiva y asintomática, de 45 años, atractiva y espiritual. Me gustan los perros, la naturaleza y la meditación. Busco compañero atractivo, vital y espiritual, con las ideas claras. Tel.: 649 040 288. E-mail: helenacarretero40@yahoo.es

Ref: 1353

Chico de 39 años, VIH-, 1,86m, 75kg, moreno, de ojos negros, atractivo y privado de libertad, pero no de ser feliz. Deseo encontrar a mujer seronegativa de entre 25 y 42 años, que sea sincera, cariñosa y dispuesta a darse una nueva oportunidad para disfrutar de la vida. Me gusta leer, la naturaleza, la música y la buena compañía. Barcelona.

Ref: 1354

Chico de Barcelona, 42 años, VIH+ (asintomático), soltero, sin cargas fami-

liares. Busca "compañera de viaje" para trayecto de largo recorrido con destino la felicidad. Interesadas en acompañarme en este mágico viaje contactar conmigo teléfono: 658 382 970.

Ref: 1355
Hombre, 49 años. Me gusta el monte, la playa y viajar. Estoy jubilado. Busco chica para amistad y lo que surja. Preferiblemente en Euskadi y Nafarroa. E-mail: xabiar-tu@hotmail.com

Ref: 1356
Chico de 35 años, con nivel alto de estudios, alegre y divertido. Busca chica para relación de pareja estable. Anuncio para toda España, contesto a todos. No importa condiciones físicas, sólo ideas claras. Escribid.

Ref: 1357
Chico de 30 años, le gustaría escribirse con chicas de cualquier lugar para amistad y posible relación seria. Sólo chicas de 20 a 40 años. Prometo contestar.

No Estamos Solos

En el número anterior de LO+POSITIVO, en nuestra sección 'En la web', os informábamos de **No Estamos Solos**, una red social dirigida a personas que viven con VIH, sus familiares y allegados. En esta ocasión, hemos querido que su administrador y creador —Álex— nos cuente cuáles fueron los motivos que le impulsaron a crear una de las redes sociales con más proyección entre la comunidad de personas que vivimos con VIH.

No Estamos Solos es una red social para personas que viven con VIH y para sus familiares y amigos sensibilizados con este tema.

Todavía recuerdo el día de mi diagnóstico, hace un año y medio. Fue un momento muy duro para mí y para mi pareja. Tuve la suerte de no transmitirle el virus: me apoyó en todo momento y lo sigue haciendo.

Por aquel entonces, recuerdo que busqué información por internet sobre el VIH y pude observar que, a pesar de existir una tasa tan alta de infecciones recientes, no había la suficiente información ni una manera de tomar conciencia de lo que significa vivir con VIH. De ahí, la decisión de crear esta web.

Además, una de las necesidades de las personas recién diagnosticadas es la de conocer a otras personas en su misma situación para que éstas les ayuden a resolver dudas que las y los profesionales de la salud no pueden aclarar.

Por todo ello, al final me aventuré en la creación de una red social para personas que viven con VIH: **No Estamos Solos**. Escogí este nombre porque su intención es que las personas no se sientan solas frente al VIH.



Esta red social acaba de cumplir un año de vida y ya tiene 700 miembros registrados. El registro es totalmente gratuito y las configuraciones de privacidad hacen que sea una página segura para todas y todos sus usuarios.

Se creó con el propósito de ayudar y orientar a las personas recién diagnosticadas, pero a su vez también se puede encontrar en ella mucha información relativa a avances médicos o derechos de las personas que vivimos con VIH.

La web **No Estamos Solos** dispone, asimismo, de grupos de todas las comunidades autónomas de España y de otros países de habla hispana para, de este modo, facilitar a los miembros de una misma zona que se puedan conocer. En esta web también se anuncian diferentes eventos o conferencias que se realizan en todas estas zonas para que los miembros de la red puedan estar actualizados en el tema del VIH y, así, puedan llegar a conocer a más personas de su misma condición.

Tiene, además, un apartado de enlaces para que los miembros puedan encontrar ONG cercanas a su domicilio en caso de que necesiten ayuda comunitaria.

No Estamos Solos dispone de un foro y un chat para que sus usuarias y usuarios puedan intercambiar opiniones o hacer nuevas amistades.

En la actualidad, el nivel de participación es muy alto. De media, cada día se conectan más de 120 miembros

diferentes. Mensualmente, la web recibe casi 5.000 visitas. Las páginas vistas en un mes se acercan a las 42.000.

Podéis encontrar la web en <http://vih-no-estamos-solos.ning.com> y también en [facebook.com/VIH.NoEstamosSolos](https://www.facebook.com/VIH.NoEstamosSolos). Además, se puede localizar la web en el motor de búsqueda de Google.

Una de las intenciones de **No Estamos Solos** en el futuro sería reunir dentro de la red social al mayor número posible de ONG relacionadas con el VIH para que puedan difundir las actividades que realizan en sus centros y, así, poder llegar a personas que precisen cualquier tipo de ayuda.

En definitiva, **No Estamos Solos** no es una simple red social; nuestro propósito es ayudar y apoyar a las personas que tienen dudas o problemas acerca del VIH.

Esperamos que esta web sea del agrado de todas y todos vosotros. Queremos dar las gracias a todas aquellas personas que participan de manera activa: sin ellas, esta red social no sería posible.

Muchas gracias también a nuestras amigas y amigos de gTt por darnos la oportunidad, una vez más, de aparecer en la revista *LO+POSITIVO*. Aún recuerdo hace un año y medio cuando recibí mi diagnóstico: mis amigos de gTt fueron los primeros que me atendieron tras conocer el diagnóstico y estaba totalmente perdido.

Gracias, igualmente, a organizaciones como Actuavallès, de Sabadell (a la cual acudo con asiduidad), y ALAS, de Baleares, que han difundido la web **No Estamos Solos** entre sus miembros por considerar que es una red social seria y activa.

Álex
Administrador y
Creador de No Estamos Solos

www.facebook.com/Ministerio-SanidadPolíticaSocial

En la página de Facebook del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad se puede encontrar ahora la versión en español de un cómic adaptado cultural y lingüísticamente a varios idiomas, que se distribuirá digitalmente y en papel por toda España con la finalidad de prevenir la infección por VIH en población inmigrada. Está colgado como álbum de fotos con el nombre [VIH/sida_¿hablamos?](#)



http://artaids.com/espana/

La fundación ArtAids es una organización sin ánimo de lucro que utiliza el arte en la lucha contra el sida invitando a artistas reconocidos a crear piezas que traten sobre la enfermedad y cuestiones relacionadas. Estas obras de arte son utilizadas para aumentar la concienciación pública, para mejorar la actitud de la sociedad hacia las personas con VIH y para obtener financiación destinada a proyectos enfocados a prevenir y combatir el sida. Entre otras muchas cosas, en su web encontrarás la agenda de exposiciones: *Espacios Íntimos*, *Hablemos del sida* puede verse hasta el 19 de diciembre en el Centre d'Art Tecla Sala (Hospitalet), y *Mirando desde fuera*, en el MuVIM de Valencia hasta febrero de 2011.



www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish

El sitio en español MedlinePlus es un servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE UU de los Institutos Nacionales de Salud de dicho país (NIH, en sus siglas en inglés). Se encuentra información sobre todas las enfermedades más frecuentes con una sección multimedia interesante. El apartado sobre uso de hierbas y suplementos es muy completa. La sección sobre VIH, aunque adaptada a la realidad asistencial de EE UU, contiene información que puede resultar útil.



www.aidslex.org/Spanish/Home-Page

AIDSLEX le da un significado concreto al "enfoque basado en los derechos para el VIH/sida". Este portal es una herramienta para activistas, organizaciones comunitarias, investigadores, personas encargadas de la elaboración de políticas, periodistas, trabajadores del sector de la salud y cualquiera que desee un acceso rápido y fácil a una gran cantidad de recursos sobre el VIH, los derechos humanos y la ley. El portal ayudará a personas alrededor del mundo a comunicarse y compartir información, materiales y estrategias con el fin último de contribuir a los esfuerzos mundiales para proteger y promover los derechos humanos de las personas que viven con o son vulnerables al VIH y sida.





actua**vallès**

ActuaVallès inició su actividad prestando sus servicios a personas afectadas por el VIH en las principales ciudades de las comarcas catalanas del Vallés Oriental y Occidental. El transcurso del tiempo dio paso también a la realización de programas dirigidos a la prevención.

Hoy en día, ActuaVallès define dos áreas de trabajo diferenciadas: la atención y el apoyo social y psicológico a personas que conviven con el VIH, y los programas de prevención.

Entre los programas sociales, destaca el piso de acogida de ActuaVallès, donde se ofrece un recurso residencial temporal encaminado a la consecución de la plena autonomía, bajo la supervisión de un equipo formado por integradores, educadores sociales y una psicóloga.

El origen de ActuaVallès sigue actualmente vigente en el proyecto del Cafè+. Lo que surgió como un espacio y

lugar de encuentro con importantes limitaciones de tiempo y espacio es ahora un centro abierto, en el que existen actividades programadas con cita previa (terapia psicológica, quiromasaje, Reiki, Shiatsu, etc.) y para realizar en grupo (sesiones de yoga, teatro, risoterapia, salidas de ocio...). Pero, sobre todo, ActuaVallès se ha convertido en un lugar de encuentro.

Sobre el tema de la prevención también existen proyectos estables, como son:

Proyecto Mujer: dirigido a trabajadoras/es del sexo. Ofrece atención en varias ciudades (Terrassa, Sabadell, Mollet del Vallés, Cerdanyola...), a las que el equipo educativo se desplaza para llevar a cabo un completo programa sociosanitario, que empieza con la distribución gratuita de material de prevención, el asesoramiento acerca de su correcta

utilización y, en algunos casos, finaliza con itinerarios personalizados sobre inserción laboral, soporte y asesoramiento en situaciones de violencia de género, etc.

Prueba: Detección precoz del VIH. Se proporciona la realización de la prueba rápida en Sabadell, Terrassa y en el campus de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).

SMS: Sexo Más Seguro - Sexualidad más sana: Programa de promoción de la salud sexual compuesto por diversos proyectos adaptados a los destinatarios finales (jóvenes universitarios, institutos, inmigrantes, discapacitados psíquicos).

Contamos con una sede principal en Sabadell y una subsele en Terrassa, así como con el servicio de atención telefónica (93 727 19 00) y la presencia en internet (en www.actuavalles.org y en [Facebook](https://www.facebook.com/actuavalles)).

Estas 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 Conviha 957430392 Prevención

y Solidaridad del Sida 957430392 **A Coruña:** C.C.Anti-Sida 981144151 **Santiago de Compostela:** C.C.Anti-Sida 981573401 **Ferrol:** Lazos 981350777 **Girona:** ACAS Girona 972219282 ACAS Olot 972272136 ACAS Figueres 972672167 ACAS Sant Feliu de Guíxols 972324005 **Granada:** AVALON 958210200 Ayuda-Sida 685559034 El Mundo al Revés 690167572 Colega 958263853 NOS 958200602 **Guipúzkoa:** San Sebastián-Donosti: A.C.Anti-Sida 943290722 Harri Beltza Oiartzun 943493544 **Mondragon-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 MAD-VIHDA 912503251 UniverSIDA 913143233 **Málaga:** A.C.Anti-Sida (ASIMA) 952601780 Colega 952223964 **Murcia:** AMUVIH 868931293 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

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





SÍ

SÍ

SÍ

NO

NO

NO

NO

SÍ

NO

SÍ

SÍ

NO

SÍ

NO

SÍ

SÍ

SÍ

NO

Quiérete
Hazte la prueba. Usa preservativo.

1 de Diciembre, Día Mundial del Sida.

900 111 000

DETÉN EL SIDA. STOP AIDS. ATURA LA SIDA. GELDIARAZI HIESA. DETÉN A SIDA. STOP SIDA. PARA LA SIDA.

ОСТАНОВИТЕ СПИД

拒绝爱滋

لنوقف الإيدز.



www.ongsi.es