

LO + POSITIVO

Núm. 49 • Verano 2011

Publicación gratuita sobre la infección por VIH



EL VIH EN TIEMPOS DE CRISIS

Además:

• Superar malos momentos • Antirretrovirales y prevención del VIH • Nada sobre mí, sin mí



Opina

4 El ministro de Sanidad de la India y Un médico iraní encarcelado 5 Veto a una campaña a favor del preservativo 6 Florida endurecerá los criterios para financiar ARV 7, 8 y 9 Opina 10 La investigación, isla o continente de la ciencia 12 Liz Taylor, la estrella que nunca dejará de brillar 13 Manolo Trillo: visibilidad y acción 14 ¿Qué pasa con la respuesta mundial al VIH/sida?

en persona

15 El VIH en tiempos de crisis 18 Me dieron hora urgente... para dentro de dos meses y medio 20 Esta no es manera de tratar a las personas 22 Perdí la ayuda y la habitación donde vivía 23 No esperábamos que nos eliminaran la subvención

cuidarse

26 Reducir el riesgo cardiovascular 28 Superar los malos momentos 30 Autoerotismo, el placer al alcance de tu mano

a ciencia cierta

31 Un paso adelante hacia la curación del VIH 34 Comienza el acceso precoz a los nuevos fármacos orales contra la hepatitis C crónica 36 Indicaciones y condiciones de uso en el acceso precoz a telaprevir y boceprevir 39 Uso pediátrico de Pegasys y Copegus, Complera y Estudio PARTNER

al detalle

40 Antirretrovirales y prevención del VIH 42 Sida en el mundo 44 Nada sobre mí, sin mí 45 ConTacto 47 En la web 48 ONG: ASIMA y Listado de ONG del Estado español



Miembro del Grupo Iberoamericano de Publicaciones sobre el VIH

El equipo de LO+POSITIVO somos: Georgina Fabrés, Jaume Fabrés, Xavier Franquet, Juanse Hernández, Francesc Martínez, Montserrat Moliner, Jordi Piqué, Bárbara Simó, Miguel Vázquez. En este número han colaborado: Ana Burgos, Rosa Domínguez, Rosa Ferrer, Pilar Garriga, Albert López Corominas, Sindicato de Enfermería SATSE, Marc Serena. 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. 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, Merck Sharp & Dohme y ViiV Healthcare. Subvencionado por: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. LO+POSITIVO no necesariamente comparte el contenido de los artículos firmados. La información científica tiene una validez de tres meses.

La crisis como pretexto

La crisis financiera internacional, que ha golpeado de forma especial a la economía española, se está usando como pretexto para introducir cambios de calado en el sistema sanitario, apuntando a una nueva dirección cuya estación final podría ser la privatización. Aunque suene alarmista, esta es una opinión creciente entre la población que no debería desdeñarse. Nuestros dirigentes políticos dicen tener muy poco margen: las arcas públicas están vacías y argumentan que es inevitable entregarse a la voluntad de los mercados y de las agencias de calificación, convertidas en los nuevos oráculos. En esta sinrazón y con una visión estrictamente financiera del mundo —donde el ser humano queda relegado a un segundo plano—, cualquier cosa parece posible.

La respuesta mundial a la epidemia del VIH es única en la historia y, sin embargo, ahora se encuentra en una situación especialmente crítica. Se han conseguido importantes logros gracias al papel de un enérgico movimiento comunitario local e internacional que, más allá del VIH, sigue siendo fuente de inspiración; pero queda mucho por hacer. Hemos vivido avances considerables en la ciencia

biomédica, pero todavía no podemos decir que la epidemia esté controlada. Se han implementado políticas específicas dirigidas a la prevención de la transmisión y a la atención de las personas con VIH en el medio sociosanitario, pero resulta más que arriesgado pensar que podemos prescindir de ellas. Y aunque se han dado pasos muy importantes, todavía no existe acceso universal a la prevención y el tratamiento del VIH en todo el mundo.

Este modelo excepcional es el que ahora está en peligro. Se utiliza la crisis como pretexto para cuestionarlo y terminar con él. Es cierto que el mundo está cambiando, pero la ligereza, por ejemplo, con que se usa el término de la cronicidad del VIH para suspender programas, espaciar más las visitas médicas, plantear el traspaso de los pacientes a la atención primaria y otras medidas tomadas de forma unilateral produce, cuanto menos, estupor. Y nos pone en alerta. Parece que la crisis ha venido para quedarse, al menos durante un buen tiempo. Por ello, es preciso que las autoridades entiendan que es necesario un mayor diálogo social. Es el momento de incluir, debatir y llegar a acuerdos. En caso contrario, nos esperan años de enfrentamiento.

Tratamiento es prevención: la prueba está aquí

Con esta contundencia titularon la sesión, que, muy probablemente, será la más recordada de la VI Conferencia sobre Patogénesis, Tratamiento y Prevención del VIH de la Sociedad Internacional del Sida (IAS, en sus siglas en inglés), celebrada el pasado mes de julio en Roma (Italia). No era para menos. Los resultados del estudio HPTN 052 así lo indicaban. Este ensayo prospectivo y de reparto aleatorio, que realizó el seguimiento de 1.763 parejas serodiscordantes de tres continentes durante una media de 1,7 años, concluyó que el inicio inmediato del tratamiento antirretroviral por parte del miembro con VIH de la pareja reducía en un 96% la transmisión sexual del virus a la otra persona (es decir, el miembro de la pareja sin VIH). Desde que en 2008 un grupo de expertos suizo introdujo el tema en el debate científico de la prevención, no han dejado de sucederse resultados que confirman lo que desde ahora es ya un hallazgo sólido: Mantener la carga viral indetectable gracias a la terapia antirretroviral reduce de forma drástica la posibilidad de que la persona con VIH transmita el virus.

El tratamiento ya es prevención y, en este momento, es muy importante que esta nueva herramienta se incorpore, sin cortapisas morales ni de otra índole, a las actualmente disponibles. Como ya apuntan las directrices españolas de tratamiento antirretroviral

—que elabora el Plan Nacional sobre el Sida junto al Grupo de Estudio del Sida (GESIDA)— de entrada, sería deseable que a las personas con VIH que integran una pareja serodiscordante se les ofreciera comenzar la terapia antirretroviral independientemente del nivel de linfocitos CD4 u otros criterios clínicos. Es fundamental que este nuevo abordaje se plantee combinando una perspectiva de salud pública con el respeto a la libertad individual. No proporcionar el tratamiento en estas circunstancias plantea serios interrogantes éticos; pero coaccionar para que se tome, también.

Ahora, es preciso y justo que esta información llegue a las personas con VIH para que la hagan suya y, así, puedan tomar decisiones respecto a su sexualidad y la relación con los demás. Al mismo tiempo, es prioritario que también se transmita con eficacia a la población general. Se trata de una herramienta muy poderosa que puede contribuir seriamente a reducir la percepción social de esta enfermedad y el estigma y la discriminación con los que se asocia.

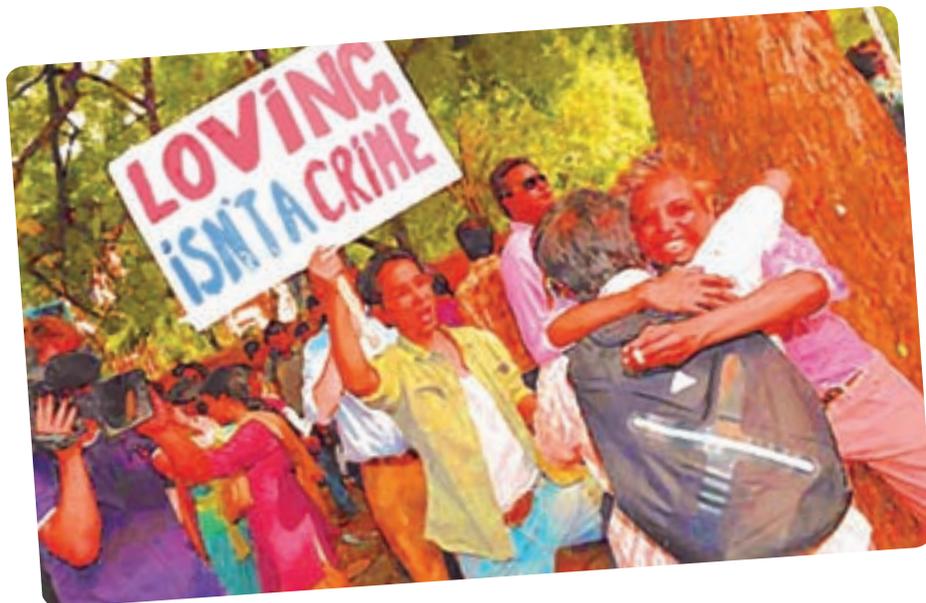
Para abordar todo ello es importante que se establezca un diálogo valiente y constructivo entre las diferentes partes implicadas y que se cuente con las personas con VIH, sobre todo a la hora de tomar decisiones.

El ministro de Sanidad de la India califica de 'enfermedad' la homosexualidad

Durante un reciente encuentro sobre VIH celebrado en la India, el ministro de Sanidad de ese país, Ghulam Nabi Azad, declaró que consideraba las relaciones homosexuales como algo "antinatural", que constituían una "enfermedad" frecuente en los países desarrollados, y que, "desgraciadamente", ahora habían llegado a la India.

Como cabía esperar, estas declaraciones provocaron gran indignación entre la comunidad gay de este país asiático. Para los activistas de los derechos de los gais de la India, esta actitud del ministro no hace más que aumentar la discriminación contra la población homosexual, que en los últimos años había presenciado grandes avances en sus derechos. En este sentido, el Tribunal Supremo de la India revocó de manera reciente una ley que databa de la época colonial en la que se contemplaban penas de cárcel de hasta diez años para las personas que mantuvieran relaciones homosexuales. Aunque se aplicó en contadas ocasiones, era usada como método de hostigamiento por parte de la policía.

Las afirmaciones del político chocan incluso con los programas promovidos



e implantados por el propio Ministerio de Sanidad de la India, por lo que muchos piensan que forman parte de una maniobra política para buscar protagonismo y también el apoyo y complicidad de los sectores más conservadores de la India.

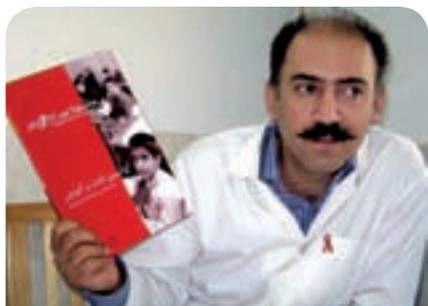
El relator especial de la ONU en materia de Salud, Anand Grover,

indicó al respecto que, a pesar de los avances contra la homofobia, estas declaraciones de un cargo político tan relevante implican que existen muchos sectores de la sociedad poco sensibles hacia el tema.

Fuente:

- *El País*.

Un médico iraní pide la libertad de su hermano encarcelado



El Dr. Arash Alaei sigue en la prisión de Evin, en Teherán (Irán)

El pasado 19 de julio, mientras tenía lugar la VI Conferencia de la Sociedad Internacional del Sida en Roma (Italia), se celebró una rueda de prensa en esa

misma ciudad donde intervino el médico iraní Kamiar Alaei. Este doctor hizo un llamamiento para pedir la liberación de su hermano, el también médico Arash Alaei, actualmente encerrado en una cárcel de Teherán (Irán).

Los hermanos Alaei eran conocidos a nivel internacional por su trabajo pionero en diversos programas contra el VIH/sida y su compromiso en la lucha contra la epidemia en su país. Sin embargo, las autoridades gubernamentales aprovecharon sus viajes a conferencias internacionales sobre el tema para acusarles de colaboración con una potencia enemiga con la intención de derrocar al Gobierno de Irán. En junio de 2008, fueron arrestados y, en diciembre de ese mismo año,

tras un juicio que duró un único día a puerta cerrada, se condenó de manera injusta a Kamiar y Arash a penas de 3 y 6 años de prisión, respectivamente.

Kamiar fue liberado a finales de 2010 tras haber cumplido más de dos años de cautiverio, pero su hermano aún permanece en una prisión de la capital del país.

Si quieres solicitar al gobierno de la República Islámica de Irán que libere de forma inmediata al doctor Arash Alaei, puedes hacerlo en:

www.IranFreeTheDocs.org

Fuente:

- Nota de prensa de physiciansfor-humanrights.org

Veto a una campaña publicitaria en el transporte público madrileño a favor del preservativo

Publimedia, concesionaria de la publicidad de la Empresa Municipal de Transportes (EMT) de Madrid, ha vetado una campaña de la asociación católica estadounidense "Catholics for Choice" (*Católicos por el derecho a elegir*), en la que se defendía el uso del preservativo, por considerarla potencialmente "ofensiva".

En el trasfondo de la cuestión se encuentran la visita del Papa Benedicto XVI a Madrid a mediados de agosto y el corte conservador del Área de Movilidad municipal —a la cual pertenece la EMT— dirigida por Ana Botella, aunque tanto la EMT como la concejalía han negado cualquier implicación en el veto.

La asociación católica promotora de la campaña ha sido siempre muy crítica con las posturas inamovibles de la jerarquía católica respecto al aborto —que defienden en determinados casos— y el uso de preservativos.

La campaña iba a utilizar las palabras pronunciadas por el propio Papa Ratzinger el pasado mes de noviembre, cuando admitió el uso del condón "en determinados casos", con carteles en autobuses, marquesinas y anuncios publicitarios en los que daban las gracias al Papa por creer "que los preservativos salvan vidas". Dicha campaña ya había sido llevada a cabo en otros países tales como EE UU, México, Chile o Filipinas, sin experimentar ningún tipo de censura.

El Colectivo de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales de Madrid (COGAM) ha hecho pública una nota de prensa en la que rechaza el veto a la campaña, exigiendo que se permita el desarrollo de la misma. Agustín López,



presidente de la asociación, declaró que "la EMT forma parte del sector público y, en ningún caso, puede anteponer determinada ideología o razonamiento parcial a sus decisiones". También animó a la EMT y a todo el Ayuntamiento

de Madrid a participar en campañas a favor del preservativo "como método más eficaz en la lucha contra el VIH/sida".

Fuente: *La Vanguardia*.

Burlar la censura

Tras la Jornada Mundial de la Juventud (JMJ), celebrada del 16 al 21 de agosto en Madrid, un comunicado de prensa de *Católicos por el derecho a elegir* afirma que el mensaje ha circulado entre los/as jóvenes. Durante la JMJ, cientos de voluntarios repartieron miles de chapas, pegatinas y folletos entre los/as asistentes, incluso se realizaron proyecciones nocturnas de la campaña censurada. Para una mayor difusión, se creó un blog en la red *Tumblr* que recoge decenas de entradas con comentarios, fotos y videos de las tareas informativas y las proyecciones audiovisuales.

Las entradas del blog están en: <http://worldyouthday4all.tumblr.com/archive>



Florida endurecerá los criterios para financiar los antirretrovirales de personas sin recursos suficientes

El Departamento de Salud del Estado de Florida (EE UU) ha decidido endurecer los criterios para acceder al programa estatal para el acceso a la terapia antirretroviral de personas que no disponen de seguro médico o no pueden costear su tratamiento anti-VIH.

Hasta la fecha, el acceso al programa estaba condicionado por unos ingresos máximos del 400% del umbral de pobreza —establecido por el Gobierno federal—. El objetivo del Departamento de Salud de Florida es reducirlo hasta el 200%.

El Programa de Asistencia Farmacológica contra el Sida (ADAP, en sus siglas en inglés) supone el último recurso para personas con bajos ingresos en EE UU, por lo que la decisión podría dejar a muchos estadounidenses con VIH sin acceso a la terapia antirretroviral, con el riesgo que ello conlleva para sus vidas.

El umbral de pobreza del país norteamericano está fijado en 13.000 dólares anuales. Si la presente propuesta



finalmente prospera, el límite superior de ingresos para acceder al programa se situaría en 26.000 dólares. Teniendo en cuenta que la terapia antirretroviral cuesta entre 10.000 y 20.000 dólares al año, personas con ingresos de 30.000 dólares anuales quedarían fuera del acceso, podrían tener que pagar hasta 20.000 dólares por sus fármacos y se quedarían con solo 10.000 dólares para vivir. Es decir, se convertiría a personas que se encuentran por encima del umbral de la pobreza en pobres una vez pagados los antirretrovirales.

El Estado de Florida únicamente financia el 9% del programa, mientras que en otros estados la aportación es mucho mayor. Hace dos años, ya redujo su contribución en un millón de dólares. En la actualidad, el ADAP de Florida cuenta con una lista de espera de alrededor de 4.000 personas, la mayor de todos los EE UU.

Fuente: *The Florida Independent*.

opina

Un sentimiento nunca vivido

Soy un chico de 23 años, recientemente diagnosticado de VIH. Nunca se me iría de la cabeza aquel 31 de marzo en que me enteré de que era seropositivo. Yo me hacía controles rutinarios cada seis meses y siempre salía todo bien: el resultado era siempre negativo.

Ya mis dudas empezaron cuando me pidieron una nueva extracción de sangre. Y, finalmente, otra confirmatoria. El día se me volvió oscuro de repente cuando la doctora me informó de que era seropositivo al VIH. No sabía si llorar, gritar o reír. Era una bronca conmigo mismo, un sentimiento de angustia nunca vivido. Un pensar en todos los sueños y las metas que tenía en mi vida, o en cómo sería tener nuevamente una novia, hijos, una familia, etc.

Me informé mucho acerca de esta enfermedad que hoy día puede considerarse como "crónica".

En la actualidad, estoy más tranquilo. Sigo con mis estudios y trato de mirar hacia adelante. Pero mi vida cambió. Cada dos por tres me deprimó, o pienso demasiado. Pero bueno...

Me gustaría compartir mi experiencia y establecer contacto con otras personas con VIH.

Un abrazo a todos.

Emanuel



Unamos fuerzas

Soy un paciente que lleva 27 años con VIH y VHC. Me atendieron al principio en Cataluña, pero fui despedido de mi hospital en Barcelona por pertenecer a otra comunidad autónoma, Aragón, simplemente para no asumir el coste de la enfermedad.

Ahora estoy volviéndome loco buscando un hospital en mi comunidad autónoma. Es alucinante. Tengo problemas en mi propia comunidad para acabar en un buen hospital. He llegado a temer que haya cambios en el tratamiento por los costes de mi medicación.



Comentándolo con otros compañeros, resulta que medicamentos esenciales para tratar esta estigmatizada enfermedad ya no los cubre la Seguridad Social. Hoy me pasa a mí, pero ten por seguro que mañana te pasará a ti.

Si estás siendo atendido en Cataluña, duda de la información que te dé tu médico especialista. En estos momentos, todo lo que te diga el doctor estará supeditado al maldito dinero. Mientras, los que lo administran viven en la Bonanova, claro. A esto yo lo llamo racismo.

Por cierto, llevo cotizando más de 20 años a la Seguridad Social. Tengo una empresa con empleados, pago mis impuestos, y lo único que me encuentro es discriminación.

Por favor, hagan llegar este mensaje a todas las personas que puedan.

No dejemos que se vuelva a los años 80. Pongámonos en contacto y unamos fuerzas. Nos jugamos demasiado.

Manuel

Despedido a causa de mi infección



En el marco de la campaña de publicidad que he decidido emprender contra la vergonzosa acción a que hace referencia el título de esta carta, estoy contactando con todas los medios de comunicación y asociaciones implicadas en el tratamiento social y laboral de las personas con VIH y de las dificultades que deben enfrentar en el día a día.

Aunque es la segunda vez que me sucede esto (ser despedido a causa de mi infección), la anterior ocasión terminó con avenencia y contiene una cláusula de confidencialidad, por lo que sólo puedo revelar datos generales y ninguna clase de información que identifique a las empresas involucradas; sí puedo decir que una de ellas es una institución pública, que ejerce potestades públicas y administra derechos ciudadanos, y que por ello mismo debería ser ejemplar.

No es este el caso actual: mi empresa es una sociedad privada, que se dedica al negocio de la gestión hipotecaria, y cuyo principal cliente representa un 70% de su volumen de negocio.

El día 7 de marzo a las 10h, aproximadamente, tuvieron conocimiento de mi condición de seropositivo, y fui despedido apenas cuatro horas después.

Desde esta perspectiva, presenté la papeleta de conciliación, y se celebró el acto sin avenencia. He puesto el hecho en conocimiento del departamento de *marketing* de su principal cliente, que se ha limitado a manifestar su condena del acto, pero me comunica que es asunto mío y que emprenda las acciones que crea oportunas.

Por esto, aparte de las acciones judiciales que comenzaron a principio de mes, he decidido seguir el lema de la campaña "Elige Siempre Cara – VIHsible".

Por mí, que padezco por segunda vez el mismo proceso, por todas las personas que lo hayan sufrido y lo puedan sufrir en el presente o en el futuro, y por el interés general a nivel social, quiero señalar con el dedo a la sociedad que ha tomado esta repugnante decisión.

Pongo a su disposición toda la documentación acreditativa del caso, pero no la adjunto a este correo debido a la advertencia que hacen ustedes al respecto en su web sobre el peso de los documentos adjuntos.

Proseguiré mi campaña de publicación y de presión, para que hechos como estos no se repitan; es preciso informar, no sólo al público, sino a las instituciones: Consejo General del Poder Judicial y Tribunales, asociaciones empresariales, etc.

Lo he perdido todo, con una liquidación de 700 € que ni siquiera incluye los 15 días de preaviso, por lo que ahora sólo tengo perspectivas de ganar y avanzar. No me hundiré en la depresión ni en la resignación.

Os adjunto un vínculo sobre mi caso, publicado en el diario *El País*: www.elpais.com/articulo/sociedad/echaron/horas/despues/saber/tengo/VIH/elpepusoc/20110521elpepusoc_6/Tes

Francisco M

Ver la vida de colores



Llegué a esta revista buscando precisamente esto: historias reales, ejemplos de vida... Yo no estoy infectada (nunca me he hecho la prueba), pero existe una persona que sí lo está a la que amo profundamente y no me arrepiento. Nos conocimos cada uno estando en pareja; luego nos separamos de ellas. Yo tengo tres hijos.

No hemos vivido juntos ni hemos llegado a mantener relaciones íntimas, pero sí que hubo besos y caricias, y después de que nos enteramos de que tenía VIH, pese a su oposición, mi decisión fue quedarme a su lado. Yo lo amo y no le di la espalda; lo abracé y le dije que estaría con él hasta el final. Sin embargo, tras un tiempo, decidió terminar con todo.

Mi dolor y desilusión fueron terribles. Sentí rabia y deseos de dejarle solo, pero no puedo. Yo me preguntaba en que le había fallado. Fui la persona que le insistió en que se hiciera la prueba, para estar seguros y comenzar el tratamiento; estuve con él en sus controles, en la toma de sus pastillas —que fue un martirio al inicio—, vigilando qué comía, etc.

Pero no quiso seguir con el tratamiento psicológico.

Soy la única persona que sabe de su enfermedad; él tiene miedo de que se entere su familia, dice que le darían la espalda, pero yo me tomé todo lo que decía con calma y aún sigo ahí.

Ahora, al leer todas las experiencias de este sitio, lo he vuelto a llamar. Quiero que salga de ese encierro mental y físico en que se encuentra; quiero mostrarle y que lea que hay personas como él; quiero hacerle entender que puede ser una persona normal, que puede amar, sentir, ilusionarse, ver la vida de colores, con restricciones y cuidados, pero con normalidad. Él mismo se dice que está muerto en vida. Pero yo digo no, no, todavía le queda mucho por vivir.

Gracias por publicar estas historias personales y deseándole suerte para hacerle entender que hay un camino bonito por andar. También quiero sugerirle que escriba su historia.

Saludos y un abrazo muy fuerte a todos.

Clara

Pasar página

Hola. Tengo 26 años y hace tan solo tres meses que me enteré de que soy seropositiva al VIH. Mantuve una relación tormentosa e inestable de 13 años con alguien a quien considero que le entregue los sentimientos más bonitos, pero, en vista de que no era valorada, cometí el grave error de hacer lo mismo que mi pareja.

Me explico: Él siempre fue una persona promiscua e inestable. Pues bien, aprovechando los momentos en que decidía terminar nuestra relación, en dos oportunidades tuve otra pareja, pero le seguí queriendo.

Hoy en día él y yo estamos separados, y seguro que la tristeza y la frustración es mutua, pero no puedo perdonarle este daño y no puedo evitar sentir que es un castigo que me causó la estupidez de querer a alguien que, en este momento, considero que nunca me quiso ni me valoró. Fueron demasiadas humillaciones, el sentimiento de soledad... Fui una tonta y, ahora, arrastro conmigo esto que no sé cómo afrontar.

Tengo el apoyo de mi familia y de un par de amigas; aparte, tengo una hija por quien luchar, pero siento que mi mayor sueño de construir una familia y conseguir que alguien me quiera, me lo negué por no tener la valentía de pasar página. Quizá soy muy dura, pero, muy dentro de mí, sé que fue él quien contrajo esa enfermedad y me quiso tan poco que no pensó en mí ni en su hija.

Ahora, siento que vivo por obligación y que perdí el norte de mi vida.

Leomar

Momentos difíciles

Hola. Acabo de cumplir 18 años y me he enterado de que soy seropositiva. Me he sentido muy triste.

Estoy pasando por momentos muy difíciles. Mi salud está muy mal. He leído casi todas las historias personales que se han publicado aquí para fortalecerme.

Sé que se puede vivir con VIH, pero aún estoy haciéndome a la idea de que debo llevar esto conmigo.

Espero poder contar, más adelante, algo bueno de mí y un poco de mi vida.

Lorena

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

Falta conciencia

Hola a todos, soy de Argentina y tengo 28 años. Llevo muy poquitos meses con esta enfermedad, que inesperadamente se cruzó en mi vida. Digo inesperadamente porque, después de tener una pareja estable durante más de cinco años, no pensé que debiera preocuparme por este tema.

Pero la irresponsabilidad (mía, pero sobre todo de mi ex) y mi confianza en el amor que decía sentir por mí hacen que crea que se trata de una persona increíblemente mentirosa, manipuladora y fría en su manera de actuar.

No puedo entender que, en 2010, aún se siga hablando de tasas tan elevadas de infección, ni por qué todas las campañas de prevención están abocadas a concienciar más a los seronegativos que a quienes somos portadores del VIH (y tenemos la responsabilidad de no transmitirlo).

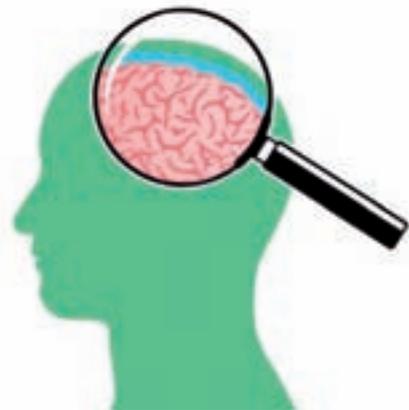
Digo, ¿no sería mejor que quienes somos portadores asumiéramos que este tema se termina si nosotros nos lo proponemos? Es un asunto netamente

conductual; no entiendo cómo se puede hablar de epidemia cuando el virus, en realidad, ni siquiera es contagioso, sino transmisible.

Falta conciencia sobre este tema en toda la sociedad, pero me parece que no debemos esquivar la cuestión y la responsabilidad que cada persona seropositiva tiene sobre este asunto. Yo jamás expondré a nadie a una posible transmisión, JAMÁS. Y creo que personas como mi ex, que deciden con tanta frialdad sobre la vida del resto de la gente, merecen la cárcel.

Es fácil enterarse hoy si estás infectado o no, así que la excusa del "yo no lo sabía" tampoco es válida. Si corro riesgos y luego decido seguir favoreciendo la transmisión, entonces asumo que también sería responsable de contribuir a la expansión de la enfermedad en el mundo.

Mi ex sabía que le habían transmitido el VIH en una relación sexual clandestina, tuvo la posibilidad de contármelo (lo sospechó y tuvo síntomas), y



me mintió y tergiversó la verdad. Como resultado, seis meses después me transmitió el virus a mí.

Personas tan dañinas e irresponsables como esta hacen que el colectivo viva todavía hoy (en el 2010) el flagelo social que rodea el VIH. Es una lástima, pero creo que la gran responsabilidad de que esto siga creciendo no está en la falta de cuidado y protección, sino en la inconsciencia, la mentira, el odio y los resentimientos de unos pocos a quienes les cuesta muy poco decidir sobre la vida del resto de la gente.

Mauro

Boletín de Suscripción

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

Autorizo una donación anual de:

- 25 euros
- 50 euros
- ___ euros

Forma de pago:

- Giro postal
- Talón nominativo adjunto
- Por Banco

Orden de pago por Banco

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

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

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

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



El empoderamiento puede ser catalizado por cualquier actividad... pero siempre implica un ciclo de reflexión, análisis y decisión para la acción.

Paolo Freire

La investigación, isla o continente de la ciencia

La importancia de la participación de las personas con VIH en la prevención ha sido ampliamente estudiada y documentada en los últimos años. En cambio, la investigación aún continúa siendo considerada como una isla a la que los científicos piensan que nadie más que ellos puede o debe tener acceso. Pero es una isla creada sobre la base de ilusiones: la ilusión de la objetividad, la ilusión del rigor científico, la ilusión de la verdad y la realidad... Estas ilusiones, que se han tomado como verdades, nos han conducido a un modelo de investigación en el que el proceso de estudio se ha desvinculado de la realidad que examina y el conocimiento se ha convertido en una herramienta de poder para aquellos que lo manejan.

Esta situación ha contribuido a consolidar y aumentar las diferencias de poder entre unos y otros, ya que el

conocimiento obtenido a partir de la investigación se mantiene en manos de los centros de investigación, y son ellos, por tanto, quienes deciden en nombre de las comunidades a las que estudian. De esta forma, la investigación médica y los resultados de la misma únicamente se aplican en un entorno biomédico, dejando de lado un espectro más amplio de la salud, según la definición de la OMS, que la entiende como 'un estado de completo bienestar físico, social y mental, y no solo como la mera ausencia de enfermedad'. Vemos entonces que la investigación que no contempla la participación de toda la comunidad no contribuye al mantenimiento de la salud en toda su dimensión, al dejar a las comunidades 'desempoderadas' para usar los conocimientos a los que contribuyen pero de los que son desposeídas.



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 1º 08013 BCN (España)

1 Sexo

Hombre Mujer Transgénero

2 Edad

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

3 Estado al VIH

VIH+ VIH- Desconocido

4 ¿Sabes cómo adquiriste el VIH?

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

5 ¿Tomas tratamiento antirretroviral?

Sí No

6 ¿Tomas suplementos vitamínicos o tratamientos alternativos?

Sí No

7 ¿Cuáles?

8 ¿En qué localidad vives?

9 Valora LO+POSITIVO de 1 a 10

Contenido En general Diseño

10 ¿Qué temas te han gustado más?

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

La investigación participativa confronta este enfoque positivista de la ciencia al proponer el abandono de esa ilusión de que la investigación aporta una mirada neutra para asumir el compromiso de dar su verdadera dimensión a las relaciones entre investigadores y participantes. La investigación participativa pone en cuestión no solo el estatus de los investigadores como personas expertas, sino que plantea dudas sobre cómo se genera, se transmite y se utiliza el conocimiento que se extrae de las comunidades.

Así, los sujetos o informantes pasan a ser participantes; la acción se encamina a incluir y generar actividad y cambio; las y los expertos pasan a ser colaboradores; y la investigación pasa de estudiar a las comunidades a realizar estudios para mejorar la vida de éstas y a colaborar con ellas en la creación de conocimientos compartidos.

¿Qué retos plantea el modelo tradicional de investigación?

- Es reduccionista: fracciona a las personas en partes, dejando algunas de ellas fuera del contexto del estudio.
- Ha fracasado en la resolución de problemas complejos de salud (como lo demuestra, por ejemplo, el VIH).
- Los hallazgos apenas se aplican al desarrollo de intervenciones comunitarias específicas (son más parte de los currículos profesionales).
- Dedicar escaso esfuerzo a fomentar la confianza y el respeto entre academia y comunidad.
- Los miembros de la comunidad se sienten 'conejiillos de indias', desprovistos de su condición humana.

Participación y empoderamiento de comunidades

Participar es formar parte de un todo y, por tanto, es un proceso en el que todas las partes contribuyen, en la medida de sus posibilidades, al buen fin de un todo común. En el caso de la investigación, la participación vendría guiada por la convergencia de las necesidades de cambio de la

Para que una comunidad pueda abordar objetivos concretos de cambio social que provengan del exterior, primero debe estar organizada y empoderada para afrontar sus propios problemas y objetivos.

comunidad y el interés del equipo investigador en relación con un tema concreto, de manera que la toma de decisiones y las compensaciones, así como el desarrollo del estudio, pasan a ser una responsabilidad compartida entre los diferentes actores implicados.

La investigación participativa para la acción es una forma de explorar una determinada situación con la intención de mejorarla, pero contando para ello con la implicación de las personas participantes como sujetos y actores del estudio. Nace así el concepto de 'ciencia comprometida', que surge de la integración del compromiso político con las teorías y la investigación sociológicas. Este enfoque de investigación tiene profundas implicaciones en las posibilidades de realizar cambios sociales que impliquen a la comunidad en su conjunto:

- Organiza a las personas en torno a una serie de preguntas y problemas frecuentes de las que las comunidades se sienten 'propietarias'.
- Ofrece métodos colaborativos de valorar, analizar, recopilar y re/construir la comunidad, sus historias, rituales, mecanismos y otros componentes de la identidad cultural.
- Permite la identificación de maneras locales de conceptualizar y definir los problemas, las necesidades y los recursos.
- Ofrece oportunidades de acceso a información actualizada sobre temas de supervivencia.
- Proporciona una base informada para la crítica, la resistencia y la redefinición comunitaria, así como para la defensoría política.
- Democratiza la ciencia y el acceso a la tecnología científica.

Para que una comunidad pueda abordar objetivos concretos de cambio social que provengan del exterior, primero debe estar organizada y empoderada para afrontar sus propios problemas y objetivos. A pesar de que nadie puede dar poder a otra persona o hacer que esté empoderada, sí es posible, en cambio, contribuir a la creación de un entorno apreciativo, disponer las condiciones adecuadas, y ofrecer las oportunidades y los recursos necesarios para que las personas puedan identificar y ejercer su propio poder. Y eso sería la responsabilidad de una investigación centrada en la mejora de las comunidades.



Liz Taylor

la estrella que nunca dejará de brillar

El pasado 23 de marzo falleció en Los Ángeles Elizabeth Taylor, una de las últimas representantes de la generación de estrellas de cine más rutilantes y glamurosas que jamás haya pisado Hollywood. Más allá de su brillante carrera cinematográfica —con más de 70 películas y múltiples premios—, su apasionada vida sentimental —con ocho matrimonios, dos de ellos con Richard Burton— y sus idas y venidas al Centro Betty Ford —para tratar sus problemas de adicción y sobrepeso—, para muchas personas Liz será recordada, sobre todo, por su gran compromiso humanitario en la respuesta frente al VIH.

Eran los primeros años de la década de los 80. El VIH irrumpe en la historia de la humanidad con la intención de quedarse y pronto comienzan a hacerse visibles los estragos de la epidemia: la enfermedad y muerte de los afectados, la desesperación de sus familiares, la impotencia de los médicos, el miedo de la sociedad, la discriminación hacia los afectados, y la pasividad de la clase política.

“Continuaba viendo todas esas noticias sobre la nueva enfermedad y no podía dejar de preguntarme por qué nadie estaba haciendo nada. Y entonces me di cuenta de que yo era como ellos. Yo tampoco estaba haciendo nada para ayudar”. La toma de conciencia sobre la gravedad de la situación y el fallecimiento a causa del sida de su gran amigo Rock Hudson bastaron para que Elizabeth Taylor tomase la firme de determinación de implicarse en primera línea en la respuesta frente al VIH.

En 1985, la intérprete de *Cleopatra* participa, junto con un pequeño grupo de médicos y científicos, en la creación de la American Foundation for AIDS Research (amfAR, en sus siglas en inglés; ‘Fundación Americana para la Investigación en Sida’), una organización que nace con el objetivo de acelerar la investigación más innovadora en la respuesta frente al virus de la inmunodeficiencia humana.

En calidad de presidenta y portavoz de amfAR, Liz Taylor supo atraer la atención de los medios de comunicación y conmover a millones de americanos gracias al magnetismo que, como figura indiscutible del séptimo arte, irradiaba. De hecho, su contribución fue tan importante que, para muchos estadounidenses, fue la primera



Liz Taylor y Rock Hudson en una foto de estudio para la promoción de la película *Gigante*.

« Concienciar a la gente de la enfermedad, y reconfortar y abrazar a las personas enfermas, ha sido el papel más importante fuera de la pantalla. »

Liz Taylor

personalidad en colocar el tema del VIH en la agenda política.

Su discurso, cercano y conmovedor al tiempo que crítico contra la hipocresía de la sociedad y contra la discriminación de las personas con VIH, fue el contrapunto del mutismo y la pasividad oficial de la Administración estadounidense, y del (entonces) propio presidente Ronald Reagan, que hacían caso omiso a la gravedad de la enfermedad y a las decenas de ciudadanos de EE UU que estaban falleciendo por causa del sida.

En 1986, protagonizó una serie de anuncios de televisión producidos por amfAR e hizo innumerables apariciones públicas en nombre de la fundación. Su labor, como portavoz de esta entidad, le permitió captar numerosos fondos para la organización, además de sus propias donaciones, como por ejemplo, la venta en subasta del vestido que lució en la gala de los Óscar de 1969, por un valor de 167.500 dólares.

Ese mismo año, Liz Taylor testificó ante el Congreso para apoyar la Ley Ryan White CARE, que tomó el nombre de una adolescente hemofílica que contrajo el VIH a través de una transfusión y que fue expulsada de la escuela debido a la enfermedad. El proyecto de ley finalmente fue aprobado en el año 1990 y, desde entonces, ha permitido financiar la atención de los pacientes con VIH estadounidenses de ingresos bajos.

En 1991, fundó su propia organización, la Fundación contra el Sida Elizabeth Taylor, con el objetivo de apoyar la provisión de servicios de atención directa para personas con VIH y complementar el trabajo de amfAR. En este sentido, en los últimos años, y a pesar de sus graves problemas

Manolo Trillo Losa

visibilidad y acción

de salud, apoyó los esfuerzos de esta última organización por promover los programas de intercambio de jeringuillas como parte de una estrategia de prevención del VIH integral.



Liz Taylor y Paul Newman en una escena de *La Gata sobre el tejado del zinc*.

Se calcula que Taylor, en su labor como activista del sida, ayudó a recaudar unos 100 millones de dólares destinados a combatir la enfermedad.

La *Gata sobre el tejado del zinc* agotó su última vida el pasado mes de marzo. Su defensa de la justicia social y de los derechos humanos han hecho de Liz Taylor una de las personalidades más comprometidas con la respuesta frente al VIH. Como solía decir, "la fama no es algo que viene exento de responsabilidad... Si puedo contribuir todavía más a una buena causa, simplemente prestando mi voz, entonces siento que ese es mi lugar para hacerlo".

Muchas han sido las celebridades que han seguido y seguirán la estela solidaria de Liz Taylor. No obstante, ninguna de ellas podrá llegar a eclipsar la luz de una estrella que brillará por siempre en el recuerdo de todos.

Referencia: www.amfar.org

El pasado mes de junio se cumplieron 30 años de la publicación de los primeros casos de sida en EE UU. Conmemorar tal efeméride en España obliga a hacer un alto en el camino, echar la vista atrás y recordar la contribución de todas aquellas personas que, haciendo del VIH su causa, se convirtieron por necesidad y voluntad propia en los pioneros en la respuesta ciudadana a la epidemia. Entre ellos, Manolo Trillo Losa (1960-1998) ocupó un lugar destacado; por esta razón, COGAM, organización de la que fue miembro fundador, quiso rendirle un homenaje con motivo del 25 aniversario de su creación y del 30 aniversario de la publicación de los primeros casos de sida.

Quienes le conocieron lo recuerdan "como una persona divertida, espontánea, de fuerte carácter y, sobre todo, luchadora. Vivió intensamente en el Madrid de los años 80, procurando mejorar una sociedad que se encontraba descubriendo el sabor de la libertad".

Fue cofundador, en 1985, del Comité Ciudadano Antisida de Madrid y del entonces Colectivo Gay de Madrid, hoy COGAM. Su activismo en defensa de los derechos del colectivo de Lesbianas, Gais Transexuales y Bisexuales [LGTB] y de las personas que, como él, vivían con VIH le llevó a ser la cara visible del sida en unos momentos en los que hacer pública la condición de afectado era, para muchos, sinónimo de suicidio social.

Su activismo a pie de calle le condujo a informar sobre la prevención repartiendo preservativos y folletos; a educar en la salud a trabajadores y trabajadoras del sexo y personas usuarias de drogas; a denunciar el estigma y la discriminación de los afectados; y a reivindicar una atención sanitaria y social pública, digna y eficaz. Como señala Kike Poveda, de COGAM, "era poco protocolario, pero la gente sensible le escuchaba y la gente poco sensible tuvo que escucharlo a veces por lo que representaba".

Entre los actos de homenaje a Manolo Trillo, COGAM realizó una exposición de pinturas de Gerardo Gutiérrez Antolín, pareja sentimental del activista madrileño y compañero inseparable hasta el final de sus días. El catálogo

de la exposición ha sido publicado recientemente por esta ONG y nos descubre el lado más íntimo y personal de Manolo a través de las pinturas de Gerardo y las semblanzas que le dedican amigos y compañeros.



Al contemplar las obras con las que Gerardo obsequió a su compañero y esposo, uno no puede evitar el sentir una profunda emoción y dejarse impregnar por la gran admiración y amor que sentían el uno por el otro.

El catálogo está disponible en el siguiente enlace de internet: www.sidastudi.org/es/monografico/110513-boletin-de-noved/registro/d25f08042fc14bd80130b0f61e000198

Cuando todo cambia, ¿qué pasa con la respuesta mundial al VIH/sida?

La realidad en torno al VIH/sida está cambiando. Si hasta hace poco nadie dudaba del riesgo que suponía el avance de la pandemia en el mundo, hoy en día, tanto esta enfermedad como la salud global están perdiendo importancia en la agenda internacional. Así ocurrió en la Asamblea General de Naciones Unidas dedicada al VIH/sida, celebrada en Nueva York del 8 al 10 del pasado mes de junio.



La movilización de recursos para dar respuesta a la pandemia que ha tenido lugar en los últimos años no tiene precedentes. De este modo lo reconoció en la inauguración de la Asamblea el director ejecutivo de ONUSIDA, Michel Sidibé, al destacar que los resultados obtenidos, como los seis millones de personas que tienen acceso al tratamiento antirretroviral, son fruto del fuerte compromiso internacional. Pero ya no estamos exactamente ahí.

Los resultados de la Asamblea General han dejado un sabor agri dulce. Por un lado, la declaración final contiene varios compromisos importantes, como el objetivo de alcanzar los 15 millones de personas con acceso a tratamientos antirretrovirales para el 2015, el compromiso de incrementar los recursos financieros o la inclusión en la respuesta al VIH de hombres que practican sexo con hombres, entre otras poblaciones vulnerables.

No obstante, la negativa de la mayoría de los países a comprometerse con unas cifras concretas más allá de las muestras de buena voluntad rebaja la fuerza y alcance de la Declaración, ya que no garantiza los recursos financieros necesarios para lograr los objetivos marcados.

Nueva realidad

El papel de España en este foro internacional no es ajeno a esta nueva realidad. Es cierto que buena parte de las prioridades marcadas por el conjunto de organizaciones no gubernamentales españolas están recogidas en la postura del Gobierno, gracias a un intenso trabajo de colaboración entre la sociedad civil y los representantes gubernamentales.

En este sentido, la intervención española en la Asamblea General de la ONU recoge reivindicaciones como el compromiso con el 0,7% para la Ayuda Oficial al Desarrollo en 2015, cuyo 15% debe ir destinado a salud, y también la defensa de que la respuesta al sida tiene que abordarse "desde una perspectiva de salud global, que parta de la defensa de los derechos humanos y de salud sexual y reproductiva, y que contemple siempre la perspectiva de género".

También se redobló el compromiso con el acceso universal a la prevención, tratamientos, atención y apoyo, y con la investigación en nuevas herramientas de salud, como pueden ser la profilaxis preexposición, las vacunas contra el sida o los microbicidas.

Sin embargo, el gran interrogante es cómo se llevarán a la práctica estos compromisos. No podemos olvidar que se están realizando importantes recortes en los presupuestos del Gobierno español dedicados a la respuesta internacional al VIH/sida y a la cooperación al desarrollo en general. Unas reducciones que llegan al 50% en salud global respecto a 2010 o a un recorte del 76% en investigación y desarrollo (I+D) para el VIH/sida entre 2009 y 2010.

De poco serviría que se adoptaran estos compromisos ante la comunidad internacional si luego no hay voluntad o capacidad para llevarlos a cabo mediante acciones y apoyos económicos

concretos. Y, precisamente, la situación vivida en los últimos dos años en el área de cooperación al desarrollo no invita al optimismo.

Sin lugar a dudas, estamos en un momento de grandes cambios en el contexto de los cuales será cada vez más complejo lograr el apoyo económico para esta pandemia. No obstante, nuestros Gobiernos tienen la responsabilidad de encontrar nuevas vías de colaboración que garanticen el cumplimiento de los compromisos adquiridos en la respuesta internacional al VIH/sida. El impacto de esta pandemia requiere una respuesta enérgica, coherente y sostenible con la que debemos estar comprometidos si queremos conseguir un mundo sin sida.

Prioridades

Las diversas plataformas comunitarias de VIH en España consensuaron como prioridades en nuestro país:

- Garantizar la prevención, el acceso universal al tratamiento, cuidado y apoyo de las personas.
- Asegurar la no vulneración de los derechos de las personas que viven con VIH en España, evitando el estigma y la discriminación.
- Garantizar un canal para la participación de la sociedad civil, así como el protagonismo de las personas que viven con VIH en la toma de decisiones y la participación en asuntos relacionados con el virus y su salud, en donde se tenga en cuenta su opinión y experiencia en el ámbito de la intervención.

Gabriel Boichat y Marta Pastor fueron los representantes de la comunidad española en la Asamblea General de Naciones Unidas.



La crisis financiera está sirviendo de pretexto para recortar en sanidad pública, en ayudas a las ONG y en investigación médica. Algunas voces intencionadas incluso hablan del fin de la excepcionalidad del VIH/sida con el pretexto de que se trata de una enfermedad crónica. Pero los nuevos casos no cesan, el manejo a largo plazo de la infección requiere un importante esfuerzo multidisciplinar, y ni siquiera hay muestras de que se esté reduciendo el estigma y la discriminación asociados con esta enfermedad. Las elecciones generales del 20 de noviembre en España abren la puerta a nuevos tijeretazos. ¿Qué se puede negociar? ¿En qué no hay que ceder? ¿Se siguen siempre criterios clínicos? *LO+POSITIVO* analiza la situación, poniendo especial atención en las comunidades autónomas que ya han empezado a hacer recortes.

¿Recortando derechos?

Recortar, recortar y recortar. Este es el denominador común en todas las administraciones del Estado español. Se trata de ahorrar en gasto público y de reducir los números rojos que lastran muchos presupuestos, aunque solo sea como solución a corto plazo. La única rentabilidad parece ser la económica, y los beneficios sociales quedan relegados a un segundo plano.

“Lo que hay es un recorte de derechos. Se tiene que decir bien claro”, denuncia Montse Pineda, presidenta de la plataforma de organizaciones no gubernamentales catalanas Comitè Primer de Desembre. “Están cambiando el modelo de sanidad pública de manera opaca. Se está haciendo poco a poco, sugiriendo que el actual sistema no es sostenible y que hay que ir hacia el copago, que en realidad sería un recopago. Todo esto es intencionado”.

El alcance de todos estos recortes es difícil de precisar: no hay porcentajes claros, prioridades consensuadas... Cada comunidad autónoma actúa o actuará, en los próximos meses, con sus propias directrices. En Cataluña y la Comunidad de Madrid es donde se han registrado los ajustes más severos, mientras que otras comunidades esperan los resultados de las elecciones generales del próximo 20 de noviembre.

“En Cataluña existe una Comisión Interdepartamental del Sida que es la que debería controlar que todos estos recortes no repercutieran en la calidad de los servicios. Pero desde el año pasado no se reúne. Entonces, ¿quién está tomando estas decisiones? ¿Con qué prioridades?”, se pregunta Pineda, también coordinadora de la asociación catalana Creación Positiva. “La Administración nos tiene poco en cuenta. Y si lo hace, es después de realizar mucha presión”.

« Lo que hay es un recorte de derechos. Se tiene que decir bien claro. Están cambiando el modelo de sanidad pública de manera opaca. »

Montse Pineda
Comitè 1 de Desembre

Para muchos profesionales del sector, lo importante es que el VIH siga mereciendo un trato especial, y que los pacientes no sean derivados a los centros de atención primaria.

“Nos encontramos ante una infección muy compleja, que va más allá de un virus”, recuerda Montse Pineda. “No estamos diciendo que los médicos de familia no sean capaces de atender estos casos. Lo que creemos es que la formación que reciben y sus condiciones de trabajo no son las adecuadas”.

Lo más preocupante son los recortes que afectan a las personas más necesitadas. Diversas asociaciones catalanas constatan crecientes complicaciones para acceder a la tarjeta sanitaria, aunque la Administración insiste en que solo hace falta demostrar estar empadronado desde hace medio año para obtenerla.

“Ha habido bastantes casos irregulares. A veces, depende del funcionario que te toque”, señala Jose Peñín, la portavoz de SOS Racismo en Cataluña. La Generalitat también acumula retrasos de hasta un año en el proceso para conseguir una pensión no contributiva de invalidez para personas con VIH.

Reivindicando la excepcionalidad

“No se puede negociar con la salud”, afirma con seguridad Udiarraga García, presidenta de la Coordinadora Estatal de VIH/Sida (CESIDA). “Lo que tienen que hacer las administraciones es ser muy cuidadosas con el dinero público y no confundir: La salud es un derecho”.

Udiarraga cree que lo vital es que el VIH siga mereciendo una atención especial. “La crisis les va perfecto para recortar. Pero no podemos renunciar a ello, por duro que sea el momento. Sigue existiendo mucha discriminación y, aunque ya no sea una enfermedad mortal, el tratamiento antirretroviral es durísimo. ¡Hay quien lleva 20 años tomando pastillas cada día con unas consecuencias terribles!”.

La responsable de CESIDA defiende la vigencia del Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. “De momento, no han recortado ni un solo euro, y me consta que los que trabajan allí han luchado duro para transmitir a sus jefes la importancia del Plan. Pero vienen malos tiempos y un gobierno de derechas podría significar recortes más

duros. Solamente hay que ver lo que está haciendo Berlusconi en Italia, ¡es vergonzoso! Pero no me quiero posicionar desde el punto de vista político porque esta es una enfermedad que abarca a personas de todas las ideologías”.

« No se puede negociar con la salud. Lo que tienen que hacer las administraciones es ser muy cuidadosas con el dinero público y no confundir: La salud es un derecho. »

Udiarraga García CESIDA

Cree que el estigma social sigue jugando en su contra. “En nuestro colectivo, quitando a cuatro o cinco, es muy difícil dar la cara. Los políticos saben que nunca va a haber grandes reivindicaciones porque nunca lo van a denunciar todos los que deberían. La suerte que tenemos es que hay ONG trabajando muchísimo y que saben que lo más importante es la prevención”.

En el País Vasco, las ONG antisida disponían hasta ahora de una bolsa de subvenciones específica que desaparecerá el año que viene. El Gobierno vasco dejará estas aportaciones sin epígrafe propio pero asegura que mantendrá la dotación de 350.000 euros. “Estaremos pendientes de que cumplan con sus compromisos”, advierte Udiarraga García, también responsable de la asociación vasca Itxarobide.

El Plan de Prevención y Control del Sida del País Vasco sí seguirá conservando su nombre. “Es muy importante que el Plan continúe, fue pionero en Europa”, defiende García. “Entendemos la situación económica y sabemos que hay que ser solidarios. Pero no podemos dejar que se ponga en peligro la excepcionalidad del VIH”, remarca.

Momentos de calma tensa

En todas las comunidades autónomas se vive una situación de nerviosismo. “En Andalucía (PSOE) también hay recortes, pero no tan tremendos”, informa Diego García, coordinador de la Asociación Adhara de Sevilla.

Diversas asociaciones antisida andaluzas están teniendo problemas para cobrar las subvenciones que se les asignaron el año pasado. Aunque los principales recortes se producen en el campo asistencial.

“Este verano, los quirófanos de Andalucía no han funcionado por la tarde, a no ser que se tratara de casos muy urgentes. No se hacen sustituciones de personal. Muchos centros no abren sus consultas en horario de tarde. Existen zonas muy mal asistidas de urgencias. Pasan cosas, pero no sabemos si es porque es verano o porque va a haber una peor atención”, se lamenta Diego García.

El periodo de revisiones para personas con VIH se ha dilatado de cuatro a seis meses. “Hemos notado, asimismo, un aumento de los ensayos clínicos, que es una manera que tienen de que los medicamentos salgan gratis. Hay centros, como el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, donde únicamente dispensan pastillas para un mes, aunque te quieras ir de vacaciones o tengas un trabajo especial”.

El caso más crítico tuvo lugar en el Hospital Virgen del Rocío de la capital andaluza. Su gerencia decidió cambiar uno de los componentes de un combo por un genérico equivalente. “La propia farmacia del hospital encapsulaba el polvo. Es una práctica legal, pero se hizo de la noche a la mañana, sin consultar a nadie”.

Ni los médicos ni la Consejería de Salud fueron advertidos y se produjo una situación caótica. “Al final, se llegó a un acuerdo con el laboratorio para que rebajara el precio de los combos, con un contrato de dos años. Pero supongo que se llevaran a cabo más medidas de ahorro en los próximos meses”.

En Aragón, hay hospitales que se lamentan de una falta estructural de recursos humanos. “Mi intuición es que, a partir del 20 de noviembre, las medidas serán drásticas. Y esto influye en el ánimo de los facultativos”, asegura la doctora Piedad Arazo, jefa del Servicio de Infecciosos del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

En el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, el caso es distinto. Mercedes Gracia Casanova, médica de la Unidad de Infectología del Departamento de Pediatría de dicho centro hospitalario, asegura no haber sufrido ningún tipo de recorte. “Si se diera, dada la profesionalidad e implicación del colectivo médico, intentaremos resolver de la manera más adecuada los problemas que se planteen sin que los pacientes sufran ninguna repercusión”.



En septiembre, los barceloneses se movilizaron contra los recortes.

¿Hacer más con menos?

“Lo que está muy claro es que cada vez hay más infecciones”, declara Jancho Barrios, de la organización OMSIDA de Zaragoza. “Creo que existen muchos más casos de los que el Estado español reconoce; así evitan tener que ampliar el presupuesto que destinan a la enfermedad. ¿Cuántas personas con VIH hay en Aragón? El Gobierno dice que entre 3.000 y 3.500, pero hay un doctor que calculó que existen 8.000 personas infectadas”.

Las consultas se encuentran progresivamente más saturadas. “En el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza hay un médico más que hace 5 o 6 años. Pero los casos van aumentando. ¿Cómo se pueden atender con los mismos recursos?”.

La pregunta es siempre la misma: ¿Cómo se mide la rentabilidad de un sistema sanitario? “En dinero seguro que no”, responde Barrios. “Se debería medir con la salud de la población. Es un ámbito que no se puede recortar. Tampoco en la asistencia que hacen las ONG, donde hay un volumen de trabajo cada vez mayor. Nos han quitado un 5% del presupuesto de este año, pero el número de personas que atendemos aumenta de manera gradual”.

Barrios cita como caso paradigmático la prueba rápida con apoyo asistido. “Estamos realizando una inversión de futuro. Dar solo el resultado sirve de poco. Pero si hablas con la persona de los riesgos, es más difícil que venga al cabo de un tiempo con un positivo”, añade.

De cara a las elecciones de este noviembre, y si hay cambio de gobierno, Jancho Barrios considera que se debe enseñar el trabajo que se está llevando a cabo. “Es lo que nos avala: nuestro esfuerzo diario. Es la mejor manera de demostrar que lo que hacemos vale la pena. Si no lo conseguimos de esta manera, haremos presión. Estamos acostumbrados a pelear... Seguiremos defendiendo a nuestra gente”.

LOS DATOS

92,47%. Es el porcentaje de médicos que consideran no disponer de los recursos necesarios para una buena práctica clínica, según un informe de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

9.500 millones de euros. Es la cantidad que los hospitales españoles deben en medicamentos y tecnología sanitaria. La deuda aumenta en un 10% respecto a 2010, según Farmaindustria. La demora media en el pago es de 410 días, pero en algunas regiones se alcanzan los 600 días.

17,7%. Es el recorte real que sufrirá este año la sanidad catalana de acuerdo con un informe presentado por el Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS). La Generalitat lo cifra en el 10%.

30.000 millones de euros. Es el déficit de las comunidades autónomas, que en este 2011 debería disminuir del 2,8% al 1,3% del PIB.

20%. Es el gasto que María Dolores de Cospedal, presidenta de la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha, promete recortar en su presupuesto general para reducir el déficit.

34.000 personas. Son las que el Gobierno catalán ha dejado este verano sin la Renta Mínima de Inserción.

Me dieron hora urgente... para dentro de dos meses y medio

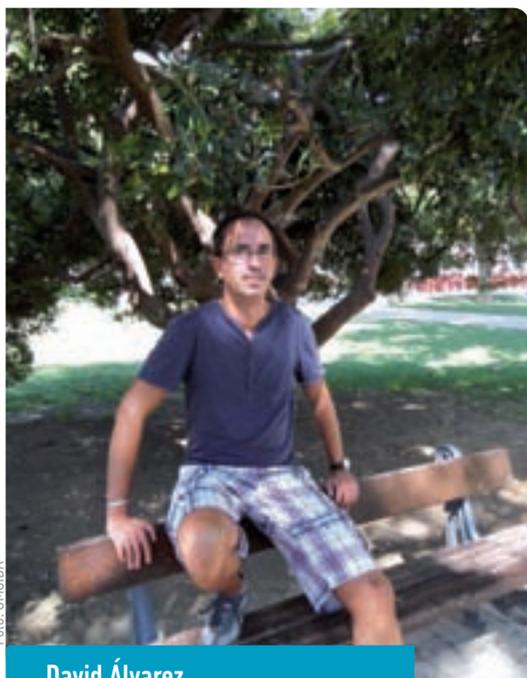


Foto: OMSIDA

David Álvarez
Administrativo. OMSIDA. Zaragoza.

David empezó teniendo problemas de taquicardia a los 10 u 11 años. El pasado mes de julio, los volvió a experimentar. Fue a su médico de cabecera a pedir hora para una consulta de Cardiología y se la dieron urgente... para al cabo de dos meses y medio.

LO+POSITIVO (LMP): ¿No hubo manera de cambiarlo?

David (D): Pedí consulta para el 25 de julio y me la programaron para el 11 de octubre. Lo intenté con los dos hospitales que hay en Zaragoza, pero no hubo alternativa. Igual podría cursar una reclamación en Atención al Paciente. Pero no creo que sirva de nada.

LMP: ¿Y qué te dijo el médico de cabecera?

D: Se mosqueó. Él no puede hacer nada, el ordenador manda. Aunque haya que hacer el 'electro'

cuando te da el ataque. Ahora, solo me queda la posibilidad de que, si me pasa algo, recurra a urgencias.

LMP: ¿No te dio medicación?

D: No pudo. La medicación del VIH es incompatible con la que me dispensarían para el corazón. Tengo que esperar a que me visite el cardiólogo.

LMP: Y unos cuantos meses...

D: ¡Cada vez hay más colas! Este agosto, tenía revisión del aparato digestivo y ya no me han avisado porque debe de estar colapsado el servicio en esta especialidad.

LMP: Y el trato en la unidad de VIH, ¿qué tal es?

D: Es bueno. Lo que no me gusta es que vayan cambiando al especialista. Cada vez tienes que contarle todo al médico que te toca... Y hay algunos que no son tan receptivos.

Los hospitales catalanes recortan el gasto en un 10%

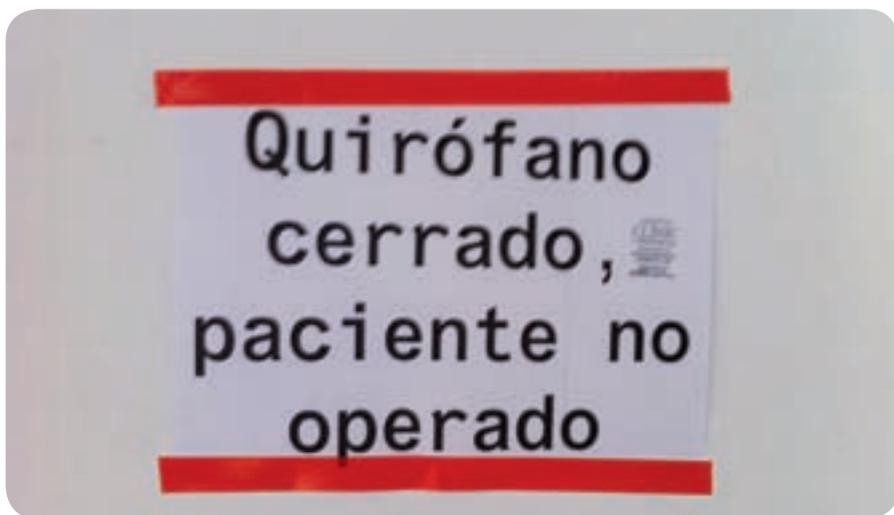
La Generalitat de Catalunya (gobernada por CiU) quiere ahorrar en Sanidad mil millones de euros, el 10% de los recursos con los que contó el pasado ejercicio. Para hacerlo, el Departamento de Salud informó a los centros

de la partida de que disponen para que sean ellos mismos los que apliquen las medidas que consideren más efectivas.

Los principales sindicatos catalanes emitieron un comunicado conjunto en el que denunciaron que estos recortes van encaminados a la privatización de la sanidad, y que esta disminución del presupuesto es "injustificada", porque Cataluña "dista mucho de dedicar a la sanidad el porcentaje que le corresponde por su nivel de desarrollo en relación con la media de la Unión Europea".

Desde la Generalitat se quiere luchar contra todo alarmismo, pero no niegan los ajustes. "Estamos en un momento clave", reconoce Albert Giménez, responsable desde el 1995 del Programa per a la Prevenció i Assistència de la Sida, uno de los pocos que se ha mantenido con las últimas reestructuraciones.

"Que el VIH siga teniendo un programa específico denota la voluntad de que sea prioritario", arguye. "Pero es cierto que hay que optimizar los



recursos para atender las necesidades actuales. Tenemos que aprender a trabajar con recursos limitados sin dejar de hacer frente a las nuevas infecciones”.

Su línea de ayudas se ha rebajado en un 10%, nada que ver con los aumentos de los últimos años. “Intentamos que se note lo menos posible, reduciendo lo mínimo que se pueda en prevención e intervenciones comunitarias. Creemos que la prevención personalizada es la más eficaz. También priorizamos las entidades que trabajan repartidas en el territorio, más allá de Barcelona”.

Los números que más preocupan a las administraciones son siempre los de la factura farmacéutica, con un aumento anual que la Generalitat cifra en un 10%. Según estos mismos datos, el 35% del presupuesto en farmacia de los hospitales catalanes se dedica a antirretrovirales. Con todo, descartan a corto plazo dispensar los combos por separado.

Sí quieren revisar de una manera global la atención médica a personas con VIH. “En Cataluña, tenemos entre 600 y 700 nuevas infecciones anuales y esto está saturando los hospitales. Queremos hablarlo con clínicos y entidades, pero igual tenemos que contar con el apoyo de profesionales de la atención primaria o utilizar nuevas tecnologías, como la atención telemática. El modelo que tenemos es reflejo de una época muy concreta de la epidemia”.

En Madrid, un médico por cada 1.000 pacientes

Uno de los casos más difíciles de justificar es la situación en la que se encuentra la Unidad de VIH del Hospital Doce de Octubre de Madrid, con más de 20 años de trayectoria. Solo dos doctores son los responsables de atender a unas 2.000 personas con VIH.

“Es el hospital de España con una tasa de pacientes por médico más elevada”, confirma el doctor Federico Pulido. “Las recomendaciones de calidad indican que un facultativo no debería atender a más de 300 pacientes, pero la dirección del centro hospitalario siempre se ha negado a dotarnos de más personal. Tenemos especialistas en condición de becarios. Asimismo, aprovechan estudios y ensayos clínicos para ahorrar. Aquí ya no se puede recortar nada más”.



Personas de toda España han salido a la calle los últimos meses para defender una sanidad pública de calidad.

Fotos: reportaje y portada: Marc Serena

La secretaria de la Unidad se ha jubilado recientemente y no ha sido sustituida. “Ahora, está compartida con otro servicio. En eso también hemos perdido. Lo mismo nos pasa con las enfermeras. Las bajas no se cubren, no podemos ni ofrecer atención telefónica. Y tampoco extracciones urgentes; tenemos que derivar a los pacientes”.

Pulido es pesimista. “Intentamos que no repercuta en el usuario o usuaria, pero trabajamos con recursos mínimos. La asistencia se deteriora y la previsión es que vaya a peor: quieren desplazar la Unidad a otro edificio. No será específico para el VIH y dispondremos de menos espacio. Perderemos el archivo del historial clínico. El sistema debería estar informatizado, pero de momento no es el caso. Hay pacientes que tendrán que volver otro día”.

La razón de tantas limitaciones es clara: “Se trata de decisiones políticas. Aquí se ha decidido que los trasplantes y la oncología son la prioridad. Y el VIH no, cae mal”. Por suerte, esto no pasa en todos los hospitales de Madrid, y hay alguno, como el Hospital Universitario La Paz, donde sí se ha apostado para poder atender mejor a las personas con VIH.

Detrás de todo esto se puede adivinar la intención de la Comunidad de Madrid (gobernada por el PP) de trasladar a los pacientes de las unidades especializadas a las no especializadas, con el argumento de que así los médicos estarán más cerca del usuario.

Sea por una razón u otra, los revisiones las están haciendo cada 7 meses. “La agenda no da para más”, suspira

Pulido. “Nuestro sistema no se lo recomiendo a nadie. Implica que los médicos estén ‘muy entregados a la causa’ y que, al mínimo problema, ya no se pueda garantizar la atención necesaria”.

El doctor Pulido cree que alargar las visitas no es sinónimo de ahorro. “La consulta médica como tal supone poco gasto. Lo más costoso es la medicación y las analíticas. Con un buen seguimiento y un tratamiento antirretroviral adecuado, muy raramente se va a precisar un ingreso hospitalario”.

Su hospital es, además, el único de la Comunidad de Madrid donde han retirado algunos combos. “Según qué paciente y qué circunstancias, puede no ser muy importante, pero es una vuelta atrás. Se abre así una vía que interfiere que el médico pueda prescribir con libertad de acuerdo con el paciente. Además, es posible que el impacto crezca conforme vayan apareciendo nuevos genéricos”.

¿Los combos en peligro?

La simplificación de la medicación antirretroviral, a través de pautas más sencillas y fáciles de tomar, ha supuesto uno de los avances más importantes en el tratamiento de la infección por VIH y en la mejora de la calidad de vida de las y los pacientes. Las principales sociedades científicas y organismos oficiales recomiendan tratarse, siempre que sea posible, con combinaciones de antirretrovirales coformuladas.



Hay unanimidad:
¡No a los recortes en sanidad!

“Si se imponen medidas como ‘romper combos’ o utilizar fármacos del siglo pasado, será pan para hoy y hambre para mañana”, afirma con seguridad la doctora Piedad Arazo, jefa del Servicio de Infecciosos del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. “Habrà más efectos adversos, más abandonos de tratamiento, menor eficacia, más resistencias... Esto significa más ingresos hospitalarios y más gasto, aunque sea de otra ‘cajita’”.

Lo mismo advierte el doctor Federico Pulido, del Hospital Doce de Octubre de Madrid. “Ahorrar limitando las opciones terapéuticas no será bueno. Hay que tener en cuenta a cada paciente. Existen personas al límite de la tolerancia que, tomando una sola pastilla, ya hacían un gran esfuerzo”.

Como cada centro sanitario dispone de autonomía para cuadrar sus propias cuentas, el Hospital Vall d’Hebron de Barcelona decidió, hace unos meses y sin ningún consenso, dispensar por separado los componentes de los combos.

La denuncia pública que inmediatamente hicieron las ONG antisida catalanas sirvió para que dicho centro hospitalario reconsiderara su decisión y negociara unas mejores condiciones con las compañías farmacéuticas, en lugar de perjudicar a los pacientes.

La posibilidad de negociar

El aumento de fármacos —ahora son 25— y la competencia que ejercen unas compañías con las otras permite que exista la posibilidad de evaluar el coste de cada tratamiento y, si es el caso, negociar con los laboratorios.

En la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) creen que la mejor manera de ahorrar es potenciando la adhesión al tratamiento, evitando siempre tener que recurrir a las terapias de

« Si se imponen medidas como ‘romper combos’ o utilizar fármacos del siglo pasado, será pan para hoy y hambre para mañana. »

Piedad Arazo
Hospital Miguel Servet

rescate. También defienden las ventajas de los combos, pero consideran que su precio debería ajustarse.

“Lo importante es que las farmacéuticas tengan claro que no deben dejar de invertir en investigación, que a su vez es una vía para obtener futuros beneficios. La reducción de los precios difícilmente será de tal magnitud que no les compense investigar”, explican Maite Martín y Aitziber Illaro, coordinadoras del grupo de VIH de la SEFH. Creen que la entrada de genéricos puede ayudar a rebajar los precios. “Cuentan con las mismas garantías de eficacia y seguridad que la marca original”, indican.

El caos de la renta mínima en Cataluña

El Programa Interdepartamental de la Renta Mínima de Inserción (conocido como PIRMI) se creó en 1997 como una prestación dirigida a las personas con más problemas económicos, para que pudieran sobrevivir y facilitar su reinserción social y laboral. Con la crisis, se ha convertido en el refugio de muchas personas que han agotado su prestación de paro.

Una revisión en pleno mes de agosto de todos los casos y diversos errores burocráticos dejaron a muchas personas sin esta ayuda de supervivencia. La Generalitat también ha aprovechado la situación para crear un nuevo decreto que endurece las condiciones para obtener la ayuda, que solo podrán recibir quienes tengan “una dificultad social añadida”.

Esta no es manera de tratar a las personas

Pau hace años que no vive en Brasil. Abandonó su Saõ Paulo natal en 1999 y, desde entonces, ya no ha vuelto. Viajó a Europa ansiando una libertad que no encontraba en su país. En 2005 se estableció en Barcelona, donde regularizó su situación y no le faltó trabajo. Hasta que la crisis llegó y las dificultades fueron creciendo. Con la ayuda de la renta mínima de inserción (RMI) pensó que lo superaría. Hasta que este agosto dejó de cobrarla por sorpresa. Está a punto de cumplir 43 años y vive el momento más

duro de su vida. Prefiere no salir en la foto por miedo a que le resulte más difícil encontrar un trabajo.

LO+POSITIVO (LMP): ¿Qué significa para ti quedarte sin RMI?

Pau (P): Está siendo una situación muy dura. Empecé a cobrar la RMI en 2009 y me servía para poder pagarme la habitación, estar al día y no deber nada a nadie. Sin estos 450 euros, lo estoy pasando mal. Suerte tengo de la ayuda que recibo del ACASC (Asociación Ciudadana Anti-Sida de



Pau

43 años. Camarero. Barcelona.

Cataluña), porque me he encontrado solo. Incluso mi madre tuvo que mandarme 60 euros desde Brasil. Además, otros problemas han ido apareciendo.

LMP: ¿A qué te refieres?

P: Bebo agua del grifo y me alimento de la comida que tengo almacenada desde hace tiempo. Padezco diarreas y me estoy adelgazando. Tengo una hernia y sufro deposiciones con sangre. Estoy muy tenso y noto más mi sinusitis. Hay chinches en mi cama... Parece que cuando te pasa una cosa mala, te viene todo a la vez. Y que la gente lo note y se aleje de ti. Estoy solo y desesperado.

LMP: ¿Cuándo cobrarás la paga?

P: Pues no lo sé. Hace más de un mes que debería haberla cobrado, pero de momento estoy a cero en el banco. Como mucha otra gente. Soy consciente de que, en los últimos meses, había ido cambiando de domicilio, pero siempre iba informando de ello a la Administración. Lo que pasa es que hubo algún error porque no tenían la dirección correcta. Y mi asistente social estaba de vacaciones. He perdido hora y no me puede atender hasta de aquí varias semanas. Espero que no me quiten la paga.

LMP: ¿Trabajas?

P: Hasta el 2009, sí. En mi empresa empezaron a hacerme contratos

temporales. Hasta que me quedé sin trabajo. Con la RMI conseguí estabilizar mi situación y, hace unos meses, conseguí encontrar trabajo en una empresa de restauración. Estoy muy a gusto allí, pero solamente me contratan por algunos días.

LMP: ¿Has hecho algún curso?

P: He realizado todos los cursillos que he podido. Cumpló todos los requisitos del PIRMI, pero el otro día me hicieron otra entrevista para comprobarlo. Y perdí los 60 euros que me hubieran pagado en la empresa de restauración si hubiera podido ir a trabajar. Ahora no puedo ni buscar trabajo con el ordenador, porque tuve que vendermelo para poder seguir adelante.

LMP: ¿Qué es lo que más te preocupa?

P: Muchas cosas, pero también que en la actualidad los inmigrantes estamos en el ojo del huracán. Soy moreno de piel y la gente, al verme, sujeta más fuerte su bolso pensando que les robaré. Parece que todo sea culpa nuestra, que nos aprovechemos del sistema. ¡Pero si hay muchos españoles que cobran la RMI mientras trabajan en negro! Yo, en cambio, lo cotizo todo.

LMP: Pero debe ser poco...

P: Si me paso de los 400 euros, entonces no cobro la RMI entera. Pero esto me parece bien, porque yo

lo que tengo son ganas de trabajar. El problema es que ahora no sé hacia dónde tirar, porque no sé con qué puedo contar. Creo que esta no es manera de tratar a las personas.

LMP: ¿Y qué papel ha tenido en toda esta situación el VIH?

P: Cuando empecé con la medicación, experimenté unos efectos secundarios muy fuertes. Me daba la sensación como de tener una borrachera, con náuseas, etc. Me ha ido pasando, pero veo que si no me alimento bien y tengo algún problema, me debilito. Además, se busca gente joven y el aspecto físico es vital. Me faltan los dientes de detrás [posteriores] y se me ve chupado de cara. Al mínimo problema de salud, se me nota en la cara.

LMP: ¿El VIH te produce fatiga o decaimiento?

P: Se dice que ya no nos morimos por el VIH. Pero no es verdad. La gente sí se muere de eso, lo que pasa es que la muerte se aplaza. Pese a que intentes llevar una vida normal, el bicho se te cuela por algún lado y te va debilitando. No sé si podría trabajar a jornada completa. Con un día de trabajo, ya me encuentro muy cansado. Aunque igual también es la falta de costumbre.

LMP: ¿Has pensado en volver a Brasil?

P: Mira, vine aquí por primera vez en 1989, cuando tenía 22 años. Era un crío, pero vi la diferencia: Brasil es un país muy machista y homófobo. Cuando empezó la epidemia de VIH fue terrible. Nos achacaron todas las culpas a los hombres gais. Sufríamos muchísimo. Teníamos que correr, a menudo, para que no nos apedrearán o mataran. Tengo amigos que se quedaron sin todos los dientes de la boca. Un tío te podía mirar, pero no podía ser al revés.

LMP: ¿Y en España encontraste la libertad?

P: Estuve en Europa; en Barcelona y en Sitges. Había tolerancia. No tenía que salir corriendo, no me pegaban. En Brasil también me lo pasaba bien, aunque tenías que entrar en el juego de la doble moral. Pero es un país donde no quería vivir porque ahora he conocido la tolerancia. Sé que la situación ha cambiado y que ahora los hombres gais ya se pueden casar, pero la ley aún no castiga la homofobia.

Duro tijeretazo a las asociaciones antisida en Galicia

El Gobierno gallego recortará en más de un 40% sus presupuestos destinados a subvencionar las asociaciones. La Xunta (gobernada por el PP) se escuda en la situación de crisis para pasar de 255.000 a 149.000 euros de presupuesto. Subraya que la incidencia de

casos en Galicia "sigue en disminución continua desde 1996", y presume de los "datos positivos" que demuestran "el trabajo que se está realizando en las diferentes políticas sanitarias". La medida ha sido criticada por los principales partidos de la oposición.

Según el BNG, el principal problema es la discrecionalidad de los recortes y las contradicciones del Gobierno gallego. "Es difícil de entender que la propia Consellería diga en la convocatoria de ayudas que la infección por VIH y el sida continúan siendo uno de los principales

problemas de salud pública que padece nuestra sociedad y que luego recorte de una forma tan importante las ayudas", denunciaron en un comunicado.

El PSOE se comprometió a exigir al Gobierno gallego que cese "su política de recortes a los programas y a las entidades sociales de la ciudad".

Para el portavoz de IU en A Coruña, César Santiso, "con estos recortes, la Xunta logrará que la cantidad de personas con VIH aumente, con el coste humano y económico que eso supone. Esto no es austeridad, es sacrificar vidas

Perdí la ayuda y la habitación donde vivía

Helios no deja de mirar una y otra vez el *post-it* amarillo que tiene en sus manos. Es donde tiene apuntado el teléfono de su asistenta social. Hace días que la está llamando para saber cuándo le llegará su paga. Son 350 euros que cobra desde el mes pasado y que pensaba que serían su alivio. Hasta que descubrió, en pleno agosto, que la prestación no le llegaba. Se quedó sin la habitación que había alquilado en el centro de Barcelona y por la que debía pagar a principios de cada mes el alquiler. A los 55 años, se encuentra durmiendo por primera vez en los cajeros. Agradece el apoyo de ACASC, la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña, donde va a desayunar cada mañana.

LO+POSITIVO (LMP): ¿Por qué no recibiste la paga?

Helios (H): Resulta que en mi ficha no consta ningún domicilio y el dinero se lo enviaron a la asistenta social. Ella estaba de vacaciones porque nadie la avisó. Fue todo por sorpresa.

LMP: ¿Para cuántos meses la ibas a recibir?

H: Me la daban para 6 meses. Creo que antes era para un año, supongo que van recortando ya por aquí. Entendía que lo ingresaban en la cuenta corriente del 1 al 5 de cada mes. Pero no fue así. Perdí la ayuda y la habitación donde vivía, que es a lo que destinaba gran parte del dinero.

LMP: ¿No encuentras trabajo?

H: ¿De qué? ¡Si la situación está muy mal! Estudié hasta tercero de Sociología y tercero de Historia. Pero no hay trabajo ni para la gente más joven que quiere hacer de camarero... ¡Cómo me cogerán a mí! Hasta el año pasado, trabajaba con una amiga que era mi socia, pero se acabó el negocio y la amistad. De vez en cuando hago de tarotista, pero sin domicilio fijo, no es posible. Si lo hiciera en la calle, vendría la policía y me lo impediría.

LMP: ¿No hay nadie que te pueda ayudar?

H: Mira, me casé hace tres años con mi novio. Trabajábamos juntos y ganábamos un buen sueldo. Manteníamos una relación desde hacía 10 años, teníamos un buen nivel de vida y nos íbamos de vacaciones. Hasta que un día él desapareció y me dejó tirado. Se terminó el trabajo y la relación.

LMP: ¿Y la casa donde vivíais?

H: La perdí, ya no la podía pagar más. Así que me trasladé de la ciudad donde estábamos a Barcelona. Aquí alquilé una habitación.

LMP: Y la familia, ¿no te puede apoyar?

H: Hace un año, descubrí que tenía VIH. Para mí no fue ninguna sorpresa, porque mi pareja era seropositiva desde hacía 10 años. Siempre lo había sabido y aceptaba convivir con el riesgo sin ningún problema. Yo voy al médico y, de momento, no me tengo que medicar, o sea que no hay problema. Lo que



Helios

55 años. Sin techo. Barcelona.

pasa es que mi familia no quiere que me vaya a vivir con ellos. Y tampoco me ofrecen ninguna otra alternativa. Cuando supe que podía cobrar la pensión, pensé que me serviría para salir de esta situación. Pero no.

LMP: ¿Qué es lo más difícil?

H: Ahora es verano y no es tan problemático dormir en la calle como cuando llueve o hace frío. Pero si me ofrecen comida, no puedo aprovecharla porque no tengo donde cocinarla. En una situación como la mía, hay que tener la cabeza muy en su sitio para no perderse. Es un desgaste mental increíble.

humanas para engordar los bolsillos de las compañías farmacéuticas”.

Hay previstas varias manifestaciones de denuncia. La primera ya se hizo el pasado 22 agosto delante del Ayuntamiento de Ferrol, organizada por la asociación Pro Solidaridade (pionera en implantar en Galicia la prueba rápida y gratuita de detección del VIH) con el apoyo del Colectivo Moucho y la Federación Estatal de Asociaciones de Personas Afectadas por las Drogas y el VIH (Faudas), además de representantes del PSOE, BNG e IU.



Foto: Colectivo Moucho

El Comité Anti-sida de Ferrol convocó, el pasado 22 de agosto, a las asociaciones y comités de Galicia a una manifestación contra los recortes de la Xunta de Galicia.

No esperábamos que nos eliminaran la subvención

Hay distintas entidades gallegas que este año se han quedado sin subvención de la Xunta. Es el caso de Equus Zebra, Antonio Noche o Viraventos. Otro caso elocuente es el del Colectivo Moucho, que ha pasado de recibir 6.428 euros en 2010 a “cero euros” este año. Trabajan en la prevención de drogas y apoyando a los colectivos más marginados. Su presidenta es Ana María Naya Touriño.



Foto: Colectivo Moucho

Ana Naya
Presidenta del Colectivo Moucho.

LMP: ¿Os lo esperabais?

Ana Naya (AN): ¿Sinceramente? No. Llevamos 12 años y esta era la única fuente de ingresos. Funcionamos a partir del voluntariado, que nos dedica unas horas. Nosotros empezamos con un programa de intercambio de jeringuillas pionero, en el barrio de chabolas de A Coruña de Penamoia.

LMP: ¿Y seguiréis atendiendo en el local?

AN: Supongo que sí, pero tenemos que ver qué cambiamos. Allí recibíamos a gente, ofrecíamos talleres... Hace poco, compramos un parchís y algunos juegos para tener entretenidos a los usuarios que venían a tomar un café. Antes, atendíamos a unas cuarenta personas y es verdad que el número descendió. Pero ahora seguía habiendo más o menos la mitad.

LMP: ¿De qué depende que podáis seguir?

AN: Yo fui la primera en enterarme y, al principio, pensé que esto se acabó. Pero llevamos tantos años luchando... que no podemos dejarnos vencer. Vamos a reunirnos y a decidir los próximos pasos. Hemos notado mucho apoyo. ¡Y funcionábamos con poco más de 6.000 euros! Para pagar el teléfono, la conexión a internet, los desplazamientos, etc. Yo vivo de mi pensión, la gente trabaja y tiene niños... Lo que no podemos, además, es sufragar los gastos de la asociación.

Un 10% de recortes en la ayuda a los países más pobres

La ayuda destinada a la lucha contra el VIH en los países pobres y emergentes descendió un 10% el año pasado. Así lo constata un informe elaborado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la fundación norteamericana Kaiser Family. Según sus cálculos, en 2010 los principales países donantes destinaron 4.792 millones de euros, 514 millones de euros menos que en 2009.

El descenso fue atribuido a la reducción de la ayuda al desarrollo, la fluctuación de las divisas y la ralentización de la tasa de los desembolsos realizados por EE UU (el principal donante, con un 54% del total). Le siguen el Reino Unido (13%) y Francia (5,8%). España (1,5%) se sitúa en el undécimo puesto junto a Australia.

“Esta es una inversión inteligente, incluso en el entorno económico actual. Hay que mirar más allá de los costes a corto plazo y ser conscientes de los beneficios a largo plazo”, destacó en un comunicado Michael Sidibé, director ejecutivo del Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/Sida (ONUSIDA).

La ONU considera que para alcanzar las metas fijadas para el año 2015 en materia de lucha contra el VIH/sida será necesaria una inversión adicional de 15.300 millones de euros. Si no se realizara, podrían producirse unos 12 millones de nuevos casos y más de 7 millones de muertes.

Sala de espera

VIVVO!

Presente Positivo





Fotos de Joan Crisol con la colaboración de Veronica Forqué, Mónica Naranjo, Pepón Nieto, Soraya y Víctor Ullate Roche.



VIHvO! es un grito colectivo a la vida, una serie de propuestas artísticas dirigidas a erradicar la lacra del estigma asociado a la infección por el VIH. Una ventana abierta al mundo donde se hacen visibles sentimientos y vivencias de las personas seropositivas poniendo fin a su ostracismo. Porque la vida merece ser vivida, porque la vida no retrocede ¿lo harás tú?

www.vihvo.com



Reducir el riesgo cardiovascular

La infección por VIH y su tratamiento aumentan el riesgo de padecer problemas cardiovasculares. Aunque a veces es posible modificar la combinación de antirretrovirales o tomar fármacos para reducir los lípidos en sangre (colesterol y triglicéridos), atajar los llamados 'factores de riesgo clásicos' constituye una buena manera de minimizar la posibilidad de sufrir este tipo de afecciones.



Alimentos saludables

Existen multitud de estudios que han investigado el efecto de los distintos alimentos sobre el riesgo cardiovascular. Partiendo de estos ensayos, se han establecido una serie de pautas básicas a seguir para el cuidado de nuestro corazón.

El control de la ingestión de los lípidos es uno de los puntos más importantes en el seguimiento dietético de los factores de riesgo cardiovascular. La idea clave es disminuir el consumo de colesterol y grasas saturadas e incrementar el de grasas de tipo insaturado.

Los alimentos que deben consumirse con moderación, porque contienen un alto nivel de grasas saturadas y colesterol, son, a grandes rasgos, las carnes más ricas en grasa —panceta, hamburguesas de ternera o cerdo, embutidos— y la manteca, los lácteos no desnatados con grasa abundante —quesos curados y mantequilla—, algunos tipos de margarina —las no dietéticas— y los huevos.

Entre los alimentos cardiosaludables por el hecho de poseer grasas insaturadas, destacan: el pescado azul —sardinas, boquerones o salmón, entre otros— y los aceites vegetales, especialmente aquellos no refinados, como el aceite de oliva virgen, que, aparte de incluir grasas insaturadas, contiene vitamina E, que reduce la inflamación asociada al progresivo taponamiento de las arterias.

Este último aspecto descrito —los beneficios del aceite de oliva virgen— introduce el otro gran tema de interés en el control dietético de los problemas cardiovasculares: Las vitaminas y otros componentes de los vegetales, todos ellos de naturaleza antioxidante, reducen la inflamación y neutralizan algunos radicales libres implicados en el progresivo taponamiento de los vasos sanguíneos que puede desencadenar dichas complicaciones. Este tipo de moléculas, además de ser beneficiosas para la salud cardiovascular, también reducen la acumulación de agresiones oxidantes que acaban desempeñando un papel muy importante en el envejecimiento y, por tanto, en la capacidad del cuerpo para autorregenerarse.

Entre las vitaminas típicamente antioxidantes, cabe mencionar la vitamina A —o sus variantes vegetales, los betacarotenos, presentes en zanahorias, tomates y muchos vegetales—, la vitamina E —ya descrita anteriormente— y la vitamina C —abundante en cítricos y en muchos otros vegetales—.

La vitamina B3 (niacina), por su parte, ha mostrado importantes beneficios para el sistema cardiovascular, aunque en este caso su actividad no se

debe a un efecto antioxidante sino a que posee cierta capacidad para disminuir los niveles de colesterol. Esta vitamina se encuentra en verduras de color verde, cereales, carnes, lácteos y huevos.

Por último, hay que destacar el papel de los minerales presentes en nuestra dieta con efectos sobre la salud cardiovascular. Uno de los más conocidos es el sodio, que se encuentra en la sal común y en los potenciadores de sabor, muy utilizados en la elaboración de alimentos precocinados. Este elemento químico aumenta la presión arterial, por lo que cocinar con menos sal y consumir más productos frescos sería una gran medida para reducir el riesgo cardiovascular.

El potasio, en cambio, tiene un efecto opuesto al del sodio: ayuda a compensar una presión arterial elevada. Alimentos ricos en este mineral son los tomates, las nueces, las legumbres y las frutas en general, sobre todo los plátanos.

El cinc es un mineral menos conocido respecto a su efecto sobre el sistema cardiovascular. No obstante, en los últimos tiempos, algunos estudios señalan que una alimentación que incluya un buen aporte de este mineral es capaz de disminuir el riesgo de padecer infartos de miocardio. Entre los alimentos con un elevado contenido en cinc se incluyen: las ostras, las carnes rojas, las aves, algunos pescados, los mariscos, las habas y las nueces.

Alcohol y tabaco

Aunque es bien sabido, hay que recordar que el alcohol tomado en grandes cantidades y el tabaco perjudican la salud cardiovascular.

El consumo de bebidas alcohólicas incrementa la presión arterial, por lo que es conveniente tomarlas con moderación. En el caso del vino, sin embargo, tomarlo en pequeñas cantidades es beneficioso para el corazón. Los científicos han hallado que este efecto se debe a una sustancia —el resveratrol— que es muy beneficiosa frente al riesgo cardiovascular. Así, el vino —especialmente el tinto— sería la excepción dentro de las bebidas alcohólicas, si bien su efecto beneficioso solo se asocia con el consumo moderado, ya que en exceso es tan negativo como cualquier otra bebida que contenga alcohol.

El tabaco actúa de manera negativa sobre nuestro sistema cardiovascular por dos vías: el efecto de la nicotina y la inhalación de sustancias oxidadas. La nicotina, al igual que la cafeína, acelera el corazón e incrementa la presión arterial. Las sustancias oxidadas presentes en el humo del tabaco, aparte de su efecto cancerígeno, colaboran en la formación de placas que pueden taponar los vasos sanguíneos.

Tanto el consumo de alcohol como el de tabaco están relacionados con aumentos de los triglicéridos.

Diabetes y obesidad

La diabetes y la obesidad son dos claros ejemplos de enfermedades que requieren un adecuado control médico que permita minimizar el riesgo cardiovascular que conllevan.

El correcto control de la glucemia en diabéticos disminuirá el riesgo cardiovascular producido por la acumulación de glucosa en la sangre, que puede facilitar el taponamiento de los vasos sanguíneos.

El exceso de peso derivado de la obesidad supone una sobrecarga para el corazón, que debe realizar un sobre-esfuerzo incluso en actividades rutinarias que, en personas no obesas, no suponen ningún problema. El control del peso, en la medida de lo posible, ayudará a reducir esa sobrecarga que podría dañar el corazón y desencadenar una enfermedad cardiovascular.

Ejercicio físico

Para proteger el sistema cardiovascular, el tipo de ejercicio más adecuado es el que se conoce como “aeróbico”, es decir, un ejercicio de resistencia que incrementa nuestra respiración y los latidos de nuestro corazón. De este modo, se activa nuestro sistema circulatorio y respiratorio y, con el tiempo y la adaptación progresiva al ejercicio, el cuerpo aumenta su capacidad de bombear sangre y captar oxígeno del aire. Este hecho es muy beneficioso para nuestro sistema cardiovascular, que se fortalece. Por otro lado, este tipo de actividad física también consume mucha energía, hasta el punto de movilizar lípidos para su obtención. Así, se reducen los niveles de grasas en sangre, lo que constituye la segunda vía por la cual el ejercicio físico es beneficioso para disminuir el riesgo de sufrir afecciones de tipo cardiovascular.

Un mínimo de veinte minutos de ejercicio aeróbico, tres o cuatro veces por semana, pueden ser suficientes para mantener una buena condición física y reducir notablemente el riesgo de padecer problemas cardiovasculares.

El programa de ejercicio cardiovascular debería iniciarse con unos 5-10 minutos de precalentamiento, con ejercicios suaves que incrementen de forma progresiva el número de latidos por minuto de nuestro corazón y lo preparen para la actividad física a realizar.

Los ejercicios a practicar pueden ser muy variados y adaptarse a la condición

« Un mínimo de veinte minutos de ejercicio aeróbico, tres o cuatro veces por semana, pueden ser suficientes para reducir notablemente el riesgo cardiovascular. »

física de cada persona. Correr, nadar o ir en bicicleta serían algunos de los ejercicios de alta intensidad. Caminar sería la actividad física adecuada para aquellas personas de edad más avanzada o con una condición física limitada. Cabe tener en cuenta que determinadas actividades de nuestra vida diaria, como algunos trabajos de elevado impacto físico o tareas en el hogar, tienen cierto componente de ejercicio aeróbico, proporcionan beneficios cardiovasculares y deberían considerarse al evaluar la actividad física de una persona.

Un beneficio secundario del ejercicio físico es la secreción de endorfinas una vez terminada la sesión. Estas sustancias son los “antidepresivos” que nuestro cuerpo produce para compensar un esfuerzo, con un interesante efecto opuesto al estrés. En muchos estudios se ha relacionado el estrés con un mayor riesgo de padecer enfermedades de tipo cardiovascular, por lo que la liberación de endorfinas tras el ejercicio aeróbico reduciría dicho riesgo por una vía diferente a la antes comentada.

Si piensas iniciarte en alguna actividad aeróbica intensa, podría ser interesante hacerse un chequeo previo que compruebe que el cuerpo será capaz de tolerar dicho ejercicio, puesto que sobrecargar el organismo podría producir efectos opuestos a los deseados sobre nuestro sistema cardiovascular.

Referencias:

- www.fundaciondelcorazon.com
- www.botanical-online.com
- www.catie.ca
- www.texasheartinstitute.org

Superar los malos momentos

Vivir con VIH puede provocar situaciones de un elevado estrés emocional, especialmente en determinadas circunstancias, como el día que se recibe el diagnóstico de la infección. Nuestro estado de ánimo puede verse afectado, lo que comporta toda una serie de sentimientos negativos que pueden traducirse en un decaimiento generalizado. Aunque en los casos graves puede ser necesario y muy beneficioso el apoyo de un psicólogo u otro profesional sanitario, es importante tener unos conocimientos que nos permitan encaminarnos en la dirección correcta por nosotros mismos.



Aspectos psicológicos

En las situaciones adversas, nuestros pensamientos pueden volverse muy negativos, por lo que el primer paso consiste en buscar una actitud positiva, tratando de profundizar en el origen de los malos pensamientos para simplificar las preocupaciones, ya que no debemos permitir que una única causa nos haga verlo todo negro.

Explicar nuestra situación a una persona de confianza puede ser de gran ayuda, puesto que la visión externa del problema nos hará tener una perspectiva más amplia y nos facilitará indagar en las causas de nuestro decaimiento.

Para poder sobreponernos a un mal momento, pueden ser beneficiosas cosas tan sencillas como planificar actividades placenteras —esos pequeños premios del día a día que, aunque sencillos, pueden tener un impacto muy positivo en nuestro estado de ánimo— o cuidar nuestra imagen más de lo

normal —siendo un poco “coquetos”, mejoraremos la autoestima—. Dado que un ritmo de vida regular favorece el funcionamiento de nuestro organismo —somos “animales” de costumbres—, mantener horarios uniformes en nuestra vida cotidiana también nos ayudará a remar en la dirección correcta.

Ejercicio físico

Muchos estudios han demostrado que la realización de ejercicio físico proporciona grandes beneficios en la esfera emocional, llegando a superar incluso a los generados mediante técnicas de relajación. En primer lugar, la actividad física tonifica nuestro cuerpo y mejora nuestra figura, lo que iría en la línea apuntada en el apartado anterior relativa a cuidar nuestra imagen. Otro aspecto interesante del ejercicio físico es que incrementa nuestra capacidad para efectuar actividades, lo cual mejora nuestra autoestima y, por lo

tanto, nuestro estado de ánimo. Desde un punto de vista más de tipo químico, la práctica de ejercicio desencadena la producción de multitud de sustancias en nuestro cerebro, entre las cuales destacan las endorfinas y la serotonina, una especie de antidepresivos naturales.

El simple hecho de centrarse mental y físicamente en una actividad rítmica alivia la ansiedad que suele relacionarse con momentos de “bajón” emocional, ya que, por un lado, reduce la tensión de los músculos que, con tanta frecuencia, se asocia a la ansiedad, y, por otro, disminuye la sensación de pulso acelerado, puesto que, al estar haciendo ejercicio, nuestro organismo interpreta como normal que el corazón lata deprisa. Además, la repetición cíclica de un ejercicio provoca que el cuerpo se vaya adaptando y mejore su rendimiento. Dicha mejora es percibida por la persona que lo está realizando y la anima.

La activación del metabolismo derivada de la práctica de ejercicio físico conlleva la percepción de hallarnos llenos de energía, algo fundamental en momentos de decaimiento, en los que es fácil experimentar cierta falta de energía.

El sueño y el apetito suelen verse afectados por los problemas emocionales; por este motivo, el ejercicio, al fatigar físicamente nuestro cuerpo y consumir energía, incrementará el hambre y las ganas de dormir, facilitando la compensación.

Puede ser interesante potenciar la socialización por medio del ejercicio, por ejemplo, saliendo a caminar y a correr con amigos o inscribiéndose en un gimnasio o club deportivo, ya que conocer gente nueva siempre puede ser de ayuda en nuestro proceso para superar los malos momentos.



El tipo de ejercicio indicado para mejorar el estado de ánimo depende de cada persona, puesto que lo más importante es sentirse cómodo con él. Cabe tener en cuenta que puede ser muy difícil comenzar, dado que, como se comentó anteriormente, el desánimo genera sensación de falta de energía. Por ello, realizar un ejercicio que nos guste o nos resulte sencillo favorecerá superar este “muro” inicial.

Estudios que han comparado los efectos emocionales de ejercicios aeróbicos, tales como caminar y correr, con los de otros anaeróbicos —como por ejemplo, levantar pesas— han concluido que ambos tipos de ejercicio proporcionan beneficios similares, reforzando lo señalado en el párrafo anterior.

Alimentación

La influencia de los alimentos sobre el estado de ánimo, como en la mayoría de procesos de nuestro organismo, es clave; de hecho, la frase “Somos lo que comemos” se repite con asiduidad y tiene especial sentido cuando hablamos del estado de ánimo.

En primer lugar, tal y como se describió unas líneas más arriba, es muy beneficioso mantener unos horarios estables en nuestras comidas, ya que nuestro organismo, por su naturaleza adaptativa, se preparará cuando se acerque la hora de cada comida y aprovechará los nutrientes con una

eficiencia superior a la que mostraría en caso de horarios irregulares.

Desde el punto de vista nutricional, es básico tener presentes algunas consideraciones. En primer lugar —y volviendo a la serotonina, ese “antidepresivo natural”—, son especialmente beneficiosos para nuestro estado de ánimo los alimentos ricos en triptófano, un aminoácido que nuestro organismo utiliza para la síntesis de la serotonina. En este grupo de alimentos se encuentran los huevos, lácteos, pescados, carnes, legumbres y algunas frutas como el plátano y la piña. Como norma general, dado que el triptófano es un aminoácido y esta sustancia química constituye el componente básico de las proteínas, cualquier alimento rico en estas últimas será susceptible de contener dicho aminoácido, tan beneficioso para mejorar nuestro estado de ánimo.

Capítulo aparte merece el cacao, ya que, además de contener triptófano, posee teobromina —una sustancia psicoactiva excitante capaz de contrarrestar los efectos del decaimiento— y es rico en magnesio, un mineral de especial importancia para el cerebro. Otros alimentos que contienen magnesio son los frutos secos —sobre todo, almendras, avellanas, nueces y pistachos— y las verduras de hoja verde, como las espinacas, las acelgas o la lechuga, entre muchas otras —puesto que el magnesio es el átomo esencial en la molécula

de la clorofila, que tiñe de verde los vegetales—. Determinadas aguas minerales también aportan grandes cantidades de este elemento químico.

El hierro, por su parte, mejora el estado de ánimo, ya que favorece la concentración, la memoria y el rendimiento en general. Contienen cantidades importantes de hierro la carne roja, las vísceras —especialmente el hígado—, los pescados y alimentos de origen vegetal tales como los frutos secos o las legumbres, aunque en estos casos el hierro es menos asimilable que en los alimentos de origen animal.

Por último, gracias a su especial actividad sobre el sistema nervioso, son fundamentales las vitaminas del grupo B —sobre todo la B1, la B6 y la B12—. Su consumo reduce la irritabilidad, el nerviosismo y la fatiga, por lo que son básicas para levantar el ánimo. Aportan cantidades sustanciosas de estas vitaminas la soja, el germen de trigo, los frutos secos, las legumbres, la carne, el pescado (sobre todo el azul), los quesos curados y los huevos.

Terapias herbales

Existen una serie de plantas que pueden ser de ayuda en casos de decaimiento, ya sea por contener moléculas estimulantes —que nos activarán dada la necesidad de energía— o relajantes —que reducirán la ansiedad—.

Dentro de las plantas estimulantes destacan el Gingko (*Gingko biloba*) —que incrementa la circulación sanguínea cerebral— y el ginseng (*Panax ginseng*) —tónico activador que, además, favorece la actividad del sistema inmunitario, importante cuando se vive con VIH—.

En el segundo grupo —las plantas relajantes— destaca la melisa (*Melissa officinalis*), la cual, aparte de reducir la ansiedad y el insomnio asociados a los problemas emocionales, podría tener cierta actividad frente al VIH.

Referencias:

- www.cosasdesalud.es
- www.tupsicologo-online.es
- www.catie.ca

Las caricias

Autoerotismo, el placer al alcance de tu mano (parte I)

Disfrutar de una vida erótica placentera no es tarea fácil aun en la época del Viagra y su despliegue publicitario ni en la era post-revolución sexual. Desde que nacemos, y durante toda nuestra vida, nos enfrentamos a discursos represivos que reducen las posibilidades de gozar de nuestro erotismo: “niña no te toques ahí”, “si te masturbas, te quedarás ciego”. La religión, la doble moral y la tradición coartan nuestro derecho a la expresión sensual.



Si a todo lo anterior se le suma un diagnóstico de una infección de transmisión sexual como el VIH, es habitual que se experimenten diversos sentimientos, entre ellos culpa, depresión, miedo, ansiedad, etc., que repercutirán en varios ámbitos de la vida, y, como es lógico, en la sexualidad y el placer. Algunas personas —sobre todo mujeres— han decidido incluso dejar de relacionarse eróticamente con otras personas, renunciando al afecto, a las caricias, a Eros.

En estas situaciones, es recomendable buscar un nuevo significado a la vida sexual y potenciar la sensualidad de forma creativa y lúdica. Hay que volver a humedecer cuerpos y hacer sonreír corazones. Y nos atrevemos a haceros unas sugerencias...

Autoerotismo, primera parada: las caricias

Las personas con VIH pueden manifestar diversos temores ante una

relación erótica-emocional con otra/s persona/s, como miedo a la reinfección, a la transmisión del virus o a un posible rechazo, debido al innegable estigma social que todavía pesa sobre esta enfermedad. Por ello, nuestra propuesta inicial es ir poco a poco, dilatando cada poro de la piel para preparar a los sentidos.

Así que comenzaremos estableciendo contacto con la persona más importante: nosotros/as mismos/as, con nuestro cuerpo, que quizá ha cambiado a causa de los medicamentos antirretrovirales y que también puede haber sentido reducido el deseo sexual. En esta primera parte del artículo abordaremos las caricias, esa sensación suave que produce un roce.

Acariciarse

La vida va demasiado deprisa y en nuestra cultura abrimos pocos espacios para tener contacto con nosotros/as mismos/as. Los estereotipos sociales hacen que los hombres ni se miren en un espejo, se hagan un *peeling*, y que consideren que, cuanto menos pelo tengan, mejor para no acariciarlo con un peine —aunque la historia va cambiando afortunadamente para ellos—.

Según la Real Academia Española de la Lengua, las caricias se otorgan al/a la otro/a y nuestra invitación es rescatar a las autocaricias para alimentar el propio erotismo. A continuación, te ofrecemos unos consejos prácticos:

- **Dedica unos minutos del día para otorgarte caricias.** Por ejemplo, cuando te cepillas el cabello, no lo hagas a toda prisa, sino dando el tiempo suficiente para sentirlo, olerlo, disfrutar del acontecimiento, hacerlo de tal forma que no sea un acto banal sino un ritual. Te proponemos que preferentemente lo hagas antes

de acostarte, para que te acompañe la oscuridad, el silencio de la noche y haya menos distracciones que aparten tu atención.

- **Prepara sesiones de masaje para tu cuerpo.** Por ejemplo, una zona que te lo agradecerá serán tus pies y manos: ofrécete 15 minutos de masaje en un espacio de intimidad y utilizando un aceite de olor suave para tocarlos con afecto, agradeciéndoles lo que hacen por ti durante cada día. Goza del contacto dedo a dedo, explora los recovecos; besa tu piel, huélela, sáboréala para que se despierten más sensaciones.
- **Disfruta de una ducha o bañera relajante.** Prepárate una bañera con agua tibia y, aunque suene a película de Hollywood, diseña una escenografía gratificante con velas, vino, flores y aromas. Todo ello solo para ti. Ya dentro del agua, con una esponja, acaricia todo tu cuerpo y pon énfasis en las zonas en donde más disfrutas, como la entrepierna, tu pene o vulva, los pechos y las caderas. Cada persona sabe qué parte del cuerpo le hace sentir cosquilleo, así que disfruta, relájate y quíete.

Esperamos que estos sencillos consejos te sirvan. También te invitamos a que leas, en el próximo número de *LO+POSITIVO*, la parte II de este artículo, en la que abordaremos temas como la exploración de los sentidos y la masturbación como formas de autoerotismo.

Si te interesa que tratemos algún tema específico relacionado con la sexualidad, envíanos un mensaje a: contact@gtt-vih.org

Belinda Hernández es sexóloga educadora y periodista.

Un paso adelante

En el número 47 de *LO+POSITIVO* (otoño, 2010) informábamos del renacer de la ilusión, basada en indicios científicos, de que la curación del VIH era posible. El pasado mes de julio en Roma (Italia), durante la VI Conferencia sobre Patogénesis, Tratamiento y Prevención del VIH de la Sociedad Internacional del Sida (IAS, en sus siglas en inglés), esta voluntad quedó plasmada en un documento: 'La declaración de Roma'. Se trata de la presentación en público de una iniciativa decidida a impulsar la investigación sobre la cura del VIH. Liderada por la doctora Françoise Barré-Sinoussi, premio Nobel de Medicina 2008 y presidenta electa de la IAS, esta nueva apuesta denominada "Hacia una curación del VIH" reúne a un nutrido grupo de reconocidos científicos, activistas, instituciones y organizaciones, y propone el desarrollo de una estrategia científica global que nos conduzca al control definitivo de esta epidemia.

La declaración de Roma

A continuación, reproducimos una adaptación al español de dicho documento.

Este 2011 se cumplen 30 años desde que se informó de los primeros casos de sida. Durante estas tres décadas, se han producido avances importantes en la respuesta a la epidemia. En particular, el desarrollo de fármacos antirretrovirales eficaces y su creciente disponibilidad han facilitado que millones de personas con VIH puedan mejorar sus expectativas de vida. Según un informe reciente de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) del 28 de marzo, hoy en día, más de seis millones de personas de países con ingresos bajos y medios reciben tratamiento antirretroviral, lo que supone un incremento de la extensión del acceso a la terapia de más de diez veces en una década.

Sin embargo, mientras que el beneficio del tratamiento es irrefutable, el hecho de que la infección persista —a pesar de un uso continuado de una combinación de antirretrovirales durante años— descarta la posibilidad de su interrupción. Este requisito, de por vida, constituye una carga tanto individual, para la persona con VIH, como en el ámbito de la salud pública. Además, de acuerdo con el mismo informe de la ONU, por cada persona que empieza el tratamiento, se producen dos nuevos casos de infección en el mundo.

En el actual contexto de crisis económica mundial, la presión que se está ejerciendo sobre la financiación internacional de la respuesta al VIH/sida pone en peligro la sostenibilidad a largo plazo de la extensión de la terapia antirretroviral. Ante esta situación, los recientes cambios en las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) —ahora se recomienda un adelanto en el inicio del tratamiento anti-VIH— se presentan como un desafío añadido. Por todo ello, lo más urgente ahora son las inversiones para desarrollar nuevas estrategias terapéuticas que, finalmente, permitan a las personas con VIH interrumpir el tratamiento.

Los recientes avances científicos en este campo han propiciado la vuelta al optimismo, con un renovado interés en las posibilidades de que se encuentre una curación del VIH. Al menos, en el desarrollo de una cura funcional que —sin eliminar por completo el virus del organismo— suprima de manera permanente su replicación y disminuya de forma

hacia la curación del



centrada en las personas
basada en la ciencia

Adaptación al español del logo diseñado por ACW.

considerable los reservorios virales. Probablemente, ello podría conducir a una remisión a largo plazo de la infección. Esta estrategia actuaría no solo como una terapia a nivel individual, sino también poblacional, dada la creciente evidencia de que la transmisión del VIH se reduce de forma drástica en ausencia de carga viral. No obstante, estos esfuerzos deberían llevarse a cabo de forma paralela a la extensión del tratamiento y otras estrategias de prevención.

Una cura funcional del VIH solo podrá conseguirse mediante un esfuerzo internacional concertado e incrementado que involucre no únicamente a la comunidad científica, sino también a otras partes implicadas en la respuesta al VIH/sida y a la salud global.

Bajo los auspicios de la Sociedad Internacional del Sida (IAS, en sus siglas en inglés), un grupo de reconocidos científicos, activistas, instituciones y organizaciones relevantes

« Necesitamos una voluntad política similar a la que tuvo el presidente Kennedy cuando decidió que enviaría un hombre a la luna en una década. »

Alain Lafeuillade, director del Taller sobre Persistencia del VIH, Reservorios y Estrategias de Erradicación.

está guiando el desarrollo de una estrategia científica global llamada "Hacia una curación del VIH". Esta línea de actuación persigue crear un consenso mundial sobre el estado de la investigación de los reservorios del VIH, así como definir aquellas prioridades científicas que necesiten ser abordadas en futuras investigaciones, con la finalidad de resolver el problema de la persistencia del virus a pesar del empleo de la terapia antirretroviral.

Como miembros del Consejo Asesor de "Hacia una curación del VIH":

- Reconocemos la importancia de desarrollar una curación del VIH segura, accesible y que pueda extenderse con facilidad, como una estrategia terapéutica y preventiva contra el virus y para contribuir al control de la epidemia del sida.
- Nos comprometemos a estimular colaboraciones multidisciplinares e internacionales para la investigación en el campo de la curación del VIH.
- Animamos a otras partes implicadas, a líderes y organizaciones internacionales a acelerar la investigación acerca de la curación del VIH mediante sus propias iniciativas y/o respaldando esta declaración y dando apoyo a la alianza que estamos construyendo.

Ahora, más que nunca, es el momento de empezar seriamente a buscar una curación del VIH.

Firmantes

Miembros del Consejo Asesor de la Estrategia Científica Global "Hacia una curación del VIH":

Bertrand Audoin, Sociedad Internacional del Sida (IAS, en sus siglas en inglés); Craig McClure, Organización Mundial de la Salud (WHO, en sus siglas en inglés); Françoise Barré-Sinoussi, Sociedad Internacional del Sida (IAS, en sus siglas en inglés); Jack Whittescarver, Institutos Nacionales de Salud de EE UU (NIH, en sus siglas en inglés); Jean-François Delfraissy, Agencia Nacional Francesa de Investigación sobre el Sida y las Hepatitis Víricas (ANRS, en sus siglas en francés); Mark Harrington, Grupo de Acción en Tratamientos (TAG, en sus siglas en inglés); Nikos Dedes, Coalición Internacional para la Preparación en Tratamientos (ITPC, en sus siglas en inglés); Paola de Carli, Sidaction; Paula Munderi, MRC/UVRI Unidad de Investigación en Sida de Uganda; Rowena Johnston, amfAR, La Fundación para la Investigación sobre el Sida.

Miembros del Grupo de Trabajo Internacional de la Estrategia Científica Global "Hacia una curación del VIH":

Alain Lafeuillade, Hospital General de Toulon (Francia); Alan Landay, Centro Médico de la Universidad de Rush (EE UU); Amalio Telenti, Universidad de Lausana (Suiza); Ann Woolfrey, Centro de Investigación sobre el Cáncer Fred Hutchinson (EEUU); Ben Berkhout, Universidad de Ámsterdam (Países Bajos); Carine Van Lint, Universidad de Bruselas (Bélgica); Christine Katlama, Hospital Pitié-Salpêtrière (Francia); David Margolis, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill (EE UU); Eric Verdin, Universidad de California en San Francisco (EE UU); Frank Maldarelli, NCI/NIH (EE UU); Guido Poli, Universidad e Instituto Científico de San Raffaele (Italia); Javier Martínez-Picado, Fundación Germans Trias i Pujol para la Investigación Biomédica (España); Jean-Pierre Routy, Universidad McGill (Canadá); Jim Mullins, Universidad de Washington (EE UU); John Mellors, Universidad de Pittsburgh (EE UU); John

Zaia, Instituto de Investigación Beckman de la Ciudad de la Esperanza (EE UU); Mario Stevenson, Facultad de Medicina de la Universidad de Miami (EE UU); Martin Markowitz, Centro de Investigación sobre el Sida Aaron Diamond (EE UU); Melissa Churchill, Instituto Burnet (Australia); Michael Lederman, Universidad de Case Western Reserve (EE UU); Michele Di Mascio, NIAID/NIH (EE UU); Nicolas Chomont, VGTI-Florida (EE UU); Sarah Palmer, Instituto Karolinska (Suecia); Sharon Lewin, Universidad de Monash e Instituto Burnet (Australia); Steven Deeks, Universidad de California en San Francisco (EE UU).

Puedes apoyar esta iniciativa en:
www.iasociety.org/Default.aspx?pageId=583#PetitionControl

Fuente: "Launch of the Rome Statement for an HIV Cure". Comunicado de prensa conjunto de amfAR, ANRS, EATG, IAS, NIH, Sidaction y TAG. Roma, 18 de julio de 2011.

Referencia: "Uniting for Universal access: towards zero new infections, zero discrimination and zero AIDS-related deaths", Report of the Secretary-General to the General Assembly of the United Nations, 28 March 2011.

« Hace quince años, incluso los miembros más optimistas de la comunidad científica callaban sobre la posibilidad de una cura o una vacuna. Hoy renace la esperanza y la remisión a largo plazo es un objetivo realista. »

Elly Katabira, presidente de la Sociedad Internacional del Sida.

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

¿En qué consiste todo esto?

La terapia actual contra el VIH tiene límites y no cura la infección. La toma de una combinación de fármacos antirretrovirales impide que el virus se replique, lo que facilita que se recupere el sistema inmunitario, pero no llega a erradicarlo completamente del organismo. Aunque en el plasma sanguíneo se mantenga la carga viral indetectable, el VIH permanece en el interior de ciertas células en un estado de 'aletargamiento', sin reproducirse, lo que se conoce como infección latente. Con el tiempo, las células latentes pueden llegar a activarse, con lo que el virus vuelve a replicarse y, en consecuencia, aumenta la carga viral. De ahí que sea necesario tomar el tratamiento antirretroviral a diario para que este sea eficaz.

¿Qué son los reservorios?

El conjunto de células latentes que guardan VIH inactivado en su interior recibe el nombre de reservorio viral. Durante años, grupos de investigadores han estado estudiando para averiguar cómo se originan y de qué modo se podría eliminar el virus que contienen. Se sabe que se forman muy al principio de la infección; es decir, al poco tiempo de adquirir el VIH. Las estrategias que, en este momento, se encuentran en investigación con la finalidad de controlar el virus de los reservorios podrían ser clave para que, en un futuro, se consiga la erradicación del VIH.

Un camino lleno de obstáculos

Estos son los principales desafíos que afronta la investigación dirigida a eliminar el VIH de los reservorios:

- La toxicidad potencial y la tolerabilidad de los nuevos tratamientos.
- Los retos éticos y reguladores que conlleva el llevar a cabo ensayos clínicos arriesgados.
- La falta de pruebas estandarizadas para medir reducciones del reservorio viral.
- La necesidad de obtener mejores modelos de laboratorio para el VIH.

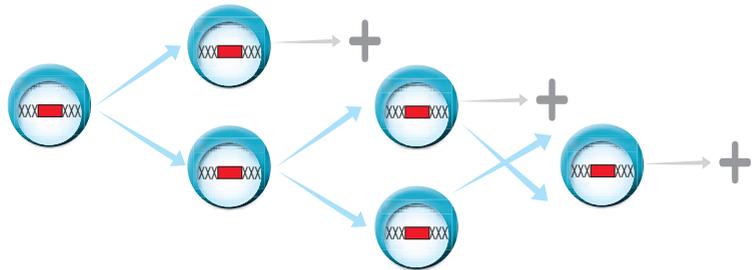
Estos gráficos explican cómo el virus persiste en el organismo a pesar del tratamiento antirretroviral, así como posibles estrategias dirigidas hacia los reservorios.

Mecanismos de persistencia del VIH durante la terapia antirretroviral

La supervivencia de las células T: las células del reservorio son células T de memoria. Se generan tras la infección o la vacunación y conservan la memoria del sistema inmunitario durante décadas.



Proliferación: las células del reservorio, al igual que otras células T de memoria, se dividen muy lentamente para mantener la memoria del sistema inmunitario.

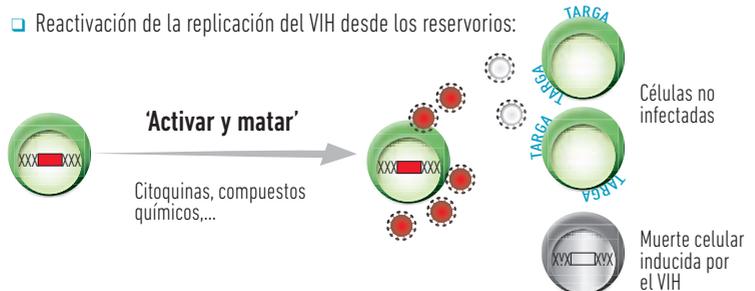


Replicación viral continuada: a niveles bajos y reposición de células infectadas.



Estrategias para controlar/erradicar los reservorios

- Intensificación de TARGA* (+/- otras intervenciones).
- Inicio temprano de TARGA* para limitar el tamaño del reservorio.
- Fármacos mejorados que penetren en todos los compartimentos anatómicos.
- Reactivación de la replicación del VIH desde los reservorios:



- Interferir con el mecanismo inmunitario que contribuye a la persistencia del VIH.
- Otras intervenciones terapéuticas (terapia génica/molecular, vacuna terapéutica).



*TARGA: Terapia antirretroviral de gran actividad.

FUENTE: IAS Newsletter, Julio 2011.

Los gráficos son de elaboración propia sobre un original de Nicholas Chomont, VTGI Florida (EE UU).

Comienza el acceso precoz

a los nuevos fármacos orales contra la hepatitis C crónica

Cuando estés leyendo esta revista, o en el mejor de los casos un poco antes, se habrá puesto en marcha en España el acceso precoz a los dos primeros nuevos fármacos orales contra la hepatitis C. Eso significa que las personas con enfermedad hepática avanzada, que no pueden esperar a la autorización y comercialización de telaprevir (Incivek™) o boceprevir (Victrelis™) —dos inhibidores de la proteasa contra el virus de la hepatitis C (VHC)—, podrán ser candidatas para recibir el fármaco de forma temprana.

Una mirada atrás

En el número 47 de *LO+POSITIVO* (otoño 2010), en un artículo titulado 'Un nuevo horizonte en el tratamiento de la hepatitis C', imaginábamos cómo tendría que ser el acceso precoz a los nuevos fármacos anti-VHC, sobre la base del Real Decreto 1015/2009, que regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales. La legislación española contempla un mecanismo conocido con el nombre de uso compasivo de medicamentos en investigación, 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 tratadas 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 siendo sometido a ensayos clínicos.

Desde entonces, se han producido una serie de acontecimientos que han facilitado que, a partir de septiembre de este año, se pueda acceder a los dos primeros inhibidores de la proteasa del VHC de forma temprana. Por un lado, la Agencia de la Alimentación y el Medicamento de EE UU (FDA, en sus siglas en inglés) aprobó en mayo la comercialización de boceprevir y telaprevir. A este lado del Atlántico, la Agencia Europea del Medicamento (EMA, en sus siglas en inglés) autorizó en julio la comercialización de boceprevir, y todo parece indicar que dicha agencia sanitaria hará lo mismo con telaprevir a muy corto plazo. Por otro lado, a principios de marzo de 2011, se dieron a conocer los resultados preliminares del primer ensayo que evaluaba la utilización de

telaprevir en una cohorte de pacientes coinfectados por VIH y VHC, lo que ha proporcionado más información sobre las potenciales interacciones entre ese medicamento y algunos fármacos anti-retrovirales.

Por último, el Foro Español de Activistas en Tratamientos del VIH (FEAT), una ONG que aglutina a personas de diferentes puntos de España implicadas a escala local en la respuesta al VIH, en marzo de este año se puso en contacto con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios —AEMPS— (en tanto que organismo responsable, entre otras funciones, del empleo de medicamentos en condiciones especiales) para interesarse por el acceso precoz a los nuevos fármacos contra el VHC de inminente autorización, por su inicio y por los detalles del procedimiento, dado que muchas personas con hepatitis C crónica avanzada —entre ellas las que están coinfectadas por VIH y VHC— precisan con urgencia nuevas opciones terapéuticas no comercializadas, en un entorno de uso seguro y controlado.

El cúmulo de acontecimientos precipió que la AEMPS tomara conciencia de la necesidad y urgencia de iniciar el procedimiento del acceso precoz a estos nuevos fármacos. La agencia española constituyó un grupo de expertos en el manejo de la hepatitis C crónica para que elaborarán unas recomendaciones cuyos objetivos fuesen armonizar los criterios que deberían cumplir las personas candidatas a un acceso precoz a cualquiera de los dos fármacos (telaprevir o boceprevir), y facilitar, asimismo, las garantías de equidad en el acceso.

Las organizaciones no gubernamentales, entre ellas FEAT o el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt), la



asociación que publica *LO+POSITIVO*, aplauden la elaboración de este protocolo, pues, además de proporcionar el acceso a los medicamentos a las personas que más lo necesitan y no pueden esperar a su aprobación, servirá para que médicos y autoridades sanitarias monitoricen los datos de seguridad y eficacia del uso de ambos fármacos en las pacientes que los reciban.

Características del protocolo

Una de los aspectos más llamativos del protocolo, y del que las ONG se sienten satisfechas, es la inclusión de los pacientes coinfectados por VIH y VHC como potenciales candidatos al acceso precoz a los dos inhibidores de la proteasa del virus de la hepatitis C. Eso sí, con alguna salvedad y tomando en consideración todas las precauciones posibles a la luz de los datos y evidencias científicas disponibles.

« Si estás coinfectado por VIH y VHC y crees que, por el estado de tu salud hepática, podrías ser un candidato a recibir telaprevir o boceprevir, sería conveniente que hablaras con tu médico sobre ello, valorando y analizando los pros y los contras de acceder de forma precoz a los primeros antivirales orales contra el VHC. »



Con todo, es una buena noticia que las personas coinfectadas se puedan beneficiar de un acceso precoz. 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 el virus de la hepatitis C acelerando el proceso de fibrosis hepática y cirrosis. Además, teniendo en cuenta 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. La inclusión de estos pacientes en el protocolo de acceso precoz permitirá, asimismo, 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), que pueda servir de complemento a los resultados que vayan dándose a conocer de los ensayos clínicos en curso.

Si estás coinfectado por VIH y VHC y crees que, por el estado de tu salud hepática, podrías ser un candidato a recibir telaprevir o boceprevir, sería conveniente que hablaras con tu médico sobre ello, valorando y analizando los pros y los contras de acceder de forma precoz a los primeros antivirales orales contra el virus de la hepatitis C.

La evidencia científica que ha llevado a la AEMPS y al grupo de expertos (que incluyó a especialistas en el manejo de pacientes mono infectados, coinfectados por VIH, trasplantados y en farmacología clínica) a considerar el acceso precoz como una opción apropiada es que añadir uno de los dos fármacos a la terapia estándar basada en interferón pegilado y ribavirina consigue tasas de curación más elevadas (un 25-30% sobre el tratamiento estándar) y la posibilidad de reducir la duración de la terapia en muchos de los pacientes. Además, los datos preliminares en personas coinfectadas apuntan asimismo a que el uso de la terapia triple incrementa también la tasa de respuesta virológica sostenida, lo que se considera como la curación de la hepatitis C, y que la información relativa a posibles interacciones procedente de los ensayos clínicos en curso puede guiar el empleo precoz en casos individualizados y justificados hasta que no se disponga de una nueva indicación de uso para esta población de pacientes.

No obstante, convendrá realizar un seguimiento estrecho de los pacientes en tanto que la utilización de fármacos se ha asociado con ciertos efectos secundarios: exantema cutáneo (telaprevir) —que hasta en un 5% de casos podría ser grave—, anemia (telaprevir y boceprevir) o disgeusia —alteración del sentido del gusto— (boceprevir).

Por otra parte, las recomendaciones de los expertos señalan que la ausencia de respuesta a la triple terapia (telaprevir o boceprevir más interferón pegilado y ribavirina) se asocia de manera casi universal al desarrollo de mutaciones que confieren resistencia al inhibidor de la proteasa del VHC. Se desconoce,

a día de hoy, el significado de estas mutaciones, el tiempo que permanecen entre la población viral del paciente, y la sensibilidad del virus a otros antivirales de la misma familia en un tratamiento posterior.

Las indicaciones y condiciones de uso de telaprevir y boceprevir en el acceso precoz pueden consultarse en detalle en la tabla que acompaña a este artículo. Con todo, nos parece importante resumir algunas cuestiones relevantes que recomienda la AEMPS en su protocolo:

- Serán candidatas al acceso precoz las personas con hepatopatía crónica avanzada y compensada, con genotipo 1 del VHC, con o sin VIH, y con o sin experiencia previa a un tratamiento contra la hepatitis C.
- Las personas coinfectadas por VIH y VHC podrán estar tomando o no tratamiento antirretroviral. Los pacientes que no estén recibiendo terapia antirretroviral podrán acceder a cualquiera de los dos inhibidores de la proteasa; sin embargo, los que estén tomando tratamiento anti-VIH solo podrán acceder a telaprevir, hasta que no se disponga de más información acerca de las interacciones entre boceprevir y los fármacos antirretrovirales y los datos preliminares de eficacia en esta población.
- La ausencia de datos sobre interacciones entre boceprevir y telaprevir y medicamentos inmunosupresores (ciclosporina o tacrolimus) no permite al grupo de expertos recomendar, por ahora, ninguna de las dos pautas en personas trasplantadas.
- Los médicos deberán hacer un seguimiento estrecho y controlado de

las reacciones adversas, así como recopilar su aparición y notificarla a la AEMPS en el caso de aquellas de mayor gravedad.

- El protocolo incluye recomendaciones para la evaluación de la gravedad y el tratamiento del exantema cutáneo y de la anemia.
- Las modalidades de acceso precoz propuestas por la Agencia Española de Medicamentos son los programas de acceso expandido (ensayos clínicos sin distribución aleatoria) y programas de uso compasivo (colectivo o individual). En el primer caso, será el laboratorio farmacéutico el que suministre de forma gratuita el fármaco; en el segundo, no existen reglas, por lo que, en algunos casos, la medicación podría suministrarse de forma gratuita y en otros, no.
- Puesto que las reglas de interrupción del tratamiento (telaprevir o boceprevir) son muy estrictas y se basan en la carga viral del VHC, se requiere que cualquier centro que vaya a ofrecer ambos fármacos pueda disponer de los resultados de la carga viral en menos de una semana (máximo 7 días).
- En el seguimiento de los pacientes coinfectados por VIH y VHC, deben

participar especialistas en VIH en tanto que disponen de una amplia experiencia en el campo de las interacciones entre los antirretrovirales y otros fármacos de utilización habitual en personas con VIH.

¿Y qué pasará cuando se comercialicen...?

La AEMPS calcula que el escenario probable de una comercialización definitiva de boceprevir o telaprevir en España se producirá el último trimestre de 2011 o el primer trimestre de 2012.

En ese momento finalizará el acceso precoz a ambos fármacos, y aquellas personas con infección por hepatitis crónica cuya afección no esté incluida en la indicación de la aprobación (como los coinfectados por VIH y VHC o las personas trasplantadas) podrán beneficiarse de ellos a través de un mecanismo que contempla la legislación española y que permite 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. En este caso, la AEMPS no está implicada en la evaluación y autorización de empleo de un medicamento fuera de la 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.

Con todo, la AEMPS deberá proseguir en su empeño por facilitar y mejorar el acceso precoz a los nuevos fármacos para las personas con hepatitis C crónica. Tras telaprevir y boceprevir, hay una prometedora cartera de más de 30 fármacos diferentes en investigación, en fases II y III, que necesitarán de nuevos protocolos que guíen su uso en el acceso temprano.

Referencias: *Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.* GRUPO DE EXPERTOS EN HEPATITIS C CRÓNICA, AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS (AEMPS). *Criterios y recomendaciones para el acceso precoz al tratamiento con inhibidores de la proteasa del virus de la hepatitis C. Versión 18/07/2011.*

INDICACIONES Y CONDICIONES DE USO EN EL ACCESO PRECOZ A TELAPREVIR Y BOCEPREVIR

	Criterios para el acceso precoz en pacientes con hepatitis C crónica: MONOINFECTADOS	Criterios para el acceso precoz en pacientes con hepatitis C crónica: COINFECTADOS por VHC y VIH		Criterios para el uso compasivo en pacientes trasplantados
		Coinfectados que NO están tomando tratamiento antirretroviral	Coinfectados que SÍ están tomando tratamiento antirretroviral(*)	
Indicaciones de uso (Los pacientes han de cumplir TODOS los criterios)	1. Genotipo 1 del VHC, pacientes <i>naïve</i> o pretratados 2. Estadio de fibrosis F4 por biopsia hepática o >9,5 Kilopascales por Fibroscan 3. Concentración de hemoglobina: >11 g/dL en mujeres y >12 g/dL en hombres 4. Enfermedad hepática compensada (Child-Pugh grado A)	1. Genotipo 1 del VHC, pacientes <i>naïve</i> o pretratados 2. Estadio de fibrosis F4 por biopsia hepática o >9,5 Kilopascales por Fibroscan 3. Concentración de hemoglobina: >11 g/dL en mujeres y >12 g/dL en hombres 4. Enfermedad hepática compensada (Child-Pugh grado A)	1. Genotipo 1 del VHC, pacientes <i>naïve</i> o pretratados 2. Estadio de fibrosis F4 por biopsia hepática o >9,5 Kilopascales por Fibroscan 3. Concentración de hemoglobina: >11 g/dL en mujeres y >12 g/dL en hombres 4. Enfermedad hepática compensada (Child-Pugh grado A) 5. Carga viral del VIH en plasma <1.000 copias/mL	No existen datos sobre el uso de telaprevir en pacientes trasplantados que reciben pautas inmunosupresoras, ni tampoco existen datos de interacciones entre boceprevir y ciclosporina o tacrolimus. Como consecuencia de la información limitada sobre el uso de telaprevir o boceprevir en estos pacientes, el grupo de expertos no puede recomendar ninguna pauta

INDICACIONES Y CONDICIONES DE USO EN EL ACCESO PRECOZ A TELAPREVIR Y BOCEPREVIR (cont.)				
	Criterios para el acceso precoz en pacientes con hepatitis C crónica: MONOINFECTADOS	Criterios para el acceso precoz en pacientes con hepatitis C crónica: COINFECTADOS por VHC y VIH		Criterios para el uso compasivo en pacientes trasplantados
		Coinfectados que NO están tomando tratamiento antirretroviral	Coinfectados que SÍ están tomando tratamiento antirretroviral(*)	
Indicaciones de uso (Los pacientes han de cumplir TODOS los criterios)	<p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacientes <i>naive</i> F4: Valoración de respuesta a IFN-PEG y RBV a la semana 4. Si se produce una disminución de la carga viral del VHC ≥ 1 log, podrán iniciar la terapia triple con el IP – Pacientes pretratados ‘respondedores nulos’ o ‘respondedores parciales’: Valoración de respuesta a IFN-PEG y RBV a la semana 4. Si se produce una disminución de la carga viral del VHC ≥ 1 log, podrán iniciar la terapia triple con el IP 	<p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Independientemente del recuento de CD4 en sangre periférica y de la carga viral del VIH – Pacientes pretratados ‘respondedores nulos’ o ‘respondedores parciales’: Valoración de respuesta a IFN-PEG y RBV a la semana 4. Si se produce una disminución de la carga viral del VHC ≥ 1 log, podrán iniciar la terapia triple con el IP 	<p>6. Recuento total de CD4 >100 células/mm³ o porcentaje de CD $>12\%$</p> <p>7. Pacientes que estén tomando 2 ITIN(t) + efavirenz o atazanavir/ritonavir, o que puedan cambiar a estas pautas sin comprometer el control de la infección por VIH</p> <p>Observaciones: (*) En este contexto, SÓLO se contempla el uso de telaprevir hasta que no se disponga de más información sobre interacciones entre antirretrovirales y boceprevir, y datos preliminares de eficacia en pacientes coinfectados procedentes de los ensayos en curso</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacientes pretratados ‘respondedores nulos’ o ‘respondedores parciales’: Valoración de respuesta a IFN-PEG y RBV a la semana 4. Si se produce una disminución de la carga viral del VHC ≥ 1 log, podrán iniciar la terapia triple con el IP 	<p>Cuando se disponga de más datos clínicos de eficacia, seguridad e interacciones, los pacientes trasplantados podrán incluirse en el programa de uso compasivo.</p> <p>En ese momento, el grupo de expertos propondrá un esquema de administración y ajuste de dosis</p>
Dosis	<p>Telaprevir: 750mg (2 comprimidos) cada 8 horas, con comida</p> <p>Boceprevir: 800mg (4 cápsulas) cada 8 horas, con comida</p>	<p>Telaprevir: 750mg (2 comprimidos) cada 8 horas, con comida</p> <p>Boceprevir: 800mg (4 cápsulas) cada 8 horas, con comida</p>	<p>Telaprevir:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 750mg (2 comprimidos) cada 8 horas, con comida, cuando se toma con 2 ITIN(t) + atazanavir/ritonavir – 1.125mg (3 comprimidos) cada 8 horas, con comida cuando se toma con 2 ITIN(t) + efavirenz 	
Pauta de administración	<ul style="list-style-type: none"> – Telaprevir + IFN-PEG alfa 2a o 2b + RBV durante 12 semanas; a continuación, 36 semanas más de tratamiento sólo con IFN-PEG alfa 2a o 2b y RBV – Boceprevir + IFN-PEG alfa 2a o 2b + RBV durante 48 semanas 	<ul style="list-style-type: none"> – Telaprevir + IFN-PEG alfa 2a o 2b + RBV durante 12 semanas; a continuación, 36 semanas más de tratamiento sólo con IFN-PEG alfa 2a o 2b y RBV – Boceprevir + IFN-PEG alfa 2a o 2b + RBV durante 48 semanas 	<ul style="list-style-type: none"> – Telaprevir + IFN-PEG alfa 2a o 2b + RBV durante 12 semanas; a continuación, 36 semanas más de tratamiento sólo con IFN-PEG alfa 2a o 2b y RBV 	

INDICACIONES Y CONDICIONES DE USO EN EL ACCESO PRECOZ A TELAPREVIR Y BOCEPREVIR (cont.)

	Criterios para el acceso precoz en pacientes con hepatitis C crónica: MONOINFECTADOS	Criterios para el acceso precoz en pacientes con hepatitis C crónica: COINFECTADOS por VHC y VIH		Criterios para el uso compasivo en pacientes trasplantados
		Coinfectados que NO están tomando tratamiento ARV	Coinfectados que Sí están tomando tratamiento antirretroviral(*)	
Duración del tratamiento	<p>48 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> – En pacientes <i>naive</i>, en triterapia con telaprevir, se puede considerar la posibilidad de una duración de 24 semanas si la carga viral del VHC es indetectable a la semana 4 y 12. – En pacientes <i>naive</i>, en triterapia con boceprevir, se puede considerar la posibilidad de una duración de 28 semanas si la carga viral del VHC es indetectable a la semana 8 y 24. 	48 semanas	48 semanas	
Criterios de interrupción del tratamiento	<p>Telaprevir:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Si a la semana 4 tras el inicio del tratamiento con telaprevir la carga viral del VHC es >1.000 UI/mL, telaprevir debe suspenderse <p>Telaprevir y boceprevir:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Si a la semana 12 la carga viral del VHC es > 100 UI/mL, todos los tratamientos deben ser suspendidos (ambos IP, IFN-PEG y RBV) – Si a las semanas 24 o 36 la carga viral del VHC es \geq 25 UI/mL, todos los tratamientos deben ser suspendidos 	<p>Telaprevir:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Si a la semana 4 tras el inicio del tratamiento con telaprevir la carga viral del VHC es >1.000 UI/mL, telaprevir debe suspenderse <p>Telaprevir y boceprevir:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Si a la semana 12 la carga viral del VHC es > 100 UI/mL, todos los tratamientos deben ser suspendidos (ambos IP, IFN-PEG y RBV) – Si a las semanas 24 o 36 la carga viral del VHC es \geq 25 UI/mL, todos los tratamientos deben ser suspendidos 	<p>Telaprevir:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Si a la semana 4 tras el inicio del tratamiento con telaprevir la carga viral del VHC es >1.000 UI/mL, telaprevir debe suspenderse. – Si a la semana 12 la carga viral del VHC es > 100 UI/mL, todos los tratamientos deben ser suspendidos (telaprevir, IFN-PEG y RBV). – Si a las semanas 24 o 36 la carga viral del VHC es \geq 25 UI/mL, todos los tratamientos deben ser suspendidos 	

IFN-PEG: interferón pegilado | RBV: ribavirina | ITIN(t): inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleósido/nucleótido | IP: inhibidor de la proteasa

Boletín informativo no técnico de la VI Conferencia sobre Patogénesis, Tratamiento y Prevención del VIH de la Sociedad Internacional del Sida (IAS 2011)

Próximamente disponible en:

www.gtt-vih/actualizate/boletines_no_tecnicos



La FDA autoriza el uso pediátrico de Pegasys y Copegus



El pasado mes de agosto, la Agencia de la Alimentación y el Medicamento de EE UU [FDA, en sus siglas en inglés] aprobó la combinación de interferón pegilado alfa-2a (Pegasys™) y ribavirina (Copegus™), de la farmacéutica Roche, para el tratamiento de la infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) en jóvenes de edades comprendidas entre 5 y 17 años con enfermedad hepática compensada y que no han sido tratados previamente. En Europa, está autorizado el empleo pediátrico de una terapia similar formada por interferón pegilado alfa-2b (PegIntron®) y ribavirina (Rebetol®), desarrollada por Schering-Plough y ahora propiedad de MSD. Los estudios con la combinación de la multinacional suiza están en marcha, por lo que, probablemente, la Unión Europea también acabe autorizando su uso en este grupo de población. En el ensayo que avala esta nueva indicación en EE UU participaron 114 jóvenes (un 55% menores de 12 años). Después de 48 semanas de tratamiento y 24 de seguimiento, el 53% alcanzó una respuesta virológica sostenida; es decir, aclaró la infección. Este porcentaje fue del 47% entre aquellos con genotipo 1 del VHC. Los efectos secundarios fueron similares a los observados en adultos. Se registraron casos de depresión grave y anomalías psiquiátricas en unos pocos niños, y también de anemia y neutropenia graves. Entre los efectos adversos considerados no graves, se dieron con más frecuencia síntomas de tipo gripal, dolor de cabeza, problemas gastrointestinales, reacciones en el punto de inyección, irritabilidad y fatiga. Tal como se había observado ya antes con el empleo de interferón alfa-2b, su uso comporta un retraso en el crecimiento. No obstante, se recupera en la mayoría de casos al cabo de dos años.

Fuente: FDA.

Complera: una nueva terapia en un comprimido

En EEUU se ha aprobado —y se espera que pronto se haga en Europa— un nuevo comprimido que contiene una terapia completa contra el VIH. La combinación de emtricitabina y tenofovir (Truvada®) que junto a efavirenz se comercializa con el nombre de Atripla®, se presenta ahora coformulada con el nuevo no análogo de nucleósido rilpivirina y bajo el nombre comercial de Complera™, como una opción más para el inicio del tratamiento antirretroviral. Los estudios llevados a cabo hasta ahora con este comprimido han mostrado un mejor perfil de toxicidad, en cuanto a la

aparición de efectos adversos de tipo psiquiátrico, en comparación con Atripla®. En su contra, cabe decir que ha resultado menos eficaz en la reducción de cargas virales altas. Para el desarrollo de Complera™ ha sido necesario un acuerdo entre dos compañías farmacéuticas, Gilead Sciences y Janssen. Esta última, propietaria de rilpivirina, comercializa también en EE UU este nuevo antirretroviral por separado con el nombre de Edurant™. Ambos productos podrían estar disponibles en España durante 2012.

Fuente: *Elaboración propia.*

Participa en el estudio PARTNER

¿Tienes VIH y tu pareja no? ¿Es tu pareja quien vive con VIH?

Los condones son el modo más seguro de evitar la transmisión del VIH. Pero no se utilizan siempre y, a veces, se rompen o se salen. Este nuevo estudio está investigando el impacto del tratamiento anti-VIH en la reducción del riesgo de transmisión del virus y, de forma especial, entre parejas homosexuales. Los resultados de ensayos recientes indican que el riesgo de transmisión sexual del VIH disminuye de forma drástica cuando el miembro infectado de la pareja toma tratamiento antirretroviral, pero en ellos han participado, mayoritariamente, parejas heterosexuales.

El estudio PARTNER busca parejas homosexuales en las que uno de los miembros sea seronegativo y el otro seropositivo al VIH y, además, esté recibiendo tratamiento.

Toda la información recogida en el estudio será anónima y tratada de manera confidencial. El seguimiento no os llevará mucho tiempo y no es necesario cambiar de hospital. En España, intervienen doce centros y podéis participar aunque seáis pacientes de otro centro hospitalario.

Los doce hospitales son:

Hospital Carlos III, Hospital La Paz, Hospital Universitario San Carlos, Hospital Ramón y Cajal, Fundación Jiménez Díaz y Centro



Sanitario Sandoval (Madrid); Hospital Clínic (Barcelona), Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (Badalona); Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla); Hospital Universitario de Elche (Elche); Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba (Córdoba), y Hospital Clínic Universitario de Santiago de Compostela (Santiago de Compostela).

El estudio se financia de forma independiente de las empresas farmacéuticas y en su comité ejecutivo participan miembros de la comunidad internacional del VIH.

Si estáis interesados en esta importante investigación, por favor, dirigiros a:

partner.es@gmail.com
www.partnerstudy.eu

Antirretrovirales y prevención del VIH

Si hubiera que elegir una frase para resumir la pasada Conferencia sobre Patogénesis, Tratamiento y Prevención del VIH celebrada en Roma (IAS 2011), es probable que fuera: "El tratamiento es prevención". Para ser justos, no es una afirmación completamente sorprendente y numerosas evidencias apuntaban en esa dirección. Sin embargo, la novedad han sido las contundentes pruebas procedentes de grandes estudios, que evidencian, más allá de cualquier duda, que el uso de la terapia antirretroviral permite reducir el riesgo de transmitir y adquirir el VIH.

El pasado año 2010, se hicieron públicos los primeros resultados que apuntaban que era posible una estrategia preventiva del VIH basada en el uso de antirretrovirales. Así, el ensayo CAPRISA 004 mostró que un microbicida vaginal que contenía tenofovir redujo el riesgo de infección de las mujeres en un 39%. Ese mismo año, se dieron a conocer los resultados del ensayo iPrEx, en el que se probó una estrategia de profilaxis preexposición [PPRE], consistente en proporcionar tenofovir y emtricitabina (Truvada®) a una población sin VIH compuesta por hombres que practican sexo con hombres (HSH) y mujeres transexuales, con la intención de evitar que se infectaran en caso de exposición accidental al virus. El análisis de los datos reflejó un nivel de protección del 44%.

Estas buenas noticias fueron confirmadas durante la edición de la Conferencia IAS 2011, donde, en una sesión titulada: 'El tratamiento es prevención: la prueba está aquí', se presentaron los resultados de tres nuevos grandes estudios (HPTN 052, TDF2 y Partners PrEP) que añaden todavía más pruebas de que la terapia antirretroviral puede constituir también una herramienta para la prevención del VIH.

Estudio HPTN 052

Este ensayo contó con la participación de 1.763 parejas estables serodiscordantes (se refiere a aquellas en las que un miembro tiene VIH y el otro no) procedentes de Asia, África y América, la mayoría de las cuales eran heterosexuales. En este estudio, una parte de las personas con VIH inició su terapia de forma inmediata, mientras que el resto retrasó ese momento, con el fin de comprobar si suponía alguna diferencia en cuanto a la posibilidad de transmitir el virus al otro componente de la pareja, además de verificar si el inicio precoz del

tratamiento ofrecía un beneficio para la persona seropositiva.

El criterio de selección para participar en este ensayo fue que la persona con VIH debería tener un nivel de CD4 entre 350 y 500 células/mm³. Aproximadamente la mitad de los participantes empezaron a tomar el tratamiento antirretroviral de forma inmediata tras entrar en el estudio, mientras que el resto pospuso ese momento hasta que su recuento de CD4 fue inferior a 250 células/mm³ o si desarrollaba una enfermedad definidora de sida.

« Actualmente, contamos con una sólida base científica que demuestra que, incluso sin contar con una vacuna o la cura, podemos frenar la trayectoria de la pandemia. »

Anthony Fauci

Los resultados del estudio pusieron de manifiesto que, entre las personas con VIH que iniciaron la terapia antirretroviral de forma inmediata, el riesgo de transmitir el virus a sus parejas fue un 96% inferior. Estos hallazgos son tan sólidos que los autores del ensayo consideran que constituyen "una prueba de concepto" definitiva que demuestra que el tratamiento antirretroviral es capaz de reducir la posibilidad de transmisión del VIH en las parejas.

El comienzo más precoz de la terapia supuso también un beneficio para las personas con VIH. Así, estos

pacientes mantuvieron un recuento absoluto de células CD4 más elevado que el de las personas que retrasaron el inicio de la terapia. Asimismo, el tratamiento precoz se asoció también con una disminución de un 41% del riesgo de fallecimiento o de desarrollar una enfermedad relacionada con el VIH.

Ensayo TDF2

Este estudio se realizó en el país africano de Botsuana y analizó datos procedentes de un total de 1.200 personas (54,7% hombres y 45,3% mujeres) heterosexuales sin VIH que, en el momento de la inscripción, tenían entre 18 y 39 años de edad.

Los participantes fueron distribuidos de forma aleatoria para recibir un comprimido diario de tenofovir/emtricitabina (Truvada®) o un placebo. En el transcurso del estudio, se detectaron 33 infecciones: 24 en el grupo que recibió el placebo y 9 en el brazo que tomó el comprimido con los antirretrovirales.

En las conclusiones del ensayo, se evidenció que el uso de Truvada® permitió reducir en un 62,6% el riesgo de adquirir el VIH. No obstante, al realizar un nuevo análisis adicional, sin tener en cuenta las infecciones producidas en los 30 días siguientes a la última vez que se tomó el fármaco, según la declaración de los propios participantes, se demostró que el empleo de la combinación de antirretrovirales disminuyó en un 77,9% el riesgo de contraer el VIH.

En la actualidad, se están realizando más análisis adicionales para determinar el grado de adhesión de los participantes y la cantidad de fármaco presente en sangre, datos que permitirán conocer mejor la eficacia de esta intervención.

Los datos preliminares no identificaron la existencia de problemas de seguridad graves relacionados con la utilización diaria de Truvada® que no

hubiesen sido apreciados en otros estudios de profilaxis preexposición. En comparación con las personas que recibieron el placebo, los participantes a los que se administró el comprimido de tenofovir/emtricitabina comunicaron más episodios de náuseas/vómitos (11,9% frente a 28,8) y mareos (10,5% frente a 15,3%).

Las personas que resultaron infectadas por VIH en el transcurso del ensayo fueron derivadas de forma inmediata para recibir atención médica especializada. A los participantes que se mantuvieron seronegativos al VIH se les ofrecerá medicación durante un año como parte de un estudio de seguimiento que llevarán a cabo los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE UU (CDC).

Partners PrEP

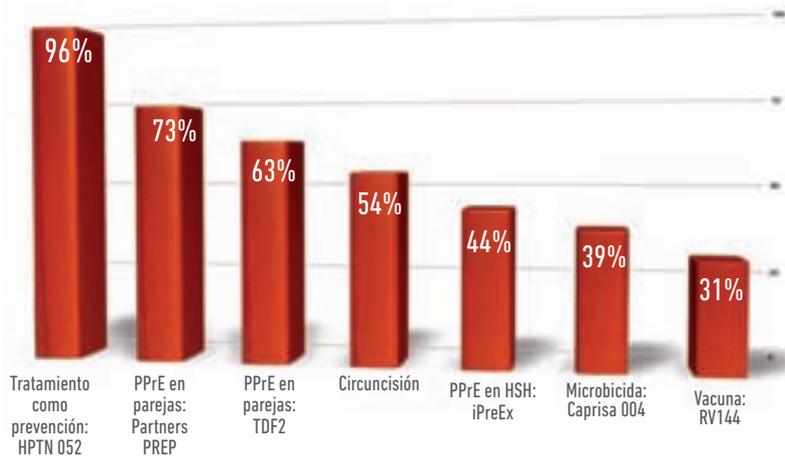
En la conferencia de Roma también se presentaron los resultados del estudio Partners PrEP, llevado a cabo en Kenia y Uganda, en el que participó una población de parejas serodiscordantes y en el que se probaron dos estrategias de profilaxis preexposición.

El ensayo contó con la participación de 4.758 parejas y se decidió comprobar si la toma diaria de tenofovir (Viread®) o tenofovir/emtricitabina (Truvada®) reducía las posibilidades de que las personas sin VIH adquirieran la infección. Para ello, los voluntarios seronegativos fueron distribuidos en tres grupos, que recibieron Viread®, Truvada® o un placebo. Como es habitual en este tipo de ensayos, a todos los participantes se les proporcionó un paquete con las medidas de prevención disponibles (preservativos, *counselling*, etc.).

En un análisis interino, se comprobó que se habían producido 78 infecciones: 18 en el grupo que tomaba tenofovir, 13 en el que recibía tenofovir/emtricitabina y 47 en el grupo de placebo. Esto supone que, en comparación con las personas que tomaron placebo, las que recibieron tenofovir tuvieron un riesgo un 62% menor de adquirir el VIH y, en el caso de las que tomaron tenofovir/emtricitabina, su probabilidad de infección fue un 73% inferior.

A raíz de los efectos beneficiosos observados, el Comité de Seguimiento de Datos y Seguridad (DSMB, en sus siglas en inglés) recomendó que se hicieran públicos los resultados y que el estudio siguiera adelante, pero que las personas que tomaban placebo lo abandonaran y empezasen a recibir alguno de los dos regímenes del estudio. El ensayo volverá a hacerse ciego,

Porcentaje de eficacia de diversas intervenciones preventivas



lo que permitirá comparar a largo plazo las posibles diferencias entre tenofovir y tenofovir/emtricitabina como regímenes de profilaxis.

También se confirmó que la tasa de adhesión fue muy elevada, llegándose a tomar más del 97% de las dosis dispensadas. Durante el ensayo, se observaron unas tasas similares de efectos secundarios graves en los tres grupos del estudio, lo que llevó a concluir que, en general, la PPrE resultó ser segura y bien tolerada. Al tener en cuenta el sexo, se comprobó que Viread® y Truvada® fueron igual de eficaces tanto en hombres como en mujeres.

En el transcurso del estudio, se quedaron embarazadas el 10% de las mujeres cada año, las cuales tuvieron que interrumpir la medicación. No se descubrió ningún indicio de que los regímenes de PPrE utilizados se relacionaran con ningún problema en el embarazo.

Aspectos controvertidos

Estos resultados han infundido gran optimismo en el ámbito del VIH, hasta el punto que Anthony Fauci (director del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de EE UU [NIAID]) llegó a declarar que, por primera vez, existen pruebas científicas sólidas que permiten afirmar que, incluso en ausencia de una vacuna, es posible poner fin a la epidemia. Sin embargo, no se pueden obviar los aspectos controvertidos que también rodean la aplicación de estas estrategias.

Aunque el estudio HPTN 052 supone la demostración de que cuantas más personas tomen tratamiento, la posibilidad de infección disminuye en general, la realidad es tozuda y nos dice que, a pesar de los esfuerzos por ampliar los programas de tratamiento, especialmente en los países en vías de desarrollo, un

gran porcentaje de personas sigue sin recibir ningún tipo de terapia. El proporcionar fármacos antirretrovirales a todos los pacientes que lo necesitan, comportará un gran coste no solo en fármacos, sino también en la formación de personal sanitario y la creación de instalaciones para llevar a cabo las pruebas y el seguimiento necesarios. Por este motivo, no cabe duda de que uno de los principales obstáculos para poder aplicar este enfoque es de tipo financiero, sobre todo en estos momentos de crisis, en los que las decisiones en temas de salud parecen guiarse, en muchos casos, por decisiones a corto plazo.

La profilaxis preexposición tampoco está exenta de problemas de distinta naturaleza. El primero de ellos también sería el coste económico que, a su vez, está vinculado con el dilema ético que supone ofrecer fármacos a personas que no tienen VIH cuando hay tantos pacientes que no pueden acceder a ellos, lo que para muchos grupos de activistas equivale a decir que será una herramienta de la que no se podrán beneficiar la mayoría de las personas, especialmente en los entornos más pobres.

Tampoco pueden desestimarse otros temas, como el manejo de los efectos secundarios o la adhesión al tratamiento, que puede desembocar en problemas de salud pública más graves, como la aparición de cepas de virus resistentes a los fármacos incluidos en la PPrE.

En cualquier caso, los expertos dan la bienvenida a estas nuevas estrategias que permiten ampliar el abanico de herramientas para enfrentarse a la epidemia de VIH y advierten de que no deben tratarse como una competencia, sino que todas ellas deben considerarse como complementarias para proporcionar al paciente la opción que más se ajuste a sus necesidades.

No se deberían recortar los fondos para el VIH a China

China se está convirtiendo en una potencia económica por derecho propio y, actualmente, representa el segundo mayor producto interior bruto (PIB) mundial. Amparadas en este hecho, se oyen voces que cuestionan que el país siga recibiendo ayudas internacionales. De hecho, varias ONG implicadas en la lucha contra el VIH en esta república del Asia Oriental afirman que cada vez les resulta más difícil recibir donaciones procedentes de los países con más recursos.

Sin embargo, el director general de ONUSIDA, Michel Sidibé, califica de "gran error" el recorte de la ayuda económica a China para la lucha contra esta epidemia, ya que este apoyo resulta muy valioso para el país.

Así, el trabajo del Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (que destinará 947 millones de dólares a China, 369 para la lucha contra el VIH)

estaba ayudando a crear un vínculo entre el gobierno y la sociedad civil y las ONG para trabajar de forma conjunta. No obstante, la decisión de algunos donantes (como Alemania, España y Dinamarca) de suspender su aportación económica podría afectar a los esfuerzos de esta organización.

El VIH/sida se convirtió en un importante problema para China en la década de 1990, cuando cientos de miles de granjeros sin recursos que vivían en la provincia rural de Henan se infectaron debido a una trama de compra de sangre, que se realizaba sin controles médicos. En la actualidad, la principal vía de transmisión en ese país es la sexual.

Aunque al principio el Gobierno chino se mostró reacio a reconocer la amenaza que suponía la epidemia, ahora parece más decidido a luchar contra el virus, aumentando su inversión en programas preventivos, iniciando medidas para proporcionar

un acceso universal a los fármacos antirretrovirales e introduciendo políticas para poner fin a la discriminación.

Con todo, no puede dejar de señalarse la reprochable actitud china hacia el activismo por los derechos de las personas con VIH. Por ejemplo, un activista, Hu Jia, pasó tres años y medio en la cárcel acusado de subversión por su defensa de la causa de las víctimas rurales del sida.

En China viven 740.000 personas con VIH y, en 2009, 105.000 pacientes presentaban un cuadro de sida.

Fuente:
Reuters Health Information.

Depósito de patentes de antirretrovirales

UNITAID, el fondo internacional para la adquisición de fármacos, ha promovido la creación de un depósito de patentes de antirretrovirales para que las compañías farmacéuticas renuncien a patentes de medicamentos en países incapaces de financiarlos.

La idea surgió al comprobar cómo el precio de los antirretrovirales de primera generación caía alrededor de un 99% en el momento en que las compañías perdían la patente y se empezaban a comercializar genéricos.

La primera de las compañías en participar en el depósito de patentes ha sido Gilead, que permitirá la distribución de tenofovir y emtricitabina (Truvada®, también por separado como Viread® y Emtriva®, respectivamente) genéricos en 111 países; de su fármaco en desarrollo cobicistat en 102 países, y de elvitegravir y la píldora combinada Quad, ambos también en investigación, en otros 99 países.

Los criterios de selección de los estados han provocado malestar en algunos. El Consejo Latinoamericano y del Caribe de ONG con Servicio en VIH/Sida (LACCASO)

ha manifestado su disconformidad con las limitaciones geográficas derivadas del acuerdo, puesto que la mayor parte de la población de América Latina con VIH no podrá beneficiarse del depósito de patentes. Así, Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela han sido excluidos.

En la actualidad, los promotores del depósito de patentes se encuentran en negociaciones con dos compañías farmacéuticas más: Boehringer-Ingelheim y Bristol-Myers Squibb. Si dichas negociaciones resultaran fructuosas, el depósito podría contar ya con un número considerable de antirretrovirales que facilitarían al acceso a muchas personas con VIH de países con recursos limitados. No obstante, como señalaba LACCASO, los criterios de selección deberían ser revisados para ampliar el número de países beneficiados por los acuerdos.

Fuente:
Elaboración propia.

La ignorancia y los prejuicios avivan la epidemia de VIH en Indonesia

El Gobierno de Indonesia se muestra reacio a realizar programas de concienciación sobre el VIH dirigidos a la población general, ya que considera que, en su país, la epidemia es de "bajo nivel y concentrada", y califica las intervenciones en los medios de comunicación como "de elevado coste y bajo impacto".

Sin embargo, Alita Damar, un experto en salud pública, desmonta los argumentos en los que se escuda su gobierno y comenta que el motivo real para no introducir campañas en los medios de comunicación no es el coste económico, sino la ausencia de 'voluntad política'.

Por un lado, al hablar del supuesto 'elevado coste', debería reflejarse con relación a qué, con qué resultados y durante cuánto tiempo.

Respecto al 'poco impacto', el activista considera que queda desmentido por los resultados de un reciente sondeo en EE UU que reveló que seis de cada 10 personas se informaron sobre el VIH/sida gracias a los medios de comunicación.

A pesar de que la prevalencia del virus es relativamente baja en el país, la tasa de nuevas infecciones se ha duplicado en los últimos años y, aunque se acusa de ello principalmente a las trabajadoras sexuales, en realidad existen numerosos factores implicados, como el miedo al estigma, que lleva a que algunos hombres prefieran acusar a este colectivo antes de admitir que la infección se produjo por la relación con otro hombre o por el consumo de drogas.

El experto considera que seguirán produciéndose nuevos casos de infección por VIH, sobre todo entre las mujeres y entre los niños, cuyas madres ignoran que tienen el virus, pero también en el colectivo de

trabajadores sanitarios, o cualquier otra persona, que ignore cómo manejar de manera adecuada a una persona con VIH que esté herida o enferma. La ignorancia también provocará que las aseguradoras dejen fuera de cobertura a esta enfermedad y a quienes la padecen.

Todo esto, a su vez, dificulta la ampliación de los servicios de realización de pruebas, un objetivo principal si la meta definitiva del país es alcanzar la triple cero (cero nuevas infecciones, cero discriminaciones y cero muertes relacionadas con sida).

El autor concluye que la falta de decisión para abordar la actual y generalizada ignorancia acerca del VIH entre la población, escudándose en argumentos falaces de que la epidemia no está extendida, constituye un grave error por el que Indonesia tendrá que pagar.

Fuente:
The Jakarta Post.

La IAS pide a Rusia que modifique sus contraproducentes políticas sobre drogas

El año pasado, la Sociedad Internacional del Sida (IAS), entre otras organizaciones, hizo pública la Declaración de Viena (suscrita por más de 20.000 científicos, artífices de políticas y figuras políticas), en la que se instaba a que las políticas sobre drogas aplicaran un enfoque basado en pruebas que permitiera el respeto y la protección de los derechos humanos.

Sin embargo, Rusia no parece darse por aludida y sigue embarcada en lo que denomina 'guerra contra las drogas', a pesar de que hasta la fecha no ha conseguido frenar la tendencia creciente del número de usuarios de drogas inyectables. Este mes de junio, se estaban debatiendo en el Parlamento ruso unas medidas que prevén penas de prisión para los consumidores e incluso trabajos forzados para los traficantes. Estas nuevas medidas ignoran las pruebas sólidas que demuestran que los programas de reducción de daños resultan eficaces, reducen los comportamientos de riesgo y alivian la gran cantidad de consecuencias sanitarias y sociales que conlleva la dependencia de las drogas.

A este respecto, el director ejecutivo de la IAS afirmó: "En lugar de la criminalización, que ha llevado a unas tasas de encarcelamiento récord y a una elevada carga para el contribuyente, el Gobierno ruso debería abandonar la retórica de 'guerra contra las drogas' e invertir tiempo, esfuerzo y dinero en la rehabilitación, el tratamiento de sustitución, la atención médica coordinada de los casos de usuarios de drogas y la protección frente a la infección por VIH".

En Europa del Este, la principal vía de transmisión del VIH es a través del uso de drogas inyectables, por lo que las barreras legales a medidas preventivas de eficacia demostrada suponen miles de infecciones por VIH y VHC. Además, según la OMS, dichas medidas disminuyen las tasas de infección sin traducirse en un aumento del consumo de drogas.

Fuente:
Comunicado de la IAS.

Nada sobre mí, **sin mí**

En diciembre de 2010, un total de cincuenta y ocho expertos en salud de 18 países asistieron al Seminario Global de Salzburgo (Austria) para plantearse qué papel pueden y deben desempeñar los pacientes en las decisiones relativas a su atención sanitaria. La mayoría acordó un documento que anima a estos y a sus médicos a trabajar de manera conjunta para ser coproductores de salud. Es la llamada Declaración de Salzburgo.

“Imagina una intervención diseñada para mejorar la atención al paciente que hubiera demostrado que es efectiva después de una revisión sistemática de datos, que no tenga efectos adversos graves, que haya sido un elemento central de las políticas de salud durante más de una década, que sea popular entre los y las pacientes, y que cuente, en principio, con el respaldo de la mayoría de médicos. Aunque quizá resulte sorprendente, ya existe una intervención que cumple todos estos criterios: es la toma de decisiones compartida. Se trata de un proceso en el que se anima a los y las pacientes a participar en la selección de aquellas opciones adecuadas de manejo o tratamiento basándose en la mejor evidencia disponible”.

Así empieza un editorial aparecido de manera reciente en la prestigiosa publicación científica *British Medical Journal*, con el título “Apoyar a los pacientes para que tomen las mejores decisiones”, y escrito por Martin Marshall y Jo Bibby, directores de *Health Foundation* —una organización independiente que trabaja para mejorar el sistema público de salud del Reino Unido— y cuyo contenido alienta a seguir las recomendaciones de la Declaración de Salzburgo.

En esta, se pide a los médicos: 1) que reconozcan que tienen un imperativo ético y que, por ello, deben compartir las decisiones importantes con los pacientes; 2) que estimulen el flujo de información en ambas direcciones y animen a los pacientes a formular sus preguntas, explicar sus circunstancias y expresar sus preferencias personales; 3) que proporcionen información precisa acerca de las opciones y de las incertidumbres, beneficios y peligros del tratamiento, de acuerdo con la mejor práctica en comunicación de riesgos; 4) que adapten la información a las necesidades individuales del paciente y le dejen el tiempo suficiente para considerar las distintas opciones; 5) que acepten que

la mayoría de decisiones no necesitan tomarse de forma inmediata, y que faciliten a los pacientes y sus familias los recursos que puedan ayudarles a tomar dichas decisiones.

Se emplaza a médicos, investigadores, editores, periodistas y otras partes implicadas a que aseguren que la información que ofrecen es clara, fundamentada en la evidencia, actualizada, y a que los conflictos de interés sean declarados.

A los pacientes se les alienta: 1) a plantear con asertividad sus cuestiones, preocupaciones y todo aquello que sea importante para ellos; 2) a reconocer que tienen el derecho a ser igualmente partícipes de sus cuidados; 3) a buscar y usar información sobre salud de alta calidad.

Se anima a los artífices de políticas: 1) a que incorporen medidas que fomenten la toma de decisiones compartida, como su mediación, a modo de estímulo para mejorar; 2) a que enmienden las leyes sobre el consentimiento informado a fin de promover el desarrollo de habilidades y herramientas necesarias para la toma de decisiones compartida.

Todo ello es preciso —según los autores— porque gran parte de la atención que reciben los pacientes depende de la habilidad y rapidez para proveer que tenga un médico en concreto, más que de unos estándares ampliamente consensuados acerca de las mejores prácticas o de las preferencias de tratamiento de los pacientes. Los médicos, a menudo, tardan en darse cuenta de hasta que punto los pacientes tienen ganas de implicarse en la comprensión de sus problemas de salud, en el conocimiento de las opciones disponibles para ellos y en la toma de decisiones que tengan en consideración sus preferencias personales.

Para muchos pacientes y sus familias —añaden estos expertos—, resulta difícil desempeñar un papel activo en



decisiones sobre la atención sanitaria. Algunos, por falta de confianza para preguntar a los profesionales. Otros, porque tienen un conocimiento limitado sobre la salud y los factores que la determinan, y porque no saben dónde encontrar información que sea clara, fidedigna y fácil de entender.

En opinión del que escribe, muchos pacientes, algunos médicos, personal sanitario, amigos, familiares, profesionales y, en general, las personas implicadas en el campo del VIH hemos estado, desde el principio, en la vanguardia de este giro que, de forma ineludible, deben dar los sistemas sanitarios y que puede resumirse con el mantra que, desde el principio de la epidemia, nos inspira a quienes hemos hecho del activismo un modo de defender nuestra causa: “Nada sobre mí, sin mí”.

Referencias:

La versión original en inglés *The Salzburg Statement* está disponible en: www.bmj.com/content/342/bmj.d1745.full

MARSHAL M AND BIBBY J. *Supporting patients to make the best decisions. BMJ 2011; 342:d2117.* Disponible en: www.bmj.com/content/342/bmj.d2117.short?rss=1

ConTacto

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: 1454

Mujer, 44 años, VIH+ (asintomática) y soltera. Interesada en temas y asuntos sociales. Me gustaría entablar relación con chico de edad similar y buena gente. Norte de Castellón. E-mail: guiller1967@hotmail.es

Ref: 1455

Javier, 52 años, VIH+. No consumo y no bebo ni fumo. Soy cariñoso y atento. Desearía conocer chica para relación seria. Valladolid. E-mail: javierprie1959@yahoo.es

Ref: 1456

Manolo, 55 años, VIH+. Me gustan los juegos de mesa, las películas de risa y la naturaleza. Me gustaría conocer mujeres cariñosas y positivas. Algeciras. Telf.: 647 012 519. E-mail: manolo_maza@hotmail.es

Ref: 1457

Pablo, 49 años, VIH+, 1,71m; valenciano. Busco amigos/as para relación postal, por estar privado de libertad.

Ref: 1458

Luis, 37 años, VIH+. La soledad

puede llegar a matar o hacer enloquecer. Busco amistad por correspondencia con chicas de entre 18 y 44 años. Privado de libertad.

Ref: 1459

Mujer, 45 años, VIH+, morena y de pelo corto; peso 53kg. Busco amigo o compañero de camino para disfrutar de la vida. Vivo en Ávila, pero soy de Málaga. E-mail: nuevavida@hotmail.com

Ref: 1460

Mujer, 45 años, VIH+. Busco a hombre que me comprenda y haga feliz, que sea comprensivo, libre de pensamientos y actitud. Espero encontrar lo que siempre he buscado en la vida. E-mail: simira_66@yahoo.com

Ref: 1461

Elvia, 48 años, VIH+. Me gustan las relaciones estables y compartir con los demás. Busco hombre de 50 años o más de Madrid, que sea serio y responsable. Telf.: 665 739 579.

Ref: 1462

Hombre, 51 años, VIH+ (asintomático), heterosexual, atractivo,

jovial, inquieto e incansable. Busco amiga y compañera de viaje en el más amplio sentido. Barcelona. E-mail: jmongomez@hotmail.com

Ref: 1463

Chico, 28 años, VIH+ (asintomático). Desearía conocer chicos seropositivos para intercambiar experiencias y mantener relación de amistad. México. E-mail: cguerrero5@hotmail.com

Ref: 1464

Hombre, 35 años, VIH+ (asintomático), versátil, más bien pasivo; 1,70m, 65kg. Saludable, serio y sociable. Me gustaría conocer hombre para amistad, compartir experiencias o posible relación de pareja. Castilla y León. E-mail: segab66@hotmail.com

Ref: 1465

Chico, 51 años. Tengo ganas de poder compartir cosas con alguien. Me gustaría contactar con una mujer, si puede ser que tenga las mismas ganas de vivir que yo. Barcelona. Telf.: 607 591 054. E-mail: j.rebollar@hotmail.es

Ref: 1466

Imma, VIH+. Me encuentro sola. Me gustaría conocer hombres para amistad, de 50 años o más, que residan en Madrid o alrededores, me da igual etnia o nacionalidad. Telf.: 692 472 766.

Ref: 1467

Hombre, 51 años, VIH+ (asintomático) y gay. Cansado de la soledad, deseo compartir mi vida con un chico para una amistad en común o para formar posible pareja. Bizkaia. E-mail: alakrana-22@hotmail.com

Ref: 1468

Elena, metida en los 40, VIH+ (asintomática), transexual, femenina, atractiva y sensible. Espero a mi compañero del alma, un hombre activo, que desee compartir el verdadero amor. Telf.: 649 040 288. E-mail: helenacarretero40@yahoo.es

Ref: 1469

María, 43 años, VIH+ (asintomática). Busco chico sano, honesto, educado, cariñoso, sociable y atractivo. Ofrezco lo que busco. Castellón. E-mail: marinmaria68@gmail.com

Ref: 1470

Transexual, VIH+, rubia, 1,73m, 68kg; muy cariñosa y comprensiva. Me encanta la playa y la naturaleza. Me gustaría conocer machos con VIH, para tener plena libertad de sentimientos. Tenerife. Telf.: 666 111 960. E-mail: marciahent@hotmail.es

Ref: 1471

Angie, 36 años, peruana, transexual, tranquila, simpática y cariñosa. Me gustan los animales, el cine y el campo. Busco hombre serio, sincero, trabajador y sin vicios. Telf.: 644 328 464. E-mail: angie_5606@hotmail.com

Ref: 1472

Méndez, 33 años, VIH+, con buen estado físico y de salud. Me interesan mujeres de menos de 40 años, extranjeras. En mi país creen que van a morir si están conmigo. República Dominicana. E-mail: edrin25@hotmail.com/edrin77@yahoo.es

Ref: 1473

Juan, 45 años. Busco a mi chica para vivir la vida. Madrid. E-mail: jjuzgadoferreira@hotmail.com

Ref: 1474

Colombiano, 45 años, gay, 1,85m, 85kg; rubio y varonil. Busco hombre de entre 30 y 45 años, trabajador, sano y educado. Ciudad Bucaramanga (Colombia). Telf.: 311-5025811. E-mail: rafaelgp66@hotmail.com

Ref: 1475

Javier, 46 años. Me gusta la tranquilidad, el campo, leer, escribir y el rock & roll. Desearía conocer alguna mujer de Zaragoza o alrededores y compartir aficiones. Llámame a partir de las 17:00h. Telf.: 687 590 567.

Ref: 1476

Chico, 45 años, VIH+ (asintomático), pasivo, cariñoso y delgado. Busco señor mayor de 50 años, activo y dominante. Con

sitio en Valencia para esporádicos, sin malos rollos. E-mail: heracles.gilgil57@gmail.com

Ref: 1477

Transexual, 42 años, rellenita, sincera y buena persona. Me gusta viajar y también los animales. Busco relación estable con un hombre formal, alto y que viniera a Galicia. Telf.: 680 436 640/682 888 846. E-mail: naimapedreiras@hotmail.com

Ref: 1478

Hombre, 43 años, divorciado. Me gusta viajar. Busco mujer formal para relación estable, de media estatura y edad similar. Que quiera venir a vivir conmigo a Galicia. Telf.: 664 664 148.

Ref: 1479

Gerardo, 44 años, 1,80m, 68kg; recién divorciado y acabando condena. Me cartearía o lo que surja con mujeres jóvenes y extranjeras con problemas de papeles. Contestaré a todas.

Ref: 1480

Mujer, 43 años, VIH+ (asintomática). Busco hombre para compartir el futuro. Soy de Catalunya. E-mail: lastrum4444@gmail.com

Ref: 1481

Ramón, 38 años, VIH+. Después de mucho tiempo de no querer darme cuenta de la realidad, he decidido afrontarla. Desearía ponerme en contacto con gente en la misma situación y entablar amistad. E-mail: vasquito2009@hotmail.com

Ref: 1482

Miguel, 46 años, VIH+, 1,65m, 67kg. Me gusta el mar, la natación y viajar. Desearía conocer una buena compañera, para empezar una relación desde cero. Actualmente privado de libertad. Soy de Málaga.

Ref: 1483

Pablo, 52 años, VIH+. Me gustaría contactar con personas en mi misma situación para amis-

tad. E-mail: pabloriospriet@gmail.com

Ref: 1484

Tomás. Busco chica de entre 30 y 40 años, comprensiva y cariñosa, a quien le gusten los animales y el campo. Independiente económicamente; para poder irnos juntos a vivir a mi casa de campo cerca de Madrid. Telf.: 677 386 862.

Ref: 1485

Fernando, 34 años, amistoso y alegre. Busco amiga. Soy de Lima (Perú). E-mail: fernandonq1574@hotmail.com

Ref: 1486

Antonio, 45 años, VIH+, gay, pasivo y con una pequeña minusvalía en la pierna. Me encuentro solo. Me gusta la naturaleza. Me gustaría hacer amigos afines para salir y charlar, más o menos de mi misma edad. Madrid. E-mail: acm70@hotmail.com

Ref: 1487

Toni. Me gustaría conocer una chica de entre 35 y 45 años, para formar pareja. Sin drogas. No me importa que sea extranjera; si vamos en serio, tengo piso. Barcelona. Telf.: 667 262 768.

Ref: 1488

Alberto, VIH+. Me gustaría conocer mujeres de entre 30 y 45 años, que se encuentren en mi misma situación. Lérida. Telf.: 661 117 329.

Ref: 1489

Marc, 42 años, VIH+; 1,70m, 65kg. Con pelo largo color castaño. Me gusta la montaña y los animales. Privado de libertad. Busco amiga para conocernos, y si surge algo más... Lérida.

Ref: 1490

Hombre, gay, 40 años y VIH+. Bien física y emocionalmente. Educado, con inquietudes. Me gustan muchas cosas, por ejemplo, viajar. Desearía contactar con gente similar para

amistad, no descarto nada. E-mail: luis.sitges@yahoo.es

Ref: 1491

Es bueno tener con quien compartir sentimientos. Al conocer la enfermedad que tenemos, es difícil tratar con personas sanas por miedo a ser rechazados. Deseo tener amigos afines, incluso encontrar pareja. E-mail: francisca-mormon@hotmail.com.ar

Ref: 1492

José Hamed, 35 años, 1,80m y moreno. Simpático y bueno. Privado de libertad. Necesito amor, un abrazo en mi corazón y unas palabras que cambien mi vida. Quisiera conocer chicas de entre 30 y 40 años.

Ref: 1493

José, 40 años, atractivo, sincero y cariñoso. Busco una estrellita, que está perdida por el cielo, para amistad y posible relación. Barcelona. Telf.: 677 750 739. E-mail: joedusman@hotmail.es

Ref: 1494

Hombre, 50 años, VIH+, 1,80m. Amante de la naturaleza y la comida vegetariana. Busco mujer de entre 40 y 50 años para relación. De Valencia o alrededores. Telf.: 658 346 829. E-mail: vicent960@msn.com

Ref: 1495

Mujer, 43 años, VIH+ (asintomática). Separada y con hijos. Fumo, no hago deporte, con barriga doméstica y gran sentido del humor. Siempre he sido buena. Comparto experiencia, amistad o lo que surja, con madres también. Zaragoza.

Ref: 1496

Chico, 25 años. Busco hombre de entre 30 a 45 años, para relación. Que esté bien físicamente, educado y solvente, abierto en la pareja y sin escarceos en solitario. Que le guste viajar, el campo, salir de marcha, el cine... E-mail: belo-ra86@gmail.com

en la web

www.navegaseguro.es

Navega Seguro es un portal dirigido a hombres gais y bisexuales con información sobre diferentes aspectos relativos al cuidado de la salud sexual. La web tiene un formato de cómic interactivo de contenido explícito que



facilita la selección de información, en función del tema que aborde el capítulo (prácticas sexuales, salud sexual en pareja, infecciones de transmisión sexual, negociación del preservativo, influencia del consumo de sustancias, prueba del VIH, PPE, homofobia...). Los personajes reflejan las diferentes realidades (sexuales y vitales) del colectivo gay y explican de qué manera viven ellos el cuidado de su salud sexual. La web utiliza un lenguaje adaptado a la realidad de la calle, directo y claro. Desde el portal se promueve la no discriminación de los gais seropositivos y la normalización de la comunicación del estado serológico.

www.sexyfingers.org



Los materiales de la organización francesa AIDES suelen ser atractivos, impactantes y, a veces, polémicos; por lo que nunca dejan indiferente. La animación para su campaña *Juste un doigt pour se faire dépister du sida* (Con un dedo basta para hacerse la prueba del VIH), que hasta ahora podía verse en Youtube, ha sido restringida como contenido para adultos. De momento, sigue disponible en la página principal de la organización: www.aides.org

<http://actuable.es/peticiones/no-discriminacion-vih-y-sida>

En el enlace de arriba puedes sumarte a la campaña **No discriminación por VIH y sida**, una acción promovida por el Observatorio de Derechos Humanos de RedVIH.

NO DISCRIMINACIÓN

Observatorio de Derechos Humanos y VIH/sida

www.redvih.org

La recogida de firmas estará abierta hasta el 30 de noviembre de 2011, después serán enviadas al Gobierno español para instarle a no bajar la guardia ni reducir los recursos en su compromiso para erradicar el estigma y la discriminación asociada al VIH y el sida.

La campaña es participativa: se han editado unos carteles donde puedes escribir tu propio lema, idea o reivindicación, tomar una foto y compartirla en Facebook:

<http://es-es.facebook.com/pages/Campa%C3%B1a-No-discriminaci%C3%B3n-por-VIHsida-Recogida-de-firmas/225102380852168>



Puedes solicitar los carteles en observatorio@redvih.org

PUBLICIDAD

WWW.PUNTOPEOPLE.COM

P
people

-Haz amigos, encuentra el amor y comparte experiencias.

-Relaciones personales VIH.

-Fácil, privado y seguro.

-REGÍSTRATE YA!!!

ASIMA (Asociación Ciudadana Anti-sida de Málaga)

Asima es un movimiento ciudadano malagueño, que sobrevive desde hace 20 años gracias a la colaboración y el esfuerzo de voluntarios y voluntarias, trabajadores y todas las personas que acuden y confían en el trabajo de esta Asociación. Cofundadora de FASUR, la primera plataforma antisida de Andalucía, Asima es uno de los comités más antiguos de España, declarada recientemente de utilidad pública por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPS) y el Ayuntamiento de Málaga. La base de su trabajo la encontramos en su enorme potencial humano: personas que viven y entienden la problemática del VIH de una manera integral. Se trata de un ente vivo que se vertebra desde el CAIVH (Centro de atención e informa-

ción sobre VIH), el lugar desde donde se dirigen los pasos de la asociación: una oficina abierta para solucionar dudas, hacer consultas, que ofrece atención urgente, acompañamiento, la realización de pruebas de detección del VIH, etc.

Otros servicios de la asociación son: la casa de acogida —que ha vivido una remodelación total durante el último año—; atención y apoyo psicológico; el programa del hospital materno-infantil, donde trabajamos con niños, niñas y adolescentes; la creación y difusión de campañas de concienciación; cursos específicos sobre VIH para personal sanitario, profesionales del sexo, reclusos y reclusas, HSH, jóvenes, mujeres y población en general; y, por último, talleres de formación, como el taller de costura ('Yo

reciclo') o el taller de jardín ('Yo también soy verde').

Para recordarnos quiénes somos, quiénes fuimos y quiénes queremos ser, una vez al año tomamos las calles de Málaga —el día 1 de diciembre— y reivindicamos que, a pesar de la que está cayendo... ¡Tenemos derecho a nuestra fiesta, a visibilizarnos y a mostrar que somos ciudadanos y ciudadanas de primera!

Asima es un recurso del que nos sentimos muy orgullosos y que os animamos a conocer.

info@asima.org
<http://www.asima.org/>
<http://facebook.com/asima.malaga>
<http://www.asima-recicla.blogspot.com/>

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

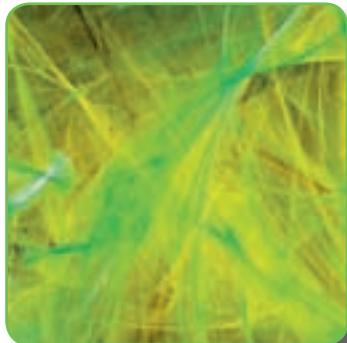
Araba: Vitoria-Gasteiz: C.C.Anti-Sida 945 257 766 **Alicante:** Cips 900 702 020 Decide-T 600 968 210 Benidorm: Amigos 965 862 812 **Almería:** Colega 950 276 540 **Asturias:** Gijón: C.C. Anti-Sida 985 338 832 Oviedo: Xega 985 224 029 **Badajoz:** Plataforma Diversidad 924 259 358 **Balears:** Mallorca: Ben Amics 971 723 058 ALAS 971 715 566 **Barcelona:** Acas Catalunya 933 170 505 AUMMO 615 681 422 Comitè 1r de desembre: 933 056 888 Creación Positiva 934 314 548 Coordinadora Gai-Lesbiana 932 980 029 Gais Positius 932 980 642 gTt 932 080 845 P.A.I.T 934 240 400 Projecte dels Noms 933 182 056 Sida-Studi 932 681 484 Stopsida: 934 522 435 Sabadell: Actúa Vallès 937 271 900 **Bizkaia:** Bermeo: Txo-Hiesa 946 179 171 Bilbo: Comisión antisida 944 160 055 Hegoak 944 701 013 Itxarobide 944 449 250 T-4 944 221 240 **Burgos:** C.C.Anti-Sida 947 240 277 **Cádiz:** Arcadia Cádiz 956 212 200 Colegades Colectivo LGTB 956 226 262 Algeciras: C.C.Anti-Sida 956 634 828 La Línea: C.C.Anti-Sida 956 237 146 Arcos de la Frontera: Girasol 956 717 063 **Cáceres:** C.C.Anti-Sida 927 227 613 **Castellón:** A.C.Contra el Sida (Casda) 964 213 106 **Ceuta:** Asociación El Rumor 900

101 867 (Línea Gratuita) **Córdoba:** Colega Sur Córdoba 957 781 697 Prevención y Solidaridad del Sida 957 430 392 **Fuerteventura:** ALTIHAY: 928 859 358 **A Coruña:** C.C.Anti-Sida 981 144 151 Santiago de Compostela: C.C.Anti-Sida 981 573 401 Ferrol: Lazos 981 350 777 **Girona:** ACAS Girona 972219282 ACAS Olot 972272136 ACAS Figueres 972672167 ACAS Sant Feliu de Guíxols 972324005 **Granada:** AVALON 958210200 El Mundo al Revés 650 467 690 Colega 958 100 727 NOS 958 200 602 **Guipuzkoa:** San Sebastián-Donosti: ACASGI 943 290 830 Oiartzun: Harri Beltza 943 493 544 **Huelva:** A.C.C.Anti-Sida 959 152 427 Colega 959 284 955 **Huesca:** Fundación Pyto. Cruz Blanca: 974 243 042 **Jaén:** Colega 953 222 662 **Lanzarote:** Faro Positivo 928 801 793 **Las Palmas de Gran Canaria:** Amigos contra el Sida 928 230 085 **Lleida:** A.Anti-Sida 973 261 111 **León:** C.C.Anti-Sida 987 177 999 Ponferrada: Asociación Caracol 987 414 349 **Logroño:** C.C.Anti-Sida 941255550 **Lugo:** C.C.Anti-Sida 982263098 / 610 334 134 **Madrid:** Apoyo Positivo 913 581 444 COGAM Gay-Inforn 915 230 070 Colega 915 211 174 FIT 915 912 019 MADVIHDA 912 503 251 UniverSIDA 917 784 995 **Málaga:** A.C.Anti-

Sida (ASIMA) 952 601 780 Colega 952 223 964 **Murcia:** AMUVIH 626 029 002 C.C.Anti-Sida 968 298 831 Cartagena: C.C.Anti-Sida 968 521 841 **Ourense:** C.C.Anti-Sida 988 233 000 **Palencia:** C.C.Anti-Sida 979 105 705 **Pamplona:** C.C.Anti-Sida 948 212 257 SARE 948384149 **Pontevedra:** CCANVIHAR Vigo: 986 164 168 Vilagarcía de Arousa: 986 508 901 Pontevedra: 695 557 373 **Salamanca:** C.C.Anti-Sida 923 219 279 **Santander:** A.C.Cántabra Anti-Sida 942 313 232 **Sevilla:** ADHARA 687 245 264 DeFrente LGTB 693 493 926 Colega 954501377 **Tenerife:** Unapro 922632971 **La Palma:** Info/Sida 922 402 538 **Valencia:** Col-lectiu Lambda 963 342 191 Avacos 963 342 027 C.C.Anti-Sida Comunidad Valenciana: Oficinas y NAIF 963 920 153 Centro de Día EL FARO 963 910 254 CEA Marítim: 963 920 592 **Valladolid:** C.C.Anti-Sida 983 358 948 **Zamora:** C.C.Anti-Sida 980 534 382 **Zaragoza:** C.C.Anti-Sida 976 438 135 OmSIDA 976 201 642.

Estatales: Información sobre VIH/Sida: 900 111 000 Plan Nacional sobre el Sida, gestionado por Cruz Roja Española. CESIDA: 902 362 825 FUNSIDA: 947 240 277 Plataforma NATC: 948 331 023 REDVIH: 934 584 960

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



aprende

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

cuídate



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



actualízate

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

consúltanos



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



participa

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

www.gtt-vih.org