

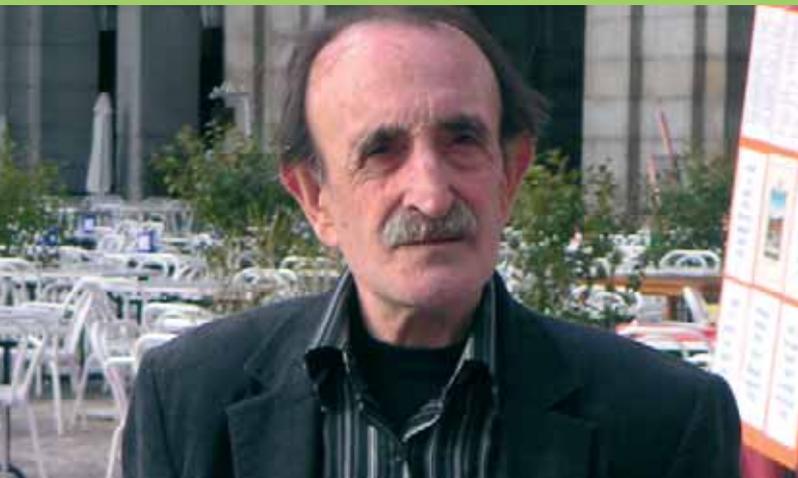
LO+POSITIVO

Núm.33-PRIMAVERA 2006

PUBLICACIÓN GRATUITA SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH



Veteran@s



ADemás:
Para qué contarte
La vagina es divina
La integrasa: ¿ahora sí?

CONTACTO

Para responder a un contacto:

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

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



Para poner un contacto:

- 1º Escribe un texto no superior a 30 palabras junto con tus datos postales, para que podamos enviarte las respuestas.
- 2º Nos lo mandas a la **nueva dirección** de gTt: c/ Sardanya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona

Ref: 509

Chico, 39 años, de Vizcaya, VIH+/VHC+, no fumador. Busca chica cariñosa y sincera para compartir esta vida. Si quieres envía foto.

Ref: 510

Ya me he cansado de mi decisión de vivir sola, por miedo a enamorarme y sufrir. Tengo 45 años, atractiva y extrovertida, Busco a un hombre estable en todos los aspectos para poder ser felices junt@s. Espero tu carta.

Ref: 511

Hola, me llamo Arturo y tengo 29 años. Soy moreno con ojos castaños, mido 1,76m y peso 68kg. Estoy privado de libertad y me encuentro muy solo. Si lo deseáis, escríbme: no os defraudaré.

Ref: 512

Fran, 43 años, VIH+, pero sin ninguna enfermedad, con paga justa para vivir dos. Busco a compañera fiel, sincera y hogareña, para poder formar un hogar y hacernos viejecitos junt@s y ser felices.

Ref: 513

Chica VIH+, indetectable, 44 años, atractiva, del sur. Con muchas ganas de vivir, de enamorarme y de compartir mi vida con alguien similar. Espero encontrarte pronto. Besos.

Ref: 514

Chico, 39 años, alto, buen aspecto y con un corazón saturado de amor. Me gustaría conocer a hombre maduro y que, al igual que yo, desee amar y ser amado. Alguien a quien cuidar, amar y respetar siempre. Almería.

Ref: 515

Daniel, 46 años, 1,73m, ojos verdes, me gusta la naturaleza, vivo en el campo solo. Quiero conocer a mujer (preferiblemente algo delgada) para una relación estable.

Ref: 516

Íñigo, Bilbao, 39 años, indetectable. Deseo escribirme con chicas sin otro objetivo que contarte mis esperanzas y que me cuentes algo. Estoy preso en Basauri.

Ref: 517

Chico de 38 años, VIH+. Vivo en Madrid. Me gustaría conocer a un chico y formar pareja. Soy rubio, ojos azules, atractivo, alto. Me gusta viajar, el cine, teatro y la naturaleza. Busco alguien especial; tengo ganas de vivir. awiolow@hotmail.com

Ref: 518

Isabel, 41 años, VIH+, de Valladolid. Busco formar un grupo de amig@s, gente sana y divertida para salir, pasear, camppear y sobre todo disfrutar a pesar de los pesares. Teléfono: 609.79.19.73

Ref: 519

Eva, 37 años, muy bien por dentro y por fuera, marchosilla, le gustaría conocer chicos que vivan en Barcelona y alrededores, y que les guste disfrutar de la vida. Un besazo.

Ref: 520

Vicente, heterosexual, 38 años, 1,70m, castaño. Sin enfermedades, en prisión pero saliendo de permiso y esperando tener grado. Desearía cartearme con chicas a poder ser asturianas de todas las edades.

Ref: 521

Chica de 45 años, VIH+ estable. Honesta, alegre y sensible, con inquietudes sociales y culturales, de aspecto y espíritu juvenil. Busco hombre con similares gustos, valores y circunstancias. Vida sana. Contestaré.

Ref: 522

Me llamo Manuel, soy de Barcelona y tengo 41 años. VIH+ asintomático y VHC+. Soy sincero, cariñoso y sentimental. Me gustaría encontrar chica para amistad, o lo que surja. No me gustaría acabar solo.

Ref: 523

Me llamo Pedro, hetero, moreno, ojos azules, 1,80m, 75kg, VIH-, VHC+ de Gijón. Quisiera cartearme con cántabras o asturianas. Soy sencillo y cariñoso, legal y dicen que atractivo. Os espero.

Ref: 524

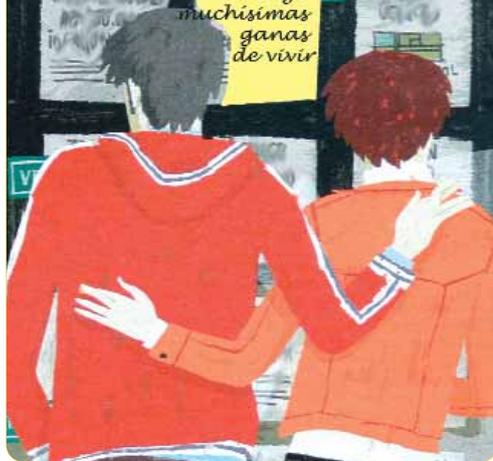
Chico de 38 años, cariñoso, mimoso, pasivo, busca amigo para amistad y lo que surja, de Madrid. Contestaré a todos.

Ref: 525

Hola, me llamo Juan, 40 años, 1,80m y 70kg. Soy moreno, ojos verdes. Lo que más valoro es la honestidad y la sinceridad. Busco mujer de 33 años aproximadamente para relación sana. Foto. Contestaré.

Ref: 526

Chico de 30 años, VIH+ asintomático, 1,70m, 62kg, ojos verdes. Busca su media naranja o amistad con chicas de Murcia o toda España. Tengo coche y trabajo. Besos



OPINIÓN

- 4** Por la no discriminación **5** *In memoriam* Steve Harvey **6** Con un poco de tacto y Una bonita aventura **7** Entrar en EE UU **8** ¿Reinserción?
- 9** De supervivientes a viv@s **12** La vagina es divina **14** En Guatemala del dicho al hecho **15** Ahora que te tengo

EN PERSONA

16 Veteran@s



CENTRALES

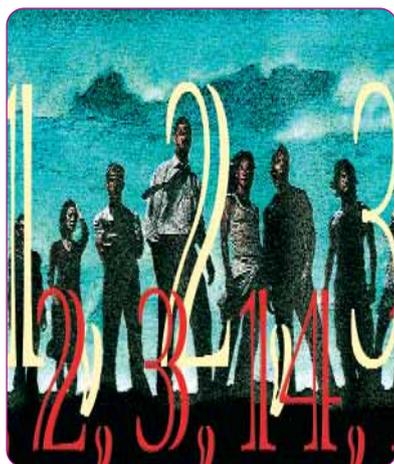
28 Historia de un virus

CUIDARSE

36 Sueños imposibles

A CIENCIA CIERTA

- 34** La integrasa: ¿ahora sí? **36** ¿Cómo vas, corazón?
- 38** Monoterapia virtual **40** Optimizar **42** Microbicidas vaginales **44** Flashes informativos



AL DETALLE

- 46** ¿Se transmite la hepatitis C por vía sexual? **48** Para qué contarte **51** Representatividad **52** Se requiere una Aldea Global **53** ¿Te suena MTV? **55** Recursos en internet
- 56** Apoyo Positivo



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

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

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

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

La generación perdida

Hace 25 años. Hace un cuarto de siglo que vivimos oficialmente con el VIH. La oficialidad la dio EE UU, no podía ser de otra manera, cuando empezó a informar de una poco conocida variedad de neumonía que estaba acabando con la vida de hombres gays en el país. Ahora sabemos que el VIH ya llevaba años en Occidente y décadas en África, donde es muy probable que surgiera como una transposición de un virus de los primates no humanos.

Al principio se habló de las cuatro «haches»: heroinómanos, homosexuales, hemofílicos y haitianos. Cada una de las cuatro condiciones, que encerraban su propia connotación de condena moral en el imaginario social (la búsqueda autodestructiva del placer, la perversión corporal, el defecto genético hereditario y el extranjero exótico y amenazante), ha tenido su propio recorrido.

Encerrados en el círculo de la confusión por la otorgada identidad de víctima inocente, los hombres hemofílicos no han sido visibles en el VIH. Las nuevas técnicas de selección genética, que pueden convertir en historia la hemofilia, al menos en los países con recursos, aumentan todavía más la sensación de soledad y enajenación.

Los haitianos han dejado de ser la excepción extranjera, porque la construcción social de la imagen del inmigrante portador de enfermedades infecciosas se ha extendido a todos los procedentes de países en desarrollo, y ahora Haití sólo nos suena como la mitad de una isla en permanente guerra civil donde España ha tenido tropas destacadas hasta hace poco.

Los hombres gays de este país viven en la contradicción entre la igualdad de derechos, si se opta por la normalidad, y el ostracismo político, si se prefieren formas alternativas de relaciones sexo-afectivas. La visibilidad mediática del movimiento de gays y lesbianas se ocupa del VIH de forma oportunista, con un discurso paternal entre autoritario y compasivo, cuya evanescencia la testimonian quienes son prueba viviente de una época de histeria y desesperación.

Sin menoscabar otras verdades, la generación perdida española de los ochenta es la de l@s usuari@s de heroína, una droga que estuvo presente hasta niveles hoy día inimaginables en nuestros barrios, calles y plazas. Una sociedad que no afrontó (ni ha afrontado) el daño emocional provocado por la larga pesadilla del franquismo católico, se encontró casi sin darse cuenta con decenas de miles de jóvenes consumiendo una sustancia ilegal, estigmatizada, asociada al crimen y a la degradación personal y familiar.

El Estado tardó mucho en reaccionar, y alguien debería pedirle cuentas por ese fracaso histórico. La mayoría de es@s jóvenes murieron, por SIDA o por sobredosis, en nuestros portales o en los descampados (y aún hoy sucede). Una minoría sobrevivió, con importantes desafíos sociales, personales y de salud, a los que sólo tímidamente se ha dado alguna, escasa, respuesta.

En este número escucharéis a cuatro supervivientes. Tenemos que hacer todo lo posible para que sigan dignamente entre nosotr@s, por un básico sentido de la solidaridad y como muestra de que hemos aprendido algo. Si es que es así.

El legado Chamorro

La Secretaria del Plan Nacional del SIDA, Lourdes Chamorro, dejó su cargo el pasado 12 de abril para irse a trabajar a la Comisión Europea, en Bruselas. Han sido dos años y medio de gestión cuyo legado es, por decirlo de alguna manera, poco estimulante.

Cierto es que los casos de SIDA (que no de VIH) siguen estables a la baja, lo mismo que los fallecimientos también por SIDA, oficialmente definido, pero en el momento de la partida de la Secretaria los problemas heredados de su predecesor, Francisco Parras, son los mismos, más algunos nuevos: enredo judicial del registro de casos por VIH (SINIVIH), amplia extensión de la discriminación, repunte de la incidencia de la transmisión sexual, persistencia de la mortalidad por fallo del hígado, falta de estrategia en SIDA y desarrollo y en nuevas tecnologías de la prevención (vacunas y microbicidas), y no cuestionamiento de las políticas neorrepresivas de otras administraciones hacia grupos socialmente vulnerables, como las trabajadoras del sexo o personas sin techo. Todo se resume en que Lourdes Chamorro nos ha abandonado sin haber dejado lista, o al menos hilvanada, su orientación básica, el Plan Multisectorial 2006-2010.

La llegada de una mujer joven y especializada en salud pública nos pareció a much@s una bocanada de aire fresco. Pronto esas expectativas se vieron frustradas. La Dra. Chamorro ha sido tal vez una buena burócrata, pero una deficiente política para una responsabilidad que necesita imaginación, audacia y liderazgo, como hemos repetido en diversas ocasiones. Esperamos que fuera encaje mejor que aquí.

EL EQUIPO DE LO+POSITIVO SOMOS:

Georgina Fabrés
Jaume Fabrés
Xavier Franquet
Juane Hernández
William Mejías
Sònia Pérez
Àngela Sanz
Joan Tallada
M^e José Vázquez
Marion Zibelli

EN ESTE NÚMERO HAN COLABORADO:

Esther Benegas
Paul Cummings
Montserrat Moliner
Unai
Miguel Vázquez

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

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

REDACCIÓN:

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

IMPRESIÓN:

Jesse & James Design, S.L.
Tf: +34 932 156 440
Depósito Legal: B-40431-97

CON EL PATROCINIO DE:

Laboratorios Abbott
Boehringer Ingelheim
Chiron Ibérica
Gilead Sciences
GlaxoSmithKline
Merck Sharp & Dohme
Productos Roche
Schering-Plough
Tibotec Virco

CON LA COLABORACIÓN DE:

- **Diputació de Barcelona**
Salut Pública i Acció Social
- **Generalitat de Catalunya**
Departament de Salut
Programa de la SIDA
- **Ministerio de Sanidad y Consumo**
Plan Nacional sobre el SIDA

Y EL APOYO DE:

Iniciativa Internacional por una Vacuna para el SIDA (IAVI)

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

La información científica tiene una validez de tres meses.

Miembro del
Grupo
Iberoamericano
de Publicaciones
sobre el VIH



Informe de la oficina por la no discriminación

Plataforma de Trabajo Sexual y Convivencia (PTSC)



Desde la PTSC, queremos dejar constancia y denunciar en la Oficina por la No Discriminación (OND) del Ayuntamiento de Barcelona, los abusos, la vulneración de derechos y las arbitrariedades con que los cuerpos de Seguridad de Barcelona están aplicando la "Ordenanza para fomentar y garantizar la convivencia en la ciudad de Barcelona", en el marco del ejercicio del trabajo sexual.

Tras tres meses de la puesta en vigor de la normativa, el acoso, la coacción y la represión hacia las personas que ejercen trabajo sexual en la vía pública han sido sistemáticos.

Hemos recibido y recurrido unas 300 multas, que han sido alegadas jurídicamente, dado que en su mayoría han sido interpuestas de forma arbitraria y sin que haya tenido lugar ninguna de las conductas sancionables tipificadas en la ordenanza.

Por otro parte, la presión, la vulneración de derechos y la persecución a la que están siendo sometidas las personas que ejercen trabajo sexual en la vía pública se concretizan en:

1. Multas por:

- Encontrarse en el interior de un café en las zonas donde se realiza trabajo sexual.
- Estar sentadas en algún banco de la misma zona.
- Estar reunidas en grupos de 2 o 3 personas en la calle.
- Entrar o salir de su domicilio.
- Caminar por esas zonas o esperando el transporte público.

2. Amenazas tales como:

- Llevarlas a la comisaría si no firman las multas interpuestas.
- Decomisarles el dinero que lleven consigo.
- Extraditarlas a sus países de origen.
- Retenerles el pasaporte, el NIE o la documentación que posean.
- Llevarlas al Centro de Internamiento de la Verneda.

Estas últimas amenazas están comenzando a transformarse en acciones concretas, utilizando la normativa como excusa para solicitar la documentación y aplicar el Reglamento de la Ley de Extranjería, o bajo la excusa de comprobar la validez de los pasaportes.

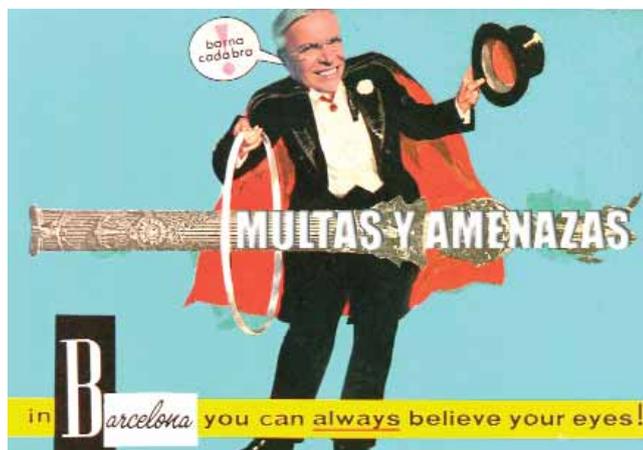
3. Otras acciones:

Observando que las multas perdían efectividad como elemento coercitivo, se han comenzado a utilizar otros mecanismos que se encuentran, aún más, en el límite de la inconstitucionalidad:

- Utilización de efectivos de paisano, que se hacen pasar por clientes para detectar a las mujeres, incitarlas a negociar un servicio y multarlas.

- Cacheos injustificados en servicios públicos, bares y dotaciones de la Guardia Urbana.
- Entradas a pisos donde las personas que ejercen trabajo sexual viven o alquilan habitaciones amenazando, si se niegan a abrir, con "echar la puerta abajo".
- Registros en libretas de datos personales y privados de las mujeres (nombre, documento de identidad, domicilio, horario de trabajo, precios, etc...)
- Esperas frente a las porterías de los pisos donde viven o trabajan para imponerles la multa, antes de entrar o a la salida.
- Entradas detrás de alguien que abre la puerta de acceso a pisos privados donde las mujeres ingresan, para controlarlas, vigilarlas y multarlas.

- Aplicación en la mayoría de los casos del artículo 79d por desobediencia a la autoridad que supone denuncias que podrían derivar en sanciones penales.



Destacar también que esta situación de indefensión es, además, aprovechada por personas que, haciéndose pasar por agentes de los cuerpos de seguridad, exigen servicios sexuales coaccionados sin remuneración, ofrecen tramitación de papeles a cambio de dinero, etc.

Con lo todo lo expuesto, queremos reafirmar y denunciar que los Cuerpos de Seguridad de Barcelona están actuando de

forma arbitraria y discriminatoria, excediendo tanto el ámbito de aplicación de la normativa –que es exclusivamente la vía pública–, como a través de sus conductas violentas y represivas.

Nuestra intención es transmitir toda esta información, recabada y constatada por las entidades que conforman la Plataforma de entidades, para que se lleven a cabo las acciones pertinentes para reducir la situación de indefensión, vulnerabilidad y discriminación en la que se encuentran actualmente las personas que ejercen trabajo sexual en la vía pública en Barcelona.

Por último, queremos dejar constancia que, a lo largo de estos tres meses, hemos tratado de exponer esta situación al Sr. Jordi Hereu, regidor de Seguridad Ciudadana y, por tanto, máximo responsable de la GU, sin haber obtenido ninguna respuesta por su parte.

Barcelona, 5 de abril de 2006

Plataforma Comunitaria: Trabajo Sexual y Convivencia

Àmbit Prevenció- Àmbit Dona; LICIT, FAVB, Genera, El lloc de la Dona- Germanes Oblates, CTC - Col·lectiu de Transsexuals de Catalunya, Associació de Veïns Ponent.

In memoriam

Steve Harvey

E

En el número 32 de LO+POSITIVO hicimos una reseña sobre el vil asesinato de uno de los activistas del VIH/SIDA y de los derechos humanos más importante de Jamaica. En esta ocasión, queremos que conozcáis un poco más a este compañero que supo defender con gran valentía hasta el final de su vida a las personas que como él viven con VIH.

Harvey dedicó 14 años de su vida al trabajo comunitario y desde 1997 trabajaba en la asociación Apoyo al SIDA en Jamaica (JAS, en sus siglas en inglés). Su principal esfuerzo estaba dirigido a la ayuda de poblaciones vulnerables y discriminadas y estaba desarrollando varias actividades comunitarias en la isla caribeña con el apoyo de organizaciones como LACASSO (Consejo Latinoamericano y del Caribe de ONG con Servicio en VIH/SIDA) e ICASO (Consejo Internacional de Organizaciones con Servicio en SIDA).

Para organizaciones como HRW, Christian AID o Agua Buena, el asesinato de Steve supone no sólo un duro golpe al activismo por los derechos humanos y el respeto a la diversidad sexual en general, sino también es un duro revés para los esfuerzos que se están haciendo en Jamaica en favor de estos principios y derechos básicos de vida y convivencia.

Según informa HRW, actualmente la creciente epidemia del VIH/SIDA se propaga en Jamaica en un contexto de mucha violencia y discriminación en contra de las personas que viven con SIDA y aquellas en alto riesgo de contraerlo, en especial hombres que practican sexo con hombres.

Se estima que en Jamaica un 1,5% de la población vive con VIH/SIDA. Pese a que dos tercios de las transmisiones del VIH se producen a través de las relaciones sexuales heterosexuales, muchas personas siguen culpando a los hombres homosexuales por propagar el virus.

Steve Harvey, de 30 años, fue asesinado en la víspera de la celebración mundial de la lucha contra el SIDA, por defender sus principios y trabajar por su compromiso adquirido en favor de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA.

Según la policía de Jamaica, al menos cuatro asesinos entraron violentamente en la casa de Harvey cuando regresó del trabajo alrededor de la 1 de la madrugada. Lo ataron junto con otras dos personas que en ese momento estaban con él, le robaron algunas de sus posesiones y lo raptaron. Harvey fue hallado con heridas de bala en la espalda y la cabeza en un área rural a cierta distancia de su hogar.

Harvey era también un líder de la comunidad gay de Jamaica. La asociación Agua Buena de Costa Rica denuncia que los informes de la policía no proporcionan información sobre si fue un «crimen de odio» como tal. Lo que sí es cierto es que, considerando que en Jamaica la homosexualidad es ilegal y que existe un gran estigma en torno a la infección por VIH/SIDA y la homosexualidad, la policía de Jamaica no parece estar investigando como cabría esperar, pues para el cuerpo policial probablemente no sea más que la muerte de un hombre gay que también era VIH positivo.

«Su muerte en la víspera del Día Mundial del SIDA nos da una razón más para hacer una pausa y reflexionar sobre el significado del trabajo en activismo en la lucha contra el SIDA», señala Rebeca Schleifer.

Fuente: www.aguabuena.org



*Póster de la JAS con el lema:
Si juzgas a las personas, no te queda tiempo para amarlas.*

«Steve Harvey era una persona de extraordinario coraje e integridad, que trabajó de manera incansable para asegurar que algunas de las personas más marginadas de Jamaica tuviesen las herramientas y la información para protegerse del VIH/SIDA», expresó Rebecca Schleifer, investigadora del Programa de VIH/SIDA y Derechos Humanos de Human Rights Watch (HRW), y autora de un informe reciente acerca de la violencia en contra de los gays y el VIH/SIDA en Jamaica. «He visto con mis propios ojos el impacto del trabajo de Steve y he sido inspirada por su coraje y su capacidad de alcanzar y crear una diferencia profunda en las vidas de personas de Jamaica afectadas por el VIH/SIDA», añadió.

En su trabajo como coordinador en Kingston de intervenciones focalizadas para JASL, Harvey era responsable de asegurar que las personas de Jamaica más marginadas (lesbianas, gays, bisexuales, personas transgénero, trabajadores/as sexuales, personas privadas de libertad) tuviesen acceso asegurado a la información y servicios sobre VIH/SIDA. Por su extraordinario talento y duro trabajo, fue elegido como representante para LACASSO. También fue nombrado delegado para la conferencia del Partido Nacional de las Personas.

CON ^{-un poco de-} TACTO por favor



ace tiempo ya que me ronda la idea escribir estas líneas para la revista y nunca me he atrevido, os soy sincero.

Soy Álvaro, os escribo desde Bilbao y much@s de vosotros y vosotras ya me conocéis desde hace tiempo por pertenecer a una asociación ciudadana.

El título de este artículo creo que define y enmarca un poco la idea que os quiero transmitir y la sección a la que me refiero. Intentaré hacerlo con-tacto porque todo esto es una reflexión personal hecha al margen de la entidad de la que formo parte.

La idea es ésta: me cuesta mucho leer la sección de contactos de esta revista. Y a la vez siempre la leo, porque me parece una toma de contacto con parte de la realidad, un pulso al sentimiento y necesidad de parte del colectivo positivo –y no positivo–.

Como militante y trabajador en el ámbito de lo social desde hace muchos años, que lucha de continuo contra la discriminación aunque cometa mis fallos, hay algo que me 'chirría' constantemente dentro de la propia comunidad positiva en el ámbito del con-tacto.

Hay palabras en la sección de contactos que parece que buscan proteger, ensalzar, y alabar o superponer a una parte de la comunidad positiva sobre la otra. Adjetivos que machacan la mente cuando se repiten sin cesar en aras de buscar un trofeo que me haga sentirme bien. Imaginemos el siguiente con-tacto:

«Álvaro, 30 años, aparento menos, Bilbao, VIH+, gay, cuerpo de gym, asintomático, 600 CD4, indetectable, VHC-, sano, guapo, sin vicios, futuro resuelto, fibrado, atlético, perfecto estado de salud,

apariencia totalmente normal, económicamente independiente. Busco chico similar de buen ver para intentar relación.»

Huimos del dolor, buscamos a alguien totalmente afín en lo físico siempre y cuando me ayude a parecerme a alguien negativo, o sano, o fuerte, o robusto, o no enfermo. Dividimos entre asintomáticos y sintomáticos, cargas virales altas y bajas, hepatitis y no hepatitis... llegando a escribir ideas como «no se nota, perfecto estado de salud, aparentando, futuro resuelto, sin síntomas, buen aspecto, totalmente normal...» palabras aprendidas y aprehendidas de una sociedad (...) que ponga cada uno el adjetivo que desee.

Me duelen estas ideas, me duelen estos subgrupos, me duele ver dividida a la comunidad simplemente por el aspecto físico o la apariencia. Y me duele el sufrimiento que despiertan esas flechas escritas en el corazón de algunas personas positivas.

Y me duele porque en realidad, alguien que pudiera tener el siguiente perfil en su anuncio nunca llegaría ni a escribir o buscar una amistad aunque fuera en un sobre cerrado dentro de otro sobre unido a un código que se guarda bajo llave porque nunca podría competir con el anterior con-tacto:

«Álvaro, 30 años, Bilbao, VIH+ desde hace 12 años, VHC+, hígado tocado, notables signos de lipoatrofia, vivo en casa de mis padres, 100 CD4, carga viral detectable, consumidor de drogas actualmente tomando MTD, busco chico sincero y majetón como yo para relación seria y estable, actualmente estoy privado de libertad.»

Y no digo más. ¿Qué busco realmente al escribir el contacto?

Álvaro Ortiz de Zarate
Bilbao. 30 años. Sin más.

Podemos hacer de esta vida, una bonita aventura (Charlot)



ampo de exterminio La Moraleja

Estimad@s amig@s de LO+POSITIVO,

Un gran beso y un saludo rebelde y libertario a tod@s los que hacéis posible esta publicación y a tod@s l@s que en ella colaboráis y la seguís.

Una vez más me dirijo a vosotr@s, aunque esta vez cierto es que después de un largo período de silencio. No os voy a aburrir con los motivos del mismo, sólo deciros que como veis he cambiado de domicilio por cuenta y gracia de Instituciones Penitenciarias. Motivo principal por el cual me dirijo a vosotr@s, para que sepáis dónde me encuentro (de momento) y así podáis enviarme los números que saquéis, pues llevo tiempo sin poder disfrutar de ellos (culpa mía por no comunicároslo antes).

Por otra parte os diré que, si recordáis la última carta desde Pereiro de Aguiar (Ourense), tuve que luchar mucho (hasta la huelga de hambre) para que se dignaran a bajarme al especialista de un hospital de la calle, puesto que tenía un millón de carga viral y las defensas en caída libre (menos de 300).

Fue a visitarme en febrero/marzo de 2005 y me puso en tratamiento. En la actualidad tengo 800 CD4 y la carga viral indetectable, eso sí, algún que otro problema de inflamación dolorosa de hígado, pero no me quejo.

De lo que sí tengo queja es del incompetente e inhumano mal funcionamiento de la asistencia sanitaria de esta prisión (en todos los sentidos y para todos los casos). Ésta es una prisión de extranjería y es lo más aberrante y racista que jamás haya conocido.

Sólo deciros que estoy preparando y recabando toda la información que puedo para comenzar en febrero una huelga de patio, que consiste en pasar las 24h del día en la celda. Esto lo haré de manera indefinida en tanto en cuanto dure mi condena, que serán 20 meses. Para entonces, os enviaré un comunicado para que le deis la mayor difusión posible.

Me despido deseando para tod@s un pródigo año 2006, lleno de ánimo y con todo el amor que alberga y escapa de mi corazón.

¡Salud y anarquía!

Goio

Entrar en EE UU si tienes VIH puede ser una tarea arriesgada



viajo con regularidad a EE UU por trabajo y por motivos personales, especialmente desde que empecé a verme con un hombre que vive en Miami. Cada vez que me acerco al despacho de inmigración en el aeropuerto, tengo que practicar mi respiración de yoga para controlar la hiperventilación provocada por el aumento de adrenalina. ¿Será ésta la vez que el agente decidirá echar un vistazo más a fondo y descubrirá la medicación en mi equipaje? La peor experiencia que recuerdo fue una ocasión en la que viajando en coche tuve que declarar tres naranjas en la frontera. Estaba convencido de que acabaría produciéndose una búsqueda exhaustiva en los recovecos, pero finalmente, no hubo tal suerte.

En la preparación para este duro trago en el aeropuerto, empaqueto todos mis medicamentos y suplementos en mi equipaje para facturar, excepto lo necesario para un par de días, que guardo conmigo en caso de que se perdieran mis maletas. Mi farmacia reempaqueta mi medicación del VIH en unos envases plastificados neutros a los que adjunta una etiqueta con la prescripción original. ¿Sabrá el agente para qué se emplea tenofovir o abacavir? Podría esconder los fármacos dentro de frascos de vitaminas, pero si los encuentran podrían hacer más preguntas ya que todos los medicamentos con receta deben estar adecuadamente etiquetados.

Rezo para que el agente de inmigración se quede desconcertado por el número total de pastillas que este evidente hipocondríaco necesita para pasar el día, pastillas para todo desde para la osteoporosis y el herpes hasta para el colesterol alto y el reflujo ácido. Por no mencionar las pastillas para dormir y el surtido de antibióticos sin los cuales nunca salgo de casa. También llevo una carta de mi médico diciendo que estoy recibiendo tratamiento para cada una de esas enfermedades, pero la carta no menciona el VIH.

Nunca digo que voy a una conferencia relacionada con el VIH. Si voy a una conferencia, digo que trata sobre salud y pobreza, y que soy un asesor que trabaja con grupos sin ánimo de lucro. Antes del encuentro envío los documentos relacionados con el VIH de modo que no llevo nada conmigo que indique el propósito de mi visita.

Cuando me pregunta el agente, mis respuestas son cortas, precisas y deliberadamente ambiguas. Por lo general, digo que voy a visitar a amig@s o que voy a pasar las vacaciones. Siempre puedo nombrar a es@s amig@s, dónde viven y desde cuánto hace que los conozco. Llevo un pasaporte y visto impecablemente. Y dejo mis abalorios y productos capilares en mi equipaje. Es mejor no parecer demasiado enfermo o demasiado gay.

El estudio de Brighton examinó el comportamiento en el viaje

Basta de hablar de mí (un hombre gay blanco de mediana edad y de clase media). El estudio Brighton, que fue presentado en la

Conferencia Europea del SIDA en Varsovia en 2003, examinó el conocimiento, actitudes y consecuencias sobre la salud de algunas personas con SIDA de nacionalidad británica tras viajar a EE UU. Trescientos cuarenta y seis pacientes de una clínica de Brighton respondieron un cuestionario respecto a viajar a EE UU. En total, 39 de esos pacientes habían viajado a EE UU desde que recibieron el diagnóstico y tod@s excepto dos lo hicieron ilegalmente (o en otras palabras, no hicieron constar su estado serológico al VIH). De estos viajero@s "ilegales", más de dos tercios declararon a los agentes de inmigración de EE UU que viajaban como turistas.

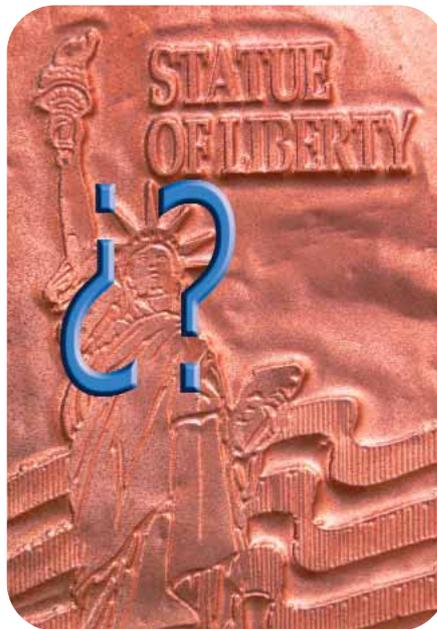
El descubrimiento más llamativo del estudio fue cómo se las apañaron con los fármacos los que decidieron viajar sin un permiso especial (*waiver*). Cinco personas señalaron problemas para enviar los fármacos por correo. Otras cinco optaron por dejar de tomar todas las medicaciones.

En el caso de una persona, su VIH desarrolló resistencia a los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (ITINN) como resultado de la interrupción de todos los fármacos y, como consecuencia, agotó sus opciones de tratamiento. Algunos fármacos tienen una vida media más larga que otros y es necesario consultar con un médico sobre cómo llevar a cabo estrategias de interrupción de tratamiento. Evidentemente, esta manera de entrar en EE UU también es una tarea arriesgada.

Un desarrollo clave en esta disputa fronteriza ha sido el derecho a la libertad de movimiento que fue infringido por el Acta de EE UU sobre Inmigración y Nacionalidad aprobada por el Congreso de EE UU en 1987. El gran paladín del SIDA, Bill Clinton, la ratificó en 1996. Me digo a mí mismo que se vio forzado a hacerlo.

Menor libertad de movimiento

El Acta excluye la posibilidad de entrar a EE UU a cualquier persona que tenga una enfermedad transmisible que pueda suponer una amenaza para la salud pública o que pueda suponer una carga para el



sistema sanitario. El Acta se refiere de forma específica al SIDA como un ejemplo de este tipo de enfermedad. Requeriría otra acta del Congreso para derogar la prohibición sobre visitantes e inmigrantes.

Sin embargo, es posible entrar en EE UU de forma legal con VIH bajo las siguientes circunstancias:

- para acudir a conferencias;
- para recibir tratamiento médico;
- para visitar a familiares;
- por asuntos de negocios.

Debes solicitar un permiso especial (*waiver*) cada vez que quieras entrar. Puede que en tu pasaporte pongan el sello de "autorizado para entrar en EE UU sólo con un permiso especial para VIH". Puedes pedir que este sello venga en un papel aparte, pero a la mayoría de las personas con SIDA no se les permite esa opción.

Papeleo y burocracia

Hace poco en una lista de correo leí un mensaje de un activista de Zimbabue al que el consulado de EE UU en Harare le dio largas cuando solicitó un visado para acudir a un encuentro del Grupo de Ensayos Clínicos del SIDA (ACTG, en sus siglas en inglés) en Baltimore. Finalmente pudo viajar tras gastarse cientos de dólares en papeleo e informes médicos.

Todos hemos oído historias de terror de personas que fueron detenidas por el Servicio de Inmigración y Naturalización de EE UU. Se te puede enviar de vuelta inmediatamente y decir que solicites un permiso especial (*waiver*) si consideran que no estás al tanto de la ley. Si sospechan que estás realizando una reclamación fraudulenta, se te puede retener de forma indefinida sin derecho a libertad bajo fianza. Con mucha probabilidad, te prohibirán que vuelvas a entrar en EE UU de por vida.

Muchos países, entre ellos Canadá, se reservan el derecho de asegurarse que los visitantes no suponen una carga excesiva para los servicios de salud y sociales durante su estancia. No obstante, si el propósito es prevenir una transmisión del VIH, la ley es contraprodu-

cente. Es preocupante pensar que las personas con SIDA que viajan a EE UU se ponen en peligro a sí mismas y quizá a otras personas al interrumpir el tratamiento, enfermado y aumentando potencialmente la capacidad de infección debido a un repunte de su carga viral.

En la edición de septiembre/octubre de 2005 de la revista *living +*, se describen unos cambios producidos en los requisitos de inmigración canadienses para visitantes de países que necesitan un visado. El tema de la carga sobre el sistema sanitario sigue ahí, pero está centrado en si una persona espera necesitar tratamientos y servicios más allá de las medicaciones. Ya no existe una pregunta abierta sobre si se tiene alguna enfermedad transmisible, o la necesidad de proporcionar detalles que pueden obligarte a declarar si tienes VIH o no. A diferencia de EE UU, la política de inmigración canadiense mantiene que las personas con VIH/SIDA no representan un peligro para la salud pública.

Para la Conferencia Internacional del SIDA 2006, la Organización Anfitriona Local de Toronto está valorando la posibilidad de obtener un permiso especial para un acontecimiento señalado (*Designated Event Waiver*) del servicio de Inmigración de EE UU para todas las personas que pudieran acudir a Toronto a través de EE UU. El permiso especial (*waiver*) evitaría que los agentes de inmigración realizaran preguntas sobre el estado serológico al VIH. Todas las personas que reciben una beca tendrán la opción de sobrevolar EE UU, pero tendrían la cobertura del permiso especial (*waiver*) como salvaguardia adicional. La Conferencia puede suponer una gran oportunidad para volver a sacar a la luz pública este tema. Material para pensar y para acelerar los corazones en todas partes.

* **Ivan Toogo** es un pseudónimo empleado por un activista del SIDA canadiense.

¿Quieres más información?

Para obtener más información (en inglés), puedes acudir a la página www.aidsnet.ch/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=246

¿Reinserción?

24

de febrero de 2006

Hola a los redactores de esta revista,

Me llamo Jesús, tengo 26 años y llevo 5 preso. El otro día, mientras estaba en la biblioteca de mi módulo, vi vuestra revista y me gustaron mucho los artículos. Me dije a mí mismo: «Por

qué no escribir y contaros cómo está esta prisión».

Me encuentro en la prisión de Can Brians, en Martorell, y estoy en el módulo 3 que es un pozo. Lo que lleva pasando en esta cárcel es algo que tarde o temprano explotará. En este centro penitenciario no dan los beneficios que corresponden; yo, por ejemplo, llevo la mitad de la condena y no me dan nada.

Y yo me pregunto, ¿cómo quieren que nos reinsertemos si ellos nos impiden hacerlo? La palabra reinserción es complicada aquí dentro, ya que intentas hacer todo lo posible, y no sirve de nada. Y la moral termina por bajar y acabas metido en malos rollos. No entiendo nada de la clase de «profesionales» que hacen las cosas.

Por otra parte, en esta cárcel nos maltratan física y psicológicamente y no podemos hacer nada. Por eso me dirijo a ustedes, para que expliquen en su revista que aquí todo va fatal.

El tratamiento médico va muy, muy mal y si tienes algo malo, no te dan solución. Como he visto que apoyáis el derecho del preso, pues me he decidido a escribir.

Me llamó la atención la situación de las presas de otras cárceles: lo mal que están y me dio pena. Y desde aquí, de alguna manera, sentimos su dolor. Sé que no es lo mismo, pero todo puede cambiar si todos luchamos, dejan que nos reinsertemos y se cumplen las leyes.

Muchas gracias por vuestro apoyo y la confianza que nos dais, y sobre todo por la libertad de expresión que podemos ejercer.

Jesús

De supervivientes a viv@s



u vida comenzó con un diagnóstico de VIH. Nadie esperaba que vivieran tanto tiempo. Hoy son chicas y chicos jóvenes para quienes el VIH es un hecho real. Han tenido el VIH toda su vida, son supervivientes y son una nueva cara de la escena del VIH. Una generación de niñas y niños que, contra toda esperanza, ahora son jóvenes, lo cual supone al mismo tiempo un milagro y un reto extraordinario.

Desde la flor de la juventud tienen una voz potente y unas vivencias que infunden respeto y admiración.

«Había vivido mi vida como cualquier otra y no supe qué hacer con esta noticia. Me preguntaba cómo había podido ser tan estúpida al no darme cuenta de que algo iba mal.» Kristen, 19.

«Cuando supe que era seropositiva me pregunté qué iba a hacer a partir de entonces. Y decidí que era como si me hubiera descubierto un lunar en la espalda, que siempre ha estado ahí y me ha dejado vivir.» Eva, 18.

«Me lo dijo mi madre... No sabía qué pensar. Estaba cansado y sólo quería dormir.» Tomás, 11.

«Pensé que era tan chungo que me olvidé de lo que me había dicho.» Ángel, 15.

«Me acojoné, sentía como si el mundo entero se hubiera parado.» Luis, 17.

«Yo no tengo ni idea de lo que es no tenerlo.» Flora, 18.

«Yo siempre tuve claro que algo me pasaba, pero no sabía el qué.» Nuria, 20.

«Cuando quería decírselo a mis amigas íntimas me aterrizzaba pensar cómo reaccionarían.» Emilia, 14.

(sigue en la página 11)

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 4º, 08013 Barcelona, España. Asimismo te informamos de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente. Si así lo deseas, deberás solicitarlo por escrito a la dirección de gTt.

ORDEN DE PAGO POR BANCO

NOMBRE

BANCO O CAJA

LOCALIDAD

DOMICILIO AGENCIA

C.P.

Código C/ C (20 dígitos)

FIRMA

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

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

NOMBRE

DIRECCIÓN

POBLACIÓN PROVINCIA

C. POSTAL TEL. FAX

Autorizo una donación anual de:

20 €

40 €

€

Forma de pago:

Talón nominativo adjunto

Giro postal

Por Banco

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

Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt)
c/ Sardenya, 259 3º 4º 08013 Barcelona (España)



EN TERAPIA
ANTIRRETROVIRAL,
EFICACIA Y TOLERABILIDAD
UNIDAS PARA SIEMPRE

¿Te atreverías a romper una relación así?

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

¿Estarías dispuesto a renunciar a ella?

Infórmate. Consulta con tu médico.



«En muchos momentos me sentía sola porque no tenía a nadie con quien hablar de mis temores.» Kristen, 19.

«Un@ necesita comprensión... hablar. Me hubiera encantado confiar en ell@s y decirles que tenía el VIH.» Eva, 18.

«No se lo digo a nadie hasta que no le conozco muy bien. Espero a que me digan algo de ell@s.» Benja, 14.

«Quería ir al 'insti' como un chico normal, no como el pobre niño del SIDA.» Marc, 16.

«Necesitaba hacer algo y no precisamente mantenerlo en secreto. Sabía que no tenía que sentirme mal ni avergonzada por tener este virus.» Selina, 20.

«Mi gente más cercana sabe que soy seropositiva y siempre está ahí para echarme una mano.» Eva, 18.

«Estaba cagado de miedo por venir al grupo. Pero en definitiva fue lo mejor, porque tod@s tienen lo mismo.» Pedro, 19.

«Fue la primera vez que conocía a otr@s jóvenes con SIDA y me parecían normales. Me sentía mejor, comenzaba a creer que no era culpa mía tener el SIDA.» Helen, 20.

«Es un sitio alejado de la gente que no tiene VIH, cerca de la gente que tiene lo mismo.» Axel, 15.

«No hay ninguna respuesta al porqué a mí... al porqué tengo yo el SIDA, al porqué mi hermana no y mi hermano sí.» Jordán, 13.

«He dejado el tratamiento porque me hacía sentir peor. No se lo dije a nadie. Sabía que no estaba bien, pero quería controlar mi vida.» María, 18.

«Ahora estoy bien, pero cada vez que estoy esperando mis resultados siento como si me hiciera la prueba por primera vez.» Karen, 19.

«¿Sabes lo que es crecer viendo cómo l@s miembros de tu familia mueren de una infección que tú también tienes?» Siomara, 19.

«Cuando no estoy bien, yo... escribo poesía.» Axel, 15.

«Con l@s colegas hemos compuesto un rap sobre eso.» Benja, 14.

«No quiero tener sexo, tengo miedo de tener sexo.» Polo, 13.

«Mi madre murió. No sé lo que es tener una madre. He crecido haciéndome mujer yo sola.» María, 18.

«En las relaciones, digo: mira, esto es lo que hay, esto es lo que tengo. Si vas a estar conmigo estarás conmigo, si no, vete ahora. Estoy cansada de que hieran. Algunos se quedan y otros se van. Si se van, ellos se lo pierden. Porque soy una de las chicas más dulces que hay.» Siomara, 19.

«Es duro imaginar si alguien querrá casarse con un tío con VIH.» Mark, 18.

«Lo que realmente deseo es amor, que me quieran como tengo que ser querida.» Anna, 15.

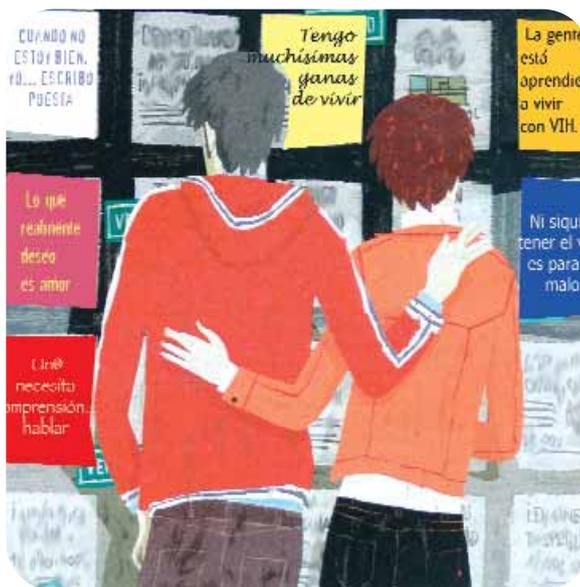
«Quiero tener hij@s, pero tengo miedo. Porque no quiero vivir lo que mi madre pasó conmigo.» Siomara, 19.

«He tenido a mi bebé, un pequeñín. Yo estaré, mi madre no pudo. Ojalá que él no tenga que pasar por lo que he pasado yo. Ahora tomo la medicación religiosamente, tengo que hacerlo para estar fuerte para mi hijo. Tengo que estar aquí por mi hijo. Él, tan pequeño, es el motivo para que lo haga.» Bella, 19.

«Cuando tenga una mujer se lo explicaré y quiero tener mis propi@s hij@s.» Tomás, 11.

«Sé que mi historia puede ser un choque, pero estoy aquí para dar una cara al SIDA y ayudar a que crean que es una cosa real.» Helen, 20.

«Lo único que puedo decir es que no hay que rendirse y nunca pensar que estamos sol@s. Siempre hay alguien que está ahí, dispuesto a comprender y a ver la realidad con la mirada justa que debe ser.» Eva, 18.



«Ni siquiera tener el virus es para mí malo. Ahora creo que soy mucho más humana, mejor persona. El virus es una parte de mí, he pasado toda mi vida con él.» Nuria, 20.

«Mi prima no me dejó coger a su bebé. Yo estaba a punto de llorar y mi hermana me dijo que pasase, que era una ignorante.» Tenisha, 17.

«Yo sé lo duro que es afrontar-lo. Pero desde mi experiencia sé que es posible. Estarás asustada, es natural que te sientas así. Pero hay gente que te quiere. A mí me han querido más al saber que soy una persona tan fuerte.» Flora, 18.

«Sinceramente, no sé. No creo que llegue una cura. O puede que sí se encuentre, pero puede que sea también que puedas vivir con el virus y estar bien.» Bego, 18.

«Yo soy una superviviente y de verdad creo que es para poder educar a la gente sobre el SIDA y sobre cómo tener compasión.» Karen, 19.

«Estoy preparado para dejar atrás una infancia definida por el SIDA, pero no es tan fácil como parece.» Joel, 23.

«Lamento que todavía se viva discriminación contra las personas con VIH. Y es que ya no es la falta de información, es la falta de tolerancia por parte de algun@s.» Eva, 18.

«La gente está aprendiendo a vivir con VIH. Lo único que impide a la gente vivir con el VIH es la gente que nos rechaza.» Mark, 18.

«Cada segundo es el futuro.» Jordán, 13.

«Tengo muchísimas ganas de vivir.» Nuria, 20.

Son chicos y chicas de todo el mundo, con edades, culturas, etnias, costumbres, gustos, deseos y sueños muy diferentes. Sólo he encontrado una cosa que comparten sin excepción, un denominador común, y es que no se atreven a decir su nombre real por miedo. Lo cierto es que el miedo y el rechazo, acompañados por el estigma y la discriminación, todavía hacen estragos y son los grandes obstáculos que tienen que superar para poder dejar de ser supervivientes para estar «viv@s».

¡La vagina es divina!

El ecosistema vaginal está formado por diferentes mecanismos que colaboran en mantener sano el tracto genital femenino, como la composición del epitelio vaginal o la flora habitual, dirigidos en gran parte por la función del sistema endocrino y en colaboración con el sistema inmunológico.

El tejido que conforma el tracto genital femenino (mucosa) está compuesto en su mayor parte por múltiples capas de epitelio estratificado, que suele ofrecer una buena barrera contra la mayoría de virus y patógenos que puedan entrar en contacto con la vagina. El cuello de la vagina (cérvix), por el contrario, es una zona sensible a la infección porque sus paredes son más frágiles ya que cuentan con una sola capa de tejido (epitelio monoestratificado) y además es rico en células inmunitarias, como las células de Langerhans, monocitos y macrófagos, que en el caso del VIH constituyen el objetivo principal para el virus.

La vagina se mantiene sana y limpia mediante algunos sistemas protectores muy ingeniosos, siendo el más habitual de ellos el mantenimiento de un medio ácido que, curiosamente, se mantiene así gracias a la acción de una bacteria que se encuentra presente en la flora habitual de la mucosa vaginal. Estas bacterias llamadas lactobacilos o bacilos de Doderlain, se alimentan del glucógeno (azúcar) que se almacena en las células de la pared vaginal y lo metabolizan convirtiéndolo principalmente en ácido láctico y peróxido de hidrógeno (entre otras sustancias), lo cual contribuye a que la mucosa vaginal mantenga un entorno ácido, con un pH de aproximadamente 4.0.

Normalmente, bacterias, hongos y protozoos necesitan un entorno alcalino (un pH superior a 6.0) para sobrevivir y además también utilizan el glucógeno para nutrirse. La presencia de lactobacilos en la vagina hace que todos esos organismos extraños que llegan hasta ella encuentren un entorno poco adecuado para su proliferación, por lo que una buena colonia de lactobacilos y otras bacterias que forman la flora bacteriana es indispensable para mantener la vagina libre de la mayoría de infecciones.

Otro importante sistema protector es el moco vaginal, que tiene fama de ser «sucio», pero es todo lo contrario pues actúa como una escoba, barriendo la mucosa vaginal y arrastrando hacia el exterior todo tipo de células muertas y otros productos de deshecho. El moco sale del cuello uterino y a su paso por las paredes vaginales contribuye a la lubricación de las mismas y, por lo tanto, a su protección. También obtura la entrada del cuello uterino, protegiendo así el útero de la invasión de microorganismos.

La microflora vaginal conforma un ecosistema dinámico que responde a influencias orgánicas y vitales tales como la edad, la situación hormonal, el embarazo, etc. Así, durante la pubertad, el tracto genital femenino atraviesa ciertos cambios provocados principalmente por la hormona sexual femenina denominada estrógeno, y a partir de la aparición de la menstruación, y activada por la acción del estrógeno, empieza a proliferar una flora vaginal característica, con

una presencia importante de lactobacilos.

Durante la menopausia, los niveles de producción de estrógeno descienden y ello repercute en la fragilidad epitelial de la mucosa vaginal y en la disminución de la flora vaginal, con lo que la vagina pierde en gran parte su capacidad de protección natural.

Y lo mismo ocurre durante los períodos de lactancia, en los que la producción estrogénica también está reducida para mantener la interrupción de la ovulación y favorecer la lactancia.

El ciclo menstrual ejerce un control periódico de la producción de estrógeno, cuyos niveles varían de manera perceptible entre las fases folicular y luteal de ciclo.

Así, en la siguiente tabla podemos ver los efectos que las diferentes situaciones vitales (reguladas por la producción de estrógeno y progesterona) tienen en la composición del epitelio de la mucosa, la cantidad de glucógeno (y por tanto de conversión en ácido láctico por la acción de los lactobacilos) y la acidez del medio vaginal.

Fase	Epitelio	Glucógeno	pH
Premenarquia (antes de la regla)	fino	bajo	7.0
Reproductiva: Proliferativa (folicular) Secretora (luteal)	25 capas celulares	alto	4-5
	25 capas celulares	moderado	4-5
Perimenopausia	variable	reducido	5
Postmenopausia	fino	bajo	7

Fuente: Dra. Sharon L. Hillier. Universidad de Pittsburgh

Los estudios realizados por la Dra. Hillier demuestran que la composición del epitelio de la mucosa vaginal es más frágil durante la pubertad, antes del inicio de la menstruación, se fortalece en la edad reproductiva y vuelve a tornarse frágil al iniciarse la menopausia. Y lo mismo se puede decir de la presencia de glucógeno, involucrado en la proliferación de ácido láctico, y por tanto del grado de acidez. Estos cambios explicarían la mayor vulnerabilidad frente al VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) de las niñas y de las mujeres mayores, cuyos niveles de estrógeno son menores.

Factores que pueden alterar el ecosistema vaginal

Ciclo menstrual: Durante la menstruación, el ambiente vaginal se hace menos ácido (pH 6 o más), pues los lactobacilos descienden debido a que se unen a los hematíes de la sangre menstrual en lugar de mantenerse en las células epiteliales que recubren la vagina. Esto hace que, periódicamente, la mucosa vaginal se encuentre desprotegida al mantener durante unos días un entorno alcalino favorable a los microorganismos patógenos.

Coito: Durante los años reproductivos de una mujer, el pH de su vagina suele ser de 4.0-4.5. No obstante, se ha demostrado que el esperma actúa como un potente alcalinizador que reduce la acidez vaginal en unos pocos segundos, manteniendo la vagina neutralizada (a un pH superior a 6-7) durante varias horas después del coito, tiempo durante el cual el esperma puede alcanzar el tracto reproductivo superior en su objetivo reproductor; y estas condiciones también pueden ser aprovechadas por los patógenos, ya que encuentran un medio en condiciones adecuadas de alcalinidad para su colonización. Por tanto, la presencia de semen en la vagina provoca la neutralización de los mecanismos naturales de protección.

Uso de productos intravaginales:

Como duchas o agentes secantes. Este tipo de productos destruye la capa protectora de moco vaginal y con ella la flora natural que contribuye a mantener el equilibrio ácido.

Contraceptivos hormonales: El uso de estas sustancias altera los niveles normales de estrógeno y progesterona, con lo cual el equilibrio de la mucosa se ve alterado a su vez.

Lactancia: Puede interrumpir la ovulación y provocar una situación de reducción de estrógenos. Al mismo tiempo, se reduce la presencia de glucógeno en el epitelio vaginal, con lo cual el pH aumenta y la mucosa se convierte en caldo de cultivo para los patógenos.

Antibióticos: La acción de los antibióticos no se limita a destruir los patógenos del organismo sino que muchas veces también provoca un descenso de «los microorganismos buenos», de la flora natural que puebla las mucosas y cuya acción equilibra los niveles de acidez y la integridad del epitelio.

Menopausia: Durante la menopausia se producen cambios vaginales debido a la falta de estrógeno. La vagina y el vestíbulo vulvar (espacio a la entrada de la vagina) disponen de receptores de estrógeno, pero tras el inicio de la menopausia (perimenopausia), el estrógeno provoca una disminución de las capas epiteliales y de la deposición de glucógeno en las paredes mucosas, con lo que el metabolismo del glucógeno en ácido láctico y ácido acético se ve alterado. Además, el estrógeno también mantiene la vascularidad vaginal y por tanto ayuda a una lubricación normal, por lo que tras la menopausia, la vagina se vuelve más seca y por lo tanto pierde eficacia en su labor de higiene y también aumenta su fragilidad epitelial.

El sistema endocrino

El sistema endocrino se ocupa de comunicar y regular las diversas actividades del organismo, mediante el delicado mecanismo de liberación/inhibición de hormonas y otras sustancias segregadas por las glándulas. Las hormonas se dirigen a determinados órganos para entregarles instrucciones específicas destinadas a regular las diferentes funciones corporales, como la producción de energía, la temperatura corporal, el deseo sexual, el ciclo menstrual y las funciones reproductoras.

El ciclo menstrual consiste en la maduración periódica de un óvulo siguiendo un plan específico muy bien dirigido.

Primero, el hipotálamo estimula la glándula pituitaria, que es la

encargada de dirigir todo el cuadro de mandos del sistema hormonal, para que libere dos hormonas llamadas FSH (hormona estimulante del folículo) y LH (hormona luteinizante). Estas dos sustancias dan la señal al ovario para que empiece a producir sus propias hormonas (estrógeno y progesterona).

El estrógeno y la progesterona estimulan la liberación de un óvulo maduro, provocan los cambios adecuados en el endometrio para que se produzca la anidación del óvulo fecundado y también informan de la necesidad de otros cambios en las mamas.

Cuando los niveles de estrógeno y progesterona descienden, el hipotálamo «sabe» que tienen que volver a iniciar el ciclo.

Respuesta inmunitaria

El sistema inmunológico femenino ha evolucionado hasta conseguir un delicado equilibrio entre su papel en la protección del tracto genital frente a todo tipo de infecciones ante las que se encuentra muy expuesto por la función que cumple como receptor en la penetración, y al mismo tiempo la necesidad de modular el ataque inmunológico frente a los cuerpos extraños que son el esperma y, en caso de embarazo, el feto.

Las células epiteliales del tracto genital femenino son la primera línea de defensa contra los patógenos invasores. Cuando se produce la infección, las células epiteliales sintetizan unas sustancias denominadas defensinas, citocinas y quimiocinas, que se encargan de activar células inmunitarias específicas. Las defensinas son pequeñas moléculas que actúan con rapidez contra bacterias, hongos y virus. Las citocinas (IL-7 o IL-5) contribuyen al desarrollo y supervivencia de linfocitos que residen en el epitelio vaginal.

También contamos con anticuerpos específicos (como IgA o IgG) que proliferan en las secreciones vaginales, cuyo trabajo consiste en inactivar agentes infecciosos específicos que ya han sido «estudiados» por el sistema inmunitario con anterioridad.

Las dendritas y el VIH

Las células dendríticas (células de Langerhans) forman parte del sistema inmunitario y se encuentran principalmente en las mucosas. Su función principal consiste en realizar rondas de reconocimiento en busca de sustancias extrañas, y cuando encuentran un cuerpo que le resulta desconocido y que no debería estar en ese lugar, lo recogen y lo transportan hasta los ganglios linfáticos, donde lo ponen a disposición de las células CD4, que son las encargadas de organizar la respuesta inmunitaria y poner en marcha un proceso de reacción a la infección para librarse de los organismos patógenos o «etiquetarlos» para poder reconocerlos en el futuro y dar una rápida respuesta de defensa si vuelven a entrar en el organismo.

Normalmente, esta acción de las dendritas contribuye a que el sistema inmunitario sea capaz de controlar la mayoría de infecciones, pero en el caso del VIH, es justamente este trabajo de las dendritas el que las convierte en caballos de Troya que introducen el virus a los lugares en los que hay más posibilidades de que éste pueda introducirse en un CD4 y a partir de ahí iniciar su replicación y hacer efectiva la infección.

En resumen, todos estos mecanismos forman un delicado engranaje de acciones enlazadas que dependen íntimamente unas de otras, que se estimulan entre sí y que deben ser entendidas como un todo articulado, que contribuye a proteger el tracto genital femenino de su mayor exposición a patógenos externos, aunque pertenezcan a sistemas diferentes y aparentemente tengan actuaciones independientes.



EN GUATEMALA del dicho al hecho

Con los años y la experiencia acumulada sabemos que un@ no puede quedarse con las cifras oficiales. Ésta es la conclusión a la que se llega luego de varias visitas a distintas autoridades, oficiales y no tan oficiales, guatemaltecas realizadas a lo largo de los últimos dos meses. A continuación se presentan algunos hechos que quisiéramos hacer públicos, por un lado para que las voces de las personas en Guatemala sean escuchadas, pero tal vez de forma más importante, para denunciar y exigir a las autoridades competentes hacer algo al respecto.

La versión oficial

Guatemala cuenta con una extensión territorial de más de 108 mil kilómetros cuadrados y más de 10 millones de habitantes. Según cifras de la OMS, se estima que hay más de 50.000 personas infectadas con el VIH, de las cuales 13.500 se pueden encontrar ya en fase de SIDA, lo que quiere decir que necesitan en este momento acceso a medicamentos ARV. De esta cifra unas 1.150 personas son atendidas por el Ministerio de Salud, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social atiende a otras 1.400; es decir que entre ambas instituciones suman un total aproximado de 2.550 personas en tratamiento. Adicionalmente, Médicos Sin Fronteras (MSF) ha logrado tener una cobertura de más de 1.700 con su programa de acceso a medicamentos. Junto con otras fuentes se cubre en total a 6.650 personas con tratamiento antirretroviral, pero, ¿qué pasa con el resto? ¿Habrá esperanza para ell@s?

Según la jefa del Programa Nacional de SIDA, Annie Salazar, este problema no existe. Lo que existe es una cifra sobreestimada, según el Programa Nacional la cifra real de personas que necesitan ARV y no acceden a él ronda apenas unas 1.500 personas. A estas PVVS que faltan por cubrir se espera poder atenderlas entre 2006 y 2007 con la descentralización del tratamiento a 10 lugares del país, gracias al apoyo del Fondo Global (cuyo receptor principal en Guatemala es Visión Mundial). Por lo tanto, y tomando en cuenta estas cifras y planes, la situación del acceso a tratamiento estaría más o menos cubierto en el año 2007. ¿Será posible el acceso universal en Guatemala para 2007?

Guatemala tiene uno de los más deficientes sistemas de vigilancia epidemiológica de la región centroamericana, si no se mejora y se empieza a tener datos más pegados a la realidad del país, no se logrará tener una verdadera cobertura de tratamientos, pues las decisiones se están tomando sobre la base de datos epidemiológicos totalmente inexactos, quedando totalmente excluidas las poblaciones de PVVS en lugares de «baja prevalencia».

Esto es lo que ha sucedido en el departamento de Petén, donde las cifras oficiales dan un número de casos de SIDA acumulado desde 1985 a la fecha de 170 totales, siendo este dato peligrosamente inexacto: la cifra de PVVS que reciben tratamiento en el proyecto de Médicos Sin Fronteras en Puerto Barrios, Departamento de Izabal es de 165 personas –este proyecto se encuentra nada más y nada menos que a 350 kilómetros de distancia de Flores, cabecera departamental de Petén– y en la Ciudad de Guatemala entre la clínica Yaloc (de Médicos Sin Fronteras) y Hospital Roosevelt suman 80 PVVS. Es decir: de los supuestos casos totales acumulados de 170, 240 se encuentran en tratamiento.

Así quedan reflejadas las inexactas cifras de prevalencia que se manejan. Y el costo en vidas humanas es lo que de mejor manera

refleja lo irreal de las cifras oficiales, así como la necesidad de tomar acciones que verdaderamente respondan a la realidad: sólo el año pasado se reportaron 20 fallecidos del departamento en mención.

¿Y el Fondo Global?: Muy bien, gracias.

En octubre de 2003 el Fondo Global aprobó una donación para cinco años de más de 40 millones de dólares y un desembolso para los dos primeros años, por un total de 8.423.806 dólares. Pero ¿ha llegado este dinero a quienes más lo necesitan? Tenemos en Agua Buena fuertes dudas en cuanto a esto, pues aunque los fondos se recibieron a partir de diciembre del año 2004, el avance en las compras de medicamentos no ha permitido que se amplíe verdaderamente la cobertura. Hasta febrero del año 2006, sólo se han iniciado en terapia ARV con este dinero a unas 1.200 personas; y aunque se da una respuesta aparentemente eficiente a un indicador programático, no se da una respuesta en el acceso a tratamiento acorde a las necesidades del país, y de no ser por que los proyectos de Médicos Sin Fronteras continúan apoyando con tratamientos, muchas PVVS sólo estarían esperando la muerte mientras el país cuenta con más de 40 millones para mejorar su calidad de vida.

¿Cómo explicarle a personas como Juan José que Guatemala ha recibido un donativo de esta magnitud, para mejorar la calidad de vida de personas como él, pero Visión Mundial (que administra estos fondos) no ha logrado llevar esa ayuda a lugares como Petén?

¿O a un joven matrimonio, que ha abandonado totalmente el tratamiento ya que no ha logrado obtener dinero para ponerse de nuevo en control, y la esposa está en espera de un nuevo bebé?

Esta familia también compartió su historia: realizaba viajes al Proyecto de MSF de Puerto Barrios: él trabaja de vez en cuando elaborando estructuras metálicas y aunque algunas veces logra trabajo en la ciudad más cercana –Flores– los costos de pasajes y alimentación le impiden obtener ganancias suficientes. Ha estado ganando 210 quetzales a la semana (unos 28 dólares) trabajando con un familiar, pero según sus cuentas en cada viaje a Puerto Barrios gastan como mínimo 400 quetzales. Cuando dieron inicio del tratamiento viajaban cada 15 días, luego cada dos meses, pero aun así no les era posible costearlos. Han recibido préstamos, por lo que llegaron a endeudarse en más de 3.000 quetzales, una cifra considerable para quien gana 210 quetzales a la semana. Sólo al dejar de viajar logran saldar la deuda. El esposo lo describe como que tuvo que elegir entre morir de hambre con su esposa y sus dos pequeñas hijas o morir de SIDA. Ha elegido por el momento esto último, pues aunque algunas veces lograba reunir el dinero y viajar, no tenía después para el alimento de su familia. Dio en llamar a estos viajes «días de martirio»: sin bañar, sin dormir, sin comer, y con la vida escurriéndosele entre las manos.

Ahora que te tengo



«Resumo mis planes de futuro: he firmado un contrato de trabajo. Enfrento ese papel con la declaración de minusvalía que me dieron hace siete años –el 65%, una invalidez total–, y ni yo me lo creo. Si el VIH tuviera ojos me gustaría enseñárselo. Es una prueba de lo que le preparo. Sé que no me lo voy a quitar de encima jamás, pero va a tener que esforzarse mucho para amargarme.» Emilio.

«Cada vez puedo menos. Puedo menos a nivel intelectual, puedo menos a nivel físico, puedo menos... pero la cuestión es que he adaptado mi actividad a mis posibilidades y creo que tengo a mi alrededor gente maravillosa; y eso es lo fundamental. Lo mejor que tengo en mi vida es la gente que me busco.» María José.

«¿No te importa que tenga lipodistrofia y que mi cuerpo y mi cara estén como están?, le pregunté dos días después de conocerle. Simplemente dijo no y entonces ya aluciné. Me superó. Valía la pena vivir para encontrar a esta persona.» Xavier.

«Estoy leyendo un libro de una psicoanalista, Liliana López, que escribe sobre el sida y dice que las personas que han superado los años duros de la enfermedad han pasado de la tragedia al drama. Me parece una metáfora muy adecuada: la tragedia es la muerte; el drama, la vida.» Lierni.

«Recordaré siempre esa mañana, amaneciendo entre las arenas de Egipto junto a tres amigos que me decían "Joseba, ya estás salvado. Si has podido venir hasta aquí y estás fuerte como los demás, haciendo el viaje, es que ya estás listo para tirar adelante".» Joseba.

«Mucha gente que está mejor que yo se está muriendo por fallo hepático. Yo no tengo una cirrosis, tengo una fibrosis; pero es cuestión de tiempo: no soy tonta. Me gustaría ganarle un poco de tiempo al tiempo, aunque sea un añito, para ver si en ese plazo sale un nuevo antiviral contra la hepatitis C.» Yolanda.

Éstos son algunos de los testimonios que Fermín Apezteguia (Amorebieta, 1965), un periodista del diario *El Correo*, de Bilbao, ha recogido en su libro *Ahora que te tengo (Sida en España 1997-2006: años de esperanza)*, en el que aborda los últimos 10 años de la epidemia de VIH/SIDA en España.

Este periodista vasco, con una dilatada experiencia en temas de salud en general y de VIH/SIDA en particular, ha hilvanado los

testimonios de personas con VIH, activistas de ONG y profesionales sanitarios para ofrecernos un retrato lo más aproximado posible de la infección por VIH en España desde la llegada de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA).

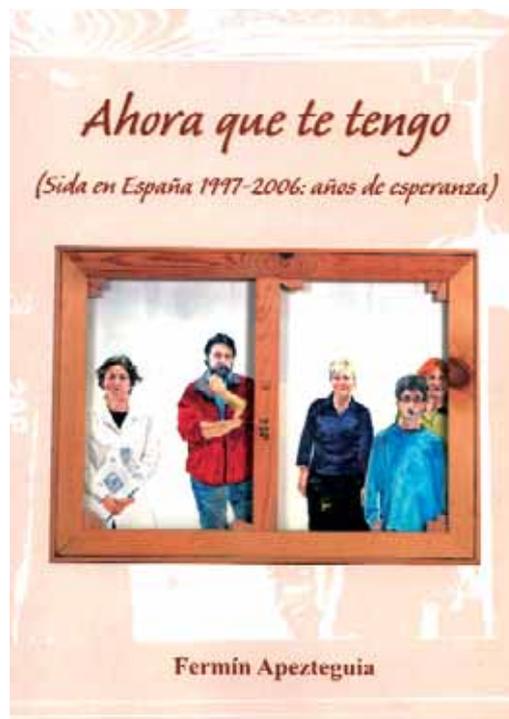
Ahora que te tengo, que surge como encargo de un conocido laboratorio farmacéutico, es la historia reciente del VIH en nuestro país contada en un lenguaje claro, sencillo y directo. «Mi idea como periodista era poder llegar a todo aquel que se decidiera a levantar la tapa y a leer las primeras líneas, pero sobre todo pensaban entonces en mis sobrinos mayores, que tienen ahora 19 y 15 años respectivamente. Quería que el libro fuera lo suficientemente atractivo como para que se atreviesen a leerlo l@s adolescentes, una presa fácil para el VIH, por su condición de jóvenes y rebeldes. Ell@s que no conocieron los años más duros del SIDA, que no vieron morir a sus compañer@s de juegos, de la infancia, y que creen que el VIH es una enfermedad superada que pertenece a la generación de sus ti@s.»

A través de la voz de los testimonios que Fermín ha entrevistado durante todo un año conocemos cuál fue el impacto de la infección en sus vidas y cómo tuvieron que volver a aprender a vivir cuando pensaban que el SIDA les iba a arrebatar sus vidas. Fue el momento de la llegada de TARGA que lejos de ser el final colocó a las personas con VIH de nuevo en la línea de salida. Eso sí con nuevos y viejos compañeros de viaje: efectos secundarios, resistencia a los fármacos, enfermedades cardiovasculares, coinfección con las hepatitis, estigma y discriminación...

Fermín subraya que las 1.500 personas que fallecen cada año en nuestro país como consecuencia del SIDA nos recuerdan que quedan motivos para mantener vivo el activismo y la lucha contra la enfermedad. «Los 40 millones de enferm@s que pueblan el mundo, más del 95% sin acceso al tratamiento, constituye la mayor llamada a la solidaridad humana de los últimos 25 años. Los reiterados fracasos en la búsqueda de una vacuna preventiva tienen que servir de acicate para que la moral de la ciencia no se desmorone, para que la experiencia ganada permita aprender de los errores cometidos, y que unan al fin todos los esfuerzos posibles del mundo como parece que esta ocurriendo en la búsqueda de un remedio.»

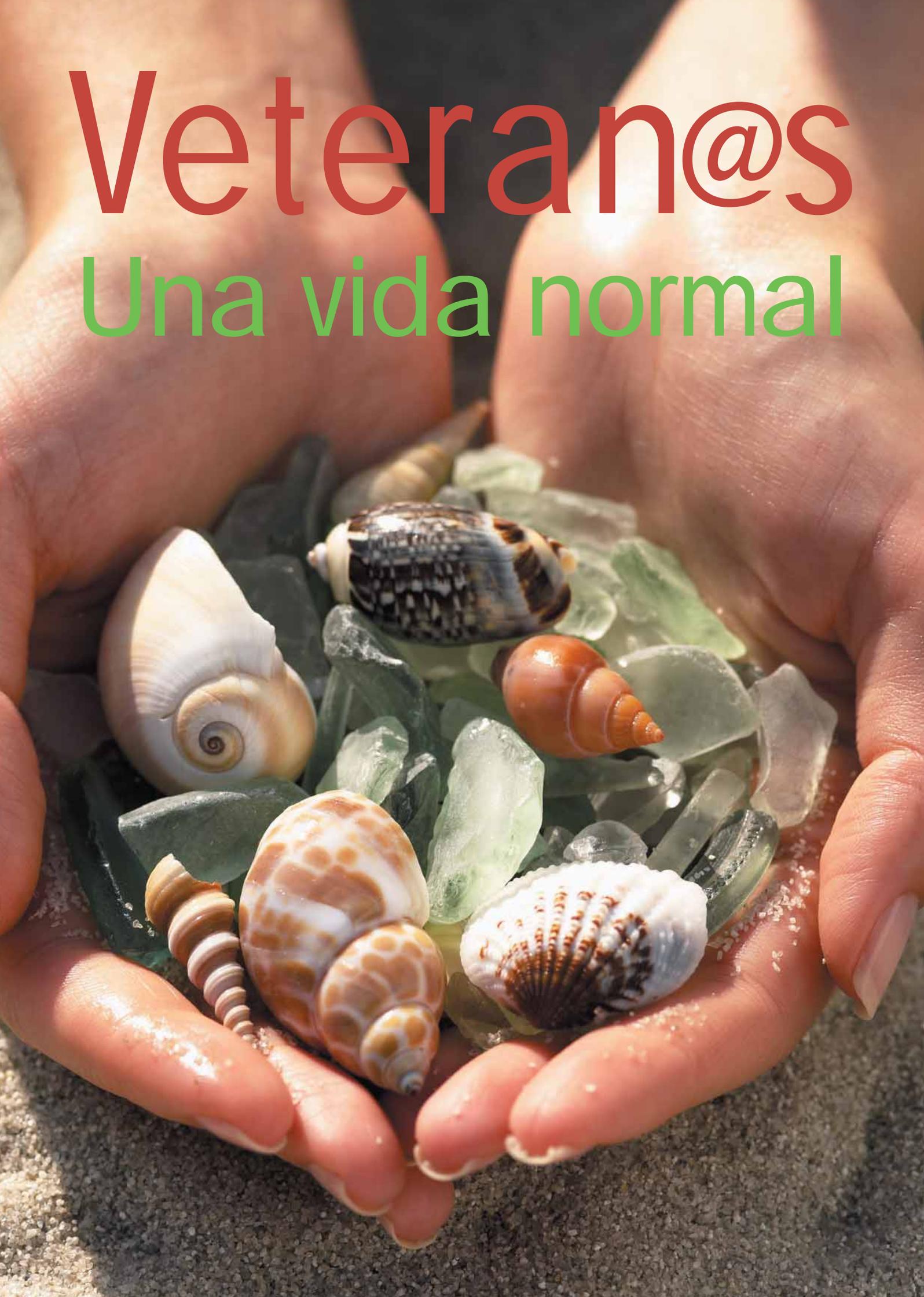
Una lectura muy aconsejable para tod@s aquell@s que quieran conocer la evolución de la epidemia en nuestro país en los últimos años contada por sus protagonistas.

FERMÍN APEZTEGUIA, *Ahora que te tengo (Sida en España 1997-2006: años de esperanza)*, Fundación Wellcome España, Madrid 2006, 381 páginas. ISBN: 84-689-7569-9.



Veteranos@

Una vida normal



Han pasado 25 años desde los primeros informes sobre casos de SIDA en el mundo. El año 1981, un sobrio resumen advertía de una extraña forma de neumonía entre hombres gays de la ciudad de San Francisco, en EE UU. Nadie podía imaginarse entonces la magnitud de lo que iba a venir después.

Tampoco l@s protagonistas de la propia pandemia, a cuatro de l@s cuales entrevistamos para este número de LO+POSITIVO. Llevan viviendo con VIH desde hace más de una década, y al menos tres de ell@s se expresan como verdader@s supervivientes.

Como es habitual, hemos intentado reproducir sus sentimientos con fidelidad, incluso cuando sus percepciones no se basan en evidencias o no compartimos su punto de vista. Veréis, muy significativamente, que la narración que hacen de sus propias biografías hace un hincapié, incluso en alguno de ellos obsesivo, en la idea de una vida normal. Pareciera como si no pudiéramos echar la vista atrás sin sentir culpa o arrepentimiento, por el uso de drogas o por el sexo no protegido.

José María explica que se deprimió al ver a personas discapacitadas por efecto de la enfermedad. Pero ellas también somos nosotr@s, como comunidad, y debemos aceptarnos en nuestra diferencia, incluso cuando el imaginario social nos haya hecho interiorizar que así tenemos menos valor.

Lourdes insiste en que ella no va a dejar de luchar. Pero quien sí lo hizo, quien asumió su propio estado y decidió que ya tenía suficiente (como el protagonista masculino de la película *Las horas*), que se aceptaba sin poder y sin fuerza, vulnerable y dependiente, también somos nosotr@s.

Antonio se cree estúpido por las conductas que facilitaron su adquisición del VIH. Pero ése que disfrutó y gozó también somos

nosotr@s, y culparnos por lo que sucedió sin haber sido querido (el VIH) sólo nos lleva a la angustia y la confusión.

Carlos dice que lo que más le molestaba de la lipoatrofia es que se dieran cuenta de que fue yonqui. Pero es que fuimos y aún somos también usuari@s de drogas y también hombres y mujeres con sexo arriesgado, una parte de nosotr@s mism@s que en su rechazo social nos ha traído problemas, algunos muy graves, pero que también han sido fuente de placer, algo que nos perturba reconocer. Quienes nos convencieron de que ese placer no era legítimo no hicieron más que arruinar nuestra autoestima.

La normalidad es una construcción moral que crea una división artificiosa entre las personas, en este caso las que viven con VIH. Deberíamos preguntarnos si al describir a l@s usuari@s de drogas –heroína o cocaína inyectadas– o a quienes practican sexo sin preservativo como l@s mal@s o l@s inconscientes, no estaremos al mismo tiempo, sin darnos cuenta, maldiciéndonos a nosotr@s mism@s.

A cada un@, lo suyo

Tradicionalmente, en las entrevistas publicadas en LO+POSITIVO hemos intentado que no se citaran los nombres de medicamentos o terapia particulares que estuvieran tomando l@s protagonistas. Hemos decidido dejar de hacerlo para darle más naturalidad a las declaraciones y aumentar la fidelidad en la expresión de los sentimientos.

Queremos recordar, sin embargo, que los fármacos citados son los que el/la médic@ ha prescrito a estas personas, y no suponen ningún tipo de valoración por nuestra parte, en sentido positivo o negativo. Lo que tome una persona no necesariamente sirve a otra, y viceversa: a cada un@, lo suyo.

La siguiente conferencia de prensa constituye la primera mención pública del SIDA en la Casa Blanca de Reagan. En aquel momento, 200 estadounidenses habían muerto debido a una nueva enfermedad infecciosa. El propio Reagan no mencionó el SIDA en otros tres años.

LA CASA BLANCA

SESIÓN INFORMATIVA DE Prensa REALIZADA POR LARRY SPEAKES

15 de octubre de 1982

Sala de Sesión Informativa

12.45 p.m. (horario de la costa este)

Pregunta: Larry, ¿cuál ha sido la reacción del presidente al anuncio de los Centros de Control de Enfermedades de Atlanta de que el SIDA ya es una epidemia y que hay más de 600 casos?

MR. SPEAKES: ¿Qué es el SIDA?

P: Más de un tercio de ellos ha muerto. Se conoce como la «peste gay» (risas). No, es verdad. Quiero decir que es un asunto bastante serio el que una de cada tres personas que lo tienen haya muerto. Y me preguntaba si el presidente es consciente de ello.

MR. SPEAKES: Yo no lo tengo. ¿Y tú? (risas).

P: No, yo no.

MR. SPEAKES: No has respondido a mi pregunta.

P: Bueno, sólo me preguntaba, ¿lo tiene el presidente?

MR. SPEAKES: ¿Cómo lo sabes? (risas).

P: En otras palabras, ¿la Casa Blanca considera esto una gran broma?

MR. SPEAKES: No, no sé nada sobre esto, Lester.

P: ¿Sabe el presidente, sabe alguien en la Casa Blanca algo sobre esta epidemia, Larry?

MR. SPEAKES: No lo creo. No creo que haya nadie [que lo sepa].

P: ¿Nadie lo sabe?

MR. SPEAKES: No ha habido experiencia personal por mi parte, Lester.

P: No, quiero decir, creí que lo estabas manteniendo.

MR. SPEAKES: Lo he comprobado exhaustivamente con el doctor Ruge esta mañana y no ha tenido (risas) ningún paciente que sufriera SIDA o lo que quiera que sea.

P: El presidente no tiene la peste gay, ¿es lo que me estás diciendo o qué?

MR. SPEAKES: No, no he dicho eso.

P: ¿No has dicho eso?

MR. SPEAKES: Creí haberte oído algo sobre el Departamento de Estado. ¿Por qué no te quedas ahí? (risas).

P: Porque te quiero Larry, por eso (risas).

MR. SPEAKES: Oh, ya veo. Pero no lo pongas en esos términos, Lester (risas).

P: Oh, lo retiro.

MR. SPEAKES: Eso espero.

P: Es demasiado tarde.

Esta transcripción fue citada al principio del libro de JON COHEN, *Disparos en la oscuridad: La voluntariosa búsqueda de una vacuna del SIDA*, 2001.

La larga reconstrucción

SE ALZA EL TELÓN y ante los ojos del público aparece José María Lanchas, vestido de virus. Es el 29 de noviembre de 2004, en la discoteca Joy Eslava de Madrid. Con motivo del Día Mundial del SIDA, el 1 de diciembre, Apoyo Positivo ofrece una rueda de prensa para comentar las cifras y tendencias de la evolución del VIH en España. Voluntari@s de la ONG representan para l@s asistentes una obra teatral, Stop Bicho, con la que pretenden reivindicar una mayor integración de l@s seropositiv@s en la sociedad. Entre l@s asistentes, observa atentamente la hija de José María. No sabe que su padre está infectado, «aunque algo sospechaba, ya que yo no hacía más que hablarle de Apoyo Positivo, pero no lo llegaba a ubicar exactamente».

Han pasado por entonces diecisiete años desde que a José María le detectaron el VIH, en 1987. «Fui a hacerme una revisión, porque tenía un principio de enfisema pulmonar desde hacía muchísimos años. Tenía problemas familiares y no sé si influyó de alguna manera, pero me sentí bastante afectado por el enfisema. No hacía más que tener flemas y toses. Estaba muy mal, muy mal y entonces fui a que me hicieran una analítica, y allí me realizaron la prueba de VIH.» Se lo comunicaron «así, sin más». Por entonces, José María estaba muchísimo más delgado que ahora. Pesaba unos treinta y cinco kilos, «aunque yo no me veía tan mal. Fui al ambulatorio, ni siquiera a algún centro especializado. Y de allí me mandaron a La Paz, con el diagnóstico».

José María ama el teatro, especialmente a Carlos Arniches (1866-1943), su autor favorito, maestro del sainete popular madrileño y creador de la tragicomedia grotesca, género con el que desenmascaró a la clase media española, mostrando el contraste entre su apariencia social y su persona íntima, entre la fachada y el rostro. Y siempre, intercalando lo trágico y lo cómico de la existencia. «Me gusta sobre todo el sainete y la comedia, porque para drama ya tengo yo bastante con el mío. Pero también me gustan mucho los clásicos. Sí que me gustaría hacer más cosas, pero como no te muevas en ese ambiente, no tienes opción. He ido a dos o tres castings y me han cogido y he hecho unos pinitos, pero no sale de ahí la cosa.» Aquel 1987, José María se comportó como uno de los personajes del escritor alicantino. Agarró el diagnóstico y se marchó a su casa. No fue a La Paz directamente. Estuvo tres años sin acudir al médico y sólo, poco a poco, comenzó a concienciarse de «su enfermedad», como él la llama. Aquel círculo que inició entonces la vida de José María, se cerraba definitivamente aquella noche de noviembre de 2004, cuando la hija de José María, finalmente, conocía que su padre estaba infectado de VIH. «Al término de la función, hablamos. Mi hija lo asumió perfectamente, y hasta hoy.»

LO+POSITIVO: ¿Crees que el médico te comunicó el diagnóstico con delicadeza?

José María: Pienso que la verdad es que me lo dijo bastante bien, según lo recuerdo con el tiempo. Evidentemente yo no lo asumí ni lo acepté, también está muy claro. No lo entendía, no entraba dentro de mis cálculos. Por eso estuve tres años sin ir al médico.

L+P: Y al final, ¿por qué te animaste a ir?

J. M.: Porque al principio, cuando me comunican que tengo la infección, es una época muy mala, en la que está muriendo mucha gente. Continuamente salían datos, cada vez peores, en la televisión y entonces me digo, «bueno, pues si voy a durar dos telediarios, pues me da lo mismo. Cuando sea, que sea». Y no me complico la vida, ni doy explicaciones a nadie, ni cuento nada a nadie, y lo dejo

estar. Entonces, según va pasando el tiempo, yo la verdad es que no tengo ninguna sintomatología, me encuentro perfectamente bien «dentro de» y pienso: «A ver si esta gente se ha equivocado». Y me voy directamente a La Paz, a Medicina Interna 2. Me llevo el diagnóstico que me dieron en el ambulatorio. Me atiende el médico con el que aún estoy, me dice que soy una mala bestia, que cómo he estado así tres años... me pone a caer de un burro sin más consecuencias. Me hacen unas pruebas y me confirman que estoy enfermo de VIH. Me ponen mi tratamiento, empiezo a seguirlo con altos y bajos, porque todavía no tengo como muy asumido el tema, pero dentro de un orden. Y así poco a poco me voy involucrando... hasta el día de hoy, que ya hace muchísimos años que me he concienciado de ello y lo tengo como una enfermedad crónica asumida, con el riesgo que lleva implícito, pero sin tampoco obsesionarme. En 1987, en todos los informativos, por la tarde o por la noche, siempre había «caído» algun@. Además, figuras relevantes, lo que impactaba más. Me tiré tres años sin querer saber nada del tema, y cada vez que salía algo relacionado con el SIDA, cambiaba de canal.

L+P: ¿No se lo constaste a tu familia?

J. M.: Bueno, jugué con un punto a mi favor, que es que yo vivía y vivo solo. Me acababa de separar. La única familia que tenía era mi padre, con ochenta años, que estaba en una residencia con Alzheimer y que era como si no estuviera; una hermana, un sobrino y una hija que entonces tenía ocho años. No creí oportuno comunicárselo a mi hermana, entre otras cosas porque tenía una relación de vernos una vez al mes, comer en los cumpleaños o en Navidades, y poco más. Además, mi hermana vivía a caballo entre Marbella y Madrid, por lo que también nos veíamos menos. En un momento dado, mi sobrino se viene a vivir a Madrid y empiezo a tener más conexión con él. En 1993-1994, enfermo de un fuerte catarro que me obliga a permanecer en cama y mi sobrino está un poco más pendiente de mí. Mi hermana llega también a Madrid y coincide con que tengo que ir a recoger los resultados de una analítica. Les digo que tengo que ir al médico, ella me dice que me acompañe y yo pienso que qué bien, porque, sin quererlo yo, se van a enterar. Llegamos a la consulta, el médico pensó que mi familia lo sabía y empezó a hablarme como hablamos cotidianamente. Mi sobrino se desmayó. Y entre el soponcio de mi sobrino y demás, pues no dio lugar a recriminaciones ni nada... y así se quedó la cosa.

José María tenía por entonces cuarenta y ocho años. Hacía seis que le habían detectado el VIH. La mitad de la vida por delante. Por aquel 1987, trabajaba de funcionario en la Administración, donde nunca se llegaron a enterar de su situación. «No mostraba ninguna sintomatología, no caía enfermo ni nada. Lo que pasa es que fue una época azarosa y difícil, que coincidió con la separación, y yo me



«Me puse a trabajar en una suplencia de conserje en verano del 94-95, dos meses. A los siete u ocho meses me viene una carta de la Comunidad diciendo que les debo los cuatrocientos euros de los dos meses que he estado trabajando, que no tenía que haber percibido la pensión.»

dediqué a vivir alegremente, demasiado alegremente, y en el Ministerio me abrieron un expediente y me cesaron del cuerpo. Tras la separación, vivía de alquiler y mientras estoy trabajando y cobro mi sueldo, pues perfecto. Pero llega un momento en que, sin trabajo, todo lo que tengo desaparece. A mi hija dejo de pasarle la pensión, me echan de la casa donde vivo; me demandan judicialmente y me desahucian.» Su hermana, que aún no lo sabía, le recrimina su mala vida, «piensa que soy un sinvergüenza, un golfo y un vivalavirgen y compra un apartamento a su nombre, "porque si lo pongo a tu nombre, igual te lo pules", donde me instalo a vivir».

Gracias a su familia y a sus ganas de vivir, José María pudo reconstruir poco a poco su vida. En el nuevo barrio al que se traslada a vivir, decide no ocultar nada. «Hablo de que tengo VIH, y lo sabe todo el mundo. También es cierto que tengo mucha facilidad para hacer amistad con la gente. Dice todo el mundo que soy muy simpático en la calle, pero luego en mi casa no hay quien me aguante, y debe de ser verdad, porque si no seguiría casado. También me gusta jugar al mus, y empiezo a conocer a gente, surge amistad... Conozco a un matrimonio que es como si fueran mis herman@s, vivimos puerta con puerta, y el día que no me ven me llaman para ver si pasa algo.»

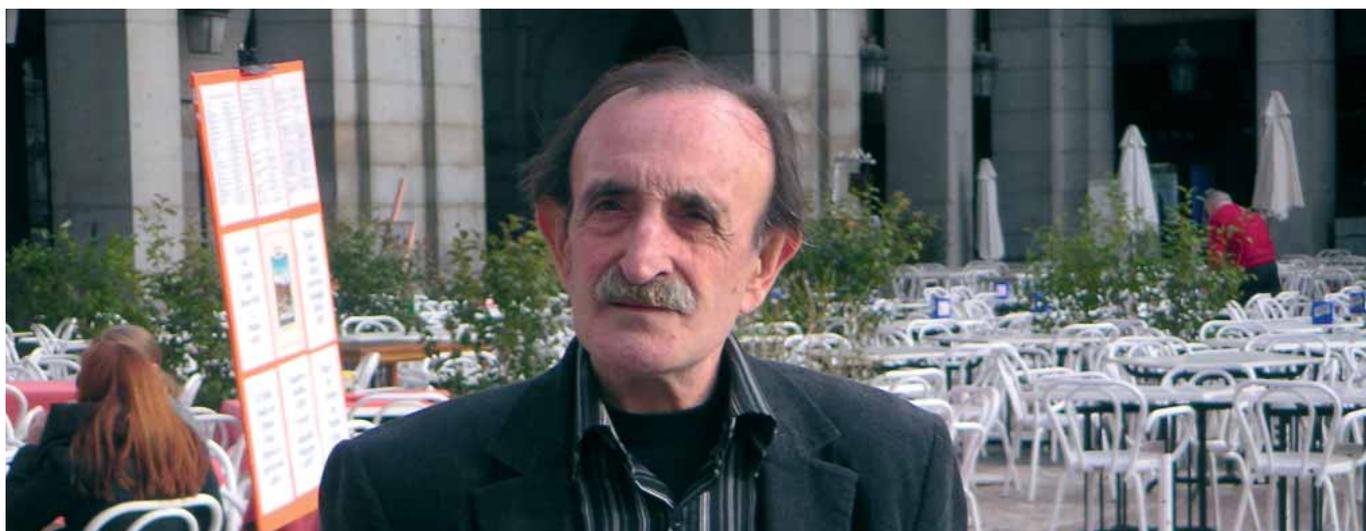
Poco después de iniciar el tratamiento, salvó a un amigo de la muerte. «Me levanté una noche al baño, le vi en su cama, en una postura muy rara, me acerqué y estaba inconsciente. Se había tomado un montón de pastillas. Lo llevamos al hospital. Al principio me recriminaba que por qué no le había dejado. Luego, con el tiempo, hablamos y decíamos que quién nos iba a decir que íbamos a estar aquí.» Su amigo también estaba infectado de VIH. José María lo sabía desde hacía poco tiempo: «Trabajaba conmigo en el Ministerio y cuando me separé empecé a intimar más con él y su grupo de amigos. Cuando me enteré de que yo tenía VIH se lo comenté, porque acusas el golpe y la gente te pregunta, y entonces él me dijo: "No te preocupes, yo llevo cinco años. Y Antonio, pues también. Y Manolo, también...". Me refugí un poco más en ellos, empezamos a salir más que antes, todos los fines de semana me voy a casa de uno u otro o nos vamos fuera, nunca me dejan solo. Son las personas con las que me siento más identificado, porque con el resto de compañer@s de trabajo pierdo el contacto en cuanto dejo de trabajar, entre otras cosas porque mi mujer trabajaba en el mismo sitio.»

Pese a sus problemas respiratorios, José María fuma y aspira el humo como el aire cuando sale a la calle, con toda la fuerza que le permiten sus pulmones, pese a que «siempre he sido una persona no muy fuerte, que coge todas las infecciones habidas y por haber». Y, sobre todo, y ésta es su mayor reivindicación, pese a los escasos recursos económicos de que dispone. No tiene derecho a paro, porque pertenece a la Mutualidad de l@s funcionari@s (por lo que no cobrará hasta que cumpla los sesenta y cinco), y los únicos ingresos que recibe al mes son los trescientos euros escasos de la pensión no contributiva, con los que paga comunidad, luz, agua, teléfono... «He trabajado varias veces, pero mientras trabajo me quitan la pensión no contributiva y no me compensa trabajar. Yo tengo amig@s que la pensión no contributiva la tienen por la Seguridad Social y es compatible con el trabajo; yo al tener la incapacidad por la Comunidad de Madrid no puedo trabajar a la vez. Antes de saber que no podía, me puse a trabajar en una suplencia de conserje en verano del 94-95, dos meses. A los siete u ocho meses me viene una carta de la Comunidad diciendo que les debo los cuatrocientos euros de los dos meses que he estado trabajando, que no tenía que haber percibido la pensión. Hago un recurso, del que me contestan hace un año en el que me dicen que tengo que pagar treinta euros mensuales hasta ahora, con los intereses.»

A parte de la pensión y los medicamentos, la única ayuda que recibe José María son unos billetes especiales para viajar en transporte público, «sólo en autobús, que no en Metro». «Creo que sería interesante que tuviéramos más ayudas de tipo económico y que tuviéramos acceso, como minusvalía que tenemos, a puestos de trabajo para minusválid@s. También entiendo que mi edad es un hándicap, pero también lo he hablado con amig@s de Apoyo de cuarenta y tantos años, que están igual.»

José María conoce Apoyo Positivo más o menos desde sus inicios. «El médico de la Paz se interesa por mi estado y me manda a una asociación que, aparte de realizar actividades, dan comidas y todos los meses envían a casa un paquete de alimentos. "Vete de mi parte y dices que eres enfermo y estás en esta situación." Voy a Apoyo, me empiezan a mandar alimentos, voy un día a la comida y salgo por los suelos... porque me encuentro a la mayoría de l@s enferm@s que van a las comidas en silla de ruedas, no pueden hablar... Es deprimente y salgo de allí horrorizado y no vuelvo. Con el tiempo, ya que mi hermana se instala en Madrid, pido que no me manden más alimentos. Por otra parte, me mandaban veinte litros de leche con caducidad en una semana... Cuarenta y ocho yogures con caducidad pasado mañana. En ese momento me olvidé de Apoyo.»

Pero con motivo de un ingreso en La Paz, a causa de una flebitis, complicada con una fistula en el colón que le provoca un grado de desnutrición extremo, José María vuelve a retomar el contacto con la organización. «Llegué con tal grado de desnutrición, que no me podían intervenir. Me tiro nueve meses ingresado, hasta que consigo coger cincuenta kilos de peso para que me puedan intervenir, con riesgo, además, porque yo también tengo hepatitis y el hígado destrozado, de que no aguante la anestesia... Es una operación de allá te veré. Pero afortunadamente aquí estamos. Con motivo del ingreso, el doctor que me lleva pide a Apoyo que, mientras estoy en el hospital, vengán a verme, porque aunque viene mi hermana y algun@s amig@s, son nueve meses y estás prácticamente todo el día solo. Se crea una relación. Nada más salir de La Paz, a los cuatro o cinco días, me voy a casa de unos amigos porque me dicen que por mí mismo no puedo hacer las cosas, y Apoyo se encarga de buscar»



me una asistente social y una persona viene a atenderme. En abril me llama la presidenta que había entonces en Apoyo, me dice soy Pilar Leira y te llamo por si estarías interesado en la peregrinación que hay en mayo a Lourdes, y para que te pasaras por Apoyo, para que vieras cómo está todo, lo hemos cambiado, está de otra manera, un nuevo sistema... y me siento un poco obligado y voy un día a la comida. Efectivamente el tema ha cambiado completamente, no es que toda la gente que vaya esté supernormal, pero las personas que están en un grado más o menos de minusvalía están dentro de un orden. Ya no es tan deprimente la comida. Empiezo a tener relación con gente más o menos de mi edad o más jóvenes que están en la misma situación que yo, de incapacidad, con lo cual nos podemos entender. Empiezo a crear un círculo de amig@s allí y sigo manteniendo contacto con Apoyo, surge que me apunte al grupo de teatro y hasta ahora.» José María es creyente «y participante, como yo digo, hasta cierto modo».

L+P: Cuando en 1990 te pusieron en tratamiento, ¿te dieron esperanzas?

J. M.: No, no. Me dijeron, «esto ya sabes lo que es, se supone que si vas aguantando la medicación, irás teniendo una calidad de vida cada vez mejor, pero eso no quiere decir que en un momento determinado no admitas la medicación y esto pueda dar la vuelta y cambie totalmente el proceso». E indudablemente riesgo absoluto en cualquier momento. A los dos o tres años de llevar el tratamiento, ya me empezó a decir González que parecía que estaba respondiendo bastante bien, «no te pongas tan contento, pero vete haciendo a la idea de que esto con el tiempo se te puede quedar en una enfermedad crónica y ya sabes que será toda la vida, pero posiblemente puedas mantenerte así».

L+P: En tu opinión, ¿cómo han evolucionado los tratamientos a lo largo de estos años?

J. M.: He tenido cuatro. La verdad es que todos los he aceptado muy bien. Siempre he tenido el tratamiento de tres fármacos. Con los primeros estuve cinco años o por ahí. Llegó un momento en que estaba saturado de uno de ellos y me tuvieron que cambiar la medicación. Después me pusieron una horrorosa, con dieciocho pastillas al día, de la que acabé, tras seis o siete años, hasta la coronilla. Un día, hablando con el doctor que me lleva, me dice que hay un protocolo para cambiar la medicación a dos comprimidos diarios, que llevan los tres componentes que hay que tomar, y que si lo acepto, me puede venir muy bien, ganar en calidad de vida, y no dañar tanto el estómago. Desde junio del año pasado estoy con esta medicación, Trizivir.

L+P: ¿Cómo has llevado el tema de la adhesión?

J. M.: En general, bien. Quitando los primeros momentos, que, por circunstancias, si salía no llevaba la medicación y llegaba a casa más tarde de las doce horas de diferencia, y a veces me la tomaba y otras veces no, sabiendo que no me sirven de nada. En otras medicaciones anteriores ha habido veces que me iba de vacaciones y no me llevaba suficientes pastillas, y me he tirado una semana sin

tomarlas, pero más de una semana nunca. Siempre ha sido por no haber calculado bien, no por querer dejar de tomarlas. También ha habido algún día que estás por los suelos y piensas no quiero ver las pastillas. Pero al día siguiente vuelves. Yo creo que desde el 92 no he interrumpido el tratamiento.

L+P: ¿Cada cuánto vas al hospital?

J. M.: Antes iba dos veces al año. Con este protocolo, que lo termino en junio, porque es de un año, son cuatro al año. Supongo que si todo va bien volveré a dos, una vez en verano y otra en invierno. La verdad es que estoy asimilándolo bastante bien, he subido hasta 950 los CD4. Cuando fui la primera vez tenía 150 y el médico me dijo que tenía que subir a 400 para que estuviera medianamente en condiciones. Pero otros organismos, con 150, están bien. También he detectado que algun@s compañer@s que tienen menos CD4 que yo, y a l@s que sus médic@s les dicen que están bien, son de otros centros, que parece que siguen otros baremos. Desde el punto de vista de mi médico estoy bien, y la verdad es que yo me encuentro bien. El tema de los medicamentos es tan extraño... Porque, de tod@s los amig@s que tengo, hay alguno que coincide en uno de ellos, pero no en todos. De un grupo de veinte, hay cinco tratamientos diferentes. Por ejemplo, el que yo estoy haciendo ahora no lo toma nadie que conozca. También es cierto que estoy convencido de que existe una vacuna, lo que pasa es que los intereses creados que hay de los laboratorios influye mucho en el tema y que si no la hay está a punto de y que pienso que hay medicamentos que son mucho más simples y más actualizados que los que tomamos aquí. Creo que Francia está mucho más avanzada que nosotr@s en este tema.

L+P: ¿Has conocido a personas que viven con VIH de otros países?

J. M.: Sí. En Francia hay much@s enfermer@s que no toman ninguna medicación.

L+P: ¿Y cómo se tratan?

J. M.: Pues cada seis meses les hacen una analítica, están dos días en observación con una especie de medicación y vuelven a los seis meses.

Es mediados del mes de febrero cuando se celebra la entrevista. ¿Y cómo ves el futuro, José María? «Pues, sinceramente, el futuro lo veo bien tal cual lo tengo. No hay nada que me preocupe. Pero necesitaría el incentivo de un trabajo, porque yo sigo buscando trabajo, ya que no me gusta estar en casa metido, es contraproducente para mí. Ciertamente me gustaría tener menos años, pero más que nada para hacer más cosas. Porque ahora me estoy volviendo muy vago... menos mal que llega ya el verano, porque he pasado un invierno fatal. A mí es que me gusta mucho salir a la calle, andar, no tengo ninguna pereza... me siento y no tengo ganas de moverme, eso es lo que me indigna.» En agosto está prevista una visita del grupo de teatro de Apoyo Positivo a Praga, a un balneario, durante una semana, donde van a coincidir enfermer@s de VIH de varios países de Europa. Se alza el telón y aparece José María...

Ganas de Vivir

Lourdes Pérez fue uno de los primeros casos de VIH diagnosticados en España. «Me enteré en 1983 y reaccioné muy mal. Más teniendo en cuenta la forma en que me lo dijeron. Ni los médicos sabían de lo que hablaban; fue una experiencia un poco rara. Yo estaba enganchada a la heroína y acababa de tener una hija hacia tres meses. Ella dio negativo. El médico, cuando tuve a mi hija, se dio cuenta de que yo no estaba bien. Por su cuenta y riesgo me hizo una serie de análisis y a los tres meses me llamaron para que fuera a por los resultados y me dijeron que era portadora del virus, que me iba a poner muy enferma y que me iba a morir. En ese momento no sabes cómo reaccionar. Yo estaba metida en las drogas y pensé "si me voy a morir, cuanto antes mejor" y seguí. Llevaba enganchada desde los doce años.»

Durante un tiempo, continuó enganchada. El juzgado, por denuncia de su marido, también toxicómano pero de cocaína, le había quitado la custodia de su hija. Lourdes siguió viéndola. «Vivía en una casa baja y saltaba por el tejado de la casa de al lado, pero a mi hija la veía, porque era mi hija.» A los tres años, «me fui a un centro de rehabilitación a Valladolid, no porque quisiera quitarme de las drogas, yo ya lo daba por perdido, había hecho intentos y todos habían salido mal. Yo me fui a un centro a morirme. A los nueve meses de estar allí, me puse malísima y pensé "ya ha llegado". Me llevaron a un hospital, llamaron a mi madre para que llevara los papeles del entierro, fue la primera vez que yo vi a mi madre en nueve meses. Cuando me llevaron al hospital se dieron cuenta de que era seropositiva. Yo nunca había dicho nada. En esa época no se decía. De hecho, cuando el médico me dijo que tenía VIH me quedé igual, la ignorancia, pero yo no le dije a nadie que tenía eso. Mi

madre, muy en su línea, llamó a mi marido para decirle que estaba muy malita, que la habían llamado para que llevara los papeles, porque me iba a morir. Y él se presentó allí, y yo cuando le vi... resucité. Con una rabia, con un odio...

Le pregunté si había ido a verme morir, me dijo que sí, y le dije, pues te vas a joder, que no sabes lo que acabas de decir. Evidentemente yo no sabía qué estaba diciendo. Lo dije más en plan desafío, rabia. Pero la vida me ha dado otra oportunidad. No sé si había luchado bastante, tenía que luchar más, pero de aquella salí. Tenía una presunta neumocitosis, aquello no se sabía por entonces ni lo que era. El médico me decía que tenía eso y yo pensaba que me estaba insultando. Una candidiasis enorme, muy mal. Volví al centro después de tres meses de hospital. Y cuando me vi más fuerte, recibí una citación para un juicio, tenía que venir a Madrid.»

El regreso a Madrid no fue fácil. Volvió a casa con su marido y su hija, a luchar no sólo contra el barrio. «Yo vivía en Tetuán, y en aquellos años éramos yonquis prácticamente tod@s. Mi marido seguía consumiendo, seguíamos teniendo visitas, seguían llamando al timbre a la una, dos, tres de la mañana. Yo tuve que luchar dentro de mi casa, porque ni siquiera dejaba de meterse rayas delante de mí.»

De esta época es otro de los capítulos más duros de su vida: un segundo embarazo: «Él estaba loco porque tuviéramos un hijo, pero yo sabía lo que había, porque en el hospital de Valladolid me explicaron más o menos lo que sabían entonces. Era el año 1987: no era conveniente tener hij@s, se contagiaba así y así, había que tener precauciones... yo las puse, pero él no las quería, decía que no lo iba a coger nunca, porque no era drogadicto (sólo éramos drogadict@s l@s que nos pinchábamos), ni maricón. Yo me negué a tener relaciones,



hubo dos o tres veces en las que me violó. No lo denuncié, entonces se daba como algo dentro del matrimonio. Me quedé embarazada. Tenía una cosa clara, no iba a tener más niños. Había tenido una grandísima suerte cuando la niña nació sana, ese día me tocó la lotería, no me puedo quejar de nada más. Yo estaba yendo a La Paz, ya en tratamiento, te daban las pastillas a puñados porque no sabían la dosis que había que dar. Cuando me quedé embarazada por segunda vez, la doctora me dijo que era imposible con ese medicamento. Un día le dije: "Te juro que si tengo este niño te lo vas a quedar, te lo traigo a la consulta, no lo quiero". Me ingresaron, hicieron un control de orina y estaba de cinco meses. Me hicieron un aborto y me propuso una ligadura de trompas. Como estaba casada, necesitaba la firma de mi marido. La falsifiqué.»

LO+POSITIVO: ¿Tu marido tenía también VIH?

Lourdes Pérez: Mi marido lo cogió por otras lindes, me enteré después. Un día, ya separados, cae como en una neumonía, lo llevo al hospital y nos preguntan si era la primera vez que se ponía así de malo, y si tenía antecedentes de algo. Yo les digo que soy seropositiva y él tóxico. Era 1988. Yo le sacaba de la cárcel cada vez que se ponía malo, y no me lo llevaba al Gregorio Marañón, que era donde estaban los presos, sino a La Paz. Cuando salíamos de la consulta tiraba los medicamentos y, sabes lo que me decía, que estaba enfermo por mi culpa, por tanto, como yo le había jodido la vida, ahora tendría que cuidarle. Dije que no, que si quería ir a consulta le acompañaría, pero si no se tomaba los medicamentos, le diría al médico que no se los diera, porque eran carísimos como para tirarlos. Se murió, ha hecho diez años en marzo.

No ha sido la única persona del entorno de Lourdes que ha muerto de la enfermedad, contra la que ella lucha ya desde hace veintitrés años. «Mi hermano murió también de SIDA en la cárcel.» Al preguntarle si conoce a más gente, con cierta ironía, contesta: «¿Cuántos quieres? En mi barrio quedan tres más y yo, que lo tienen desde mucho más tarde que yo, desde el 97-98.»

L+P: ¿Cómo te sientes cuando te enteras de que alguien ha muerto?

Lourdes: Procuero seguir, no me queda otra. Cuando salí de las drogas y de Valladolid, lo primero que dije fue que «un paso atrás, ni para tomar impulso». No se trata de no mirar al pasado, porque hablo mucho de mi pasado. Creo que es una forma de seguir adelante, porque me da fuerzas ver cómo he estado, cómo he sido, lo que he hecho, cómo estoy ahora, lo que soy capaz de hacer y lo que hago. No me puedo olvidar de mi pasado, es parte de mi vida. Pensar que soy la única del barrio que sigue viva no me produce ninguna alegría. Me dan ganas de seguir luchando. Y ha habido veces que me he rendido. Sobre todo los tres últimos años, porque cada vez que voy al médico tengo una cosa u otra.

L+P: ¿Te consideras una mujer fuerte?

Lourdes: No soy tan fuerte, lloro mucho. He tocado fondo desde que estoy enferma muchas veces, mi médico me dice que soy como el Ave Fénix, cuanto más tirada te ves, resurges con más fuerza. Cuando ingresé en Valladolid tenía dieciséis CD4, ¿cómo llegué hasta ahí?, no lo sé, para eso no tengo respuesta, porque además era una época en que la gente se moría a patadas, con más defensas y mejor vida que yo. Pero creo que el juramento que le hice a ese cabrón me hizo levantar. Nunca he vuelto a ser igual. Tomo muchísimos medicamentos, mis visitas al hospital son un día sí y otro también y cuando no estoy ingresada me van buscando, pero sigo aquí.

No soy más valiente que nadie, soy más cobarde que muchas o muchos, pero es mi forma de pelear. Cuando me hundo, me hundo de una vez y cuando me voy hundiendo, no escucho. Voy en picado, y cuando ya llego al final, digo «ahora o te mueres o sales». Y vuelvo a salir, siempre he salido. Hace cinco meses, cuando iba a ver al médico, me decía «buenos días» y lloraba como una magdalena, terrible. Me dijo «tienes que ir a ver a un psicólogo», pero no. Si yo no soy consciente de que tengo que superar ese problema y de que tengo que volver a salir adelante, nadie lo puede hacer. Para desahogarme, hablo mucho. Con mi hija tengo largas conversaciones. Mis sobrinas, cuando tienen alguna duda, me llaman para decirme que



ha salido un medicamento. Conocen el tema por mí, saben las consecuencias a grandes rasgos, porque cada persona es un mundo y nunca se sabe cómo va a reaccionar. Yo, por ejemplo, por las noches no duermo. Anoche me quedé dormida a las cuatro menos cuarto de la mañana y me levanto a las seis y media. Me encanta la lectura, me encanta leer... por las noches me paso el tiempo leyendo o viendo alguna película. Pero hago lo que me apetece, cuando me apetece y como me apetece.

A lo largo de la conversación, Lourdes da señales de fuerza, rebeldía y carácter. Así, recuerda que «en el año que estuve en el centro de rehabilitación, mis maletas nunca se deshicieron», y asegura que «siempre he tenido genio y carácter y lo sigo teniendo y creo que si he llegado hasta aquí, es porque mi carácter me lo ha permitido, amén de otras muchas cosas, como medicamentos, visitas, medic@s. Pero el carácter y el coco que yo tengo me han ayudado siempre».

Del relato de la enfermedad y de cómo la vivió, se deduce una profunda soledad durante los primeros años. «Aunque yo tengo mucha familia, en los tiempos de Valladolid y en los inmediatamente posteriores, entonces no tenía a nadie: mi madre pasaba de mí y mis hermanas no querían ni verme, ni a mí ni a mis hermanos. Yo no he tenido nunca una madre que me acompañara a los sitios, mis hermanas menos, y mi marido igual. He ido al hospital sola, me han operado de un ojo y me he venido sola, tuve mi aborto y mi ligadura de trompas y siempre todo sola.»

«Procuero seguir, no me queda otra. Cuando salí de las drogas y de Valladolid, lo primero que dije fue que "un paso atrás, ni para tomar impulso". No se trata de no mirar al pasado, porque hablo mucho de mi pasado. Creo que es una forma de seguir adelante, porque me da fuerzas ver cómo he estado, cómo he sido, lo que he hecho, cómo estoy ahora, lo que soy capaz de hacer y lo que hago.»

«He pensado que no iba a ver que mi hija creciera, y ha crecido, y tener una nieta era impensable y la tengo; a conseguir un sobrino que siempre me lo negaron y ahora está conmigo. Eso es lo que importa, nada más... Ya no puedo quedarme en casa, no me apetece, me apetece hacer muchas cosas...»

L+P: ¿Sigues yendo al médico sola?

Lourdes: Sí. Ahora me he acostumbrado, y si viene alguien ya casi me molesta. Javier no viene conmigo evidentemente porque trabaja, no puede estar saliendo para ir conmigo al médico porque no es una vez cada dos meses, es hoy sí y mañana también. No tengo defensas, ahora estoy tratándome una infección de riñón... y así siempre. Llevo ya muchos años así, hace dos años estuve en mi casa un mes, el resto lo pasé ingresada. Salía, estaba en casa tres días, volvía, salía, cuatro días en casa, volvía... ¡menos mal que no estaba de alquiler, si no qué ruina! He aprendido a ver la botella medio llena, siempre; y cuando la veo medio vacía le doy la vuelta.

L+P: ¿Cuáles han sido los peores años de la enfermedad?

Lourdes: ¿Los peores? A raíz de salir de Valladolid no hubo momentos peores que otros, es todo un día, es hoy. Yo solamente miro el hoy. Esta vida me ha demostrado que no puedo hacer planes, porque siempre que los hago termino en el hospital antes de irme. Lo tengo demostrado.

Después de tantos años, Lourdes asegura que es ahora cuando ha empezado a vivir. «Puedo decir que es ahora cuando vivo. Yo llevo viviendo diez años, no llevo más, y he sufrido mucho, porque me encontré sola», con una hija que en un momento estuvo muy resentida. También tiene novio: «Salí tan escarmentada de aquella primera relación, que lo primero que le dije, para que me dejara en paz, a principios de los noventa, cuando nos conocimos, es que tenía SIDA. Y él, como si hubiese oído que llueve. ¿Me estás oyendo? Y él dijo, sí, que tienes SIDA. ¿Sabes lo que es eso? Algo he leído en los periódicos. Pues eso es lo que hay. Su contestación fue: "¡Tú no me has preguntado si tengo anginas". Llevamos nueve años.»

L+P: Él no vive con VIH.

Lourdes: No, es un señor trabajador de una casa muy normal, gente recta. Empecé con un tonto. Él vive en su casa y yo en la mía, no volveré a vivir con nadie. Porque mi vida es mía, tengo suma conciencia de lo que tengo. Cómo va a terminar, no lo sé, pero tengo ligeras ideas y ninguna me gusta. No me preocupa morirme, me preocupa cómo. Yo hipotequé mi vida en el 83, y llevo pagando esa hipoteca todos los meses, no sé cuándo voy a terminar, y lo único que pido es que termine bien, entre comillas, que no me dé cuenta, es lo único que quiero. Drogas, no quiero ninguna, pero cuando me esté muriendo, quiero todas.

L+P: ¿Cómo vive tu hija tu enfermedad?

Lourdes: Con mi hija no ha habido ningún problema, porque lo ha mamado. Los sentimientos de mi hija hacia esto son muy personales. A ella le puede algo por encima de todo, y es que me adora. Lo que yo tengo, a ella le duele porque soy su madre, pero lo tiene mucha gente y todo el mundo tenemos derecho a luchar, y también a rendirnos. Ella lo pasa mal cada vez que me tienen que ingresar en el hospital. Yo sé que ella llora, pero delante de mí es fuerte. Me conoce y si tengo un día malo, sabe que al día siguiente estará mejor.

Y es que son veintitrés años de convivencia con el virus. Y de lucha: «Yo soy enferma terminal desde hace dieciséis años». En esos años, ha superado cuatro tuberculosis y ha tenido cuatro tipos de hepatitis. «L@s médic@s nunca me han dado esperanzas.» Respecto a los tratamientos, lo único que pide es que «salgan más pastillas,

más medicamentos para poder combatirlo, porque los medicamentos de ahora tienen muchísimos efectos secundarios. Yo hace años que dejé de leerme los prospectos». Ha entrado en casi todos los protocolos. «La gente me decía que cómo me podía prestar de conejillo de indias, que no está probado, si no funciona... y yo siempre he dicho, y ¿si funciona? Evidentemente siempre he sido de las primeras personas que los ha probado, cuando entras en un protocolo, estás el tiempo que dure. El peor fue ritonavir, fue horrible. En el ensayo me dijeron que no estaba probado en personas, sólo en gatos y ratones y que habían muerto ciegos y de cirrosis. Yo le decía al médico que arreglara los papeles por si me quedaba ciega, poder vender cupones. Tenía unos efectos secundarios de muerte. Pero es que yo ya había agotado medicamentos, tenía que agarrarme a los que salieran. No puedo esperar a que los prueben. Si no valen, lo dejaremos antes, si vale, no puedo esperar seis años a que lo aprueben. Llevo años viviendo de prestado, si son dos años más que le quito al cabrón éste que vive conmigo...», apunta refiriéndose al VIH.

En uno de los aspectos que Lourdes recalca que ha tenido más suerte, es en el del trato con la gente, ya que no ha tenido nunca reparo en decir lo que tiene, tampoco en el trabajo. «Yo no voy a un trabajo y le digo: "me quiere usted contratar, tengo SIDA". Pero si alguien me ha preguntado, yo lo he dicho. Nunca he tenido ningún problema, porque muchas veces no es tengo esto y ya está. Hay que ver a la persona, cómo funciona. Y luego, cuando ya se enteran, a lo mejor tienes un par de días que te miran como diciendo, "joé ésta". Pero la gente se olvida muy deprisa. O se les olvida, o pasan página, lo cual es muy bueno.»

L+P: ¿Cómo ves el futuro?

Lourdes: No miro el mañana, en el sentido de que no pienso si este verano me voy a ir de vacaciones o no. Cuando llegue, decidiré. Y cuando llega, me lío la manta a la cabeza y hago lo que me da la gana. Pero no decido qué voy a hacer, porque no lo sé. Básicamente he decidido unas cosas para el futuro, qué es lo que quiero que hagan conmigo cuando me muera y cómo quiero terminar. Eso está escrito. Entre aquello que está firmado y ahora, que la vida me sorprenda. Es que no puedo hacer otra cosa. Evidentemente yo estoy trabajando, cuidando a una señora con Alzheimer. Sé que mañana tengo que volver al trabajo, la rutina la tengo. He hecho muchos planes y todos me han salido mal. He pensado que no iba a ver crecer a mi hija, y ha crecido, y tener una nieta era impensable y la tengo; a conseguir un sobrino que siempre me lo negaron y ahora está conmigo. Eso es lo que importa, nada más.

De momento, se está sacando el curso de auxiliar de enfermería, mientras piensa en escribir un libro con sus vivencias: «He empezado varias veces, pero luego no me gusta cómo lo he escrito y no sé corregir, por lo que lo rompo y lo vuelvo a escribir de nuevo. Estoy pensando en comprarme una grabadora y que luego mi hija lo pase, que se le da mejor escribir». Ahora lo único que pide Lourdes es tiempo: «Ya no puedo quedarme en casa, no me apetece, me apetece hacer muchas cosas...».



apoyo

LUCHA

A Antonio Moraleda le diagnosticaron el VIH hace menos de cinco años. Sin embargo, le dijeron que podría estar infectado desde antes de 1990, lo que supondría haber convivido con la enfermedad, sin saberlo y sin medicación, durante más de doce años. «Supe que tenía SIDA en noviembre de 2001; mi hermana me llevó al hospital después de un proceso muy largo, en un estado casi terminal.» Ese proceso que le condujo al hospital, se inició en abril de ese año, con una gastroenteritis. «A partir de ahí fui teniendo diversas infecciones: me detectaron hongos, el comienzo de la pitiriasis; a finales de septiembre me vi unas manchas en los pies, y pensé en la posibilidad del sarcoma de Kaposi. En ese momento busqué dónde hacerme el análisis y localicé el centro Sandoval, en Madrid. Hablé con ell@s dos veces y me dijeron que tenía que ir, hablar con el médico... Pero yo seguía haciendo vida normal.»

Jubilado, Antonio colaboraba seis horas por las mañanas en un negocio de su hermana. Por las tardes, siempre desarrollaba alguna otra actividad, pero cada vez estaba más cansado. «Pasó octubre y siempre pensaba "mañana, que tengo menos trabajo". Total, que acabé metiéndome en la cama. De los últimos días de octubre hasta el 12 de noviembre no recuerdo nada. Luego recuerdo estar en un hospital. Ese día, con la hermana con la que vivo y otra que vive fuera, que vino para ayudar, estuvimos con el médico de Puerta de Hierro y me dijo que no me preocupase mucho, que me curaría, que si quería me internaba o, si seguía el tratamiento, me podía ir a casa. Naturalmente me fui a casa. Me dio antirretrovirales y medicamentos para las infecciones. A los dos días, me llamó para hacerme unas pruebas y vieron que tenía una infección de meningitis. Varios meses después le pregunté si había tenido tuberculosis, y me dijo que no, que, quitando lo de la cabeza, lo demás no tenía tanta importancia. En definitiva, mi estado había sido realmente muy grave. Yo no había pensado hasta entonces que podía tener VIH y el médico tampoco. Fueron siete meses, por tanto, de encadenar una infección tras otra.»

Antes, Antonio no había padecido ninguna de las enfermedades relacionadas con el virus. «No he sido una persona fuerte, de hacer mucho ejercicio, pero sí he sido saludable. He sufrido algunas enfermedades, a finales de los setenta tuve hepatitis. Pero no recuerdo nada que me hubiera hecho pensar. Mis defensas bajaron hasta cien CD4. Yo creo que estuve por debajo de los cien incluso, pero no me lo ha confirmado el médico. En mi caso, después de un ataque tan fuerte y la edad, las defensas no se han recuperado, están entre 200 y 300. Tengo un problema permanente, si bien el médico me dice que no me preocupe, que no pasa nada, de hecho he tenido un catarro y me he curado perfectamente. Pero no hay duda de que es un riesgo que existe ahí y que en cualquier circunstancia puede convertirse en importante, claro.»

LO+POSITIVO: ¿Cómo recuerdas el momento en que te comunican que tienes VIH?

Antonio Moraleda: Me lo dijeron en el hospital. Llegó el médico y me dijo que tenía SIDA, yo le respondí que sí, le asentí con la cabeza, y no debía apenas pronunciar, y él me lo chilló, y le dije que

sí, que le había oído. Cuando me lo chilló me dio la sensación de que era un grosero. Mi reacción fue, bueno yo tengo SIDA, pero tú no tienes por qué meterte conmigo. Yo percibí que fue desagradable. Fue como una acusación. Eso me molestó.

En el momento en que el doctor se lo comunica, Antonio aún está muy débil y no es del todo consciente. Pero pasa el tiempo, y cuando recupera fuerzas y comienza a poder caminar de nuevo, se plantea la enfermedad, sobre la que sólo conocía los datos que salían publicados en los medios de comunicación. «La verdad es que parece mentira, pero a pesar de todo lo que sale en la prensa, y yo lo he leído siempre, son ideas muy escasas.» Pese a ello, Antonio asegura que en un principio pensó que se iba a curar. «Yo quizá sea una persona optimista, o inconsciente (ríe). Después, cuando supe el problema de la cabeza, tuve la impresión de que el médico pensaba que un poco más y hubiera sido irreversible, pero eso lo supe después. Cuando oí que tenía SIDA, supuse que tenía un problema grave, pero que me iba a curar. No tuve ninguna reacción de pánico. Lo acepté inmediatamente, acepté que era una responsabilidad mía. No es que me sintiera culpable, pero sí que era responsabilidad mía y que era una cosa que tenía que aceptar.»

L+P: ¿En qué sentido crees que es responsabilidad tuya?

A. M.: Podría decir que me siento estúpido por no haber tomado las debidas precauciones; pensé que las había tomado, pero bueno, no tomé suficientes precauciones y me siento gilipollas por haber contraído el VIH. Si hay una responsabilidad, si haces las cosas con conocimiento y cuidado adecuado, no ocurre. Además, la probabilidad de coger el virus no es del cien por cien, es del 10 por ciento, pero cogerlo, lo coges en una vez. No hay ninguna duda. Cuando, a nivel personal, miro atrás, pensaba que había tomado precauciones y que lo había sabido con bastante tiempo, pero me dijeron que fue hace doce años... eso es tanto que puedo tener alguna duda de si había tomado las precauciones, porque no parece razonable que por una vez haya tenido la mala suerte de que ocurra. No suele ser la realidad.

Con un hablar tranquilo y un poco cansado después de haber estado recibiendo radioterapia durante los últimos meses para tratar

«Cuando oí que tenía SIDA, supuse que tenía un problema grave, pero que me iba a curar. No tuve ninguna reacción de pánico. Lo acepté inmediatamente, acepté que era una responsabilidad mía. No es que me sintiera culpable, pero sí que era responsabilidad mía y que era una cosa que tenía que aceptar.»



un cáncer de próstata, Antonio recibió de su familia en seguida ánimos y apoyo. Su hermana, que entonces tenía sesenta y nueve años, uno más que él, no tuvo en ningún momento inconveniente en decir a su entorno que lo que tenía su hermano era SIDA. «Al día siguiente de estar en casa, le pregunté si tenía inconveniente en que dijese que tenía SIDA, o si quería que le preguntásemos al médico por otra enfermedad que cubriera los síntomas. En los primeros días, hasta que me diagnosticaron el SIDA, la familia tuvo la impresión de que la cosa era más grave y que no me iba a poner bien, no que me fuera a morir. Debieron dar la impresión de que no me quedaba mucho tiempo.» Antonio asegura que en el resto de su entorno la recepción de la enfermedad fue excelente «no he tenido nunca ni he sentido ningún rechazo. Si existe o ha existido en alguna persona mentalmente no se ha manifestado. Inmediatamente decidí que no iba andar ocultando nada, pasase lo que pasase». Pero aquí, este contable-economista madrileño reconoce que su situación era relativamente fácil «estaba jubilado cuando me comunicaron la enfermedad, hacía un trabajo pero era independiente. Con el tiempo he reflexionado y sí he pensado que si eso me hubiera cogido en otra época, no hubiera tenido esa actitud, y que hubiera afectado a mi comportamiento. He trabajado en distintas empresas y he pensado que posiblemente en algunos sitios hubiera sido bien recibido, al menos en la época en que se curaba, no cuando esto era una auténtica lepra. Hubiera encontrado limitada mi libertad, no me hubiera sentido obligado a decirlo, pero si hubiera supuesto un problema importante».

L+P: Tú no has sentido rechazo, ¿crees que es la reacción normal?

A. M.: No. En Apoyo Positivo me he encontrado con gente que tiene el virus y que ha supuesto en sus vidas un cambio enorme, que sí han notado el rechazo, que sí es un problema muy grande en la sociedad aún el considerar el VIH como una especie de lepra moderna. Me han contado casos de gente que ha perdido el trabajo

porque le han hecho un examen y el doctor ha podido filtrar la información. No se puede hacer, pero se hace.

L+P: A medida que te recuperas, te empiezas a informar...

A. M.: En cuanto empecé a salir, tuve curiosidad de saber un poco más y leí tres o cuatro libros de divulgación. Aprendí unas cuantas cosas... no digo que sepa mucho. Me interesé por esta cuestión y por la ignorancia que existía.

Y es que uno de los aspectos que más le preocupa a Antonio, y que se encarga de resaltar durante toda la entrevista, es la falta de información en la sociedad en general y en l@s jóvenes en particular. Por eso, lo primero que hizo cuando se encontró con las fuerzas suficientes fue ponerse en contacto con distintas asociaciones. «Quería organizar alguna charla de información. Se lo propuse a Apoyo Positivo y me dijeron que eran mejor unos talleres. Fueron para chic@s de dieciséis-diecisiete años y respondieron muy bien. Fueron un@s jóvenes que salieron sabiendo algo más.» Y desde entonces colabora con esta asociación. «Empecé contestando el teléfono, en 2003-04. Luego ocupé el puesto de coordinador general unos meses. Ahora sigo atendiendo el teléfono y haciendo otras actividades de tipo económico.» Aunque es un teléfono para la organización, también recibe llamadas con dudas sobre la enfermedad. «Muchos son varones que después de algún contacto de riesgo, se preocupan, no saben qué hacer en esos tres meses de periodo de ventana, quieren hacerse las pruebas siete veces y les tienes que tranquilizar un poco. Si hay algún problema, se pasa a un@ psicolog@.»

L+P: Respecto a la información, has dicho que pese a haber bastante, realmente no se sabe mucho...

A. M.: No, no vienen las cosas básicas y sobre todo en la juventud. La forma de transmisión de VIH es muy concreta, por tanto debería ser fácil de atajar, y ha habido bastante éxito en la limitación



de las transmisiones, pero tanto en la adicción a las drogas como en la sexualidad, en situaciones límites, el control del individuo es escaso. Tiene que estar bien mentalizado, sobre todo l@s jóvenes. Debería haber en los colegios muchas más charlas. Las campañas se hacen y desaparecen, no puede ser todos los días machacando con lo mismo, pero sí regularmente, todos l@s jóvenes deberían recibir alguna charla. En Torreledones, preguntamos a un muchacho «Si te dicen que tienes SIDA, ¿qué te pasa?» y él dijo: «Pues no sé, que me muero» y cosas así. No hay un buen conocimiento.

L+P: ¿Y cuál crees que debería ser el mensaje?

A. M.: El mensaje tiene que educar cambiando hábitos. A la estrategia ABC¹, las asociaciones han contestado con el CNN², que consiste en no preocuparse tanto de aconsejar moralmente sino de prevenir cada situación. Además, la campaña de la Iglesia de que el preservativo no es seguro ha creado inseguridad. Indiscutiblemente, el cien por cien está en la abstinencia, y el preservativo como cualquier tipo de mecanismo puede fallar o puede tener defectos, pero los que hay en el mercado son de buena calidad, el sistema es seguro y el uso es fácil.

L+P: Buscaste las asociaciones para promover la información, pero, ¿buscaste o necesitaste apoyo psicológico en algún momento?

A. M.: No. No la he pedido y no me he sentido necesitado de ella. A lo mejor estoy equivocado, no lo sé. No buscaba apoyo psicológico. Cuando tienes un problema te conciencias con él. Lo que pensé entonces es que la sociedad no tenía suficiente información y conocimiento, yo no podía informar a toda la sociedad, pero a lo mejor podía hacer algo.

De su experiencia contestando al teléfono, a gente que llama preocupada, asegura que lo principal es «dar la idea de que es algo grave pero que se puede hacer vida normal, un periodo normal de vida, quizá algo más breve» y lo más difícil «es dar un mensaje muy positivo en cuanto a vivir, pero no exageradamente positivo en cuanto no tiene ninguna importancia, tienes VIH, te tomas las pastillas y ya va todo bien, porque no es así. Y en los casos en que aún no tienen la confirmación, lo más importante es que si les sale negativa tienen esa suerte, pero que no lo consideren baladí, es un poco contradictorio».

L+P: En abril de 2002 iniciaste el tratamiento, ¿en qué consistía?, ¿cómo ha variado?

A. M.: Sigo tomando prácticamente los mismos que al principio. Empecé con Kaletra y otro que me produjo anemia y me cambiaron

«Hay que transmitir la idea de que es algo grave pero que se puede hacer vida normal, un periodo normal de vida, quizá algo más breve y lo más difícil es dar un mensaje muy positivo en cuanto a vivir, pero no exageradamente positivo en cuanto no tiene ninguna importancia, tienes VIH, te tomas las pastillas y ya va todo bien, porque no es así. Y en los casos en que aún no tienen la confirmación, lo más importante es que si les sale negativa tienen esa suerte, pero que no lo consideren baladí, es un poco contradictorio.»

a Eпивir, que es más leve. Y luego Videx, que es un refuerzo. Con eso sigo, con las mismas dosis.

L+P: ¿Llevas bien el tratamiento?

A. M.: Para mí no es problema, mi vida es sencilla. Antes de levantarme tomo Videx. En el desayuno, Kaletra y Eпивir. Si salgo o preveo cenar fuera, me llevo mis pastillas y cuando acabo de cenar me las tomo. El tratamiento es sencillo, hay gente con otros más complejos, o personas jóvenes, que tienen una vida más complicada para mantener esa seguridad.

Antonio ha aprendido rápido a convivir con la enfermedad, pero no se ha dejado amedrentar, como lo demuestra el haber retomado la afición a viajar, algo que no pudo hacer en 2001, pero que después ha recuperado: «He ido a París, Londres, Viena, Moscú y San Petersburgo. Me llevo las medicinas que necesito para el periodo que vaya a estar y en el caso que vaya a la UE, llevo todos los papeles por si hubiera algún problema. He podido hacer los viajes y las visitas haciendo una vida normal, correspondiendo a mi edad, claro.» Y es que Antonio quiere seguir activo, ayudando a su hermana y en distintas asociaciones: «Mi plan es seguir trabajando. Trabajar y buscar más ONG con las que colaborar. Como lo que quiero es trabajar gratis, no será muy difícil. Estuve en contacto con Médicos del Mundo y ahora lo retomaré».

L+P: ¿Cómo ves el futuro?

A. M.: Del futuro no puedo decir nada, yo ya tengo pasado. Ya no queda mucho, ahora lo que queda lo veo normal. Es probable que si tengo alguna otra enfermedad pueda haber problemas de que la medicación sea contraindicada y de que mi capacidad de resistir sea menor, podría perder un porcentaje del tiempo de mi vida y de calidad, es probable, pero no necesariamente. Estoy dispuesto a vivir todo lo que pueda y con la mayor actividad posible. Yo no tengo que buscar trabajo, ni pareja, no es una situación de una persona joven. Uno de los mayores problemas es el de las relaciones de pareja. He visto parejas, homosexuales y heterosexuales, para quienes afrontar este problema es complejo. Hay muchas llamadas de mujeres infectadas por el hombre que había tenido relaciones extramatrimoniales sin preservativo, que le gustaba jugar a la ruleta rusa. Hay que enseñar a la gente, si no puede rebrotar la infección excepto si la medicina va progresando, que ya va avanzando.

L+P: ¿Qué reflexión haces de estos años?

A. M.: Mi historia, aunque es negativo tener VIH, es muy positiva en el sentido de que no me ha afectado. Yo fui consciente de que me iba a poner bien e hice siempre lo que me dijeron, mi hermana me dio muchos ánimos y se suponía que cada día iba a estar un poco mejor, y así fue. No tuve ni siquiera preocupación, sí la preocupación de haber sido imbécil y haber cogido el virus. Eso no podía volverlo atrás.

¹ Siglas en inglés de abstinencia, fidelidad y condones.

² Siglas en inglés de condones, jeringuillas y capacidad de negociación.

sida, ahora es VIDA

Carlos San Francisco es un hombre de acción. De esos que se atreven a mirar a la vida cara a cara. Sin máscaras, enfrentándose a pecho descubierto y aceptando sus retos. Como un escalador que inicia el asalto a la cumbre de un «ocho mil». «En la vida siempre debes hacer algo, bueno o malo, pero algo», señala. Carlos mira al frente como un boxeador observa a su contrincante sentado en la banqueta durante un descanso en el combate. Y son muchos ya los golpes intercambiados entre ambos, los ganchos que a punto han estado de hacerle hincar la rodilla. Una y otra vez Carlos se ha recuperado y ha obligado a la vida, al lado más oscuro de la vida, a comprender que este combate, por esta vez, habrá de pelearlo hasta la extenuación.

Carlos es un superviviente. Tenía veinticuatro años en 1984 cuando le detectaron el VIH. «Llevo, pues, infectado durante veintidós años, teóricamente. Aunque seguramente lo esté desde principios de los ochenta, porque ya mostré un cuadro gravísimo que probablemente tuvo que ver con el SIDA. En 1984 yo estaba metido en la droga, en la delincuencia. Había estado en una cárcel de menores de Holanda seis meses. Y llegué un momento en el que, llevaba una

vida tan peligrosa, que iba a morir de alguna manera, seguro, porque nadie llega a viejo de delincuente y menos como éramos nosotr@s. Decidí que tenía que dejarlo. Y, a los veinticuatro, como eres joven y te comes el mundo, pues dije, «con dos cojones», y perdón por la expresión. «Me tengo que quitar de las drogas porque esto no puede seguir así.» Hubo de por medio una chica de la que me enamoré y eso me decidió a cambiar de vida y lo hice. Lo que pasa es que, al dejar las drogas, me puse enfermo, con un cuadro muy grave y tuve que ingresar en La Paz. Estuve seis meses ingresado en el hospital.

LO+POSITIVO: ¿Con qué síntomas?

Carlos San Francisco: Era un síndrome febril rarísimo. Y luego, de corazón. Porque claro, tanta mierda que me metía, en el sentido de que era politoxicómano –me metía coca, anfetaminas, caballo...– al final me tocó el corazón. Me tenían que abrir a vida o muerte, me tenían que cambiar el riñón... Pero al final me recuperé y no pasó nada de eso. Salí bien al cabo de seis meses, quitado de las drogas. Empecé otra vida nueva, con mi trabajo, un trabajo por mi cuenta, tuve una pareja, con la que estuve diez años. Todo muy bien, pero en esos primeros años negué que tenía VIH. Yo no hablaba porque, como estaba bien de aspecto, hacía como si la enfermedad no fuera conmigo. Hasta el año 1989, que me di cuenta y pensé «pero qué estoy haciendo». Porque se veían tantos casos de injusticias contra nuestros colectivos, que me dije que tenía que ayudar a l@s demás, porque yo lo había pasado muy mal. Y ahí es cuando empecé mi activismo.

Desde entonces, salvo un breve paréntesis, Carlos es un «enganchado» a la lucha por los derechos de l@s enfermos de VIH. Al principio acudió al Comité Ciudadano Anti-SIDA, pionero en Madrid, y luego, al grupo de autoapoyo El Ciempiés. Allí inició su labor como voluntario. «Y ahí me enseñaron que había todo tipo de personas –no quiero usar la palabra “grupo”–, de distintas prácticas de riesgo. Había muchos homosexuales, toxicóman@s, ex pres@s, gente muy heterogénea. Y aprendí que tod@s estamos en el mismo barco. Y te lo digo porque ahora colaboro con Colegas, Federación Española COLEGAS de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales, pero que está abierta a todas las personas infectadas.»

La labor de Carlos es intentar explicar a todos que es posible vivir con el VIH. «A mí lo que me gustaría es cambiar el chip de la opinión pública, que nosotr@s seamos visibles, que vea la gente que podemos trabajar, que no somos delincuentes una vez recuperad@s. Que nos vean de otra manera. Y que somos personas, que eso es muy importante. Por otro lado, ¿quién puede dar la cara? Cuatro. Yo me relaciono con much@s seropositiv@s y la mitad no se lo puede decir ni a sus padres, ni a su pareja, ni en el trabajo, porque van a ponerle problemas. En COLEGAS, cada dos o tres meses nos encontramos con un caso tipo *Filadelfia*, que han averiguado que es seropositivo y le quieren echar del trabajo. Ésa es la realidad, que aún sufrimos mucha discriminación. En definitiva, hay que seguir peleando para hacer ver que el/la enferm@ de SIDA es el tirado que está en el bael





1

Llevo aquí más años de los que os pensáis y espero quedarme para largo. ¡Cómo han cambiado los tiempos! Mis antepasados vivían en primates. ¡Ay, si levantaran la cabeza y pudieran catar a @s human@s!, ¡mmm, con lo ric@s que estáis y lo fácil que es!

2

He volado gratis por todo el mundo y con todo tipo de compañías, de bajo coste, regulares y de lujo; y la verdad es que mola mogollón. En algunos países la han tomado conmigo y se piensan que me asustan por poner restricciones en la entrada. No saben que lo mío no tiene nada que ver con los visados. Pura envidia.



Historia de un virus

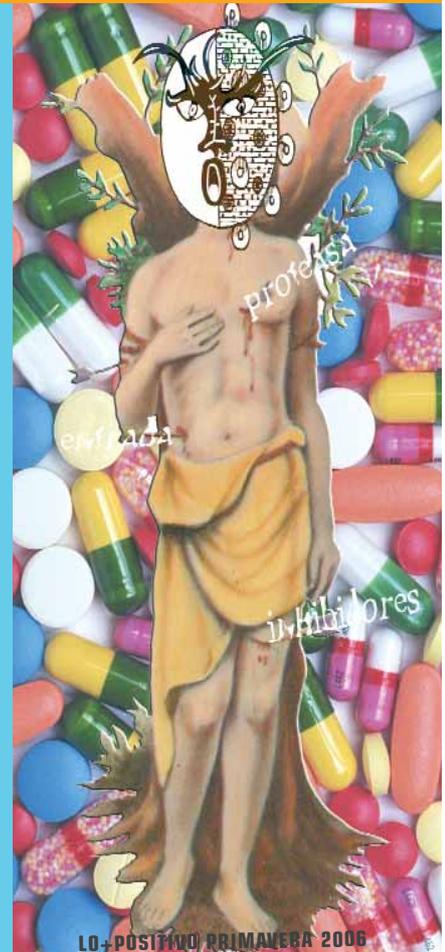


3

Parece mentira que después de tantos años todavía no hayáis conseguido detenerme. Ni yo me creo que siga infectando a tantas personas. A ver, es cierto que está más difícil en algunos lugares pero hay sitios en el mundo que son un gusto, de verdad. Me encanta cuando os ponéis a discutir sobre cómo prevenirme, sobre la conveniencia o no de usar condón. En el fondo, os tengo mucho cariño. Sois entrañables.

4

Me tenéis martirizado con tanto nuevo fármaco. Que si la proteasa y ahora la integrasa. Que si no me dejáis entrar en las células, que si me fastidiáis cuando estoy dentro. Pero, ¿no os dais cuenta de que me resisto a todo? Si sólo es cuestión de tiempo. ¡Ay, ilus@s! ¿Cuándo aprenderéis? Mientras, me estoy ganando un nombre entre los virus que no veas. Fijo que paso a la historia por esto.





6

Nunca otro virus había movlizado a tantas personas a pasar a la acci3n. Tanta asociaci3n, comit3, plataformas inclusive, me honra, me hace sentir importante. Tambi3n debo confesar que me ten3is un poco preocupado y a veces os temo un poquito, pero me tranquiliza que l@s poderos@s os hagan poco caso.

5

Una de las cosas que mis amigos m3s aprecian de mi es mi versatilidad. Me adapto a casi todo y me gusta ir cambiando con el tiempo. Me siento tan vivo... en constante evoluci3n. Me transformo, muto continuamente, me hago retoques aqu3 y all3. Cuando pens3is que me conoc3is, ¡zas, ya he cambiado!



(contada por 3l mismo)

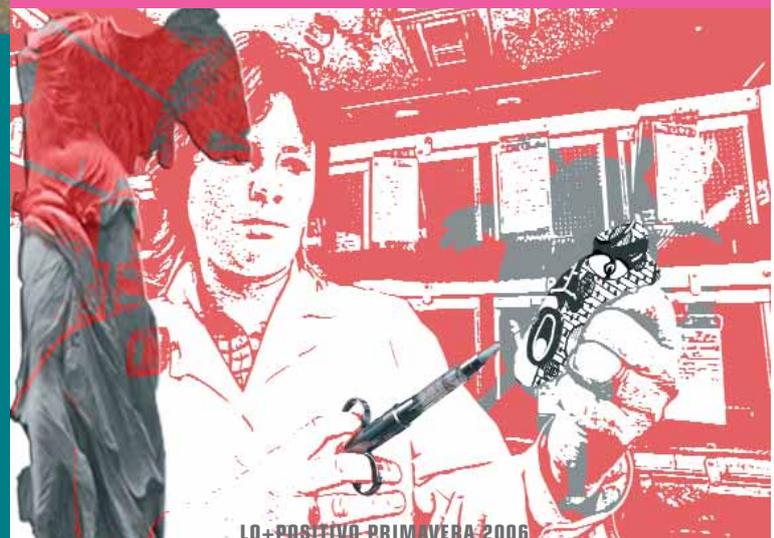


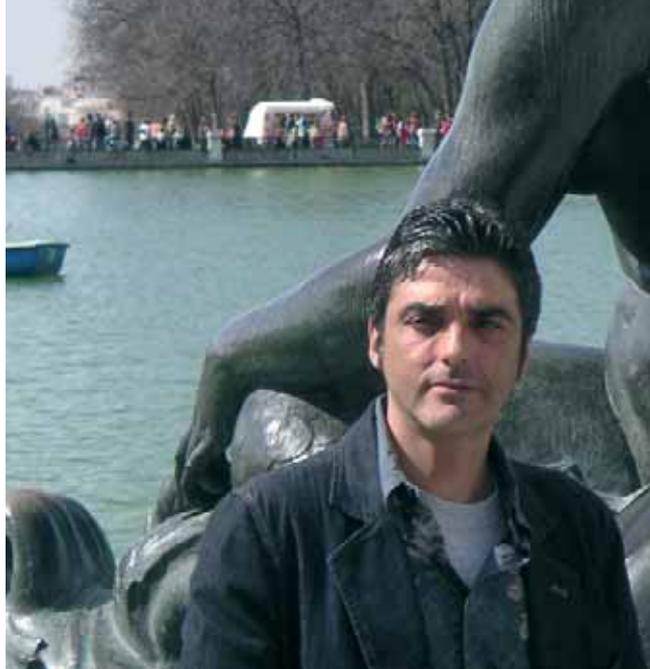
8

Hablar de vacuna ya son palabras mayores. Prefiero no pensar en ello. Mejor ni mentar el tema, no vaya a ser que las autoridades lo tomen como una prioridad y la consig3is en un chisp3n. Y no cant3is victoria cuando teng3is estas cremitas que dec3is que ser3n tan pr3cticas, los micro..., microbicidas, ¿es as3 como se llaman? ¡Ay por favor su3lteme, qu3 susto! ¡¡Socooooorro!!

7

Me consta que me consider3is una cat3strofe de alcance internacional. ¿Ser3 porque siembro la desolaci3n especialmente en lugares donde apenas pon3is medios? Pues llev3is raz3n, los pa3ses con pocos recursos, guerras y cat3strofes de diversa 3ndole, donde los tratamientos brillan por su ausencia, son mi especialidad. Se conoce que ten3is planes para tratar a tres millones de personas en el mundo pero como mucho lleg3is a uno. ¿Ser3 verdad que sois incapaces de ponerlos de acuerdo, mis querid@s human@s? Ja, ja, ja.





banco, pero también hay que decir que hay un gran grupo de toxicóman@s, por ejemplo, que están ahí y que llevan una vida normal. También hay un gran grupo de mujeres que están muy olvidadas, que habrá un 20-30% que son mujeres seropositivas que no han tenido que ver nada con las drogas, pero que sus novios de entonces las infectaron. Yo quiero cambiar eso, el estereotipo, que no es ni *Filadelfia*, el homosexual con la cara dañada, ni el/la toxicóman@ tirado en el banco con la chuta en el brazo. No. En el colectivo de seropositiv@s, la mayoría de la gente está intentando llevar una vida normal. Eso es lo que la gente tendría que ver, no quedarse siempre con lo malo.»

Carlos incide en el papel de la prensa en esta tarea: «Hay mucha información, pero siempre dan muy mala información, porque cuando se trata el SIDA siempre sale lo malo, un tío hecho polvo. Yo nunca veo un documental o una película que traten el tema en positivo, cómo luchan l@s enferm@s para hacer una vida normal. Siempre se ve la mierda». Y en la situación de l@s enferm@s en la cárcel. Hace un mes visitó una prisión para dar una charla y recuerda su experiencia como «muy positiva, porque allí me encontré con personajes como yo, que han sufrido igual que yo, y ahí sí encontré alguno de mi generación que había tenido el mismo recorrido en la vida. No me contaron nada nuevo, porque yo he estado en la cárcel, pero sí sus quejas. Por ejemplo, la dificultad de seguir el tratamiento, porque allí no hay unidades, es el/la médic@ de la cárcel el/la que te atiende, y si no te sacan o no te dan las pastillas, no hacen nada más, no te llevan regularmente. No pueden seguir un tratamiento bien porque hay que solicitar un permiso, ponen muchas pegas, muchas trabas. Y como según las Instituciones Penitenciarias no existe la droga dentro de las cárceles... hace poco me dijeron que con una chuta se inyectan todavía hoy unas quinientas personas, imagínate la propagación del SIDA. Nadie justifica lo que han hecho, pero si son enfermos, tienen que tener los mismos derechos que el resto de l@s seropositiv@s fuera de la cárcel.»

L+P: ¿Cómo fueron aquellos primeros años?

C. S. F.: Empecé con revisiones médicas. Me llamaron de La Paz a partir de 1987, porque había una especie de unidad de VIH y me empezaron a dar AZT, que era un medicamento que se usaba para el cáncer. A mí no me hizo nada. Como me cuidaba bien, llevaba una vida normal, sana, no necesité medicamentos hasta el 92-93. Entonces empecé a empeorar y ya empecé a tomar todo tipo de medicamentos que venían de protocolo. Porque hay uso compasivo, que l@s médic@s pueden recetar a cincuenta personas, yo entraba en ese protocolo. Empecé a mejorar, aunque he tenido mis rachas hasta el año 2001-03. Buenas rachas y rachas en las que estás planchado, pero ahora me encuentro que tengo muchas fuerzas, aguanto mi trabajo, que es muy duro. Trabajo en la construcción, por mi cuenta. Y también te digo que estoy cobrando una pensión de minusvalía, porque tengo un 76% de minusvalía. Pero comprenderás que no puedo vivir con 300 euros al mes, porque yo tengo que hacer mi vida normal. A mí me encantaría que me dieran una pensión con la que

no tuviera que trabajar, porque es muy jodido trabajar estando enfermo, pero lo aguanto y me encuentro mejor, soy independiente y puedo llevar una vida normal y pienso «qué afortunado soy porque l@s demás seropositiv@s no están como yo». Pero la verdad es que me fastidia mucho que tenga que trabajar porque cobro 300 euros al mes. Tengo amigos que están de peones de albañil, y están con tratamiento para la hepatitis, y están trabajando porque con 300 euros no se puede vivir y no tienes opción. Porque nosotr@s, por ejemplo, no tenemos opción a vivienda. Hay muchas cosas en las que todavía estamos discriminad@s.

L+P: Las rachas de las que hablas, ¿qué te pasaba?

C. S. F.: Pues ni mi propio médico me lo sabe explicar. Como son tantos años, es un conjunto de cansancio, muchas situaciones. Pero lo estoy llevando bien, porque los efectos secundarios no son tan graves ahora. Los efectos de ahora, por ejemplo es que duermo cinco horas porque hay unas pastillas que te alteran el sueño, tengo que ir al servicio cinco o seis veces al día, pero son pequeñas cosas. Porque lo importante es que aquí estoy para contarlo.

L+P: ¿Cuál es tu medicación actual?

C. S. F.: Ahora es muy cómoda, porque es una especie de tres en uno, Trizivir, que son tres medicamentos en una pastilla. Ahora tomo una pastilla por la mañana y otra por la noche, cuando antes podía tomar cuarenta al día, porque tomabas para el SIDA y para la enfermedad que tenías, además estaban los horarios, que era un rollo, pero ahora la verdad es que es muy cómodo. Luego tomo complementos, porque me intento cuidar, no bebo alcohol, por supuesto, porque tengo hepatitis crónica. Y ya se sabe, el que se cuida sobrevive, porque también es cierto que la actitud en esto es muy importante, y hay que tener una actitud muy positiva, si no quieres morir. Y yo como no quiero morir, el SIDA me ha hecho revivir, pues hay que hacer todo lo posible. Por la mañana tomo complementos como ginseng, jalea real, vitaminas para darme un poco de fuerza y parece que me van bien con los medicamentos.

Carlos recuerda cómo a lo largo de los años algunos tratamientos se han probado antes en otros países que en España, «aunque al final también han llegado aquí». Pero le gustaría llamar la atención sobre otro tipo de «tratamientos» igual de importantes para el/la enferm@ de VIH. «En Francia, por ejemplo, también subvencionan el relleno de cara. En España eso no se cubre y ahora hay muchas clínicas que han visto el pastel y se aprovechan de eso, cobrando precios muy altos. Todos sabemos que en la sociedad actual hay que tener buen aspecto y un/a seropositiv@ que esté muy delgad@ no tiene más remedio que rellenarse. En Occidente puedes vivir perfectamente si no muestras señales exteriores que te puedan relacionar con el SIDA, si no estás vendid@, no nos engañemos. Yo me he rellenado la cara y ahora me encuentro mejor. Porque lo que más me fastidia, psicológicamente, es cuando me pueden relacionar o ver que he sido un yonqui, un delincuente. Las nuevas acciones previstas contra el SIDA ya lo contemplan, pero de momento son sólo palabras escritas. El plan de acción de la Comunidad de Madrid, también contempla l@s psicólog@s, los tratamientos en la cárcel... pero de momento todo está en papel. En Francia, vas al/la médic@, te rellena la cara o el cuerpo y luego la Seguridad Social te lo reintegra. Yo no tengo problema porque me lo he podido pagar, pero conozco a chicas que como no tienen culo, no tienen piernas, pues no salen a la calle y eso es triste. Existe mucha gente que se queda en su casa con la lipodistrofia, porque, claro, su cuerpo ha cambiado. Lo cual es buena señal, por otra parte, porque eso quiere decir que los medicamentos

«A mí lo que me gustaría es cambiar el chip de la opinión pública, que nosotr@s seamos visibles, que vea la gente que podemos trabajar, que no somos delincuentes una vez recuperados. Que nos vean de otra manera.»



te están haciendo efecto. Pero no es muy agradable cuando te quedas en los huesos o tienes la cara hundida como yo la tengo. A mí me provoca extrema delgadez. Yo pesaba 80 kilos, pero con todo este conjunto de medicamentos... A la mayoría de l@s veteran@s se les nota porque es lógico, son muchos años. Los medicamentos te comen la grasa, la masa muscular... yo no me puedo quejar, no me quejo, pero hay que decir las cosas claras. Los nuevos medicamentos son muy tóxicos, son drogas. Si l@s transexuales han luchado porque las operaciones de cambio de sexo las cubra la sanidad pública, igual que la obesidad mórbida, ¿por qué nosotr@s no tenemos ese derecho para sentirnos mejor con nosotr@s mism@s?»

L+P: ¿Sigues tratándote en La Paz? ¿Cada cuánto tiempo vas?

C. S. F.: Sigo en La Paz, con el mismo equipo. Ahora voy cada tres meses, que es lo típico. Te haces un control. Ahora tengo que ir más porque me van a hacer una biopsia a ver si me dan interferón que es para la hepatitis. Voy cada tres meses y la verdad es que es muy cómodo. Además, todo el mundo me conoce, porque soy el más antiguo. El jefe de la unidad es como si fuera mi tío. La verdad es que es muy buena gente, aunque faltan cosas, porque parece que está todo arreglado, pero muchas veces parece que nos quisieran discriminar más. Por ejemplo, en las unidades de los hospitales no hay psicólog@s, lo tienen que poner las ONG, y mira que llevamos luchando. Si hay psicólog@, es que es voluntari@, que va de parte de una ONG a echar una mano. Y es muy importante que te ayuden psicológicamente. Hay gente recién infectada que está hecha polvo, claro, tienen que pasar por unas fases por las que tiene que pasar todo el mundo y necesitas ayuda psicológica. Muchas veces lo dan las ONG o no lo dan.

L+P: A ti, apoyo, ¿nunca te faltó?

C. S. F.: No. Yo no tenía carencias de ningún tipo. Y si tenía alguna, he buscado una solución. No me he quedado quieto nunca. Pero eso es el carácter. Hay much@s seropositiv@s que tienen carencias familiares, sociales, de todo tipo.

L+P: ¿Tu familia, cómo reaccionó?

C. S. F.: Para ell@s fue algo duro, porque el mensaje que daba por aquel entonces la televisión sólo era de muerte. La primera vez que vi «eso» en la televisión se me cayó el mundo encima. Me dije: «Me voy a morir mañana», porque eso es lo que te estaban diciendo, que te morías. Pero yo tuve apoyo de mis padres. Además, cuando les dije que dejaba las drogas se alegraron mucho, porque no me veían, yo vivía prácticamente en la calle, y me apoyaron. Y mi novia de entonces también. Y mis amig@s. Recuerdo una frase, cuando les dije a mis amig@s que tenía esa enfermedad, que no olvido: que qué iban a hacer, que eso no cambiaría nada. Eso fue muy bonito, porque la verdad, sin que supieran nada... Porque es el mensaje que se da hoy, que porque una persona tenga SIDA, no pasa nada porque te toque, por ejemplo. Es@s amig@s no estaban metid@s en la droga. Porque tod@s l@s demás de mi generación, de la periferia de Madrid, de los años setenta, tod@s están muert@s. Vas a esos barrios y de la generación de entre cuarenta y cincuenta años, no hay ninguno viv@. Hace cinco o seis estuve contando en el barrio del Pilar, que son todo plazas, y en cada plaza pude contar entre cinco y seis muertes por SIDA o por la droga. En mi barrio me conoce mucha gente, pero l@s de mi generación se pueden contar con una mano. Hay un libro que se llama *La agenda de los amigos muertos* que es parecido, que su hija se muere, coge la agenda y llama a los números y ve que casi tod@s han muerto. Es muy curioso. La heroína en los setenta y ochenta, en la periferia de Madrid, hizo estragos. L@s supervivientes se pueden contar con las manos.

L+P: Y cuando te enteras de que la gente se va muriendo de SIDA, ¿qué sientes?

C. S. F.: Es muy duro. La primera muerte fue la de un colega mío de mis tiempos de delincuente juvenil, que murió en 1987. Se había inyectado conmigo, le había dado su primer chute. Pero fue uno de los primeros casos. Te correes por dentro, te crees que tú ibas a ser el siguiente, es lo que más piensas. Pero con esto tienes que vivir. Yo en esa época no lo tenía asumido. A partir de 1989 lo asumo, que tengo VIH y que tengo que sobrevivir, que era una pandemia y a mí el SIDA me podía ganar alguna batallita, pero la guerra la iba a ganar yo... y aquí estoy. Y no pienso morir de SIDA, desde luego.

L+P: Optimista, por tanto, para el futuro.

C. S. F.: He tenido rachas en las que me he encerrado en mí mismo, pero eso es agua pasada. Ahora estoy fenomenal, me encuentro contento conmigo mismo. Estoy ilusionado, porque tengo una pareja desde hace un año, una chica extraordinaria y que por cierto conocí a través de un anuncio en Lo+Positivo. Y en el trabajo veo que aguanto, que incluso dentro de nada, si sigue la cosa así, voy a volver a darme de alta como autónomo. Y dejaré la pensión. Lo cierto es que todo esto es un trabajo para toda la vida, además del VIH, es ser una persona normal, porque claro yo he sido una mala persona, he tenido que hacer cosas de las que no me siento muy orgulloso. Como persona me siento muy bien, cambiado. Soy otra persona y mi futuro lo veo esperanzador. Lo que pasa es que me gustaría que cada vez hubiera medicamentos con menos efectos secundarios, me gustaría que todas las personas tuvieran acceso a los medicamentos en todo el mundo, que las farmacéuticas no tuviesen solamente en cuenta los beneficios.

L+P: ¿Qué mensaje darías a alguien a quien se lo acaban de diagnosticar?

C. S. F.: Pues que no se hunda. Esto no es fácil, ya lo sé. Pero hoy se puede vivir perfectamente. Que yo no soy el único que llevo tanto tiempo. Hay mucha gente que ha sobrevivido. Se puede vivir con el VIH perfectamente. Que si necesitan ayuda hay gente que presta esa ayuda, y que la busquen. Que SIDA no es sinónimo de muerte, eso está bien claro. SIDA, ahora, es vida.

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



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



Alianza
Sumando Esfuerzos en VIH



SUEÑOS imposibles?

(2ª Parte)

LOS SUEÑOS se pueden hacer realidad, si ponemos nuestra mente, nuestro corazón en ello; si tenemos pensamientos que vayan en la dirección hacia donde queremos llegar, y sobre todo, si nos ponemos en acción. En el número anterior os expliqué que María Teresa, mi dietista, me propuso hacer una dieta desintoxicante, o mejor dicho un tratamiento depurativo durante un año, después de haber visto en diversas analíticas las carencias de mi organismo. Los conocimientos de María Teresa me sirvieron no sólo para recuperar mi cuerpo sino también para recuperar mi salud.



María Teresa me propuso empezar la dieta paulatinamente, paso a paso, un día una comida, otro día dos, y así sucesivamente, para que mi organismo no se volviera loco con un cambio tan repentino de alimentación y para que yo no tirara la toalla antes de tiempo.

Es muy importante seguir los pasos que el/la profesional te marca y no saltarte la dieta, ya que puede producirse un alboroto a escala celular, lo que podría ser contraproducente. Una dieta de este tipo al principio es dura, por la preparación de los alimentos (ensaladas, caldos, infusiones...), las horas a las que has de comer y, sobre todo, por no saltarse ningún paso de la dieta.

Hay que hacer la comida como un acto de amor, sin que nos cueste un esfuerzo. Tenemos que poner todos nuestros sentidos y no dejar de respirar para que no aparezcan tensiones, de este modo, iremos apreciando nuestros cambios externos e internos. En este proceso no estamos sol@s, María Teresa nos acompaña, nos escucha, nos introduce cambios, si son necesarios, y deja que nosotr@s hagamos nuestro particular proceso de cambio.



La dieta depurativa que me propuso fue elaborada específicamente para mí; se trata de una dieta personal e intransferible que ha sido confeccionada pensando en mis carencias. El organismo de cada persona necesita de cuidados y atenciones particulares para cada caso.

Si quieres hacer una dieta de este tipo, o de cualquier otro tipo, habla primero con un/a especialista en nutrición para que te ofrezca los consejos más apropiados para tu caso.

En mi dieta, entre los alimentos propuestos para desayunar se encuentran el zumo de pomelo recién exprimido; el ajo; el pan sin gluten; piñones y leche de soja.

A media mañana, zumo de naranja y una manzana, y antes de comer un vaso de un caldo para eliminar líquidos, especial según mis necesidades. La comida se compone de zumos y ensaladas variadas, carne o pescado, y fruta, cuya elección dependerá, de nuevo, de las necesidades de cada persona.

A media tarde, mango y un orejón de albaricoque, y de nuevo, antes de cenar un vaso de caldo antioxidante. La cena se compone de zumo de pomelo, ensalada variada, arroz integral y fruta.

Como veis esta dieta se basa en un 80 por ciento en alimentos crudos, lo que facilita que nuestros órganos internos y externos no se reblandezcan y mantengan un tono muscular terso y saludable. También actúan a nivel mental haciendo que tengamos una mejor capacidad de retención, fluidez y agilidad mental.



Para que la dieta logre su objetivo, se deben seguir unas pautas, entre las que se incluyen no tomar sal, azúcar, gluten, y lácteos; caminar cada día; tomar agua en abundancia; comer cada dos horas y media o tres horas, ya que transcurrido ese tiempo nos aparece la sensación de hambre y el jugo gástrico se va concentrando cada vez más y cuando llega el alimento al aparato digestivo no asimila bien lo que comemos; y dormir entre seis y ocho horas, y si es posible, hacer siesta.



Durante los primeros días de la dieta puede un@ sentirse tens@ debido a todo lo que tiene que preparar; posteriormente te entra una actividad que no pararía en todo el día; y más o menos a los veintidós días te da como un bajón que lo echarías todo a rodar y te invade la tristeza; pero todo esto es pasajero: si superas estos días ya estás dispuest@ a seguir adelante porque los resultados son muy favorables y muy vistosos. Te das cuenta de que tu salud la estás elaborando mientras te preparas lo que has de comer. Y como os he dicho anteriormente, no estás sol@, tienes a tu hada madrina que te acompaña en tu proceso de cambio y recuperación de la salud.

Te doy las gracias María Teresa por haberte conocido, por el cariño que pones en cada una de las personas que vamos a tu consulta, por tu paciencia y tu gran sonrisa que nos dedicas. Te llevo siempre en mi corazón.



«La buena salud es el resultado de una buena administración de alimentos.»

MARÍA TERESA GUARDIOLA

LA INTEGRASA

¿ahora sí?

Una nueva clase de fármacos en el horizonte

La integrasa, al igual que la proteasa y la transcriptasa inversa, son enzimas que el VIH usa para reproducirse dentro de la célula infectada. Desde principios de los años 90 se están buscando fármacos que actúen inhibiendo la integrasa. En 1995 tuvo lugar el primer encuentro científico sobre la integrasa del VIH en Estados Unidos. Una vez conseguidas moléculas que actuaban inhibiendo la acción de la transcriptasa inversa y de la proteasa de forma eficaz y segura, las revistas y páginas web especializadas hablaban de la tercera diana, la integrasa y auguraban ya entonces la irrupción de una prometedora nueva clase de antirretrovirales. No fue así. Pasaron años y ningún candidato dio resultados positivos en humanos. Parecía ya un objetivo inalcanzable hasta que recientemente datos de nuevos compuestos han realimentado la esperanza. Esta vez parece que podría ser. Los avances en el conocimiento de la interacción entre el VIH y los mecanismos celulares han dado pie a que más de una decena de compañías farmacéuticas se hayan interesado en el desarrollo de un inhibidor de la integrasa. Ahora ya hay candidatos probándose en humanos.

El ciclo vital del VIH

Los virus necesitan infectar células para reproducirse, puesto que no lo pueden hacer por ellos mismos. La integrasa, al igual que la transcriptasa inversa o la proteasa, son enzimas (proteínas) del VIH que cumplen distintas funciones en el complejo proceso de replicación del virus en el interior de la célula infectada. Este proceso se conoce como el ciclo vital del VIH (véase gráfico).

El proceso mediante el cual el virus infecta la célula ocurre en distintas fases. La primera es la entrada del VIH a la célula, momento en el que actúan los inhibidores de la entrada (entre ellos los experimentales inhibidores de los correceptores o el ya comercializado inhibidor de la fusión T-20) impidiendo que se lleve a cabo. Después el VIH vierte en el citoplasma de la célula su material genético y las enzimas que usará para la replicación. El material genético del VIH se presenta en forma de ARN (ácido ribonucleico), pero para poder replicarse debe convertirse antes en ADN (ácido desoxirribonucleico).

El ARN está formado por una sola cadena de material y el ADN por una doble cadena. Es la transcriptasa inversa la que interviene en ese momento, convirtiendo la cadena simple de ARN en una doble cadena de ADN. Dos clases de fármacos actúan impidiendo que esta fase se complete con éxito. Son los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (abacavir, AZT, ddI, ddC, d4T, FTC, 3TC y el análogo de nucleótido tenofovir) y los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (nevirapina y efavirenz).

¿Qué es la integrasa?

Como las otras dos enzimas fundamentales en la replicación del VIH, la integrasa originalmente se encuentra en el interior del VIH. Entra en la célula, después de la fusión, junto con el resto del material genético del virus. La integrasa facilita que, después de la trans-

cripción inversa, el recién creado ADN viral se integre en el ADN de la célula humana. Con ello, se consigue alterar la programación de la célula para que fabrique VIH.

Después, la doble cadena se divide en dos y forma un nuevo ARN, cuya información será utilizada para la construcción de las partículas que constituirán los nuevos virus. Estos bloques de proteínas son cortados para dar lugar a las diferentes partes del nuevo virus. La enzima que corta estos bloques en pedazos es la proteasa. Éste es el momento en el que actúan los inhibidores de la proteasa (indinavir, ritonavir, saquinavir, nelfinavir, fosamprenavir, lopinavir, atazanavir, tipranavir).

Volviendo a la integrasa, ésta es una enzima que interviene en un momento breve pero muy complejo. La integración ocurre en varios pasos que pueden agruparse en dos grandes etapas. En primer lugar el ADN viral se prepara para la integración. En este proceso la integrasa reconoce el nuevo ADN por unas moléculas que se hallan en sus extremos, se pega a él y empieza la preparación. Lo primero es extraer las moléculas de los bordes que se conocen como dinucleótidos GT.

El resultado se transporta al núcleo de la célula donde esta estructura compacta se desintegra y da lugar a la segunda reacción: la transferencia del ADN, que ocurre en varios momentos: los «nuevos» extremos del ADN viral se unen a dos lugares concretos del ADN celular, el ADN pierde dos nucleótidos más de sus extremos y se lleva a cabo una reparación para que el ADN del virus quede totalmente fijado, integrado, en el ADN de la célula.

Una vieja diana

Los primeros candidatos a fármacos para inhibir la integrasa actuaban en el primer paso de la integración. Fue a mediados de los años 90 cuando empezaron a presentarse los primeros hallazgos. La compañía pionera y que más ha investigado sobre esta estrategia

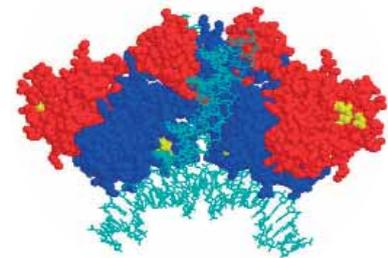
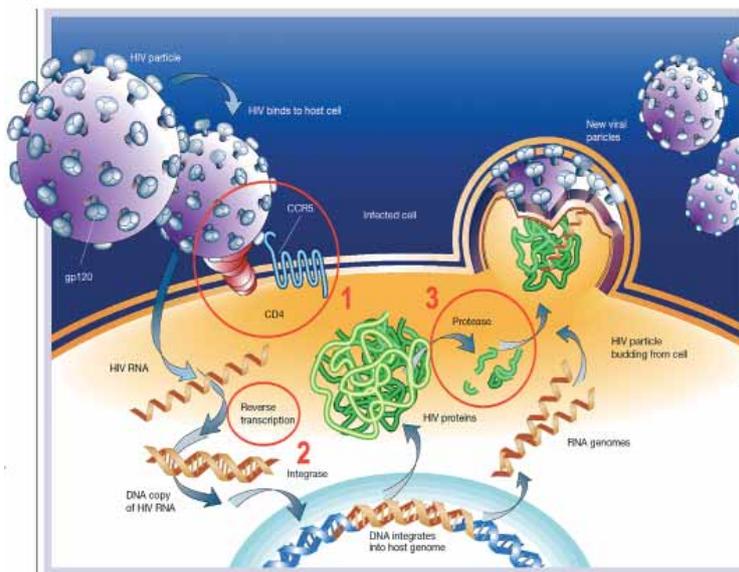
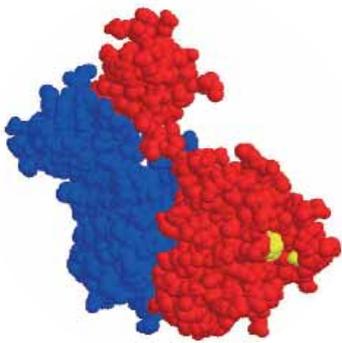
terapéutica ha sido Merck (MSD), que ofreció entonces los primeros datos de eficacia *in vitro* e *in vivo*. En ese momento se vio que el hecho de que la integrasa sólo actuara en un momento breve en el proceso de replicación del VIH la convertía en una diana difícil de bloquear. Pero se siguió investigando.

En 2000, un equipo de MSD dirigido por Hazuda publicó los primeros trabajos sobre unas pequeñas moléculas que podían actuar en la segunda fase de la integración, en el momento de la transferencia y fijación del ADN viral al celular, estas moléculas se conocen con el nombre de dicetoácidos (DKA, en sus siglas en inglés). Los primeros candidatos de esta clase fueron el L-708,906 y el L-731,988 de Merck, a los que siguieron otros patentados por los Institutos Nacionales de Salud de EE UU, el S-1360 de la compañía Shionogi y otro compuesto de BMS. Pero con ellos tampoco llegó el éxito. El S-1360 que la mencionada compañía japonesa desarrolló junto a GSK tuvo que detener su desarrollo en 2003 cuando se encontraba en estudios con animales.

das, sobre todo en los recientes años, ha supuesto que ya haya varios candidatos en ensayos clínicos. Sin duda se están recogiendo los frutos de tanta investigación, pero ¿llegaremos a tener un inhibidor de la integrasa algún día? El tiempo lo dirá.

El MK-0518 de MSD acaba de completar la Fase II y ha iniciado la Fase III (la previa a su aprobación) en varios países en el mundo, incluyendo seis centros en España. Una molécula de Japan Tobacco, posteriormente comprada por Gilead Sciences, el GS-9137, está ahora en Fase II buscando la dosis óptima. De tener éxito estas investigaciones, el primer inhibidor de la integrasa podría ver la luz antes de que termine esta década.

Si estos fármacos consiguen completar las investigaciones y llegan a estar disponibles, podrían ser útiles para personas con resistencia a los antirretrovirales actuales, pues actúan en un momento distinto del ciclo vital del VIH que los otros fármacos. Pero como ocurre con todos los medicamentos novedosos que llegan a las farmacias en



Según su estructura y su actividad, los inhibidores de la integrasa investigados o en investigación se pueden dividir en tres clases. Los anteriores entrarían en la clase de los derivados del ácido benzilpurívico; además están los derivados de la 8-hidroxiquinolona, con candidatos de MSD, Shionogi o Japan Tobacco; y los polifenoles, un tipo de moléculas que se encuentran en la naturaleza en ciertas plantas como la salvia, las endivias o la lechuga, y que en sus versiones sintéticas están estudiando también algunas compañías.

un tiempo récord, la nota negativa será que no conoceremos su toxicidad a largo plazo hasta que miles de personas los estén tomando en todo el mundo. Un tema clásico ya en la historia de los tratamientos del VIH y que está reabriendo el debate sobre los plazos de investigación de los nuevos compuestos, que, si bien son vitales para personas sin otras alternativas, pueden por otro lado comportar riesgos innecesarios para aquellas personas que tienen opciones terapéuticas de probada eficacia y seguridad.

¿Para cuándo?

MSD con más de treinta moléculas es la compañía que más patentes ha registrado, seguida de Shionogi con aproximadamente una decena y BMS, GSK y Gilead Sciences con un número menor. Como suele ser habitual las universidades estadounidenses también están desempeñando un papel en este campo y han patentado también algunos compuestos. Este elevado número de patentes registra-

Referencias:

- COTELLE PH. Patented HIV-1 Integrase Inhibitors (1998-2005). *Recent Patents on Anti-Infective Drug Discovery*, 2006, Vol 1, No 1. 1-15
- HAZUDA DJ, FELOCK P, WITMER M, ET AL. Inhibitors of strand transfer that prevent integration and inhibit HIV-1 replication in cells. *Science* 2000; 287: 646-50.

¿Cómo vas, CORAZÓN?

La llegada de la terapia combinada de gran actividad (TARGA) supuso un antes y un después en el tratamiento de la infección por el VIH: el uso de potentes combinaciones de fármacos ha permitido frenar la replicación viral y fortalecer el sistema inmunitario de las personas que han podido beneficiarse de ellas. No obstante, su uso ha venido acompañado también de toda una serie de efectos secundarios y riesgos potenciales para la salud que afectan a la calidad de vida de las personas que toman tratamiento. Éste es el caso del riesgo cardiovascular, es decir el riesgo de sufrir un infarto de miocardio, que se ha asociado a la exposición a un tratamiento antirretroviral. Durante la pasada XIII Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, como viene siendo habitual en este congreso médico, se ofrecieron datos actualizados sobre el riesgo de sufrir un infarto de miocardio como consecuencia del uso continuado de la medicación antirretroviral.

Factores de riesgo cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares incluyen toda una serie de dolencias que afectan al corazón. En la actualidad, y según datos de la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades cardiovasculares causan doce millones de muertes en el mundo cada año, y son la principal causa de muerte en adultos.

Las probabilidades de que una persona pueda desarrollar una enfermedad cardiovascular dependen del mayor o menor número de factores de riesgo que se tengan. Los principales factores de riesgo cardiovascular en la población general son: presión arterial alta (hipertensión arterial), niveles de lípidos elevados (colesterol y triglicéridos), diabetes tipo II, obesidad y sobrepeso, tabaquismo, inactividad física, sexo (los hombres tienen un mayor riesgo que las mujeres hasta los 65 años), herencia y edad.

En la población con VIH, además de estos factores tradicionales de riesgo cardiovascular, se ha visto que el uso de la terapia antirretroviral de gran actividad, TARGA, puede aumentar también el riesgo de enfermedad cardiovascular. Se sabe que uno de los efectos secundarios de TARGA que se da de forma bastante frecuente son las dislipemias, las elevaciones de los niveles de colesterol (hipercolesterolemia) y triglicéridos (hipertrigliceridemia); y que TARGA puede asociarse también con la hipertensión arterial. Además, el síndrome de la lipodistrofia que afecta a las personas con VIH y en cuyo desarrollo contribuyen todas las clases de fármacos antirretrovirales en mayor o menor medida puede provocar también riesgo cardiovascular.

Por estos motivos, conviene controlar muy de cerca y mejor en las personas con VIH todos estos factores de riesgo cardiovascular, ya que estas complicaciones serán uno de los principales problemas que habrá que abordar en los próximos años, como consecuencia de la mejoría en la supervivencia de esta población alcanzada por TARGA.

El estudio D:A:D

El estudio D:A:D, siglas en inglés de Recopilación de Datos sobre Acontecimientos Adversos de Fármacos anti-VIH, es un estudio observacional que desde 1999 está analizando la seguridad a largo plazo del tratamiento anti-VIH (1). En este estudio participan 23.437 personas procedentes de once cohortes diferentes de Europa, EE UU y Australia que toman como mínimo un régimen compuesto de tres fármacos entre los que se incluyen un inhibidor de la proteasa (IP) y/o un no análogo de nucleósido (ITINN).

La mediana de edad de los participantes es de 39 años, y un 24% de ellos son mujeres. La duración mediana de tratamiento con IP fue de 3,0 años en la última medición de seguimiento en febrero de 2005, en comparación con sólo 0,9 años para el tratamiento con ITINN.

En la pasada conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas (XIII CROI) se presentó una actualización de los resultados de D:A:D relativos al riesgo de sufrir un infarto de miocardio como consecuencia de la duración de la exposición a la terapia antirretroviral en general, y a los fármacos de las familias de los IP y los ITINN en particular. Esta base de datos ha recopilado durante estos seis años de seguimiento datos suficientes que permiten establecer diferencias entre las distintas familias de fármacos antirretrovirales respecto al riesgo de inducir un ataque al corazón.

Hasta febrero de 2005, un total de 345 participantes en este estudio sufrió un infarto de miocardio. Al parecer, esta cifra no era del todo elevada si se tiene en cuenta que los 345 infartos de miocardio se observaron en 94.469 persona-años de seguimiento, lo que supone una tasa total de incidencia de 3,65 infartos de miocardio por cada 1.000 persona-años. Después de ajustar esta tasa para los factores de riesgo conocidos (sexo, ser fumador, tensión arterial y edad avanzada), la tasa fue equivalente a un aumento del riesgo del 16% por año de exposición a los medicamentos antirretrovirales, lo que equivale a multiplicar el riesgo cada cinco años.

Un 83% de los participantes del estudio D:A:D había tomado IP durante una mediana de tres años y los investigadores descubrieron que el riesgo de sufrir un infarto de miocardio aumentaba un 16% por año de exposición a IP, la misma tasa que se observó cuando los investigadores evaluaron el impacto de la terapia antirretroviral en su conjunto, es decir sin hacer distinción entre clases.

En cambio, cada año de exposición a ITINN, que habían sido tomados por un 79% de los participantes durante sólo 0,9 años, tuvo poco o ningún impacto sobre el riesgo de sufrir infarto de miocardio, con una media de aumento de un 5% por año de exposición. Los investigadores advierten de que esto podría deberse a los escasos pocos años de seguimiento de exposición a ITINN, aunque es una observación que debe ser verificada.

Cuando los investigadores ajustaron los datos para los niveles de grasa en sangre (lípidos), cada año de tratamiento con IP elevó el riesgo de sufrir un infarto de miocardio en un 10%, lo que parece indicar que parte del riesgo que plantean los IP se deriva de sus efectos sobre los niveles de grasa en sangre. La corrección del riesgo de los ITINN para los niveles de grasa en sangre no afectó a las conclusiones de los investigadores. Tampoco se observó ningún efecto de

la base de análogos de nucleósido (ITIN) que tomaron l@s pacientes.

En conclusión, los resultados del estudio D:A:D muestran que el mayor riesgo de sufrir un infarto de miocardio en pacientes que están tomando terapia antirretroviral está provocado por los IP y no por los ITINN. Esto se debe en parte, pero no completamente, a los cambios de los niveles de grasas en sangre (dislipemias) que provocan los inhibidores de la proteasa.

A pesar del gran tamaño de la muestra del estudio D:A:D, todavía no incluye suficientes pacientes como para que l@s investigadores puedan precisar el papel que desempeña de forma individual cada uno de los fármacos de la clase de los inhibidores de la proteasa en el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular.

Grosor de las paredes arteriales

En la misma conferencia de Denver, se presentaron los últimos resultados del ACTG 5078, un estudio que examina los efectos del tratamiento anti-VIH sobre el grosor de las paredes arteriales (2).

El grosor de las paredes o íntima-media de la arteria carótida del cuello puede medirse mediante escáneres de ultrasonidos y esta medición ha demostrado ser un factor pronóstico de accidentes cardiovasculares y cerebrovasculares: estudios previos han mostrado que un mayor grosor de las paredes arteriales se relacionan con un mayor riesgo de ataque al corazón.

En este estudio, l@s investigadores, que quisieron valorar el cambio del grosor de la íntima-media de la carótida con el paso de tiempo, analizaron tres grupos diferentes: 44 personas con VIH tratadas con IP durante al menos tres años; 46 personas con VIH que nunca habían recibido IP y 46 personas sin VIH.

Tras llevar a cabo mediciones al inicio del estudio y cada 24 semanas, l@s investigadores no hallaron diferencias significativas entre los tres grupos respecto al ritmo en que la pared arterial se engrosaba.

Ahora bien, al agrupar a l@s pacientes de los tres grupos según los factores de riesgo clásico de enfermedad cardiovascular, l@s investigadores observaron que éstos podrían desempeñar un papel más significativo que los antirretrovirales en la mayor incidencia de infarto de miocardio en personas con VIH.

No obstante, cuando evaluaron únicamente a las personas con VIH, l@s investigadores hallaron una tendencia hacia un incremento más rápido en el grosor de la pared arterial en tres grupos de personas: aquellas que estaban tomando ritonavir (Norvir®); aquellas personas que habían tomado inhibidores de la proteasa durante más tiempo; y aquell@s pacientes con niveles más altos de azúcar en la sangre.

Se espera que el ACTG 5078 proporcione próximamente más datos que puedan confirmar esta tendencia y proporcionar una relación clara entre los efectos de los fármacos del VIH sobre las paredes arteriales.

Reducir el riesgo

La mejor manera de reducir en la medida de lo posible el riesgo cardiovascular en personas con VIH sería a través del control más atento de los factores de riesgo.

El Dr. Esteban Martínez, del Hospital Clínic de Barcelona y gran especialista en riesgo cardiovascular, recomienda primordialmente evaluar al paciente con VIH desde un punto de vista cardiovascular; para tal fin, se utilizaría la historia clínica, una determinación de la presión arterial y un análisis con la determinación de los parámetros lipídicos. Este es el protocolo que debería aplicarse antes de iniciar TARGA, en el momento de cambiar de tratamiento y una vez al año, por lo menos, en pacientes que están en tratamiento (3).

En personas con VIH y dislipemia, en opinión de Esteban Martínez, la primera recomendación sería introducir cambios en los hábitos de vida, de manera que pueda mejorar el perfil lipídico sin necesidad de un cambio de tratamiento o del uso de fármacos hipolipemiantes (medicamentos que reducen los niveles de colesterol y/o triglicéridos en sangre), es decir mediante dietas bajas en grasas saturadas, ejercicio físico, y dejando de fumar.

Sin embargo, a muchas personas nos les resultará fácil modificar sus hábitos de vida (cambiar de dieta, dejar de fumar, hacer ejercicio...) para reducir las grasas, o simplemente habrá quien no quiera abandonarlos; por lo que, al final, para mejorar los niveles de lípidos, conviene llegar a un pacto entre médic@ y paciente en el que éste exprese lo que cree que puede alcanzar y lo que en definitiva quiere hacer.

En el caso de l@s personas con problemas persistentes de niveles de lípidos elevados, para Esteban Martínez el enfoque dependerá de si se trata de un paciente naive, es decir que anteriormente nunca haya tomado tratamiento antirretroviral, o de un paciente pretratado. Para el paciente naive que vaya a iniciar tratamiento se seleccionará una TARGA que tenga poco impacto en el nivel de lípidos, y si esta estrategia falla, se utilizaría un tratamiento hipolipemiente. En las personas pretatadas, Esteban Martínez prefiere utilizar un tratamiento hipolipemiente antes que cambiar la pauta TARGA, que sólo se haría como segunda opción, y en tal caso habría que valorar el cambio a fármacos con bajo perfil lipídico, por ejemplo, si el paciente toma un inhibidor de la proteasa, el cambio debería ser a atazanavir (Reyataz®), un IP con un bajo perfil lipídico, o a un ITINN, y si toma d4T, se aconsejaría cambiar a tenofovir (Viread®).

Otr@s facultativ@s optarían directamente por el cambio de terapia, por lo que la misma persona que acude a la visita puede encontrarse con una propuesta diferente dependiendo de su médic@.

Ajustar factores: Ajustar factores o (ajuste estadístico)

es un procedimiento de control de los factores que pueden afectar al fenómeno que estamos observando. A estos factores se les llama «factores de confusión». El ajuste es, por consiguiente, un procedimiento por el que se modifica un resultado, para que excluya los factores de confusión. Por ejemplo, ajustar por sexo y edad quiere decir que en el valor ofrecido se ha excluido la influencia que pudieran tener el sexo y la edad de l@s individu@s analizad@s sobre el resultado.

Persona-años: El concepto persona-años (o persona-tiempo) expresa cantidad de observación de un fenómeno determinado. Por ejemplo, observar a 75.000 personas durante 4 años sería equivalente a observar a 300.000 personas durante un año, es decir se trataría de una observación de 300.000 persona-años.

La relación beneficio/riesgo

Pese a que los datos indican claramente un mayor riesgo de experimentar acontecimientos cardiovasculares en personas con VIH que toman antirretrovirales, el tomarlos ofrece un beneficio (supresión del virus, mejora del sistema inmunológico) que según criterios de las autoridades sanitarias sigue siendo superior. Pero la decisión final es, como de costumbre, tuya.

Referencias:

- (1) FRIIS-MØLLER N ET AL. Exposure to PI and NNRTI and risk of myocardial infarction: results from the D:A:D study. *Thirteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, 5-8 febrero, 2006, Denver, abstract 144.
- (2) CURRIER J ET AL. 3-year follow-up of carotid intima-media thickness in HIV-infected and uninfected adults: ACTG 5078. *Thirteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, 5-8 febrero, 2006, Denver, abstract 145.
- (3) MARTÍNEZ, E. Managing cardiovascular risk and lipid disorders. *Twelfth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, 22-25 febrero, 2005, Boston; abstract 63.

Monoterapia virtual NO, GRACIAS

Nelson Vergel es un destacado activista en tratamientos del VIH de origen venezolano pero residente desde hace años en Houston, EE UU. Está especializado en terapias de rescate, esto es, en la búsqueda de todas las combinaciones posibles de antirretrovirales para conseguir mantener con vida a las personas con VIH cuyo virus se ha hecho multiresistente o bien han visto reducidas sus opciones por toxicidad. Su compromiso es a la vez ético y emocional: «Creo que la comunidad del VIH debería dar más atención a quienes están en mayor riesgo de fallecer; en esta situación hay miles de personas, y también amig@s cercan@s. Creo que mi deber es hacer lo posible por ayudarles.» El texto de Nelson traducido y adaptado que os ofrecemos a continuación explica cómo se podría hacer a partir de un ejemplo actual.

Las personas que han desarrollado resistencia a los medicamentos del VIH que están disponibles comercialmente necesitan tener acceso a por lo menos dos nuevos fármacos activos para maximizar sus oportunidades de respuesta al tratamiento y por ello de prolongar su vida. Estudios previos han mostrado que las personas que toman una terapia de base optimizada (TBO) junto con por lo menos dos nuevos medicamentos activos tienen una mejor respuesta que quienes comienzan la TBO con un solo fármaco activo más.

Un agente activo es un medicamento con una buena probabilidad de controlar o de reducir la replicación viral en combinación con otros fármacos para el VIH que tu médic@ puede proponerte después de obtener los resultados de tu prueba de resistencias (que son de dos tipos: genotípicas o fenotípicas). Los ensayos clínicos que incluyen a personas con multiresistencia a fármacos de diferentes familias normalmente implican un reparto aleatorio por el cual puede tocarte tomar el fármaco en investigación (del que ya se suele saber que es activo frente a virus resistentes a otros antirretrovirales) o bien placebo, en combinación con la TBO.

El/la médic@ es quien propone la selección del régimen de terapia de base optimizada teniendo en cuenta la prueba de resistencia del virus con el que vives y tu historia de tratamiento para calcular cuál es la mejor combinación de medicamentos ya aprobados que puede funcionar para ti. Pero cuando una persona no posee ningún agente activo en su TBO, añadir un nuevo fármaco activo a la TBO se considera monoterapia "secuencial" o "virtual".

Pese a que la monoterapia virtual que puede derivarse del reparto aleatorio al compuesto novedoso podría dar lugar a algún grado de supresión viral en estos casos, dichos beneficios con frecuencia tienen una vida breve, y la resistencia al nuevo compuesto aparece a continuación. Dicho problema limita tus opciones de tratamiento en el futuro y puede comprometer tu supervivencia a largo plazo.

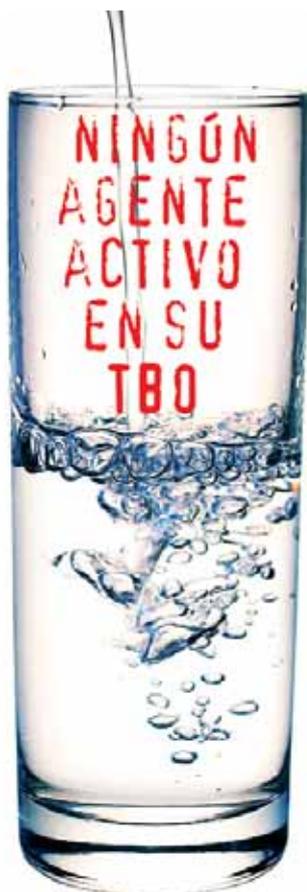
Los estudios DUET

Por primera vez en la historia del desarrollo de medicamentos para el VIH, una compañía, Tibotec (en España, Janssen-Cilag), cuenta con dos nuevos antirretrovirales (ambos con evidencia de actividad frente a cepas resistentes del VIH) en prácticamente los mismos estadios avanzados de desarrollo. Uno es darunavir (TMC114), un inhibidor de la proteasa (IP), y el otro es etravirina (TMC125), un inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido (ITINN).

La compañía ha dado comienzo a dos estudios innovadores denominados DUET 1 (TMC-C206) y DUET 2 (TMC-C216) que permitirán a l@s pacientes recibir tanto darunavir como etravirina combinados. Sin embargo, tal y como se explica más abajo, sólo el 50% de l@s pacientes recibirá la combinación al principio del estudio.

Las personas a las que se ha realizado una prueba de resistencia que muestre que el virus con el que vive posee tres o más mutaciones primarias a los inhibidores de la proteasa, además de una mutación a los ITINN, y además su carga viral no baja de 5.000 copias/mL con su combinación actual, pueden ser candidatas a los estudios DUET.

Los estudios DUET son ensayos clínicos importantes para Janssen-Cilag, ya que es necesario que se completen con éxito para que etravirina (TMC125) sea aprobada. Se trata de estudios controlados por placebo: esto significa que la mitad de l@s participantes recibirá etravirina (TMC125) y la otra mitad recibirá un placebo que imita a TMC125, pero no lo es. No obstante, l@s participantes de ambos grupos recibirán darunavir (TMC114) y la TBO (cualquier inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleósido y/o el inhibidor de la entrada Fuzeon®).



Afortunadamente, disponemos de algunos datos sobre esta combinación. Lamentablemente, dicho conjunto de datos deriva de sólo 10 personas, un número muy pequeño a partir del cual sacar conclusiones. Un reciente estudio de prueba de concepto presentado en la XIII Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas (en febrero, en Denver, EE UU), mostró datos alentadores sobre el empleo de esta combinación en personas con resistencia a tipranavir (TPV, Aptivus®) y T-20.

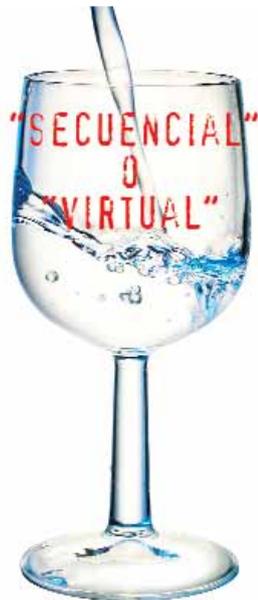
Los resultados de este pequeño estudio son, como decimos, muy alentadores, ya que tod@s l@s participantes del total de 10 que estuvieron expuest@s a la combinación de TMC114 y TMC125 redujeron su carga viral a hasta por debajo de 400 copias/ml a la semana 16. La mayoría de estas personas (6/10) tenía un virus resistente a TPV y T-20. Dos de ellas comenzaron T-20 por primera vez. La mediana del descenso de la carga viral a la semana 12 fue de -2,76 logs. El aumento mediano de células CD4 fue de 87 células/ml. Hay que advertir sin embargo de que los estudios de prueba de concepto tienen que ser demostrados en otros más grandes, y para ello precisamente se han diseñado los estudios DUET.

Si eres una persona cuyo VIH ha mostrado ser resistente a todos los antirretrovirales disponibles comercialmente, no será posible construir una TBO para ti. Además, si en el reparto aleatorio te hubiese tocado el grupo de placebo, el único fármaco «activo» que recibirás es darunavir (TMC114) junto con esa TBO. A esto lo llamaríamos, como hemos descrito más arriba, monoterapia virtual, lo que a su vez supone un aumento del riesgo de que el VIH desarrolle resistencia rápidamente a darunavir.

Pese a que Tibotec tiene pensado pasar a l@s participantes del grupo de placebo en l@s que la carga viral no se haya reducido (o en l@s que la carga viral haya rebotado) al grupo de etravirina con darunavir combinados al cabo de 24 semanas de estudio, esto puede llegar demasiado tarde para algunas personas en las que el virus podría desarrollar resistencia a darunavir. En tal caso, en el futuro ya no sería posible utilizar este IP de forma eficaz junto con otros compuestos actualmente en desarrollo.

¿Qué puedes hacer?

Si el VIH con el que vives ha dado muestras de resistencia a todos los antirretrovirales autorizados y tu carga viral sugiere que el virus no está respondiendo a tu actual tratamiento, puedes preguntar a tu médic@ sobre la oportunidad de realizar un test de resistencias genotípico.



Test de resistencia genotípica: Prueba que se lleva a cabo con una muestra de sangre de una persona que vive con VIH. Para que la detección sea eficaz, la carga viral ha de ser detectable, preferiblemente por encima de las 1.000 copias o incluso más. El resultado se presenta en una tabla que indica si el VIH es resistente a un determinado antirretroviral total o parcialmente. Esto es, sugiere qué medicamentos han dejado de funcionar debido a la aparición de mutaciones de resistencia. Su coste es menor y puede hacerse en un tiempo breve.

Test de resistencia fenotípica: Prueba que se lleva a cabo con una muestra de sangre de una persona que vive con VIH, también con carga viral detectable. El resultado indica respecto a qué antirretrovirales siguen mostrando sensibilidad el VIH, esto es, qué fármacos siguen siendo activos para conseguir la supresión de la replicación virológica. Su coste es más elevado y requiere una espera más larga.

Con los datos en la mano:

- 1.- Podrías considerar con tu medic@ la realización además de un test fenotípico, que incluya la medición de sensibilidad a T-20. Este último puede que sea necesario hacerlo por separado. Puede que este test no esté accesible en tu centro hospitalario. En tal caso, una interpretación atenta de la historia del tratamiento, incluyendo si se utilizó T-20 y bajo qué condiciones terapéuticas, puede ser una ayuda sustitutiva.
- 2.- En caso de que la prueba de resistencias (genotípica o fenotípica) indique que dispones todavía de al menos un fármaco activo, puedes preguntar a tu médic@ sobre las ventajas e inconvenientes de participar en los estudios DUET si en el momento en que lees esto el periodo de inscripción sigue abierto.
- 3.- Si tu salud se encuentra en situación de riesgo (los CD4 se sitúan por debajo de 50 células/ml), y el virus con el que vives ha desarrollado resistencia a todos los antirretrovirales comercialmente disponibles, y tú y tu médic@ habéis llegado a la conclusión de que la posibilidad de estar en una situación de monoterapia virtual en los estudios DUET es un riesgo excesivo, o bien el periodo de inscripción se ha cerrado, puedes preguntar sobre el Programa de Acceso Expandido (PAE) de darunavir en España (en Andalucía, uso compasivo, véase recuadro). Este PAE permite el empleo de otros antirretrovirales experimentales, como etravirina.

En caso de que creas que necesitas ayuda y soporte, puedes acudir a tu ONG local o bien dirigirte al servicio de consultas en tratamiento de gTt, al que podrás acceder a través de nuestra web www.gtt-vih.org.

Si deseas conocer mejor las actividades que lleva a cabo Nelson Vergel en esta área, visita la web (en inglés) www.salvagetherapies.org.

En Andalucía, no

El Programa de Acceso Expandido de darunavir ha sido rechazado por el Comité Ético regional bajo el argumento de que un PAE no puede presentarse bajo la forma de ensayo clínico. El Comité Ético andaluz pasa por encima del hecho de que así ha sido hasta ahora en nuestro país, ya que no existe una regulación específica para los PAE (como sí en Francia, por ejemplo). En cualquier caso, el/la médic@ de un centro andaluz que necesite acceso precoz a darunavir para un@ de sus pacientes tendrá que tramitar individualizadamente su petición como de uso compasivo, lo que complica y alarga los trámites, sin asegurar la decisión final.

OPTIMIZAR

Los nuevos medicamentos para el terapia de la hepatitis C aún tardarán en llegar, entre tres y cuatro años. Algunos de los candidatos más cercanos han caído en el periodo experimental, y sobre los otros todavía sabemos demasiado poco. Su uso en personas coinfectadas por el VIH y el virus de la hepatitis C (VHC) presenta importantes desafíos todavía no bien explorados (como la interacción con los antirretrovirales). Mientras tanto, se intenta optimizar, verbo de moda en medicina, lo que ya está disponible: el interferón pegilado (IFN-PEG) y la ribavirina (RBV).

La estrategia de la inducción

En el número anterior de LO+POSITIVO, una nota al pie de página anunciaba la aparición de datos que cuestionaban la utilidad de la descrita como terapia de inducción para el tratamiento de la hepatitis C en personas con VIH. Esta estrategia consiste en efecto en inducir una respuesta con altas dosis de interferón durante las primeras semanas, de manera que la carga viral de la hepatitis C descienda con rapidez. Varios análisis han sugerido que la cinética viral (esto es, cómo de rápido se expande o contrae la cantidad de virus en sangre) al inicio es un factor clave para obtener una respuesta viral sostenida (RVS): las dosis altas de IFN-PEG ayudarían a alcanzar un rápido descenso de la viremia de la hepatitis C. Después de esas primeras semanas con dosis superiores, se pasaría a una dosis estándar hasta completar el periodo de tratamiento.

Las dosis altas de interferón no se pueden mantener demasiado tiempo porque son muy tóxicas y extremadamente difíciles de tolerar. Pero se cree que con la ayuda necesaria podría sostenerse al menos durante las primeras semanas. El estudio CORAL-1, que ha llevado a cabo el equipo de Cristina Tural en el Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona (Barcelona), desmiente de entrada que esta aproximación tenga utilidad.

El equipo seleccionó a 117 personas con VIH y VHC de centros de Madrid y Barcelona, a las que repartió de forma aleatoria a recibir o bien 4 semanas de inducción con 270 μ g de IFN-PEG semanales más 1000/1200mg de RBV seguidas de 8 semanas de dosis estándar con 180 μ g de IFN-PEG semanales más la misma cantidad de RBV que en el otro brazo (grupo A, 58 participantes), o bien 12 semanas completas de dosis estándar de 180 μ g de IFN-PEG semanales más de nuevo 1000/1200mg de RBV (grupo B, 60 participantes).

A pesar de que los dos grupos eran comparables en sus características demográficas y de estadio de la enfermedad (genotipo del VHC, grado de fibrosis), no se produjo la esperada diferencia en los descensos de ARN de VHC: la RVP (respuesta viral precoz) fue del 68% en los dos brazos. Las conclusiones de este estudio son entonces que una dosis alta de IFN-PEG al inicio del tratamiento para la hepatitis C en personas coinfectadas no mejora la respuesta precoz ni la cinética viral, esto es, la rapidez con que desciende la carga viral del VHC.

Por el contrario, los resultados preliminares de otro estudio denominado REPEAT y llevado a cabo en personas mono infectadas al VHC (no viven con VIH), sugieren que esta estrategia puede ser útil si las dosis de interferón pegilado son todavía más altas y se administran durante más tiempo.

En efecto, un equipo dirigido por Patrick Marcellin, del Hospital Beaujon en París (Francia), está llevando a cabo un ensayo multinacional (participan 13 centros españoles) con personas cuyo VHC no ha respondido de manera precoz al tratamiento estándar con IFN-PEG y RBV.

Un total de 950 pacientes han sido repartidos de forma aleatoria en 4 cuatro grupos. Los grupos A y B tomarán 360 μ g por semana de IFN-PEG durante 12 semanas, seguido de 180 μ g por semana durante 60 (A) o 36 (B) semanas más. Los grupos C y D recibirán 180 μ g por semana de IFN-PEG durante 72 (C) o 48 (D) semanas. Todos los participantes además tomarán entre 1000 y 1200mg al día de RBV.

Recientemente se publicó que el conjunto de participantes en el ensayo ha alcanzado las 12 semanas, y se han presentado resultados preliminares combinados de los grupos A y B por un lado y C y D por el otro, para un total de 856 personas. De las personas que tomaron la dosis estándar de IFN-PEG más RBV, aproximadamente un 47% (199 de 426) tuvieron una RVP, mientras que entre quienes tomaron la dosis superior, la cifra alcanzó un 64% (274 de 430). Parece que funciona, ¿no?

Sin embargo, quedan dos importantes preguntas por responder: ¿se darían los mismos resultados en personas coinfectadas?, y ¿se mantendría la tasa de respuesta al pasar a la cantidad de interferón estándar a partir de la semana 12?

Altas dosis de ribavirina

Hay quien piensa que subiendo la dosis de interferón lo que estamos haciendo es marear la perdiz, porque el meollo está en las dosis del otro agente, RBV.

El estudio español PRESCO, que lidera Vicente Soriano del Instituto Carlos III de Madrid, analiza el potencial de ofrecer altas

dosis de RBV para el tratamiento de la hepatitis C junto con IFN-PEG en personas que vivan con VIH. La idea es elevar la probabilidad de que el tratamiento alcance una RVS. El estudio excluye a personas que consumen alcohol, tengan problemas de salud mental, utilicen ddl (didanosina, Videx/VidexEC) o cirrosis. Además, el recuento basal de células CD4 debe ser superior a las 300 células/mm³. La selección deja fuera entonces a quienes más necesitan un tratamiento eficaz y apoyo para seguirlo, por lo que el resultado queda sesgado. Pero no está falto de interés.

Los participantes reciben 180 µg/semana de IFN-PEG más una dosis de RBV que oscila entre 800 y 1200mg al día, según peso. Una dosis de 800mg al día para aquellas personas de menos de 65kg, 1000mg al día para aquellas cuyo peso está entre 65-85kg, y 1200mg/día para aquellas que pesan más de 85kg. La mediana del peso a nivel basal era de aproximadamente 68kg, lo que supone que la mayoría de los participantes toma 1000mg/día. No hay grupo control.

Los datos del PRESCO a la semana 4 y a la semana 12 mejoran los que arrojó en su momento el gran estudio de referencia en el tratamiento de la hepatitis C en personas coinfectadas, denominado APRICOT. Así, la proporción de personas para las que el tratamiento alcanza carga viral del VHC indetectable es del 33,2% en PRESCO y del 13% en APRICOT a la semana cuatro, mientras que a la semana 12 es de casi el 60% frente al 34%, respectivamente. Tendencias similares se dan al comparar los porcentajes de alcanzar reducciones superiores a 2log₁₀.

Estos resultados hay que tomarlos con precaución porque son de un análisis cuyo nombre técnico es "en tratamiento", lo que quiere decir que no constan las personas que abandonaron el régimen antes de la semana 12, la mayoría es probable que por problemas de tolerancia.

De hecho, un estudio francés encabezado por B. Cassard y publicado recientemente señala que a la misma dosis de RBV, diferentes personas tienen diferentes niveles de fármaco en sangre, lo que a su vez se relaciona con los niveles tanto de eficacia como de toxicidad. Realizar pruebas de niveles de medicamento a la semana 4 podría ayudar a ajustar la dosis con independencia del peso corporal.

El abordaje de los efectos adversos de la RBV, principalmente la anemia hemolítica (pérdida de glóbulos rojos), sólo puede hacerse o bien como se hace habitualmente con reducción de dosis (lo que supone una reducción a su vez de las probabilidades de éxito) o bien con la administración de eritropoyetina (EPO) para contrarrestar sus efectos. Sin embargo, la falta de un buen estudio controlado y de reparto aleatorio además del coste (con todo, menor al de un anti-retroviral) frenan en España su uso.

Clave:

RVP: Respuesta viral precoz. Definida como la obtención de carga viral (viremia) de la hepatitis C (ARN de VHC) indetectable o al menos un descenso de 2 log₁₀ a partir del nivel basal a la semana 12 de tratamiento. Se elige la semana 12 porque numerosos estudios han mostrado que es un buen indicador negativo: si no se alcanza la respuesta entonces, se descarta prácticamente que se pueda alcanzar más adelante pese a continuar el tratamiento. Otros estudios han sugerido que el éxito a la semana 4 es por el contrario un indicador positivo: si hay respuesta viral en ese corte temporal, es muy probable que se mantenga.

RVF: Respuesta viral final. Alcanzar carga viral indetectable del VHC al finalizar la terapia con IFN-PEG y RBV. Aunque hasta hace bien poco el periodo de tratamiento ha variado entre los 6 meses (genotipos 2 y 3) y el año (genotipos 1 y 4), la tendencia actual es a que sea un mínimo de 48 semanas en todos los casos. Más incluso en genotipo 1 si la tolerancia al régimen es buena.

RVS: Respuesta viral sostenida. Se entiende que la hepatitis C ha sido "curada" si tras seis meses de haber finalizado un tratamiento que haya alcanzado RVF, el ARN de VHC sigue siendo indetectable.

Nivel basal: Punto inicial de un estudio o de la definición de datos de una persona o grupo. Por ejemplo, tus CD4 basales son los que fueron determinados en tu primera analítica. En una investigación, los datos basales son los que se obtienen para el conjunto de participantes al comienzo.

IFN-PEG: Interferón pegilado. Existen dos interferones pegilados comercializados, el alfa 2a de Roche (Pegasys), y el alfa 2b de Schering-Plough (PegIntron). Pese a que el primero se prescribe a dosis fijas y el segundo de acuerdo con el peso, no se ha establecido formalmente una diferencia entre ambos en cuanto a eficacia y seguridad.

RBV: Ribavirina. Roche comercializa RBV bajo el nombre de Copegus y Schering-Plough bajo el nombre de Rebetol. Tampoco se han establecido formalmente diferencias en cuanto a potencia y toxicidad a igual cantidad de fármaco.

Si tienes dudas sobre cualquier medicamento antirretroviral, contacta con nosotr@s:

Servicio de Consultas del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH

acerca de la infección por VIH, las enfermedades asociadas y sus tratamientos.

Consultas presenciales (con cita previa) en nuestra sede
y **telefónicas 93 458 26 41** martes y jueves de 16:00h a 20:00h

Las consultas por correo electrónico a **consultas@gtt-vih.org** se atienden de lunes a viernes por orden de recepción y en la mayor brevedad posible.

Dos nuevas generaciones de microbicidas vaginales

Los próximos candidatos a microbicidas se basarán en proteínas, moléculas, antirretrovirales, quimiocinas e incluso bacterias.

Los primeros microbicidas, productos en desarrollo que se aplicarían en la vagina o el recto para prevenir la transmisión del VIH, se basaron más bien en métodos “barrera” para impedir el paso del VIH en las células. La nueva generación de microbicidas vaginales recurrirá a técnicas aún más sofisticadas para incidir directamente en el virus o las células del entorno y así evitar la infección.

Los más avanzados

En la actualidad hay más de 30 productos en investigación. Los más avanzados son los candidatos de primera generación que se basan en mecanismos de acción diversos:

- **BufferGel™** es un acidificante que formaría una barrera para impedir el paso del VIH en las células imitando las estrategias naturales de protección de la vagina;
- **Pro2000**, **Carraguard®** y **sulfato de celulosa** son inhibidores de la unión que intervendrían en el proceso de replicación del virus una vez entrado en el organismo para que éste no pueda penetrar en las células y multiplicarse; y
- **Savvy™** es un surfactante que destruiría al virus antes de que entrara en contacto con las células.

Estos productos se están probando en mujeres sin VIH en ensayos de Fase IIb o III, y se prevé que dispongamos en 2007-2008 de los primeros resultados que permitan saber o tener una buena indicación de si son eficaces.

No tan lejos

En la XIII Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas (CROI, en sus siglas en inglés), que se celebró el pasado mes de febrero en la ciudad estadounidense de Denver, se asistió a un repaso y una actualización de otros candidatos que, pese a encontrarse en fases más tempranas, no están tan lejos en la cantera de microbicidas en investigación.

En una de las sesiones plenarias de esta conferencia titulada “Prevenir la transmisión del VIH con microbicidas tópicos”, John Moore de la Facultad de Medicina Weill de la Universidad de Cornell en la ciudad estadounidense de Nueva York, hizo un repaso de estos compuestos, con un especial énfasis en los que se basan en antirretrovirales.

Moléculas siRNA para actuar en la célula

Hace poco fueron publicados en la revista *Nature* los primeros resultados sobre la eficacia de UL29.2, una pequeña molécula de interferencia con el ARN (siRNA, en sus siglas en inglés), capaz de bloquear la replicación del virus del herpes simple de tipo 2 (VHS-2) cuando se aplica en la vagina de ratones. La interferencia con el ARN es un mecanismo de defensa eficaz en las plantas y otros organismos. Varios estudios evaluaron cómo aprovecharlo para inhibir las infecciones virales, uno de los cuales mostró que la combinación de siRNA con lípidos conseguía silenciar la expresión de los genes UL27 y UL29 del VHS-2 cuando ésta se aplica en la vagina y el ectocérnix (parte exterior del cuello uterino, próxima a la vagina) de ratones hembras. Esto permitió evitar que los ratones se infectaran con el VHS-2 cuando fueron expuestas al virus dos horas después de la aplicación del gel, o de que la infección progresara en los casos donde ésta ocurrió.

Un aspecto interesante de este mecanismo es que podría ofrecer una protección duradera puesto que se ha observado que el silenciamiento de los genes dura hasta 9 días localmente, aunque esto tiene que confirmarse en más estudios. Otro aspecto fundamental es que se ha observado que siRNA podría actuar en la expresión de los genes del VIH en varias posiciones. La idea pues es utilizar esta tecnología para bloquear varias dianas a la vez.

Antirretrovirales para actuar sobre el virus o la célula

Otro de los conceptos que se están probando es el uso de inhibidores de la transcriptasa inversa de forma tópica dentro de un gel. Algunos de los candidatos son TMC-120 de la firma Tibotec, UC-781 de Biosyn y tenofovir de Gilead, y se estima que sería una estrategia segura, de bajo coste y fácil de formular dentro de un gel. Pese a que existen algunas pruebas de su eficacia en los modelos animales (monos), son pocos los ensayos hasta ahora llevados a cabo y el único candidato que ha mostrado que funcionaba en este contexto es tenofovir. Además los modelos para probar esta clase de fármacos de forma tópica en monos expuestos a VIH, un virus simio modifi-

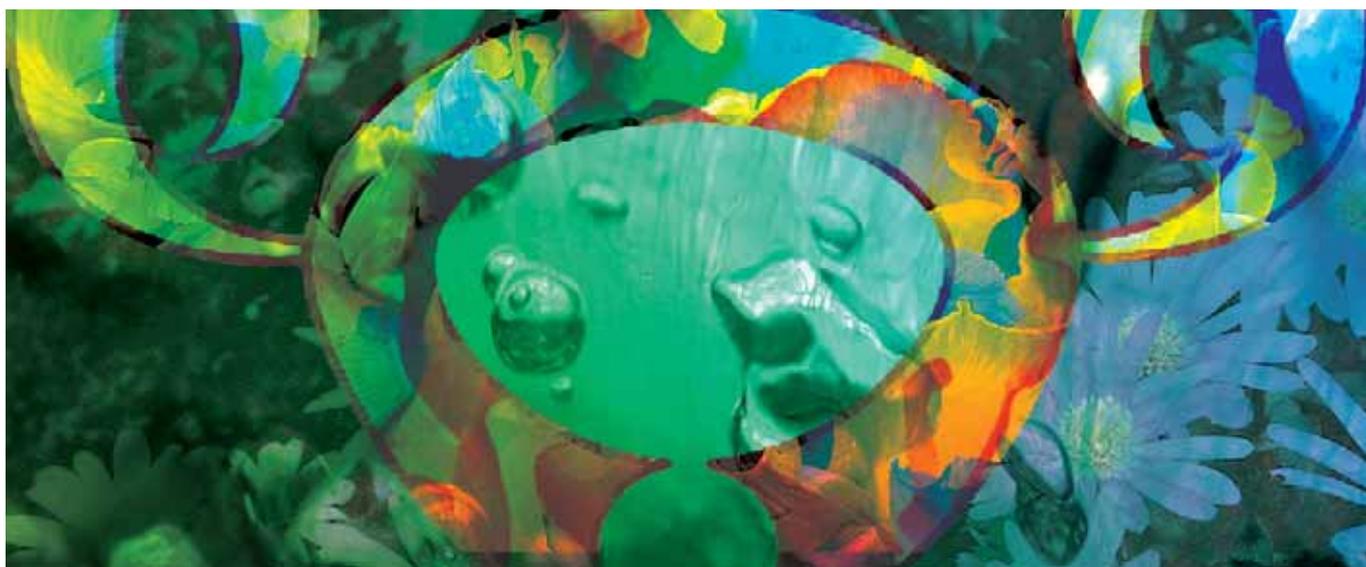
cado para infectar a estos animales por una infección similar al VIH, han de mejorarse sustancialmente para ser apropiados.

Varios fármacos capaces de inhibir la entrada o la unión del VIH en la células del cuerpo humano se están estudiando también como posibles microbicidas. Es el caso entre otros de PSC-RANTES, una quimiocina modificada químicamente, sobre la que existen evidencias desde 2004 de su posible eficacia para proteger a macacos rhesus de la entrada del VIH por el correceptor CCR5. Aunque, como nos lo recordó Moore, lo preocupante de este candidato sea la muy alta cantidad de producto que se necesitó para conseguir proteger a los macacos, lo que hace predecir que su precio podría resultar elevado.

Otro candidato es CMPD 167, un inhibidor del CCR5 diseñado por la firma farmacéutica Merck, originalmente para su uso como fármaco antirretroviral pero cuyo desarrollo se interrumpió en humanos. Ahora CMPD 167 se prueba para su uso tópico como microbicida, y actuaría siguiendo el mismo mecanismo que los inhibidores del CCR5 actualmente en desarrollo como maraviroc o vicriviroc, bloqueando este correceptor de las células T para impedir la unión de

duración de esta protección y administraron esta triple combinación a dosis elevadas cada día durante 5 días, exponiendo a los animales cada día al VIH 30 minutos después de la aplicación del producto y durante 5 días también. Los 10 animales del grupo de control se infectaron en comparación con 3 de cada 5 animales (60%) en el grupo del microbicida.

Seguramente, en el caso de los inhibidores, se necesitará de más de un producto a la vez para ser verdaderamente eficaz, tal y como es el caso de las terapias combinadas para tratar el VIH. Esto permitiría además ampliar el número de cepas contra las que funcionaría el microbicida, o crear una sinergia que haría posible evitar efectos indeseables numerosos, o reducir la probabilidad de transmisión de virus resistentes a un solo inhibidor. No obstante, todavía se desconoce cuál sería el proceso apropiado para que las agencias reguladoras aprobaran y clasificaran un producto de estas características, aunque lo que no tendría sentido sería comercializar cada uno de los distintos microbicidas por separado para luego probar su eficacia una vez combinados, y es importante que estas agencias autoricen que se empiece a probar esta estrategia sin esperar.



ésta con el virus. Sin embargo, este candidato no sería eficaz en el caso de una exposición a un virus que usa el otro correceptor, CXCR4, para entrar en la célula. En cambio otro candidato basado en un concepto similar, BMS-378806, de Bristol Myers Squibb, ha sido diseñado para dar protección tanto en el caso de los virus que usan el CCR5 como el CXCR4. BMS-378806 funcionaría uniéndose al gen gp120 de la envoltura del VIH para impedir a éste que se uniera al CD4. Así evitaría que ocurra el cambio de forma de este gen que le permite generalmente unirse al correceptor CCR5 o CXCR4 y que ocurra la fusión entre virus y célula. El C52L es un péptido que incidiría en el proceso de fusión de la misma manera. Este otro candidato es parecido al T-20, un antirretroviral de la clase de los inhibidores de la fusión, que actuaría directamente en el gp41, otro gen de la envoltura del virus que facilita el contacto con la célula antes mismo de que intervenga el gp120. También podría funcionar tanto en el caso del CCR5 como del CXCR4.

Si bien cada uno de estos tres candidatos mostraron que eran capaces de prevenir la infección por VIH en estudios en monos expuestos a una versión del VIH vaginalmente, el nivel de protección era cada vez más elevado cuando se usaron en combinación (Veasey et al. 2005. *Nature* 438, 99-102): 21 de cada 28 (75%) animales que recibieron un solo inhibidor fueron protegidos, en comparación con 16 de cada 20 (80%) animales que recibieron dos inhibidores y 3 de cada 3 (100%) animales que recibieron los tres compuestos. En este estudio, 9 de cada 9 animales que recibieron un gel con placebo se infectaron. Los investigadores quisieron evaluar la

Mientras tanto en el laboratorio

Bacterias vivas o comensales para secretar inhibidores

Las bacterias comensales son bacterias comunes que se encuentran generalmente dentro del organismo. Por el momento se sabe poco sobre esta estrategia pero la idea sería diseñar estas bacterias por ingeniería genética para que colonicen la vagina y secreten proteínas o péptidos capaces de impedir la infección por VIH directamente dentro del entorno genital, lo que permitiría ofrecer un efecto protector duradero sin afectar el ecosistema vaginal. Aunque este concepto es muy prometedor, existen preocupaciones sobre su aceptación puesto que se trataría de colonizar la vagina con bacterias vivas.

Referencias:

- "Preventing HIV Transmission by Topical Microbicides", JOHN MOORE, Facultad de Medicina Weill de la Universidad de Cornell, Nueva York, EE UU. (la presentación está disponible en inglés en http://www.retroconference.org/2006/data/files/retro2006_frame-set.htm)
- An siRNA-based microbicide protects mice from lethal herpes simplex virus 2 infection. DEBORAH PALLISER ET AL. *Nature* 493, 89-94

FLASHES INFORMATIVOS

de nuestro sitio web: gtt-vih.org

En esta sección os ofrecemos una nueva selección de resúmenes de las noticias y boletines publicados en el sitio web de gTt, la entidad que edita LO+POSITIVO. Si quieres leer la noticia completa visita nuestro portal: www.gtt-vih.org. También, si lo deseas, puedes suscribirte a nuestras listas de distribución y recibir puntualmente en tu correo las últimas novedades sobre VIH/SIDA y sus tratamientos.

LA NOTICIA DEL DÍA

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

CAMBIAR A ATAZANAVIR REDUCE LAS GRASAS, PERO ¿ES SEGURO?

18/11/05

...en el marco de la X Conferencia Europea del SIDA (EACS) que se está celebrando en Dublín (Irlanda) se han dado a conocer los resultados a 48 semanas del estudio SWAN. Esta investigación, cuya presentación ha corrido a cargo de Josep Maria Gatell, del Hospital Clínic de Barcelona, estudia la eficacia y la seguridad de cambiar un inhibidor de la proteasa, potenciado o no, a atazanavir (ATV, de nombre comercial Reyataz, de Bristol-Myers Squibb), dentro de un régimen combinado.

En resumidas cuentas, podría parecer a partir del SWAN que cambiar de un IP actual, sobre todo potenciado, a ATV sin potenciar (excepto cuando se incluya TFV) podría mejorar los niveles de lípidos en sangre, un importante y en ocasiones grave efecto secundario. Se trata además de una dosificación sencilla de una vez al día.

Pero el tema más delicado y que debe mover a la precaución es saber si los fracasos con IP, incluido ATV, han dado lugar a resistencias. Recordemos que) han mostrado que en las personas sin ovarios estudios con lopinavir/r (Kaletra tratamiento previo que empiezan tomando Kaletra, los fracasos virológicos no derivan en la aparición de resistencias a los IP. Desconocemos si lo mismo sucede con ATV no potenciado.

Fuente: *Elaboración propia*.

TENOFOVIR: ¿UN CANDIDATO PROMETEDOR PARA EVITAR LA TRANSMISIÓN DEL VIH?

15/02/06

Los microbicidas son productos en desarrollo que, aplicados en la vagina o el recto, permitirían evitar la transmisión del VIH y, posiblemente, de otras infecciones de transmisión sexual.

En la actualidad, existen varios ensayos que prueban la eficacia de posibles microbicidas de uso vaginal en miles de mujeres. Mientras que esta primera generación de microbicidas se basa en conceptos cuyo objetivo es destruir el virus cuando entre en la vagina antes de infectar las células, o modificar el entorno natural de ésta para aumentar las defensas inmunitarias en esa zona, la nueva generación de microbicidas se centra en mecanismos distintos.

Fuente: *Elaboración propia / www.natap.org*

ANTIRRETROVIRALES PARA SALIR DE FIESTA

29/12/05

...personas sin VIH, concretamente hombres gay, toman el fármaco antirretroviral tenofovir (Viread®) para protegerse del VIH antes de realizar una práctica sexual sin protección. Al parecer, en EE UU, hombres gay sin VIH y sexualmente activos podrían estar adquiriendo este fármaco antirretroviral sin receta médica: se puede llegar a adquirir tenofovir en discotecas o locales de sexo en un pack por 100 dólares junto con éxtasis y el fármaco para la disfunción eréctil Viagra. A ésta nueva forma 'recreativa' de tomar tenofovir se la llama en inglés Taking a T., lo que podría traducirse en español como 'Tomar un T(é)', recogiendo la ironía del inglés.

Fuente: *NATAP (www.natap.org) / Elaboración propia*.

TOMAR EL TRATAMIENTO UNA VEZ A LA SEMANA

18/01/06

Al menos un nucleósido y dos inhibidores de la fusión en desarrollo exploran la posibilidad de que puedan ser dosificados una vez a la semana. La elvicitabina de Achillion Pharmaceuticals podría ser el primero en llegar al mercado.

La elvicitabina (ELV) es un nucleósido de la L-citosina con una potente actividad anti-VIH y anti-VHB y con una vida media muy larga. En humanos se ha visto actividad anti-VHB y frente a VIH resistente a 3TC. De confirmarse, sería el tercer fármaco de este tipo con doble actividad, después de 3TC y tenofovir.

Fuente: *Elaboración propia / natap.org/ Lista de distribución del European AIDS Treatment Group (EATG)*.



VAX en español es un boletín mensual que ofrece una versión condensada de los artículos del IAVI Report, un boletín sobre la investigación en vacunas de la Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el SIDA. Aquí tenéis breves fragmentos de textos que encontraréis en la sección de vacunas de www.gtt-vih.org.

Edición especial: Un repaso de 2005

Enero 2006, Vol. 4, Núm. 1

En 2005 se iniciaron 13 nuevos ensayos para probar candidatas a vacunas preventivas del SIDA en nueve países repartidos por todo el mundo. Dos de ellos eran sobre vacunas candidatas que iniciaron ensayos de Fase II, una etapa intermedia de evaluación clínica. La India, China y Ruanda iniciaron sus primeros ensayos con vacunas del SIDA el año pasado y por primera vez en Suráfrica se realizó un ensayo de Fase II de vacuna del SIDA. Varios de estos ensayos recientemente iniciados implicaron nuevas estrategias de vacunación, como regímenes de inducción-refuerzo, en los que dos candidatas se administran de forma separada, para intentar mejorar las

respuestas inmunológicas inducidas. La tabla [disponible en la versión electrónica] es una lista de todos los ensayos de vacunas del SIDA actualmente en marcha y en el mapa mundial de las páginas interiores de este número especial de VAX están señalados los ensayos iniciados en 2005 así como todos los países que actualmente realizan ensayos clínicos con vacunas del SIDA.

Vacunas contra el cáncer cervical

Febrero 2006, Vol. 4, Núm. 2

De la introducción de vacunas contra el VPH se pueden extraer lecciones para una futura vacuna del SIDA.

Dado que tanto el VPH como el VIH pueden transmitirse por vía sexual y penetrar en el organismo a través de los mismos tejidos, los investigadores han estado estudiando la relación entre estas dos infecciones. Las lesiones cervicales provocadas por una infección persistente por VPH pueden aumentar el riesgo de que las mujeres contraigan el VIH debido al mayor sangrado y a la concentración de células T CD4 y dendríticas en los tejidos de la mucosa de la cervix (cuello uterino), lugar que se considera un objetivo para el establecimiento de la infección por VIH en mujeres.

Y un estudio presentado el pasado verano en la Conferencia de la Sociedad Internacional del SIDA celebrada en Brasil descubrió que la infección por VPH por vía anal estaba relacionada de forma independiente con contraer el VIH en una cohorte de 1.409 hombres que practican sexo con hombres.

Las Noticias de NAM: Actualización en Tratamientos

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

Los bebés de sexo masculino corren un riesgo menor de ser infectados por VIH por vía materna que los de sexo femenino

02/12/05

Se ha debatido apasionadamente sobre el papel del género en la progresión de la infección por VIH. A pesar de que algunos estudios han concluido que el género podría constituir un factor influyente, otros han contradicho esta conclusión. También se piensa que los estudios que sugieren que el género juega un papel no han sido realizados con control sobre factores como adhesión, patrones de comportamiento y factores relacionados con el estilo de vida, que podrían diferir entre hombres y mujeres.

Una sonda no invasiva puede determinar la fase de enfermedad hepática en pacientes coinfectados por VIH/VHC

24/01/06

Una nueva prueba no invasiva puede emplearse para diagnosticar el grado de daño hepático en pacientes coinfectados por VIH y hepatitis, según los resultados de un estudio francés presentado en la edición del 1 de febrero de la publicación *The Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. Esta nueva técnica podría reducir la necesidad de realizar las dolorosas biopsias hepáticas en pacientes coinfectados.

El actual "estándar de oro" de la valoración de fibrosis y cirrosis consiste en tomar una pequeña muestra o biopsia del hígado para examinarla al microscopio. Este doloroso e invasivo procedimiento

puede provocar complicaciones que pueden resultar fatales y su fiabilidad se ve limitada por el pequeño tamaño de la muestra y la variabilidad entre distintos observadores.

CROI: Prácticamente uno de cada cincuenta pacientes europeos puede haber sufrido una infección oportunista con un recuento de CD4 por encima de lo esperado

20/02/06

A pesar de que la mayor parte de la mortalidad en el estudio SMART fue debida a condiciones no definidoras de SIDA, algunas infecciones oportunistas, como candidiasis esofágica (hongos bucales) fueron también prominentes a niveles de recuentos de células CD4 superiores a lo esperado.

Un póster en la conferencia intentó cuantificar la frecuencia con la que se producen seis de las más habituales infecciones oportunistas (IO) definidoras de SIDA entre europeos con niveles de recuentos de células CD4 normalmente considerados lo bastante altos como para protegerlos de estas enfermedades.

Nuevas direcciones en la prevención del VIH: serosorting y prueba universal

10/03/06

El doctor Matt Golden, del Centro para el SIDA y ETS (Enfermedad de Transmisión Sexual, según la denominación estadounidense) de Seattle de la Universidad de Washington (EE UU), examinó la controvertida «actividad de prevención» adoptada por los hombres gay: el *serosorting*, que definió como «la práctica de elegir de forma preferencial parejas sexuales, o decidir no emplear condones con parejas seleccionadas, en base a que ambos han revelado su estado serológico al VIH y son parejas seroconcordantes».



¿Se transmite la hepatitis C POR VÍA SEXUAL?

Cuando se habla del virus de la hepatitis C (VHC) se suele asociar a unas vías muy específicas de transmisión: principalmente la parenteral –por el uso compartido de material de inyección infectado en el uso de drogas?, la vertical, es decir de madre a hijo, y la ocupacional, la que se da de forma accidental entre trabajadores del medio sanitario. Pero desde hace un tiempo se viene hablando también de la posibilidad de que el VHC pudiera transmitirse por vía sexual a la luz de nuevos casos de hepatitis C que se están produciendo en personas con VIH que no tenían una historia de uso de drogas inyectables. Si quieres conocer las prácticas sexuales en las que existe un mayor riesgo de transmisión del VHC y cómo se puede reducir este riesgo, te recomendamos la lectura de este artículo. Además, os ofrecemos los últimos datos respecto a este controvertido tema que se presentaron en la pasada conferencia sobre Retrovirus y Enfermedades Oportunistas (CROI) celebrada el mes de febrero en Denver (EE UU).

¿Un riesgo subestimado?

Los informes sobre la existencia de nuevos casos de infección de hepatitis C en personas con VIH presuntamente transmitida a través del sexo no son nuevos. Desde 2002, por ejemplo, en Londres se viene informando de un brote de infección aguda por VHC entre hombres gay con VIH, aunque existen indicios de que podría remontarse a algunos años antes. En cualquier caso, en esos primeros años esta evidencia no se tradujo lamentablemente en mensajes preventivos específicos para esta vía de transmisión, en parte porque muchos estudios mostraron que el riesgo de la transmisión sexual del VHC era extremadamente bajo en la población general, es decir en la no VIH, y por otro lado, porque se suponía que los mensajes preventivos sobre sexo seguro respecto al VIH deberían cubrir implícitamente la transmisión del VHC.

Los datos hasta la fecha sugieren que la transmisión del VHC se produce principalmente entre hombres gay con VIH, que practican sexo anal sin protección y/o que realizan ciertas prácticas sexuales como **fisting** (penetración del ano con el puño), **rimming** (sexo buco-anal), uso de **juguets sexuales**: vibradores, dildos, bolas chinas, **y prácticas sadomasoquistas** que implican la presencia de sangre o la producción de lesiones y microlesiones no siempre detectables a simple vista, prácticas cuya extensión podría quizá estar subestimada, lo que podría favorecer la transmisión del VHC (y por supuesto del VIH).

Un sistema inmunológico más comprometido o más ocupado en lidiar con el VIH puede tener mayores dificultades para evitar que una exposición al VHC derive en una infección crónica. Esto explicaría que las personas con VIH sean más vulnerables a adquirir la hepatitis C por vía sexual.

También parece bastante seguro que la coinfección VIH y VHC tiene un riesgo más elevado de transmisión del VHC que la infección sólo por VHC, ya que la carga viral del VHC es más elevada en personas coinfectadas por ambos virus.

Europa en riesgo

En la XIII CROI se ofrecieron datos actualizados sobre la transmisión sexual de la hepatitis C en algunas ciudades de Europa. Hasta

febrero de este año, 213 hombres gay con VIH en Londres y 25 en Brighton han sido diagnosticados de VHC por vía sexual. Mark Danta, del Hospital Royal Free de Londres, utilizó los datos de 111 de estos hombres gay con VIH de estas dos ciudades para ofrecer una actualización de los factores de riesgo relacionados con la transmisión sexual del VHC entre octubre de 2002 y agosto de 2005 (1).

En este estudio, los hombres gay con VIH que estaban coinfectados con VHC (casos) tuvieron tres veces más parejas sexuales en los doce meses previos que los hombres gay con VIH que no tenían VHC (controles). Los factores de riesgo de la transmisión sexual que se observaron con mayor frecuencia en los hombres gay con VIH y VHC en comparación con aquellos que sólo tenían el VIH fueron:

- Relaciones anales insertivas o receptivas sin uso de preservativo.
- Prácticas sexuales de las anteriormente citadas que comportan lesiones en las mucosas.
- Sexo en grupo.
- Uso de drogas de las denominadas «de club» durante el acto sexual: metanfetamina (*crystal meth*), ketamina, GHB (gamma-hidroxiбутирато; erróneamente conocido como éxtasis líquido), el éxtasis clásico, poppers...

Los investigadores descubrieron que las relaciones anales insertivas (activas) o receptivas (pasivas) sin preservativo y/o la práctica del **fisting** insertivo o receptivo sin guantes de látex y lubricante o crema aumentaron el riesgo de contraer el VHC a través del sexo. Las prácticas de sexo en grupo aumentaron también en gran medida este riesgo. De hecho, Mark Danta apunta que si dos de los cuatro factores señalados anteriormente se daban durante una sesión de sexo en grupo, el riesgo aumentaba nueve veces. Y si se producían tres o los cuatro factores, este riesgo, en un contexto de sexo en grupo, podría aumentar más de 23 veces.

Los datos presentados en la misma conferencia por Roel Coutinho, del Servicio de Salud Municipal de Ámsterdam, revelan también un aumento de la incidencia del VHC en hombres gay con VIH (2). El profesor Coutinho descubrió a partir de las pruebas de anticuerpos del VHC realizadas de forma retrospectiva a 1.836 hombres gay, que formaban parte de la Cohorte de Ámsterdam entre 1984 y 2003, que la incidencia en hombres gay con VIH del VHC había aumentado diez veces tras el año 2000 en comparación con la incidencia de los años anteriores.

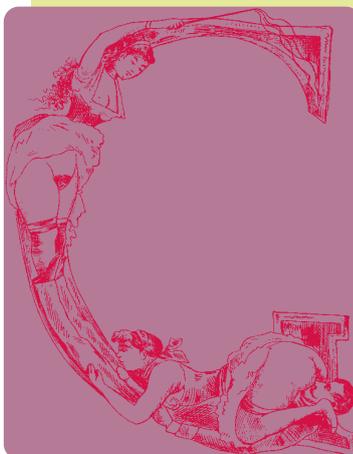
Por otro lado, los investigadores holandeses observaron que de los 26 casos de infección aguda por VHC diagnosticados en hombres gay en Ámsterdam entre 2003 y 2005, 25 (96%) pertenecían a hombres con VIH. Tras entrevistar a 20 de ellos, el equipo halló que entre los factores de riesgo de la transmisión del VHC se hallaba la práctica del **fisting** (10, 50%) y el diagnóstico de otras infecciones de transmisión sexual concomitantes (13, 65%) que pueden producir lesiones en las mucosas.

Según el profesor Coutinho, estas nuevas infecciones del VHC que se han dado en hombres gay con VIH son «la punta del iceberg; sólo descubrimos estos casos gracias a la atenta dedicación del médico.»

¿Y las personas heterosexuales...?

Hasta la fecha, como hemos venido diciendo la literatura científica da más peso a la idea de que la transmisión sexual del VHC se produce entre hombres gay con VIH que tienen prácticas sexuales «de riesgo», mientras que tiende a minimizar el riesgo de transmisión del VHC en las relaciones vaginales.

Ahora bien, en la XIII CROI un estudio francés sugiere que la transmisión sexual del VHC también podría producirse entre heterosexuales (3). Datos presentados de la cohorte francesa PRIMO indican que tres hombres y dos mujeres podrían haber contraído el VHC



por vía sexual. Según los autores del estudio, el único factor de riesgo identificado para la infección por VHC en estas cinco personas fue el «sexo sin protección». En su opinión, aunque en su estudio tan sólo dos mujeres han sido identificadas, los datos sugieren que la transmisión sexual de VHC se podría estar produciendo en los últimos años con mayor frecuencia de lo que se pensaba en un principio en mujeres con VIH. No obstante, los datos que se tienen hasta la fecha en general para las mujeres con VIH son contradictorios y requieren analizarlos con cautela.

Reducir el riesgo

Estos nuevos casos de infección del VHC por vía sexual entre hombres gay con VIH ponen de relieve la importancia de abordar la prevención de infecciones y enfermedades, en este caso el VHC, a través de programas especialmente adaptados a las diferentes situaciones de vulnerabilidad.

Si eres una persona que vives con VIH, sexualmente activa, que realizas algunas de las prácticas sexuales (o todas) anteriormente mencionadas, te convendría saber que puedes reducir el riesgo de infectarte con VHC en este contexto sexual. Existen diferentes medidas que te ofrecen diferentes grados de protección. La decisión es tuya.

La primera, ya conocida, es el uso del preservativo (condones) del que sabemos evita la transmisión de virus y otras infecciones de transmisión sexual. Si utilizar preservativo en todas las circunstancias no es para ti un objetivo realista o deseable, no significa que no lo puedas hacer nunca: cualquier ocasión es buena para evitar la exposición a una posible infección.

Si no utilizas preservativos, puedes decidir reducir las veces en que recibes sexo anal insertivo, las parejas con las que lo haces o el número de eyaculaciones. Una acción de protección es mejor que ninguna.

Para el **fisting** (penetración del ano con el puño), se aconseja el uso de guantes de látex, de venta en farmacia, y lubricante para aplicar tanto la zona del ano como el propio guante. Utilices o no este material, dedicar el tiempo suficiente para dilatar el ano y evitar lesiones ayuda a reducir el riesgo. También puedes acordar con tu pareja sexual que detenga la práctica o te advierta si nota la presencia de sangre.

Para el **rimming** (sexo buco-anal) también se aconseja el uso de un método barrera como podría ser un trozo de látex cortado de un preservativo, o plástico para envolver alimentos. Al margen de que se utilice o no este material, puedes reducir riesgos limpiando la zona erógena con productos no abrasivos (esponjas suaves y jabones neutros). Si se utilizan dildos, consoladores u otros juguetes sexuales para penetrar, es aconsejable hacerlo con un preservativo y cambiarlo cada vez que vaya a emplearse con una persona diferente, además de lubricar el objeto antes de realizar con él la penetración, con el fin de evitar posibles daños o lesiones. También podéis optar por emplear un juguete por persona y no intercambiarlos.

Si utilizas drogas durante el acto sexual, podrías plantearte reducir la dosis, la mezcla entre sí de diferentes tipos o la ingesta de alcohol, o bien aplazar su toma para más tarde. También puedes acordar las condiciones de la relación sexual antes de sentirte demasiado colocad@. Además, es importante saber que compartir el material para la inhalación de drogas ('rulos', billetes, tubos) es también un factor de riesgo de infección del VHC, por lo que es menos arriesgado que cada persona tenga su utilillaje individual.

Hay servicios de consultas por internet o teléfono que te podrán ayudar a resolver las dudas que tengas sobre la prevención del VHC u otras enfermedades transmisibles.

Estamos a tu disposición.

Referencias:

- (1) Danta M et al. Evidence for Sexual Transmission of HCV in Recent Epidemic in HIV-infected Men in the UK. Thirteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Denver, abstract 86, 2006.
- (2) Coutinho R et al. Rise in HCV Incidence in HIV-infected Men Who Have Sex with Men in Amsterdam: Sexual Transmission of Difficult to Treat HCV Genotypes 1 and 4. Thirteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Denver, abstract 87, 2006.
- (3) Ghosn J et al. Increase in HCV Incidence in HIV-1-infected Women and Men Followed in the French PRIMO Cohort. Thirteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Denver, abstract 843, 2006.

Para qué contarte

Sobre epidemiología, discriminación y política

Expliquemos el caso hipotético de una persona que vive con VIH desde hace 15 años. En 1997 desarrolla una neumonía y tiene que acudir a un centro hospitalario. Como dicha neumonía era y es una enfermedad que define SIDA según el listado oficial, y el SIDA (no el VIH) es una enfermedad de declaración obligatoria, su nombre queda incluido en un registro oficial. Gracias a las nuevas terapias ya disponibles en esa época, la carga viral baja, suben los CD4 y se recupera de la infección pulmonar. Al cabo del tiempo, los tratamientos fracasan repetidamente y esa persona vuelve a tener problemas de salud: una toxoplasmosis primero, y finalmente un cáncer linfático, del que acaba falleciendo. Su muerte queda registrada. La causa oficial: neumonía.

tras está en la lista de espera. Su muerte no queda registrada como asociada al VIH.

Y sin embargo, si no tuvieran VIH, esas personas, casi con toda seguridad, no habrían experimentado esos problemas de salud o no con esa intensidad. El fallecimiento de estas personas coinfectadas con hepatitis no aparece, por ello, en las estadísticas oficiales por lo que la impresión es que la amenaza del VIH para la vida está controlada en este país.

Los datos que publica periódicamente el Plan Nacional del SIDA, del Ministerio de Sanidad y Consumo (que en realidad recopila el Instituto de Salud Carlos III con sede en Madrid), sobre prevalencia de las enfermedades asociadas a SIDA y causas de fallecimiento deben interpretarse por ello con mucha cautela, porque en buena medida ni son las que están, ni están las que son.



En este país, como en prácticamente todos los occidentales, el SIDA es como hemos dicho de declaración obligatoria. Esto significa que cuando una persona tiene VIH y desarrolla una o más enfermedades definidas en un catálogo ya establecido (la década pasada) su nombre queda registrado asociado a la primera de ellas. Ese registro no se modifica nunca. Así, si fallece, la causa oficial será la primera enfermedad asociada a SIDA que tuvo. Un dislate.

Cambiemos el escenario y supongamos que los tratamientos sí funcionaron, pero que además tenía hepatitis C. A partir de 2003, la fibrosis del hígado evoluciona con rapidez (algo propio de personas que también tienen VIH, pero no de quien sólo vive con hepatitis), y dos años después tiene que plantearse un trasplante. Fallece mien-

Conocer la mortalidad de las personas que viven con VIH es fundamental por dos razones. Una, para saber el número preciso: estudios parciales sobre los datos de algunos centros hospitalarios o comunidades autónomas indican que entre un 40 y un 50% de las muertes no se deben a enfermedades oficialmente asociadas a SIDA. Dos, para conocer de qué fallecemos exactamente. Ambos aspectos dan información que puede ser utilizada por l@s activistas para exigir políticas activas que intenten frenar o paliar los factores de mortalidad entre las personas con VIH.

L@s epidemiológ@s argumentan que conocer todas las causas de muerte (no sólo SIDA) de las personas que viven con VIH sólo es posible cruzando sus nombres con el registro de mortalidad de la población general que elabora el Instituto Nacional de Estadística. En rea-

TU OPINIÓN EN 2006

Tu opinión cuenta, nos importa y nos ayuda a mejorar

lidad, ésa sería la forma más fiel, pero no la única. Existen métodos de estimación como los estudios de cohorte, los transversales o los de caso-control que darían una visión aproximada sobre la que empezar a trabajar. Pero ésa es otra discusión.

Las reticencias al registro derivan, a mi entender, de la evidencia de que existe todavía en nuestra sociedad un fuerte componente de estigma, prejuicio y discriminación.

Ya hemos comentado con anterioridad que el sistema nacional de vigilancia epidemiológica del VIH (SINIVIH), popularmente registro del VIH, se encuentra empantanado en una batalla judicial entre el Ministerio y una coalición de ONG gallegas. La primera sentencia, de la Audiencia Nacional, fue favorable a las asociaciones, pero la corte rechazó la aplicación de su decisión hasta que se resolviera la apelación gubernativa ante el Tribunal Supremo, por lo que el sistema sigue recogiendo datos.

Pero no nos interesa aquí la dimensión judicial, sino la política. Las reticencias al registro derivan, a mi entender, de la evidencia de que existe todavía en nuestra sociedad un fuerte componente de estigma, prejuicio y discriminación. Un informe publicado recientemente por la Fundación FIPSE así lo atestigua (disponible en www.fipse.es).

La paradoja es que este informe de FIPSE fue presentado por la ministra de Sanidad, Elena Salgado, quien manifestó su preocupación por la magnitud del problema. No deja de ser desconcertante que quien tiene la responsabilidad de llevar a cabo políticas para abordar problemas sociales de primer orden, como el de la discriminación por VIH, salga a la palestra para denunciar el problema y no para decir qué ha hecho o piensa hacer para resolverlo. Pero el Ministerio nos tiene acostumbrad@s a ese tipo de declaraciones públicas (como cuando nos regaña públicamente porque el uso del preservativo ha disminuido, como si sus políticas –o su falta– no tuvieran nada que ver con ello).

Los estados modernos fueron creados a finales de la Edad Media bajo la premisa de la seguridad: ¡@s súbdit@s ceden la soberanía, o sea el poder, a cambio de seguridad; esto es: de protección frente a la agresión. En el caso del VIH, el Estado está fracasando en su función principal, porque la discriminación campa a sus anchas: si existe una ley integral frente a la violencia de género, ¿por qué no otra, también integral, frente a la violencia derivada del VIH?

Si las personas con VIH sienten que el Estado no ¡@s protege, como es su obligación, ¿por qué van a creerle cuando pide que se cedan los datos para evaluación epidemiológica, que no pasará nada? Ya está pasando: exclusión laboral, negación de recursos financieros, discriminación hospitalaria. Se pide el sacrificio del anonimato sin que la responsabilidad de protección se haya ejercido eficazmente por parte de los poderes públicos.

¿No sería más adecuado que el Gobierno presentará un plan de acción contra el estigma, el prejuicio y la discriminación del VIH al tiempo que pide nuestros datos? ¿No sería más efectivo para crear un clima de confianza que se nos dijera qué políticas activas de apoyo frente a la agresión van a ser desarrolladas una vez se disponga del mapa real del VIH en este país? ¿O sólo se quieren los números y las categorías para presentarlos en congresos internacionales y documentos que casi nadie se lee?

La obtención de datos epidemiológicos, un eufemismo para designar la información íntima sobre nuestras vidas, sobre la que queremos ejercer control porque nos hace vulnerables, sólo tiene sentido si se nos dice qué intervenciones basadas en la evidencia podría inspirar. Es decir, si tienen un uso político acordado con aquell@s cuyas vidas están afectadas por el VIH, de una u otra manera.

1-Sexo

- Hombre Mujer
 Transgénero

2-Edad

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

3-Estatus VIH

- VIH+ VIH-
 Desconocido

4-¿Sabes cómo adquiriste el VIH?

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

5-¿Tomas tratamiento antirretroviral?

- Sí No

6-¿Tomas suplementos vitamínicos o tratamientos alternativos?

- Sí No

7- ¿Cuáles?

.....
.....

8-¿En qué localidad vives?

.....

9-Valora Lo+Positivo de 1 a 10

- Contenido
 Diseño
 En general

10-¿Qué temas te han gustado más?

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

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

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

Asegurando el hoy y el mañana

Asegurando un comienzo lleno de opciones de futuro

Asegurando las más amplias alternativas farmacológicas

En definitiva, manteniendo el horizonte terapéutico

Trabajamos por un mundo sin VIH



RESISTIENDO LA MITOLOGÍA DE LA REPRESENTATIVIDAD

Sobre la distorsión del espacio político del VIH

E

I filósofo francés Michel Foucault dejó escrito que no hay mejor forma de eliminar a alguien, especialmente a todo un grupo, que sustituyéndolo por medio de la representación, o sea, hablando en su nombre. «Estoy aquí para traer la voz de l@s que no tienen voz», se oye repetir como un mantra en congresos y encuentros varios. Si no tienen voz, ¿cómo puede traerse? Si la tienen, ¿por qué no se han puesto los medios para que la expresen por sí mism@s?

Digamos que queremos averiguar qué quieren las personas con VIH que viven en España, para luego defenderlo públicamente. Tarea imposible por definición: según datos del Plan Nacional del SIDA, más de 30.000 personas en nuestro país no saben que viven con VIH. ¿Cómo vamos a solicitar opinión a personas definidas a partir de una condición que tanto ellas como nosotr@s desconocemos que tengan?

Aceptemos esta limitación, y reduzcamos el espectro a quienes sí saben que viven con VIH. ¿Dónde l@s podemos encontrar? Una parte de las personas con VIH que son conscientes de su estatus no hacen seguimiento médico, por lo que estarían fuera. Si nos quedáramos con quienes sí visitan el hospital, tenemos un grupo más o menos cerrado. Pero, ¿alguien ha visto urnas en los centros de salud para votar a quién o qué se desea? ¿Siquiera encuestas exhaustivas, periódicas, confidenciales?

Nos quedarían, benditas sean, las ONG. La proporción de personas con VIH que utilizan los servicios de las entidades sin ánimo de lucro sobre el total es más bien escasa, por no decir pequeña, lo que no es demérito para su valor añadido. Sólo ciertas ONG, además, cuentan con mecanismos de participación de l@s usuari@s y usuarias en los procesos de toma de decisión; el resto, no se digna. Lo que nos lleva a la reflexión sobre cómo se crean y dirigen estas organizaciones.

En España para crear una asociación sólo se necesitan tres personas. Para montar otra asociación, otras tres personas, que pueden ser las mismas que en el caso anterior. La tercera, ídem de lienzo. Y así, hasta decir basta. Los mismos tres nombres con sus correspondientes DNI, pueden servir para "Seropositiv@s sin fronteras", "Astrólog@s del VIH", "Positiv@s rurales", y "Acabemos ya con esta farsa", y de este modo *ad nauseam*. No es una hipótesis, ocurre en la realidad: identificas a tres personas, y solas poseen varias entidades, cada una con su sello y membrete, con la ventaja además de que pueden formar una coalición entre ellas. También ocurre lo contrario, que una sola ONG pueda tener un gran tamaño y/o impacto. Eso no es relevante, porque al final las contamos todas por igual. Si eso es aceptable (reconozco que puede ser estratégicamente útil, dadas las circunstancias), ¿no es falaz hablar de representación?

El fundamento del lenguaje político de las democracias parla-

mentarias se basa en la idea de la representatividad. Si no representas a otro u otra, no eres nadie, cariño. Así que organizamos un artículo sobre el principio de autoridad: lo que yo digo vale no porque esté bien argumentado, sino porque represento, y por ende estoy legitimado (otro término abusado hasta la saciedad). Ya decía Lenin, que de esto sabía mucho, que lo importante era crear aparato.

En realidad, cuando alguien ocupa el espacio público reclamando la representatividad del VIH, lo hace con un andamiaje muy frágil basado en las opiniones, apetencias o inquietudes de quienes l@ rodean. Lejos de ese espacio se sitúa, en la periferia política, una muchedumbre solitaria, por utilizar el término clásico de David Riessman, que no comprende las reglas del juego ni una puesta en escena en la que no tiene ningún papel a desempeñar. Personas desorientadas, vulnerables al poder, incluido el poder de quienes dicen representarl@s.

El efecto más perverso de esta situación se da en la desaparición de cualquier debate de ideas (¿para qué, si la parte que representa establece el pensamiento del todo? Si se le critica —un principio básico del control democrático del poder— te dicen, sin que sea demostrable, que criticas a todos y todas que son igual que él o ella. Es un chantaje político perfecto que ayuda a perpetuar los espacios de dominación y las desigualdades internas dentro de la comunidad del VIH, muy en concreto de las que tienen que ver con las clases sociales. Actuamos como si entre nosotr@s no existieran diferencias económicas palmarias, o culturas de exclusión de grupos cuyos estilos de vida se consideran inapropiados.

En vez de pretender representar a personas, asumiendo deseos, habría que apostar por la representación de valores, abordando necesidades. Representar valores como la justicia, la igualdad, la equidad, la autonomía, la cohesión o la solidaridad. Para escapar a la trampa mitológica de la representación política de l@s seropositiv@s (¿quién representaría a las personas en riesgo de adquirir el VIH?, ¿cómo las definimos?), con una base tan endeble, y construir el imaginario comunitario del VIH desde la práctica de un modelo social y político alternativo.



La Aldea Global en la Conferencia Internacional del SIDA 2006

Se requiere una Aldea Global

L@s organizadores de la XVI Conferencia Internacional del SIDA, que se celebrará en Toronto en agosto de este año, tienen puestas grandes esperanzas en el éxito de la Aldea Global (*Global Village* o GV en sus siglas en inglés). La GV será el «centro del pueblo» para l@s más de 20.000 delegad@s que acudirán en representación del mundo de la ciencia, comunitario y del liderazgo que se espera asistan junto con un@s 2.500 periodistas y miembros del público canadiense, que podrán tener la oportunidad de vivir la conferencia a través del libre acceso a este dinámico y emocionante espacio.

La primera GV fue creada en la Conferencia de Bangkok en 2004. Abierta a público y delegad@s fue concebida como un espacio libre en donde trabajar en red y en el cual pudieran reunirse personas procedentes de distintos grupos afectados. Entre ellos, estaban personas de todo tipo con una amplia variedad de experiencia vital, desde gays y lesbianas a trabajadores/as del sexo, desde usuari@s de drogas a refugiad@s, de norte a sur, que pudieron reunirse para intercambiar ideas de forma libre y segura, compartir experiencia y conocimientos y fortalecer su compromiso de trabajar juntos en temas de importancia compartida. También fue un espacio lleno con los ritmos de la música, el baile, los colores de la artesanía realizada por personas con VIH/SIDA, los maravillosos aromas de la cocina tailandesa y los ofrecimientos medicinales de médicos tradicionales locales.

Para Toronto, el comité de voluntari@s y personal de la GV está trabajando para dar aprecio a la GV en el Centro de Convenciones de la Ciudad de Toronto. El GV ocupará unos 7.000 metros cuadrados del principal pabellón de exhibición que actuará también como punto de entrada para l@s delegad@s y también para el público.

Chris Lau, coordinador de la Aldea Global, y su equipo están trabajando con un comité asesor de voluntari@s para crear un espacio orientado a la comunidad, cuyo enfoque es internacional, altamente interactivo y participativo. La visión de la Aldea Global es:

Involucrar. Históricamente las comunidades marginadas se han enfrentado a barreras a la hora de intentar hacer oír sus voces en las Conferencias Internacionales del SIDA. La Aldea Global se esfuerza en implicar a estas comunidades de una manera significativa y dar oportunidades a aquellas personas provenientes de las zonas más afectadas para que puedan exponer sus temas y propiciar un cambio en los puntos en los que encuentran las dificultades.

Un ejemplo: las comunidades de hombres que practican sexo con hombres organizarán iniciativas para resaltar y abordar el impacto de la homofobia y el papel de los derechos humanos a la hora de abordar de forma eficaz el tratamiento, cuidado y prevención del VIH.

Reto. La Aldea Global creará una plataforma para el análisis crítico de los temas claves del VIH mientras que al mismo tiempo suscitará la discusión para identificar los nuevos y emergentes retos de la pandemia.

Entre éstos se incluyen el impacto de las políticas basadas en la abstinencia, las barreras al acceso al tratamiento, la falta de materiales escritos sobre investigación y tratamiento, el papel del estigma y la discriminación por su efecto sobre las poblaciones marginadas y vulnerables, derechos humanos, reducción de daños y violencia de género.

Inspirar. Actuando como un catalizador para el cambio, la Aldea Global pretende crear un estado de ánimo donde no lo hay, aportar vida a donde hay sensación de hastio e inspirar donde existe complacencia.

Chris y su comité están trabajando con el Comité del Programa Comunitario (CPC, en sus siglas en inglés) de la Conferencia para mejorar el programa comunitario enlazando voces y perspectivas que son compartidas a lo largo de las sesiones de la Conferencia, actividades comunitarias y simposios relacionados. El objetivo es añadir oportunidades significativas en la Aldea Global para dedicarse a ideas o temas que surjan durante las sesiones regulares de la Conferencia. Esto incluye un espacio para que las voces discordantes puedan ser oídas.

¿Qué se está planificando?

- **Las sesiones de Foros, Paneles y de Debate** se centrarán en los temas actuales y emergentes del VIH, así como en poblaciones y regiones geográficas prioritarias.
- **Las Zonas de Trabajo en Red** reunirán grupos locales internacionales para planificar e implementar espacios dinámicos centrados en poblaciones o regiones geográficas claves. Estos espacios tienen como objetivo facilitar los encuentros y los intercambios para aumentar el aprendizaje.
- Las sesiones "**Conoce a l@s Oradores del Plenario**" permitirán una mayor interacción y diálogo con l@s oradores de las sesiones plenarias.
- **La Radio Comunitaria desde el Sitio** incluirá entrevistas con participantes de la Conferencia y delegad@s, discusiones y debates sobre temas relacionados con el VIH y noticias sobre las actividades de la Conferencia.

- **Las Salas de Encuentro** estarán disponibles para aquellos grupos que quieran organizar sus propios encuentros privados con otr@s activistas, redes o coaliciones
- **El Escenario Principal** estará dedicado a presentaciones culturales, discurso público, debates e informes de l@s relatores sobre actividades de la Aldea Global.
- **El Pabellón de la Juventud** albergará encuentros y foros, presentará logros de l@s jóvenes, facilitará oportunidades de trabajar en red, implicará a adultos en el diálogo y creará el espíritu desde la preconferencia de la juventud.
- **La Aldea Virtual** es un sitio web que ha sido concebido para enlazarse desde el centro principal de la Conferencia y que ampliará el alcance mundial de la Conferencia a través de paneles de discusión moderados, sesiones de chat en directo moderadas y emisiones en directo vía web de acontecimientos y actividades de la Aldea Global.
- **La Sala de Vídeo Interactivo** presentará videos, documentales y cortos relacionados con el VIH que resaltan el impacto del VIH/SIDA, así como el influyente papel que juegan las películas y el vídeo en la creación de conciencia sobre el VIH.
- **Las Casetas de ONG y de Mercadillo** proporcionarán a las organizaciones no gubernamentales de base la oportunidad de interactuar con delegad@s y público general y de mostrar sus proyectos generadores de ingresos para el VIH.



¿Cuál será el impacto?

Las comunidades marginadas verán reforzada su capacidad de organizarse, de compartir las lecciones aprendidas, de entender la ciencia, de realizar un activismo más eficaz para conseguir cambios de política, de proporcionar cuidado, apoyo y programas de prevención. El público obtendrá una mejor comprensión de temas críticos

relacionados con el VIH en el contexto de los derechos humanos y la justicia a escala local y en el extranjero. Se fortalecerán los lazos entre investigadores y comunidad para permitir que la investigación avance. Se producirán nuevas y más fuertes coaliciones, por ejemplo en la tarea de preparación e instrucción en el campo del tratamiento tanto en Canadá como en el extranjero.

L@s organizadores de la Conferencia están trabajando duro para crear una atmósfera de igualdad para todas las voces y temas que merezcan ser escuchados. El programa de actividades descrito arriba pretende reforzar la implicación de la comunidad con las corrientes científicas y de liderazgo de la Conferencia de un modo que creará un legado duradero para futuras Conferencias.

Ron Rosenes

Ron Rosenes está en la Junta de la Organización Local de Toronto de la Conferencia Internacional del SIDA Toronto 2006 y en el Consejo de Acción de Tratamiento de Canadá.

Para obtener más información (en inglés), puedes visitar el sitio www.aids2006.org <<http://www.aids2006.org>>

¿te suena?

MTV

Un movimiento de defensa en común

Te sonará a hip-hop y música pop, pensarás en los 40 principales, en los premios a l@s artistas más querid@s del momento, pero no se trata de esto. En el mundo del activismo en SIDA, MTV son las siglas que usamos cuando nos referimos a la combinación de microbicidas, tratamientos y vacunas para construir una estrategia de respuesta integral a la cuestión del VIH/SIDA en el mundo entero. Pese a que se reconoce cada vez más la necesidad de apoyar este abordaje en las redes de trabajo internacionales sobre VIH/SIDA, en España hasta la fecha éste ha recibido poca atención. El pasado 30 de marzo, gTt organizó un simposio paralelo al último Congreso Nacional del SIDA, para presentar y debatir sobre este enfoque con representantes entre otr@s de ONG del SIDA y de desarrollo y de las autoridades públicas. He aquí las conclusiones de este evento, tal y como las presentó María-José Vázquez, de la Comunidad Internacional de Mujeres que viven con VIH.

sigue en página 54

El concepto MTV tomó formalmente cuerpo en Canadá en 2003-2004 bajo el impulso de una organización canadiense, la Red Jurídica Canadiense del VIH/SIDA, sobre la base de que unir prevención y tratamiento había de ser más eficaz para reducir el impacto del VIH en el mundo, y que frente a los límites de los métodos de prevención tradicionales era necesario impulsar el desarrollo de nuevas tecnologías de la prevención como los microbicidas y las vacunas. La iniciativa de la Red Legal canadiense del VIH/SIDA consistió entonces en intentar unir los esfuerzos de activistas en estos tres campos y crear una agenda conjunta para la acción, poniendo la defensa de los derechos humanos en el centro de la construcción de un movimiento de apoyo común.

MICROBICIDAS TRATAMIENTO Y VACUNAS

Cada día, mueren más de 8.000 personas en el mundo a causa del SIDA. Cada día, se infectan con VIH 14.000 personas, de las que el 40% son mujeres. Hasta 2006 el SIDA y la inacción para abordarlo han generado más de 3 millones de huérfanos. Sólo el año pasado, 3 millones de personas fallecieron a causa del VIH/SIDA.

Esto supuso y sigue suponiendo superar la creencia de que tratamiento y prevención entran en competencia: cuando no hay tratamiento para tod@s l@s que lo necesitan, cuando no se invierte lo suficiente para salvar vidas hoy en día, ¿cómo vamos a conseguir que se invierta en el futuro? Pero desde la perspectiva de los derechos humanos tod@s trabajamos para el mismo objetivo, el derecho a la salud, y en este contexto la respuesta a largo plazo a la pandemia del SIDA necesita de la prevención, los tratamientos y los cuidados.

Una gran oportunidad

Por otro lado, la búsqueda tanto de vacunas como de microbicidas puede abrir un gran abanico de posibilidades, entre otras para revisar los modelos de prevención que tenemos actualmente y adaptarnos a vivir con nuevos modelos. Ahora es el momento para reflexionar sobre cómo vamos a introducir en nuestra vida cotidiana estas dos nuevas herramientas que no serán 100% eficaces y cómo vamos a hacer para reformular todo el concepto de prevención.

Además, estos dos productos todavía no están en el mercado, lo que dificulta su defensa puesto que no tenemos la seguridad de que la inversión y los esfuerzos dedicados vayan a dar resultados. Pero este riesgo es aceptable si a través de la investigación de microbicidas y de vacunas vamos recogiendo información que nos pueda ayudar para el futuro, incluso si estos productos no se muestran eficaces: nos permitirá saber más sobre la inmunología, o, en el caso de los microbicidas sobre cosas tan sencillas aunque desconocidas como la vagina.

Pero todo ello puede además abrir la puerta a beneficios comunitarios. En efecto, se ha tenido que desarrollar un debate puesto que la comunidad ha empezado a cuestionarse sobre cómo se llevaban a cabo estos estudios, lo cual ha permitido que los ensayos de prevención se lleven a cabo de forma cada vez más ética.

Finalmente, en la investigación y desarrollo de vacunas y microbicidas se puede ver un beneficio importante en la construcción de

capacidades e infraestructuras en los países en desarrollo. Abogar para que se invierta en estas estructuras en los países donde se van a realizar estos estudios puede desembocar en que en algunos lugares efectivamente se lleven a cabo mejoras.

En el caso de los microbicidas se plantean otros factores tales como la desigualdad de género y cómo los microbicidas podían influir en reducir o eliminar esta desigualdad. No se trata de que los microbicidas consigan esto, pero sí que lo puede conseguir el informar a las personas y los gobiernos sobre el trabajo que se efectúa en el campo de los microbicidas. Es cierto que el enfoque se ha puesto principalmente en las mujeres, sobre todo al principio de esta investigación. Pero al centrarse en el sexo vaginal se ponía de lado a los microbicidas rectales, y el cambio de enfoque que va ocurriendo estos últimos años ha hecho que entraran en la imagen los hombres que practican sexo con hombres.

Mitos y realidades

Finalmente es importante evitar la concepción de mitos. Por ejemplo, existe la percepción en algunos contextos de que siendo parecidos a los espermicidas, los microbicidas no permitirán la procreación. Esto no es cierto, y es importante implicar a todos los actores de la sociedad incluidos los líderes culturales y religiosos, para hacer frente a este mito.

Pero también se da la idea de que estos productos serán solamente para mujeres y que gracias a ellos éstas van a ejercer poder de decisión sobre sí mismas. No obstante, tendrán que tomarse en cuenta las diferencias, como las económicas, y es necesario evitar que ocurra lo que pasa con otros productos como la píldora a la que en algunos países solamente tienen acceso las mujeres que las pueden pagar.

Los microbicidas, el tratamiento y las vacunas forman el trío de abordaje integral del VIH conocido como MTV.

El papel de los gobiernos y de la comunidad

El compromiso de los gobiernos en la defensa de la estrategia MTV es indispensable para que se consigan las inversiones requeridas. Pero no solamente los gobiernos sino también las comunidades tendrán que implicarse, y es necesario empezar desde ahora a informar, formar y escuchar las necesidades de las personas que podrán recibir estos productos.

referencia:

Basado en las conclusiones del simposio "Microbicidas, Vacunas y Tratamiento para una Respuesta Integral al VIH/SIDA en el mundo" presentadas por María-José Vázquez, de la Comunidad Internacional de Mujeres que viven con VIH (ICW). Información en castellano sobre la estrategia MTV por la Red Jurídica Canadiense del VIH/SIDA en: <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/vaccines.htm>

en la web

Una nueva selección de sitios web con información completa y variada en español sobre VIH/SIDA, su prevención, sus tratamientos y otros aspectos relacionados, como información sobre organizaciones en España, materiales instructivos e informativos que sirven de apoyo y herramienta a l@s profesionales sanitarios y comunitarios que trabajan y atienden a las personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA.

www.noah-health.org/es/infectious/aids/

NOAH (Acceso Computorizado a la Salud de Nueva York). Este sitio web es el resultado del esfuerzo de 6 organizaciones de Nueva York, entre las que se incluyen bibliotecas, universidades y academias médicas, que se asociaron para establecer un único sitio cibernético común que proporcionara a l@s usuari@s un espacio en internet donde pudiesen encontrar información fiable sobre la salud del/la consumidor/a. En su amplia gama de información sobre salud ofrece un espacio llamado "Las enfermedades infecciosas" con un apartado exclusivo y muy actualizado sobre VIH/SIDA. Este apartado incluye 8 grandes secciones que van desde lo más básico del VIH, pasando por los tratamientos y otras enfermedades oportunistas hasta vivir con VIH/SIDA.

www.caps.ucsf.edu/espanol/index.html

El sitio web de CAPS (Centro de Estudios para la Prevención del SIDA) de la Universidad de California en San Francisco (EE UU) es un portal cuyo interés radica en la difusión científica y el compartir los resultados de sus investigaciones e innovaciones en los métodos de prevención del VIH. A través de su servicio la Iniciativa del Idioma Español (SLI, en sus siglas en inglés), pretende establecer un puente con l@s hispanohablantes dedicad@s a la prevención del VIH/SIDA en Estados Unidos y el resto del mundo. En este sitio web podrás encontrar una importante cantidad de recursos y enlaces a otras webs, material educativo y hojas informativas, programas de investigación e informes de estudios psicosociales.

www.prevencion.red2002.org.es

El Grupo de Prevención forma parte de la Red2002 y está compuesto por un conjunto de personas vinculadas o no a diferentes entidades (asociaciones, ONG, universidades, etc.) que tienen interés o trabajan directamente en la prevención sexual del VIH/SIDA. En su sitio web podrás encontrar información sobre las entidades que trabajan en este ámbito, noticias nacionales e internacionales, temas relacionados con la evaluación de programas, materiales y campañas sobre prevención, además de viñetas humorística relacionada con esta área.

www.aidsinfonet.org/index.php

La InfoRed SIDA es un proyecto del Centro para la Educación y Entrenamiento sobre SIDA de Nuevo México de la División de Enfermedades Infecciosas del Centro de Ciencias para la Salud de la Universidad de Nuevo México (EE UU). La InfoRed fue diseñada originalmente para facilitar el acceso a la información, en inglés y en español, sobre servicios y tratamientos para el VIH/SIDA a l@s residentes de Nuevo México. Sin embargo, se ha convertido en una fuente internacional de recursos sobre VIH/SIDA. Entre sus secciones destacamos la de "Hojas Informativas" que contiene una importantísima cantidad de información muy actualizada que va desde lo más básico del VIH/SIDA hasta la nutrición y el ejercicio.

<http://hiv.sourceforge.net/>

"3D HIV" es una herramienta interactiva en 3D (tres dimensiones) que facilita la exploración virtual de la estructura del virus VIH. Este herramienta intenta ser lo más realista posible, ya que la información se ha obtenido de las más prestigiosas publicaciones de investigación en materia de VIH. El sitio web está sólo en inglés, pero es de muy fácil comprensión. La web ofrece tres formas de utilizar esta herramienta, la primera es instalando el programa en el ordenador, la segunda es sólo abrirlo en la red y la tercera es a través de imágenes fijas. Además, explica a facilitadores, profesores e investigadores cómo utilizar esta herramienta como material de apoyo en charlas, talleres, etc. Por otra parte, este proyecto está abierto a todo tipo de sugerencias y comentarios para seguir haciéndolo más útil e instructivo para la comunidad.

www.cesida.org

Este sitio en Internet es una web corporativa de la Coordinadora Estatal del VIH-SIDA. CESIDA es una federación de asociaciones del Estado español que trabajan en el ámbito del VIH/SIDA, de carácter no lucrativo y no gubernamental, que promueve la presencia y participación ciudadana en el diseño y desarrollo de las políticas y estrategias integrales relacionadas con la infección por el VIH/SIDA. Esta federación se dirige principalmente a las asociaciones de VIH/SIDA que son sus socias-miembro y a todas las asociaciones que trabajan en el ámbito del VIH/SIDA e indirectamente a las personas que viven con VIH/SIDA.

Apoyo Positivo

¿Quiénes somos?

Somos una ONG, que a través de un equipo multidisciplinar, trabaja para dar respuesta, de forma gratuita, a las necesidades sanitarias, psicológicas, sociales y laborales de las personas que conviven con el VIH/SIDA.

Desarrollamos nuestra labor a través de los siguientes programas:

- Programa de Atención telefónica.
- Programa de Atención Domiciliaria.
- Programa de Atención Psico-Social.
- Programa de Orientación Jurídica.

- Programa de Atención a la Infancia, Juventud y Familia.
- Programa de Ocio y Tiempo Libre y Centro de Día.
- Programa de Orientación Laboral.
- Vivienda Tutelada.

Direcciones para contactar con nosotr@s:

Avda Llano Castellano, s/n. 28034. Madrid
Teléfono: 91 358 14 44 // Fax: 91 729 08 02

C/ Alcocer, 5 A, 1º-B. 28041.Madrid.
Teléfono: 91 798 76 83 // Fax: 91 710 01 02

info@apoyopositivo.org

www.apoyopositivo.org

oenegés

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

ARABA: *Vitoria-Gasteiz:* GAITASUNA 945289115 C.C.ANTI-SIDA 945257766 **ALICANTE:** CIPS 965240563 DECIDE-T 600968210 *Benidorm:* AMIGOS 966804444 **ALMERÍA:** COLEGA 950276540 **ASTURIAS:** *Gijón:* C.C. ANTI-SIDA 985338832 *Oviedo:* XEGA 985224029 **BADAJOS:** PLATAFORMA DIVERSIDAD 924259358 **BALEARS:** *Mallorca:* BEN AMICS 971723058 ALAS 971715566 **BARCELONA:** ACAS CATALUNYA 933170505 ACTUA 934185000 CREACIÓN POSITIVA 934314548 COORDINADORA GAI-LESBIANA 932980029 GAIS POSITIUS 932980029 GTT 932080845 P.A.I.T 934240400 PROJECTE DELS NOMS 933182056 RED2002 932080685 SIDA-STUDI 932681484 *Granollers:* AUMMO 615681422 *Sabadell:* ACTUA VALLES 937271900 **BIZKAIA:** *Bermeo:* Txo-HIESA 946179171 *Bilbo:* T-4 944221240 Hegoak: 944701013 Itxarobide: 944449250 **BURGOS:** C.C.ANTI-SIDA 947240277 **CÁDIZ:** A.ANTI-SIDA 654580206 ARCADIA CÁDIZ 965212200 *Algeciras:* C.C.ANTI-SIDA 956634828 *La Línea:* C.C.ANTI-SIDA 956237146 *Arcos de la Frontera:* GIRASOL 956717063 **CÁCERES:** C.C.ANTI-SIDA 927227613 **CASTELLÓN:** A.C.CONTRA EL SIDA (CASDA) 964213106 **CÓRDOBA:** COLEGA 957492779 CONVIHDA 957430392 PREVENCIÓN Y SOLIDARIDAD DEL SIDA 957430392 **A CORUÑA:** C.C.ANTI-SIDA 981144151 *Santiago de Compostela:* C.C.ANTI-SIDA 981573401 *Ferrol:* Lazos 981350777 **GIRONA:** ACAS Girona 972219282 ACAS Olot 972272136 ACAS Figueres 972672167 ACAS Sant Feliu de Guixols 972324005 **GRANADA:** NOS 958200602 C.C.ANTI-SIDA 958521352 COLEGA 958263853 **GUIPÚZKOA:** *San Sebastián-Donosti:* A.C.ANTI-SIDA 943290722 HARRI BELTZA OIARTZUN 943493544 *Mondragón-Arrasate:* HIES-BERRI 943792699 **HUELVA:** COLEGA 959284955 **HUESCA:** Vihvir 676099749 **JAÉN:**

COLEGA 953271284 **LANZAROTE:** FARO POSITIVO 928801793 **LAS PALMAS:** *Las Palmas de Gran Canaria:* AMIGOS CONTRA EL SIDA 928149969 **LLEIDA:** A.ANTI-SIDA 973221212 **LEÓN:** C.C.ANTI-SIDA 987235634 *Ponferrada:* ASOCIACIÓN CARACOL 987402551 **LOGROÑO:** C.C.ANTI-SIDA 941255550 **LUGO:** C.C.ANTI-SIDA 982263098 **MADRID:** APOYO POSITIVO 913581444 COGAM GAYINFORM 915230070 COLEGA 915211174 FIT 915912019 SERPOSITIVAS 917987714 UNIVERSIDA 913143233 **MÁLAGA:** A.C.ANTI-SIDA (ASIMA) 952601780 COLEGA 952223964 **MURCIA:** C.C.ANTI-SIDA 968298831 FUNDACIÓN CONTRA EL SIDA 968904001 *Cartagena:* C.C.ANTI-SIDA 968521841 *La Albatalla:* AMUVIH 626029002 **OURENSE:** C.C.ANTI-SIDA 988233000 **PALENCIA:** C.C.ANTI-SIDA 979749451 **PAMPLONA:** C.C.ANTI-SIDA 948212257 SARE 948177244 **PONTEVEDRA:** *Vilagarcía Arousa:* 986508901 **SALAMANCA:** C.C.ANTI-SIDA 923219279 **SANTANDER:** A.C.CÁNTABRA ANTI-SIDA 942313232 **SEVILLA:** ADHARA 687245264 COLEGA 954501377 COLEGA *Morón:* 637169671 *Federación Andaluza Colegas:* 902118982 **TENERIFE:** UNAPRO 901512035 *La Palma:* INFO/SIDA 922402538 **VALENCIA:** COL-LECTIU LAMBDA 963912084 AVACOS 963342027 C.C.ANTI-SIDA COMUNIDAD VALENCIANA: OFICINAS Y NAIF 963920153 CENTRO DE DÍA EL FARO 963910254 CENTRO CALOR Y CAFÉ 605921206 *Gandia:* SERVICIO INFORMACIÓN Y AYUDA AL/LA INFECTAD@ 962877371 **VALLADOLID:** C.C.ANTI-SIDA 983358948 **ZAMORA:** C.C.ANTI-SIDA 980534382 **ZARAGOZA:** C.C.ANTI-SIDA 976438135 IBERAIDS 976201686 LYGA 97-6395577 OmSIDA 976201642

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

Ref: 527

Cádiz, 48 años, gay, seropositivo, indetectable desde hace seis años, buena salud. Quisiera contactar con alguien similar por Cádiz y Sevilla, con ganas de vivir la vida y compartir con él mis mejores momentos. 1,83m y 80kg, buena salud, viril, culto y alegre.

Ref: 530

Chica de 39 años, VIH+ indetectable. Busco hombre heterosexual de 42 a 48 años. Si quieres conocer y saber de mí, escíbeme y envíame tu foto, te responderé de inmediato diciéndote todo sobre mí con intimidad.

Ref: 533

Pedro, de Madrid, 40 años, gay, simpático y agradable. Me gustaría conocer a hombres de Madrid o de cualquier otra parte para amistad. Escríbidme, responderé a todos.

Ref: 536

Hola, me llamo Miguel. Tengo 45 años, soy del sur de Almería. Me gustaría encontrar a alguien para compartir nuestras vidas. Mido 1,77m, peso 74kg. Bien de salud y muchas ganas de dar y recibir amor. E-mail: lamarencendida@hotmail.com

Ref: 539

Manolo 29 años, gay pasivo, VIH+ indetectable. Parecido a Mel Gibson, abogado, amante del pop español (Astrud, OBK). Busco chico de gran corazón para lo que surja. Patraix (Valencia).

Ref: 542

Manuel, VIH+, soy de Palma de Mallorca. Tengo 31 años, buen físico, VIH indetectable. Desearía contactar con chicas para salir y... conocernos. Hétero.

Ref: 545

Mujer, 44 años. Soy sincera, me gusta viajar, leer. Me gustaría conocer a hombre de 40 a 48 años para amistad a ser posible de Barcelona o alrededores.

Ref: 548

Antonio, Pontevedra. Pasivo VIH, busco hombre activo para buena relación. Tengo 50 años aunque aparento 40, delgado, 72kg, 1,70m, bien dotado, moreno.

Ref: 551

Chico, 27 años, privado de libertad, desea ampliar el número de amistades con amig@s de cualquier parte de España, también con personas que se encuentren en prisión. Contesto a tod@s: ¡animate!

Ref: 528

Chica de Barcelona, VIH+ indetectable. 41 años y soltera. Me gustaría conocer a un chico sincero y cariñoso para amistad o lo que surja. Soy alegre y me gusta el mar, pasear, la música y la buena gente.

Ref: 531

Soledad, 41 años. Quisiera encontrar el amor con un hombre heterosexual de 42 a 49 años, soltero, divorciado o viudo, para compartir lo bueno y lo malo de nuestras vidas. Cariñosamente espero que me escribas sin olvidar tu foto.

Ref: 534

Gustavo, 31 años, 1,76m, 73kg, moreno, ecuatoriano, gay pasivo, VIH+ sin síntomas, tranquilo y sincero, con muchas ganas de dar y recibir, respeto, valoración y amor de algún chico entre 33 y 48 años. Por favor escríbeme me siento solo, estoy en Madrid.

Ref: 537

Hola me llamo Jesús, tengo 26 años y estoy privado de libertad. Me gustaría cartearme con chicas estén o no presas. Soy alegre, divertido y muy romántico y me gusta la poesía. Si queréis saber más, escribidme: prometo contestar. Un beso.

Ref: 540

Soy Mari de Zaragoza, 40 años, VIH+, y me gustaría escribirme o cartearme con hombres preferentemente altos, fuertes, inteligentes, con sentido del humor, de 35 a 45 años.

Ref: 543

Soy de Vigo, ex usuario de drogas de 30 años, simpático, cariñoso y alegre. Quiero encontrar a una chica para relación amorosa empezando por una amistad, y también amig@s que me carteen.

Ref: 546

Solitaria de 43 años, simple, analítica, fumadora, rockera, tierna, amante de la naturaleza y la vida contemplativa. Me gustaría tener relación epistolar con similares.

Ref: 549

Me llamo Amelie, 43 años y necesito de amistad verdadera y sensata. Estoy saliendo de una depresión. Soy libra, morena, 1,70m, separada, soy buena gente. Pamplona.

Ref: 552

Chico de Barcelona, soltero de 38 años, VIH+ indetectable, educado, romántico, cariñoso, con estudios y trabajo. Busco a chica para relación estable (no importa si tiene hij@s) que le guste la vida sana, sencilla y la naturaleza.

Ref: 529

Jesús, VIH+ indetectable, 45 años, colombiano. Soy sincero y trabajador, cariñoso, alegre y divertido. Me gustaría encontrar a chica en similares circunstancias para rehacer nuestras vidas. Vivo en Lérica.

Ref: 532

Soy Julián. Contacté hace 3 años, pero por problemas de salud no pude responder. Tengo 48 años y desearía contactar con chicas de 35 a 45 años con VIH+.

Ref: 535

Cincuentón de Barcelona, uruguayo, alto, flaco, bien parecido. Busca a esa chica de 40 a 50 años sin vicios ni malos rollos como yo para entablar una sincera amistad o algo más.

Ref: 538

Gay, Barcelona, VIH+, 38 años, 1,75m, 71kg. Sincero, dicen que guapo, aparento menos. Busco chico de 30 a 45 años para amistad y quién sabe. Prometo responder, mandad foto si podéis: yo la mandaré en la siguiente. No malos rollos.

Ref: 541

Tony. Tengo 31 años y me gustaría intercambiar impresiones para llegar a una bonita y sincera amistad con mujer por correspondencia, puesto que estoy privado de libertad por poco tiempo ya. ¡Ánimo!

Ref: 544

Toni, 40 años, VIH+ asintomático. Busco a chica para compartir juego, creatividad, misterio y vibrar junt@s. Mejor sin tele ni tabaco. Valencia.

Ref: 547

Kevin, 1,73m, 72kg, 42 años, estable. Quiero conocer a hombre de 42-49 años. Varonil, activo y buen tío, de Barcelona o provincia; me gustan altos, fuertes y cariñosos, podemos pasarlo bien.

Ref: 550

Eduardo, VIH+, desearía conocer a un compañero que me estimule intelectual y sexualmente para disfrutar y crecer construyendo una vida en común. Madrid. E-mail: edulemen3@yahoo.es

Ref: 553

My name is John. I'm Greek, HIV+, 44 years. I'm a lorry driver. I've a 9-years-old baby and I'm a family man. I would like to start a new life with a woman in a similar situation.

La Noticia del Día

Abre tu correo electrónico y encuentra a diario información en español sobre cualquier aspecto relacionado con el VIH.
www.gtt-vih.org/fr_noticia.html

vax

Sección en la que encontrarás información actualizada sobre la investigación y el desarrollo de vacunas contra el SIDA.
www.gtt-vih.org/AL%20DETALLE/vacunas/indice/



FÁRMACOS

Información básica sobre los antirretrovirales comercializados en España. Nuevos fármacos: Telzir® (fosamprenavir) y Kivexa® (3TC y abacavir).
www.gtt-vih.org/TARJETAS/

infovihtal

Fichas informativas sobre aspectos básicos del VIH destinadas a población inmigrada en español, inglés, francés, árabe, ruso y urdu.
www.gtt-vih.org/fr_infovihtal.html

www.gtt-vih.org

doctorXpress

Noticias, resúmenes de artículos, *abstracts* y comentarios propios sobre las últimas novedades en el tratamiento del VIH.
www.gtt-vih.org/fr_drfax.html

CONSULTAS

Podemos ayudarte con cuestiones relacionadas con los tratamientos antivirales, manda un correo a: consultas@gtt-vih.org
www.gtt-vih.org/fr_consultas.html



nam

en español

Actualizaciones diarias con las últimas novedades seleccionadas del portal de NAM www.aidsmap.com
www.gtt-vih.org/AL%20DETALLE/NAM/indice/

LO+POSITIVO

Todos los textos, fotos e ilustraciones de los treinta y tres números de la revista que tienes entre manos. Desde el #19 descargable en pdf.
www.gtt-vih.org/lmp/pos_indice.html