

LO+POSITIVO

Núm.32-OTOÑO 2005

PUBLICACIÓN GRATUITA SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH



SIDA y prisión



ADEMÁS:

Cómo contar los CD4
VIH y VHC se dan la mano
Repensar el activismo en VIH
Respuesta de la sociedad civil
Un infierno de buenas intenciones

CONTACTO

Para responder a un contacto:

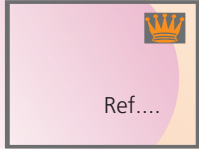
- 1.º Introduces tu carta dentro de un sobre, le pegas un sello con franqueo suficiente y escribes a lápiz en el sobre el n.º de referencia del contacto que deseas responder.
- 2.º Metes el sobre dentro de otro y nos lo mandas a la dirección de gTt: c/ Sardenya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona. Nosotr@s se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



Ref: 0470

Hola, soy Agustín y me gustaría cartearme con chicas de 30 a 40 años, a ser posible de la provincia de Alicante o Murcia. Yo tengo 51 y estoy solo.

Ref: 0476

Hola, me llamo Jesús, soy moreno, 173cm. Ojos negros, tengo 36 años. Busco chicas de Vigo o alrededores entre 30 y 40 años. Me gusta el cine, la playa, pasear, leer, pasarlo bien.

Ref: 0482

Tony, homosexual, VIH+ estable, 30 años, guapote, sociable. Busco chico para amistad, conocernos. Posible relación. Prometo contestar. Animaros, puede ser una grata experiencia. Valencia.

Ref: 0471

Ángel de BCN, 41 años, VIH+, 1,65m, 66kg. Juvenil, simpático. Busco amigo similar y fiel, sin malos rollos para vernos y salir los fines de semana. Si estás solo, (y sin amigos) llárame. Contesto a todos. También chicas.

Ref: 0477

Ricardo, 32 años, vivo en Alicante. Soy VIH+, sin síntomas. Guapo, cariñoso, atractivo, simpático, alegre y divertido. Me gustaría conocer chica VIH+, alegre, agradable y sin drogas para formar pareja. Escíbeme, ¡te espero!

Ref: 0483

Positivo, cristiano, progresista, feminista, universitario, 42, deportista. Me encanta charlar, pasear, mirar... Quiero contactar con mujer inquieta, alérgica a todas las drogas y con ganas de vivir. Madrid y zona centro.

Ref: 0472

Hola me llamo José, tengo 41 años, actualmente me encuentro privado de libertad. Me gustaría escribirme con mujeres de 30 a 50 años; buen rollo. Me gusta la naturaleza y la música de todo tipo. Prometo contestar todas las misivas.

Ref: 0478

Hola, me llamo José, 40 años, VIH+, indetectable, 1,65m, 83kg. Sincero y cariñoso. Me gustaría encontrar chica para amistad y si surge una relación especial, compartir nuestras vidas y poder ayudarnos. La Coruña.

Ref: 0484

Soy cincuentón atractivo, 1,79m. Romántico y cariñoso, buen nivel, busco un chico de 36 a 46 años para vivir la vida con amor. Soy activo de Barcelona y 4 años con VIH+, indetectable.

Ref: 0473

Chico de 26 años, deportista y sano, ahora privado de libertad. Busco chicas de hasta 30 años, para amistad o lo que surja. Escíbeme, te contestaré y no te arrepentirás.

Ref: 0479

José de Sevilla, 43 años, VIH+, VHC, 1,70m, 67kg. Moreno, simpático, con muchas ganas de vivir y de pasarlo bien, heterosexual. Me gustaría que me escribieran mujeres de Andalucía, para amistad o lo que surja. Drogas no. Gracias.

Ref: 0485

Hola, me llamo Jorge, 45 años, 1,70m, 64kg, VIH+. Me gusta hacer deporte, ir al cine, teatro, viajar. Soy pasivo. Busco chico similar, activo. Máximo 45 años, para amistad o lo que surja. Barcelona

Ref: 0474

Gay, VIH+, 38 años, 172cm, 72kg, fibrado, cuerpo de gym, cachas, sin pluma, pasivo. Económicamente independiente para tíos similares, activos. País Vasco. Puedo desplazarme por península.

Ref: 0480

Ana, 39 años, VIH+, 160cm, 50kg. Heterosexual, sevillana, morena. Me gustaría que me escribieran hombres andaluces de 35 a 43 años. Prometo responder; mandad foto si podéis. Yo la mandaré en la siguiente.

Ref: 0486

Chico de 30 años de Barcelona, VIH+, indetectable. Deseo conocer a chica igual para amistad y posible relación. Soy cariñoso, romántico, buena gente y estoy bien. Escíbeme, ¡responderé!

Ref: 0475

Lola, 39 años, VIH+, VHC, asintomática y sin medicación. Morena, divorciada. Me gustaría encontrar alguien de Valencia con quien compartir buenos momentos de forma sana.

Ref: 0481

Tengo 42 años, serio, atractivo, discreto. Hace 9 meses que sé que soy VIH+, y necesito de gente que me entienda y me pueda dar apoyo. ¿Lo intentamos tod@s junt@s? Contesto a tod@s. Galicia y toda España.

Ref: 0487

Chico gay de Barcelona, sencillo, totalmente normal, buen aspecto, moreno, alto, fuerte. Me gustaría conocer chicos majos, sin malos rollos, mejor deportistas, de hasta 35 años, para amistad y...

OPINIÓN

4 Detenciones en China y San Salvador **5** Quien la hace la paga **6** Andorra y Steve Harvey **7** Repensar el activismo **8** Aclaraciones **9** El hilo que nos une **11** VIH y VHC se dan la mano **12** Una batalla campal **14** Fondo Global en Bolivia **16** Preparación para el tratamiento



EN PERSONA

17 SIDA y prisión



CUIDARSE

36 Sueños imposibles **37** Cuidados a usuari@s de drogas

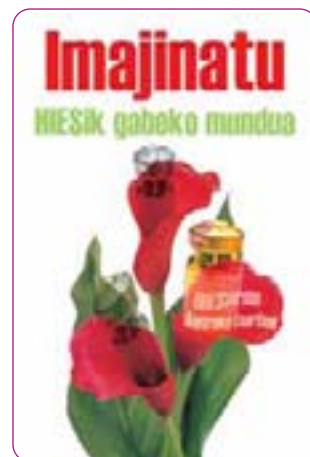


A CIENCIA CIERTA

38 Qué fue de Río **42** Cómo contar los CD4 **43** Una agenda de investigación para la coinfección (2ª parte)
44 Flashes informativos

AL DETALLE

46 El día de la prueba **48** Un infierno de buenas intenciones **51** Respuesta de la sociedad civil **52** Abriendo puertas **54** Apoyo vasco a las vacunas y cooperación catalana **55** Recursos en internet **56** CCAS de Lugo



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



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



Alianza
Sumando Esfuerzos en VIH



Boehringer
Ingelheim
Virología

Salud y vida frente a disciplina y seguridad

Decía Nietzsche que el sistema de justicia no es más que la venganza institucionalizada. Quien conoce la situación de las cárceles españolas actuales podría llegar a la conclusión de que si así es, es una venganza muy cruel.

No vamos a objetar los derechos de las víctimas a la reparación, ni el de la sociedad de protegerse, incluso frente a comportamientos y hábitos de vida que ella misma ha generado, pero ¿qué tienen que ver la reparación y la protección con la crueldad y el trato inhumano? ¿Qué, con la vulneración de derechos que a ningún ser humano, sea cuál sea el delito que haya cometido, se le pueden enajenar?

Tales derechos incluyen el derecho a la salud y el derecho a la vida. Si bien fuera de la prisión la gestión de la salud tiene un amplio margen en la libertad para establecer los propios hábitos de vida, eso no sucede dentro, un contexto en el que la garantía del bienestar psicológico y físico de l@s intern@s corresponde al mismo Estado que l@s retiene.

El problema surge cuando la salud y por ende la propia vida quedan supeditadas a los principios de seguridad y de disciplina, ejercidos además de forma arbitraria. No es simple especulación: los datos demuestran que l@s pres@s tienen más probabilidades de padecer enfermedades mentales y físicas, experimentan mayores tasas de suicidio y cuentan con peor esperanza de vida. La cárcel sienta mal a la salud.

Y en este espacio de extrema vulnerabilidad –una paradoja, que un@ esperaría justo lo contrario cuando queda a merced del Estado– quienes viven con VIH y hepatitis C y/o B, además de otras dolencias añadidas es quienes lo llevan peor.

Las historias que leeréis en el reportaje de este número hablan de dificultades de acceso a condiciones dignas de atención, peores estándares de calidad asistencial y situaciones degradantes en la relación con l@s profesionales de la salud.

¿Es todo eso realmente necesario? En los albores del Siglo XXI, ¿no hemos encontrado otra manera de tratar a quienes no son más que el producto de una sociedad trufada de todo tipo de desigualdades y exclusiones sociales? La cárcel es nuestro fracaso, y la rehabilitación y el respeto a los derechos básicos, una responsabilidad política exigible hoy con más fuerza que nunca.

Hacia una nueva (real) política del SIDA

Si no hay sorpresas de última hora en la votación del Congreso de Diputados, el año que viene la Secretaría del Plan Nacional del SIDA del Ministerio de Sanidad y Consumo dispondrá de 3,1 millones de euros para programas de alcance estatal o de tipo innovador. No es una cifra desdeñable, sobre todo si tenemos en cuenta que en 2004 todavía esta cifra se limitaba a 1 millón de euros: se habrá triplicado en tan sólo dos años.

Tod@s deberíamos felicitarnos por este logro. Para empezar, las personas con VIH y en riesgo de adquirirlo, sus allegados y quienes trabajan con y para ellas, porque serán l@s beneficiari@s de las acciones que se sufragan con este dinero público. Pero también las ONG, que han sido las impulsoras y alentadoras de este aumento ante los grupos parlamentarios, incluyendo gTt, la entidad que edita esta revista: han demostrado que con estrategia y empuje, pueden conseguirse cosas tangibles para la comunidad del VIH en este país. Esta noticia, en fin, debería alegrar también a l@s responsables de gestionarla, la propia Secretaría, porque podrá ampliar su campo de actuación e impacto.

Este feliz reconocimiento no es óbice para señalar que persisten también importantes desafíos. Para empezar, puede resultar paradójico y hasta disfuncional que la partida de ayudas a ONG se triplique mientras que el resto del Programa Nacional del SIDA sigue prácticamente igual. Seguramente ha llegado el momento de tener en cuenta varios factores (cambios en la epidemia, mayor esperanza de vida de las personas con VIH, descentralización autonómica, globalización) que piden repensar las políticas del SIDA en España y cómo se articulan, incluyendo una puesta al día del propio PNS.

Pero también las ONG tenemos la responsabilidad de gestionar este dinero para obtener el mejor resultado posible. Eso significa dedicar pensamiento, atención y recursos al refuerzo institucional, esto es, a mejorar la sostenibilidad de las estructuras y a ampliar los programas de gestión de servicios para las personas con VIH o en riesgo de adquirirlo. Invertir más en diseño de planes estratégicos, coordinación interasociativa, optimización de recursos, documentación de procesos, creación de discurso, evaluación de ejecuciones, etc.

Todo ello sin olvidar que las ONG también existimos para canalizar la pluralidad de expresiones de la diversa comunidad del VIH, expresiones que también adquieren en ocasiones, necesariamente, un cariz político, de denuncia social o de acción colectiva. Conjugar esos dos aspectos, el de prestación de servicios y el de defensa de derechos, ha sido nuestra marca de identidad. Que no deje de serlo en los tiempos que se avecinan.

EL EQUIPO DE LO+POSITIVO SOMOS:

Georgina Fabrés
Jaume Fabrés
Xavier Franquet
Juanse Hernández
William Mejías
Ángela Sanz
Joan Tallada
M^{ra} José Vázquez
Marion Zibelli

EN ESTE NÚMERO HAN COLABORADO:

Julia Clay
Paul Cummings
Montserrat Moliner
Silvia Pascucci
Gabriela Prado
Águeda Robles
Manel Rodríguez
Antón 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^a
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



Activistas del SIDA chin@s detenid@s

Aproximadamente 30 activistas del SIDA chin@s (que contrajeron el VIH debido a unos procesos de captación de sangre inseguros realizados en China) fueron detenidos el lunes por la policía tras intentar hacer llegar una carta al viceprimer ministro chino Wu Yi en el curso de una conferencia sobre el SIDA que se estaba celebrando en el país a principios del mes de noviembre, según informa la agencia France-Presse. L@s detenid@s forman parte de un grupo de aproximadamente 50 activistas de la provincia china de Henan que se desplazaron a la conferencia celebrada en Zehngzhou (capital de Henan), con la intención de hacer llegar la carta a Wu, al que creían presente en el encuentro. La carta incluía 16 demandas, entre ellas el aumento del acceso a los servicios de atención sanitaria y a fármacos con menos efectos secundarios; que se destinen ayudas económicas para pagar una subsistencia a l@s afectad@s; y que se castigue a las personas que l@s activistas consideran responsables de los procedimientos de captación de sangre inseguros. Según el activista del SIDA Wan Yanhai, Wu no acudirá a la conferencia, que se inauguró el lunes y está patrocinada por el Consejo Estatal de China. Se espe-

ra que aproximadamente 500 personas acudan a la conferencia, incluyendo altos cargos del Ministerio de Salud del país y de ONUSIDA (Agencia France-Press, 11/7).

A principios y mediados de los años 90, numeros@s granjer@s de la provincia de Henan se infectaron por VIH debido a unos procedimientos de captación de sangre inseguros. El programa de captación de sangre patrocinado por el Gobierno pagaba a l@s campesin@s por la sangre que donaban y luego la vendía a hospitales del Estado y clínicas privadas.

El Gobierno chino estima que en el país viven 840.000 personas con VIH, contando 80.000 que tienen SIDA; sin embargo, Naciones Unidas estima que viven al menos un millón de personas con VIH en China (Kaiser Daily HIV/AIDS Report, 2/9).

Fuente: Kaiser Daily (www.kaisernetwork.org)

San Salvador

En la centroamericana ciudad de San Salvador (El Salvador) se celebraron durante el mes de noviembre de 2005 el III Foro Latinoamericano y del Caribe en VIH/SIDA/ITS, el IV CONCASIDA y el IV Encuentro de Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVS). Era la primera vez que se realizaban estos tres foros en un solo país, convirtiéndolo en el evento de mayor importancia sobre ITS/VIH/SIDA en el mundo.

Como era de esperar, hubo una fuerte participación de much@s activistas, profesionales de la salud y miembros de la sociedad civil organizada que trabajan en este campo en la región. Asimismo, se esperaba la participación de representantes del Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FGSTM), ONUSIDA, UNICEF, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y algunos presidentes de la región.

Entre las reivindicaciones de l@s activistas se cuenta con las reuniones para la discusión y el análisis de la ejecución y los resultados de los programas que subvenciona el Fondo Global, una organización creada con el propósito de canalizar la financiación internacional de la salud y así aumentar radicalmente los recursos para la lucha contra tres de las enfermedades más devastadoras en el mundo, y dirigir dichos recursos a las zonas más necesitadas (para más información véase www.theglobalfund.org/es/).

De estas reuniones nació la llamada 'Carta Abierta de San Salvador', un manifiesto que recoge cuatro puntos importantes con respecto a la situación del VIH/SIDA/ITS en la región.

En esta carta, l@s activistas denuncian que los respectivos gobiernos latinoamericanos no están cumpliendo sus compromisos financieros para complementar y sostener los programas, especialmente relacionados con la adquisición de medicamentos y suministros. Por otra parte, denuncian que faltan canales de comunicación válidos entre la comunidad latinoamericana y l@s representantes del FGSTM en cada país de la región.

Asimismo, denuncian que no se está reconociendo la realidad y necesidades de la comunidad en general y, principalmente, de las PVVS, dentro de los criterios de selección, monitoreo y evaluación de los receptores y subreceptores de los fondos.

Consideran que el FGSTM no brinda asistencia técnica que facilite el monitoreo y evaluación en la debida aplicación y cumplimiento de los programas que deben dar respuesta a las problemáticas y necesidades reales de cada país.

Y finalmente, denuncian que la sociedad civil no tiene ningún mecanismo de representación o de voz, ya que hay un claro déficit de la participación de las comunidades en los criterios de definición con respecto a los indicadores de trabajo, monitoreo y evaluación de los diferentes programas financiados por el FM en la región. Esto quiere decir que aunque se supone que en el Mecanismo de Coordinación de País (MCP) –una especie de comité decisorio sobre quién o quiénes reciben los fondos otorgados por los organismos internacionales donantes– deben participar miembros de todos los sectores de la sociedad, públicos y privados incluidas las personas que viven con VIH, éste está compuesto, en su gran mayoría, por miembros institucionales.

Ejemplo de todo lo anteriormente expuesto, es la clara situación de Bolivia y Guatemala, dos países en franca situación de olvido en materia de tratamientos y programas de atención por parte de sus respectivos gobiernos (sin contar con el alto índice de corrupción gubernamental), una epidemia preocupante y un déficit en los sistemas de vigilancia epidemiológicos.

En el caso de Guatemala, el pasado 1 de diciembre de 2004, el Presidente de la República guatemalteca anunciaba su política de gobierno para hacer frente al aumento de casos de VIH/SIDA/ITS, un año después estas políticas siguen sin aplicarse, y lo más preocupante es que en la actualidad hay más de 13 mil casos que necesitan tratamiento. Según denuncia la organización Médicos Sin Fronteras, «el problema clave ha sido la mala administración de financiamiento del FGSTM para tratar la enfermedad en Guatemala, por parte de la ONG Visión Mundial», receptora final de los citados fondos en ese país. Además, «el problema subyacente es que el dinero del FGSTM no va acompañado de una inversión paralela del Estado que asegure una respuesta adecuada al crecimiento de la epidemia», añaden.

En Bolivia, uno de los grandes problemas es que el Gobierno no tiene una política clara sobre el acceso a tratamientos y atención

médica. Es gracias al Gobierno brasileño que «es un ejemplo de cooperación técnica y financiera (en materia de medicamentos) constante a Bolivia», según la activista boliviana Violeta Ross, que una gran parte de las PVVS en Bolivia tienen acceso a los antirretrovirales. Entonces ¿cuál es la responsabilidad de su gobierno?

Otras voces de la comunidad, no solamente se suman y suscriben este manifiesto, sino que van más allá y hacen una revisión interior y

llaman a conciencia a la sociedad civil organizada pidiendo una mayor autocritica y un reconocimiento de las propias incapacidades, ya que en tanto como países han fallado en la gestión y control del VIH/SIDA/ITS de sus propios pares.

Fuente: Lista de distribución de la RedLA+ Inforpress Centroamérica, N° 1632. 4 noviembre 2005

Quien la hace la paga

En 1996, la Agencia de la Alimentación y el Medicamento de EE UU (FDA, en sus siglas en inglés) aprobó Serostim, un fármaco indicado para tratar la emaciación (pérdida de peso aguda y rápida) por SIDA. Este fármaco fue producido por la empresa farmacéutica suiza Sero. Con lo que no contaba Sero era que justo en ese tiempo estaban saliendo al mercado los primeros antirretrovirales que conformarían la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) y cuyo uso ayudaría a remitir la emaciación y frenar las muertes por SIDA. Este hecho supuso que Serostim no tuviese la gran demanda que la compañía preveía y por tanto las ventas no fueron las más alentadoras para Sero.

Ahora la farmacéutica deberá pagar 700 millones de dólares como multa por defraudar a Medicaid, el programa federal-estatal de atención médica dirigido a los más necesitados en Estados Unidos.

Al parecer la unidad de marketing de la compañía encargada de la publicidad y comercialización de Serostim lanzó una agresiva campaña de mercadeo para convencer a los médicos de que prescribieran el caro tratamiento, que podría rondar los 80.000 dólares al año.

El fiscal de Estados Unidos en Boston fue el que dirigió la investigación de Sero. La sede central de Sero en EE UU se encuentra en Rockland, Massachusetts. Ahora las partes involucradas en la investigación federal y estatal sobre la comercialización de Serostim están discutiendo un acuerdo bajo el que la compañía o una de sus unidades admitirían sus malas acciones y pagarían la multa.

Otra de las campañas que lanzó la compañía se llamó "6 millones de dólares, el plan de los 6 días" y se dirigió al máximo de médicos prescriptores. El objetivo era convencer a aquellos médicos que estuviesen de acuerdo con prescribir recetas por un total de 6 millones de dólares durante una intensiva campaña de ventas de la compañía durante seis días. Para persuadir a los médicos, la farmacéutica ofreció viajes gratis a una conferencia del SIDA en Cannes (Francia), valorados entre 5.000 y 10.000 dólares, según las alegaciones hechas en la Corte Federal en Boston.

Cinco antiguos representantes de ventas fueron acusados presuntamente por ofrecer sobornos a los médicos. Sin embargo, se espera que estos cinco antiguos empleados reciban un pago por su participación como informantes en el caso. Estos empleados, basándose en las formulas de las leyes federales y estatales para estimular las denuncias por informaciones falsas, están esperando repartirse

unos 70 millones de dólares, una proporción del 10% del total de la multa. Por otro lado, el grupo SIDA Los Ángeles también presentó en el caso una demanda de información falsa, que fue cuestionada por los antiguos empleados.

Otro cómplice que también ha testificado es el propietario de una compañía en Michigan acusado de conspiración a principios de año. Según los registros de la Corte, la compañía ayudó a publicitar a Sero un artefacto bajo la premisa de que éste podría diagnosticar la emaciación por SIDA. Pero el artefacto no había sido aprobado por la FDA para el diagnóstico de la enfermedad, y el gobierno alegó que éste se usó como una herramienta para promover prescripciones del fármaco.



Según personas próximas al acuerdo, probablemente el resultado sea que la compañía suiza acepte pagar una multa penal de cerca de 145 millones de dólares y una multa civil de más de 300 millones de dólares al Gobierno Federal para cerrar el caso por fraude a Medicaid. Asimismo, se espera que los estados afectados por este fraude se repartan entre ellos la segunda multa civil de cerca de 250 millones de dólares.

Estas mismas personas también indican que el acuerdo probablemente se efectuará de tal forma que a Sero se le pueda seguir pagando por sus productos bajo el programa

de Medicaid, tal y como sucedió el año pasado con el acuerdo entre el Gobierno, Pfizer Inc. y una de sus unidades de marketing del fármaco Neurontin, indicado para la epilepsia.

El acuerdo se considera como la tercera acción más grande del Gobierno para poner freno al fraude contra sus programas de seguros de salud, según los Contribuyentes contra el Fraude, un grupo de Washington que apoya el destape de situaciones ilegales, entablado casos bajo la Ley de Acciones de Reclamaciones Falsas. Esta ley prevé recompensas a los informantes que ayudan al Gobierno a recuperar fondos.

En la actualidad, existen dos multas que superan a la del acuerdo en discusión de Serostim. La primera son los 875 millones de dólares que TAP Pharmaceutical Product Inc. acordó pagar en 2001, más los abusos alegados en el mercadeo de su fármaco para el cáncer de próstata Lupron. La segunda, en 2003, el hospital Chain HCA Inc. finiquitó una liquidación total de 1,7 mil millones de dólares más los cargos que éste pago por sobornos a los médicos, entre otras violaciones alegadas.

Fuente: www.natap.org

En Andorra no se esquía con VIH



Cuando hablamos de inmigración y VIH, se tiende a pensar que estamos hablando de personas procedentes de países en desarrollo, y cuando se habla de expulsión o de denegación de visado por vivir con VIH también se tiende a pensar que hablamos de las políticas de inmigración de Estados Unidos o de China, por mencionar a los más restrictivos en esta materia. Sin embargo, es un tema que no solamente perjudica a ciudadan@s procedentes de países en desarrollo o es un tema exclusivo de las potencias mundiales, sino que también está afectando a l@s ciudadan@s españoles/as y, lo más curioso, es un hecho que está ocurriendo en el

continente europeo y precisamente en la casa de al lado, es decir, en el Principado de Andorra.

Andorra, Estado miembro de la ONU desde 1993, no se encuentra dentro del marco comunitario de los 25 de la Unión Europea, pero tiene un estatus un poco especial dentro de este conjunto, ya que la jefatura de su Estado la comparten la Presidencia de la República de Francia y el Obispado d'Urgell (España). Por otro lado, Andorra se adhirió al Consejo de Europa en 1994 (uno de los objetivos de este Consejo es la defensa de los derechos humanos y las libertades fundamentales) y ratificó el Convenio Europeo de Derechos Humanos en 1995. Sin embargo, en dicha ratificación hace una salvedad, un poco ambigua, en relación con los temas de inmigración, trabajo y servicios sociales excusándose en que es un país pequeño.

Ahora bien, todo esto viene porque a mediados de 2005, el Observatorio de Derechos Humanos (DDHH) de la Red2002 recibió una denuncia realizada por l@s médic@s Alberto de Dios Romero y Gabriela Picco, del Servicio de Medicina Interna del Hospital de La Seu d'Urgell, en el pirineo catalán. Según est@s profesionales de la salud, en sus consultas han recibido a ciudadan@s españoles/as expulsad@s de Andorra por motivos de salud absolutamente injustificados.

Al parecer tod@ aspirante a trabajar en Andorra debe someterse a determinadas pruebas serológicas, cuya finalidad es "prevenir y controlar el riesgo social", según el Reglamento Regulador de las

Revisiones Médicas de l@s Inmigrantes publicado en el Boletín Oficial del Principado de Andorra (BOPA núm. 4 -año 10- 28/01/98).

Según denuncian l@s Drs. de Dios y Picco, el Servicio Médico de Inmigración andorrano está realizando pruebas de detección de anticuerpos del VIH sin consentimiento ni información previa a tod@s l@s inmigrantes (españoles/as incluid@s) que soliciten permiso de trabajo y de residencia (esta prueba, por tanto, se considera como un requisito obligatorio previo para la obtención de los permisos). «En caso de ser positiv@s, se les expulsa de Andorra con una carta emitida por dicho servicio, en la que se especifica por escrito que estas personas padecen una enfermedad crónica que evoluciona hacia la incapacidad y que, además, es infectocontagiosa constituyendo un peligro para la salud pública.»

Est@s profesionales han denunciado los hechos ante las autoridades españolas y las autoridades andorranas, solicitando la intervención del Defensor del Pueblo de Andorra, que se ha limitado a actuar como intermediario entre el Ministerio de Justicia e Interior andorrano y l@s denunciantes. Lo más sorprendente de estos hechos es que el propio ministro de Justicia de Andorra confirma por escrito que los procedimientos que originaron la denuncia de l@s médic@s están contemplados en la legislación andorrana y, por tanto, no consideran que incurran en ninguna violación, esto es, Andorra considera el VIH como una infección crónica que incapacita laboralmente y como un peligro para la salud pública. De igual forma, se está procediendo con los virus de las hepatitis y otras enfermedades", añade el Dr. de Dios.

Sin embargo, las autoridades andorranas niegan que se proceda, de forma explícita, a la expulsión de inmigrantes por motivos médicos. Por otro lado, el ministro de Justicia andorrano se contradice, ya que «la denegación de permisos de trabajo a las personas infectadas o seropositivas implica la salida automática del país, lo cual constituye un acto discriminatorio por motivos de salud absolutamente injustificable desde la óptica de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas», argumentan l@s profesionales médic@s.

Ahora bien, dado que el país pirenaico se encuentra fuera del marco del Consejo de Europa cabe esperar que estos hechos puedan llevarse al Tribunal Europeo de los Derechos Humanos, donde los Estados pertenecientes al Convenio Europeo pueden ser requeridos en esta materia. Por otra parte, sería más que deseable que el Gobierno español, a través del Ministerio de Asuntos Exteriores y del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, tomase cartas en este asunto y ejerciera la presión necesaria ante el Consejo y el Tribunal, tanto porque estas medidas están afectando a ciudadan@s españoles, como porque se están violando los derechos humanos en general en sus propias narices.

Fuente: www.observatorio.red2002.org.es; Drs. Alberto de Dios Romero y Gabriela Picco

¡Hasta siempre, Steve Harvey!

El pasado 30 de noviembre el activista jamaicano del VIH/SIDA de 30 años, Steve Harvey, fue vilmente asesinado en una zona rural cerca de su casa. Lamentablemente, esta trágica noticia, una vez más, parece estar relacionada con la intolerancia, la discriminación y el estigma que se tienen hacia las personas que viven con VIH y hacia tod@ aquel/la que esté implicad@ en la defensa y dere-

chos de este colectivo, esta vez en Jamaica.

En el próximo número de LO+POSITIVO trataremos este tema en profundidad y hablaremos sobre la vida de este extraordinario activista que entregó su vida al servicio de l@s que más lo necesitaban.

Repensar el activismo en el abordaje del VIH/SIDA: una tarea pendiente

El pasado 29 de octubre, el Observatorio de Derechos Humanos de RED2002 realizó una jornada de formación sobre derecho laboral y VIH. Dicha jornada nos hizo tomar conciencia de algo que aunque tod@s sabemos, lo miramos con la resignación y la impotencia de quien se enfrenta a lo inevitable. Lo que tod@s sabemos que ocurre es que se pisotean los derechos de personas por el mero hecho de vivir con VIH o por parecerlo.

El Observatorio, desde su creación en el año 2003, recoge las denuncias de aquell@s que se animan a consultar (una minoría) y trata de ayudar y orientar su caso a través de una asesoría jurídica y del apoyo de los miembros del grupo. Este trabajo que realizamos nos permite afirmar que hay discriminación por VIH y hay temor a la discriminación.

Los discursos actuales sobre la infección por VIH apuntan a una cronificación de la enfermedad y una normalización que considera dicha infección equiparable a cualquier otra enfermedad. El discurso médico se impone en esta línea y desde un enfoque meramente biologicista, trata de hacer pasar por real lo que no es más que un punto de vista parcial. ¡Si fuera tan fácil! Decir que una enfermedad está normalizada no quiere decir que lo esté; decir que el VIH es como la diabetes es desconocer profundamente la realidad. Si miramos un poco, sólo un poco más allá de la biología, vemos que el VIH no se puede desligar de la realidad social y que la realidad social lleva a la discriminación de quienes viven con VIH.

En nuestro país, las políticas públicas sostienen este discurso biologicista desde un enfoque de salud pública en el que los aspectos sociales quedan relegados y consideramos que es necesario modificar esta línea de actuación.

El Estado debería ejercer un liderazgo claro en derechos humanos y debería aparecer con claridad como apoyo y protección a las personas que sufren discriminación a causa de su enfermedad. Pero el Estado no realiza ese papel y tampoco se lo exige nadie.

¿Y qué hacemos las organizaciones de lucha contra el SIDA? ¿Cuál es nuestro papel? Tras los primeros años de fuertes reivindicaciones, las asociaciones han orientado mayoritariamente su trabajo

al apoyo emocional y la asistencia; también a la prevención y la sensibilización en la transmisión del VIH. Ese trabajo es necesario, nadie lo duda, pero nos planteamos la necesidad de repensar hoy el papel del activismo en VIH.

El VIH es invisible. No está en la calle, ¿debería estarlo? Nosotr@s consideramos que sí, que es necesario 'repolitizar' el VIH, trabajar la solidaridad, denunciar la discriminación y reivindicar el derecho de las personas con VIH a vivir dignamente, hacer del VIH un problema público.

No tenemos soluciones mágicas, pero pensamos que es necesaria una reflexión sobre lo que podemos hacer y no hacemos en materia de derechos. Sólo en esta jornada de trabajo se plantearon varias iniciativas por las que se podría trabajar: la necesidad de una ley específica anti-discriminación para el VIH/SIDA; en el ámbito laboral, conseguir compatibilizar prestaciones sociales con trabajo; luchar por una ayuda para las personas con VIH por el mero hecho de tenerlo ya que la persona que vive con VIH parte desde una posición desfavorable y necesita protección por las dificultades con que se encontrará.

Otro de los campos importantes en el que se vulneran derechos es el ámbito sanitario. Nos encontramos con profesionales y centros que no respetan la confidencialidad, que no protegen debidamente las historias clínicas, que colocan listados de las personas que se atenderán ese día en las puertas de las consultas con nombre y apellidos y otras prácticas inadecuadas. Aún se dan casos de

trato discriminatorio a personas que viven con VIH por parte de profesionales sanitarios, y la generalización de las medidas universales de protección no ha sido asumida como solución válida ante el riesgo de infección por lo que la necesidad de identificación de personas con VIH lleva en ocasiones a realizar pruebas de VIH sin consentimiento.

Creemos que en estas condiciones no se puede hablar de normalización. Hay mucho que hacer para que la infección por VIH sea una enfermedad más.

Nosotr@s seguiremos pensando y trabajando en esta línea y esperamos que esta reflexión se pueda plantear en otros grupos para revisar nuestra agenda de actuación si lo consideramos necesario.



y ahora ?

Aclaraciones

E

En este número de LO+POSITIVO aparecen dos cartas críticas con nuestra decisión de publicar el artículo "Un conflicto entre positivos" en la edición anterior, artículo que ha causado una intensa polémica entre ONG catalanas.

En aras del buen hacer periodístico, el equipo editorial quiere hacer algunas precisiones. Pese a que nuestra intención era sólo contar lo que nos habían explicado o dejar constancia de la negativa a hacer declaraciones, sin dar la razón por ello a ninguna de las partes, parece que no lo conseguimos, y vari@s lectores han interpretado que nos posicionábamos con uno de los actores implicados, tanto por el tipo de redacción como por la firma

colectiva. Sirvan estas palabras para dejar constancia de nuestra neutralidad en este asunto, pedir disculpas si alguien ha apreciado una no deseada tendenciosidad, y tomar este asunto como una lección aprendida.

Por otro lado, una de las personas citadas, Antonio Guirado, presidente de Gais Positius, nos ha hecho saber que en ningún caso estaba en el espíritu o en sus palabras condenar la actuación de la Fundación Arena, como aparece en el artículo, y pide que así conste. Y así lo hacemos.

El Equipo de LO+POSITIVO

Puedes mandar tus cartas para la sección Opina a:
LO+POSITIVO c/ Sardenya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona o a contact@gtt-vih.org

En respuesta a "Un conflicto entre positivos" (LO+POSITIVO 31)

P

Pasados tres meses desde la publicación del artículo y después de haber escrito treinta respuestas, me decido por ésta.

Hay un proyecto importante para mucha gente con problemas de vivienda.

¿Entenderán ellos el problema creado? ¿Nos daremos cuenta de nuestro autismo?

¿Pedirá disculpas alguien a quien financió el proyecto y tan duramente ha sido considerado?

Y una referencia: «Una vez superada la discusión previa, la ejecución previa ha de ser rápida para sortear la burocracia, la utilización polí-

tica y también nuestra propia inseguridad. A veces tenemos buenas ideas, pero con el tiempo empiezan las dudas y nos olvidamos de que es un proceso que se puede corregir siempre.

Es como un compromiso con la imperfección, no se puede tener todas las respuestas antes porque entonces limitamos la creatividad. Y hacerlas rápido no quiere decir hacerlas mal. Pero la gente que busca siempre el consenso acaba perdida en reuniones interminables que no arreglan nada».

Lo he encontrado por ahí y creo que viene a cuento.

Alejandro de la Torre

Respuesta a "Un conflicto entre positivos" (LO+POSITIVO 31)

A

El equipo de redacción de la revista LO+POSITIVO

En la reunión mensual de la Federació Catalana d'ONG de servei en SIDA que se llevó a cabo el pasado 14 de septiembre de 2005, se plantearon las consecuencias de la publicación del artículo "Conflicto entre positivos" en el número 31 de la revista LO+POSITIVO, en el mundo asociativo de

lucha contra el VIH/SIDA. En relación a este hecho, el planteamiento unitario de la Federació (que solicitamos sea publicado en el próximo número de LO+POSITIVO) es el siguiente:

Cierto es que es lícita la libertad de prensa y ser libre para expresarse es un derecho del ser humano. Asimismo es una realidad que la revista LO+POSITIVO es un medio de expresión, de información obje-

tiva e incluso de denuncia. Por este motivo creemos pertinente que @s usuari@s de un servicio de atención en VIH/SIDA puedan utilizar este medio para expresar sus opiniones, experiencias e incluso quejas. Pero nos hubiera parecido más conveniente que se hubiera publicado una carta de opinión, en la que los perjudicados hubieran relatado su versión de los hechos, en lugar de un artículo editorial que expone lo sucedido de forma que se vislumbra una cierta posición partidaria en el conflicto.

Barcelona, 3 de octubre de 2005

Atentamente,

Federació Catalana d'ONG
de Servei en SIDA

El hilo que nos une

S

oy una lectora de LO+POSITIVO, estoy encantada con vuestra revista y la espero cada trimestre con mucha ilusión, pues a través de vuestra revista hacéis que me sienta cerca de vosotr@s ya que de alguna manera sois el hilo que nos une a la información más reciente sobre el VIH. Me gustaría que publicarais mi testimonio y a través de éste, recordar y hacer

un homenaje a tantísimas personas que ya no están, que murieron víctimas de las drogas y el SIDA.

Mi nombre es Esperanza, vivo con VIH hace ya dos décadas, y considero que soy muy afortunada a pesar de estar muy herida en lo más profundo de mí.

Todo comenzó a mediados de los años setenta; mi barrio es un barrio de la zona sur y empezábamos a tener nuestras ideas propias, much@s ya andábamos metid@s en organizaciones políticas que luchaban por las libertades de este nuestro país; vivíamos llen@s de esa valentía que crece a raudales cuando tienes esa edad.

Crecimos en barrios obreros donde se luchaba cada día por subsistir en una España recién salida de una dictadura que duró nada menos que cuarenta años.

Éramos muy valientes, pensábamos que podíamos cambiar el mundo, pero qué paradoja, el mundo nos cambió a nosotr@s, más que cambiarnos nos anuló completamente. ¿Por qué? Pues bien, llegaron las drogas y con ellas llegó otra forma de vida. Esta forma de vida consistía, en que ya no nos hacíamos escuchar, estábamos tan

ocupad@s que nunca imaginamos que aquello sería lo peor que podía pasarnos, nos estábamos convirtiendo en lo que nunca quisimos ser: ¡esclav@s!

Familias enteras se resquebrajaban, se hundían con nosotr@s en aquel mundo oscuro; nadie reparaba en lo que estaba ocurriendo, éramos la lacra para una sociedad que sólo tenía tiempo para las cosas superfluas, materiales, etc.

Con muy pocos años comenzamos a sufrir nuestras equivocaciones y siendo aún muy jóvenes perdimos la libertad que no recuperaríamos nunca. Primero batallamos para salir de las drogas y cuando pensábamos que habíamos ganado tan dura batalla llegó el SIDA. Entonces, hace veinte años, SIDA era igual a muerte, no había información y no sabíamos a qué atenernos. Creo que a gran parte de aquella generación se la llevó el miedo, la incertidumbre de no saber qué podía pasar. Empezaron a medicarnos con [dosis demasiado altas de] AZT y much@s no lo resistieron.

¡Cuánta gente maravillosa se ha marchado en lo mejor de sus vidas! Personas a las que gran parte de la sociedad recuerda el 1 de diciembre sin más.

Por eso, veinte años después me pregunto: ¿por qué se permite que los chavales sigan enganchándose a las drogas? ¿Cómo es que la gente se sigue infectando por el SIDA? Esto no es más que otra forma de terrorismo. Está claro que si la solución no da beneficios económicos, NO HAY NADA QUE HACER.

Anchy

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.
C/DIGO 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)

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

Roche

VIH y VHC se dan la mano



a infección con el virus de la hepatitis C (VHC) es habitual en mujeres con VIH, aunque su impacto en el curso de la infección por VIH sigue siendo una cuestión controvertida. Algunos estudios han apuntado la posibilidad de que el VHC podría acelerar el impacto del VIH en el sistema inmunitario y la rapidez de la progresión a SIDA y muerte, y, aunque no ha sido demostrado en todos los estudios, sí parece cierto que la progresión del VHC puede ser más rápida en personas coinfectadas que en mono infectadas con VHC.

De hecho, un estudio realizado en mujeres VIH positivas con hepatitis C (WITS, Women and Infants Transmission Study), en el que se examinó el efecto de la coinfección con el VHC en el porcentaje de CD4, la carga viral del VIH y la progresión a SIDA o a muerte, establece que no se produjo una progresión más rápida del VIH, lo que contradice resultados anteriores como los publicados del estudio WIHS en 2003 en los que se establecía la viremia del VHC como factor pronóstico independiente de progresión a SIDA y muerte.

Aunque los investigadores reconocieron que el estudio tenía cierta limitación, puesto que se desconocía la duración de la infección por VIH y no se disponía de datos sobre la carga viral del VHC y su genotipo, llegaron a la conclusión de que no existen evidencias que apoyen la tesis de que la coinfección acelera la progresión de la infección por VIH. El VHC no parece estar asociado con la evolución del porcentaje de CD4, de la carga viral o de progresión a SIDA, aunque consideran necesario realizar más investigación para llegar a comprender las complejas interacciones entre la infección con VHC, el uso de TARGA y su eficacia en diferentes entornos y poblaciones.

Deterioro neuropsicológico en mujeres coinfectadas

Acaban de salir a la luz datos procedentes del Estudio Interagencias sobre VIH en Mujeres (WIHS, en sus siglas en inglés), en el que se realizó la evaluación del funcionamiento neuropsicológico (NP) en 220 mujeres coinfectadas inscritas en el WIHS, de las que 70 eran VHC/VIH positivas, 27 eran VHC/VIH negativas, 75 eran VIH positivas/VHC negativas y 48 eran negativas a ambos virus. Los resultados apuntan a que las mujeres con VHC tienen muchas más probabilidades de mostrar deterioro neuropsicológico que las VHC negativas en combinación con el VIH.

Las mujeres coinfectadas mostraron tener una actividad neuropsicológica anómala con mayor frecuencia que las no infectadas con ninguno de ambos virus, sobre todo en presencia de inmunosupresión de CD4 y en ausencia de terapia antirretroviral, sin que estos resultados se vieran modificados por el nivel de educación, cociente de inteligencia, depresión, uso de fármacos sedantes, lesiones cerebrales, etnia e historial de uso de sustancias.

Al analizar la interacción con la edad, los resultados no llegaron a alcanzar un significado estadístico claro, aunque el índice de probabilidades (OR) de riesgo de presentar resultados anómalos descendió de 3,07 a 1,97 en pacientes con VHC, lo que sugería la existencia de una relación entre la edad y el estatus VIH/VHC. Al clasificar los resultados por edades, las mujeres con menos de 40 años que tenían VIH o VIH/VHC, mostraron mayores probabilidades de sufrir deterioro NP que las mujeres no infectadas con ninguno de los dos virus. Las mujeres con más de 40 años, no mostraron diferencias

significativas en función de su estado serológico a ambos virus, aunque sí mostraban anomalías celulares que indicaban una mayor inestabilidad.

Siendo este estudio uno de los primeros en poner de manifiesto el mayor riesgo de sufrir deficiencias NP entre personas coinfectadas con VIH y VHC y el primero en analizar estas relaciones en mujeres, los autores sugieren la necesidad de realizar más investigación al respecto, ya que se ha constatado que el deterioro NP no sólo podría ser indicativo de lesión del sistema nervioso central por acción del VIH, sino que está asociado con fracaso virológico al tratamiento ARV y, en consecuencia, una reducción de la supervivencia en un alto porcentaje de pacientes.

Estrógeno y VHC

Aunque los índices de prevalencia de VHC son similares en hombres y mujeres, parece que los efectos de la infección crónica por VHC son más graves en los varones, siendo el sexo masculino uno de los predictores de progresión a cirrosis.

Las causas de este beneficio en las mujeres no están aún claras, aunque los datos recientes sugieren que el estrógeno y el receptor de estrógenos pudieran tener un papel protector, teniendo en cuenta que se ha detectado un mayor índice de casos de hepatocarcinoma celular en mujeres postmenopáusicas y que el estrógeno ha demostrado tener un efecto protector contra la fibrosis en estudios realizados con ratas.

En diciembre de 2004, la revista *Hepatology* publicó los resultados de un estudio sobre la influencia de embarazos, uso de contraceptivos orales, menopausia y terapia de sustitución hormonal sobre la fibrosis hepática en mujeres con hepatitis C. El estudio, realizado en una población de 201 mujeres, reflejó que la progresión a fibrosis era mayor en mujeres postmenopáusicas (situación que conlleva la interrupción de producción estrogénica) y en nulíparas (aquellas que nunca han tenido hijos), mientras que el uso de anticonceptivos orales no tenía ese efecto. Entre las mujeres que habían entrado en la menopausia, el índice de progresión a fibrosis era inferior en las que estaban en terapia de sustitución hormonal, a niveles equiparables a los de mujeres premenopáusicas.

Aunque el uso de terapia de sustitución hormonal (principalmente administración de estrógeno y/o progesterona) parece tener un papel preventivo en la evolución de la fibrosis hepática, su uso no debe ser indiscriminado pues hay que tener en cuenta los posibles riesgos asociados, como el aumento de los índices de cáncer de mama, de infarto y de embolia (según refleja el estudio de Women's Health Initiative).

TODO EL INVIERNO

Te esperé todo el invierno
Pareces estar en el lugar al que pertenezco,

De cualquier modo es una ilusión;
Si las cosas han de acabar mal;
Te seguimos queriendo y no será fácil ese día.

Esperamos para seguir a través de la luz de tu camino,

Ahora no es tan fácil para mí,
La mitad del tiempo ha pasado.
Vuelve... vuelve...

Eva Aulina (29-10-2005)

NO TE DUERMAS

Cuando mi cuerpo invadiste
No fui capaz de evitar,
Sentirme sucio, muy triste
¡Hasta me hiciste llorar!

¿Qué será ahora de mi vida,
Mis proyectos de futuro?
¡¡¡Ahora tenía el SIDA!!!
Fue un golpe tan fuerte y duro...

Más tarde ya comprendí
"Gracias a la información"
Que mi vida no acababa
¡No moriría mañana
deshuesado y sin razón!

Sentí la fuerza de un oso,
Y hasta ganas de volar,

cada año un lazo rojo
nos ayuda a no olvidar.

¡Que la guerra sigue en pie!
Que esta guerra ha de acabar,
En todos los continentes
"y sin África olvidar".

¡Que la vida no se acaba!
Que no hay que dejarse vencer
Por un virus despiadado
Que hoy no podemos vencer.

¡Sigamos luchando en la vida!
Sin confiar en la suerte.
¡No te quedes ahí sentado!
No des tu tiempo a la muerte.

Jordi Demarto

Una batalla campal

Hace tiempo que lo indican los datos de todo el mundo: la mitad de las nuevas infecciones por VIH se produce en personas que tienen entre 15 y 24 años. Lo cual nos lleva a hablar de una de las más discutidas y polémicas actividades de prevención para gente joven: la educación sexual.

En el mundo adulto hay un gran mito que conmueve a las personas que tienen adolescentes y jóvenes a su cargo. Este mito cuenta que la información, los conocimientos y el saber conducen directamente a la actividad sexual. Algunos padres y madres, y otras personas adultas, se resisten a dar a la gente joven la información sexual que necesitan porque temen que estos conocimientos les impulsen a una actividad sexual prematura, o que hablar de ello abiertamente estimule las relaciones sexuales casuales.

Así, se ha establecido una buena batalla campal: abstinencia sexual frente a educación sexual. Las personas partidarias de cada una de las opciones se esmeran en presentar estudios, teorías y datos que justifiquen su posicionamiento, pero parece que a veces olvidamos lo que es real para la gente joven, cómo lo viven y lo que necesitan de nosotros, las personas adultas.

Nos guste o no, la información sexual tiene lugar, y la gran mayoría de adolescentes serán sexualmente activ@s en un momento u otro. Nos guste o no, nuestro@s chic@s aprenderán sobre sexo. No tengáis ninguna duda de que reciben información constante y abundante sobre sexo. Si no, echad un vistazo a vuestro alrededor y observad la cantidad de información con contenido sexual que hay en las series de televisión, en las canciones, en las revistas de moda...

Esta educación sexual informal casi siempre provoca confusión y malas interpretaciones.

Tod@s los jóvenes tienen derecho a la educación y a la salud, vivan con VIH o no. Tienen derecho a una educación sexual fiable y equilibrada, incluida la información sobre métodos anticonceptivos y de prevención.

Parte de las diferencias de posicionamiento ideológico sobre la educación es una visión estereotipada que define a la juventud en términos de hedonismo e irresponsabilidad: tod@s son amantes del riesgo porque sólo viven el presente y tienen unas carencias inherentes a la edad que han de remediar las personas adultas. Por eso se ve su sexualidad como algo que hay que controlar y restringir, por lo que se acaba dificultando su acceso adecuado a la información, los servicios y los recursos. ¿Alguien se atreve a pensar que esto es una vulneración de sus derechos?

Es hora de aplicar una perspectiva más inspirada en la heterogeneidad y la responsabilidad. La experiencia de cada joven varía en función de su bagaje cultural, género, sexualidad y situación socioeconómica, entre otros factores. Por tanto, aunque algun@s jóvenes asumen riesgos, la mayoría son, como mínimo, tan responsables

como sus padres y algun@s, más. Son precisamente estos factores estructurales e individuales los que hacen que los jóvenes sean más vulnerables al VIH y al SIDA. Construir respuestas para paliar esta vulnerabilidad específica significa tener en cuenta que cada persona joven tiene diferentes experiencias sociales, diferentes esperanzas y diferentes aspiraciones.

Ya no podemos seguir dudando de que los jóvenes sean capaces de protegerse. Sin embargo, encontramos en su desarrollo algunos obstáculos clave, como: dificultad de acceso a la información y los recursos; los servicios no suelen estar diseñados de acuerdo con sus necesidades; y los profesionales no reciben suficiente información especializada en temas de adolescentes.

Vista desde aquí, la abstinencia no deja de ser una opción responsable más: siempre que haya opciones habrá reflexión, y si hay reflexión habrá educación.

Estamos hablando de una educación sexual para todo el mundo sin dar por supuesto que lo normal es ser negativo al VIH; de una educación sexual que incluya la conciencia sobre el estigma, la discriminación y los derechos humanos. Hablamos de una educación sexual que propicie el pensamiento crítico y responsable: una manera de vivir.

Hay otra evidencia que se produce en todos los países del mundo: jóvenes y adult@s hablamos de sexo con muy poca frecuencia. Hablar de sexo cuesta. ¿Qué podemos hacer las personas adultas para ayudar a construir esta comunicación? Éstas son algunas pistas:

- ⦿ **Infórmate.** Mucha gente se siente más cómoda hablando de temas delicados, como la sexualidad, si dispone de información válida y actualizada.
- ⦿ **Aclara tus propios valores.** Es difícil hablar con los adolescentes de temas relativos a la sexualidad si tú no tienes claras tus creencias y valores. Piensa en tus propias opiniones sobre la sexualidad.
- ⦿ **Habla con la gente joven compartiendo tu información, creencias y valores.** Se dice que es importante empezar a hablar de sexo con los niños de una manera adecuada a su edad. De esa forma se borra un poco el fantasma de la gran charla cuando llega la adolescencia. Para iniciar la conversación puedes utilizar «pequeños momentos educativos» aprovechando un mensaje de la tele, acontecimientos o cosas que ocurren en la escuela. Interesarte por lo que piensan ellos y sus amigos también permite iniciar un diálogo y evaluar la validez de su información al tiempo que ofreces nuevas ideas u opiniones.
- ⦿ **Escúchales.** Aunque tengamos acceso a mucha información sobre la edad de las primeras relaciones sexuales, sobre cuándo utilizan condones, etc, la verdad es que sabemos muy poco sobre lo que piensan los adolescentes sobre la sexualidad y por

qué toman las decisiones que toman. Escucharles facilitará la comprensión de cómo darles el apoyo y la dirección que necesitan.

- ⦿ **Ayúdales a encontrar respuestas a sus preguntas.** Queremos ayudarles a ser buen@s consumidor@s de información válida y real sobre temas de salud sexual. Trabajar con la juventud para que encuentren recursos informativos y lleguen a ser consumidores críticos de información puede beneficiarnos a tod@s, además de contribuir a construir una relación basada en el respeto y el cuidado.
- ⦿ **Animales a buscar ayuda.** Además de darles información y ayudarles a ser sexualmente responsables, podemos enseñarles a buscar ayuda y solicitar atención cuando la necesiten. La gente joven suele creer que puede manejar sus problemas, que no necesita a nadie y no demuestra que necesite ayuda. Si nosotros hablamos de cómo buscamos la ayuda que necesitamos, ellos pueden integrarlo dentro de sus estrategias para negociar en relación a sus problemas y necesidades de información.



Si nosotros hablamos de cómo buscamos la ayuda que necesitamos, ellos pueden integrarlo dentro de sus estrategias para negociar en relación a sus problemas y necesidades de información.

⦿ **Dales la oportunidad de hablar de sus intereses, sentimientos y asuntos**

relacionados con la salud sexual y reproductiva, así como de practicar las habilidades para tomar decisiones y negociar. Si los jóvenes están desarrollando su propio marco ético y de valores sobre sexualidad y se preparan para tomar sus propias decisiones, necesitan disponer de oportunidades para usar esta información, tener en cuenta diversas perspectivas y utilizar diferentes estrategias para negociar con sus parejas y tomar decisiones. Procuremos ofrecer espacios en los que puedan hablar con libertad y poner en práctica sus respuestas.

Los chicos no se convertirán en responsables de manera automática al cumplir los 18 años. Un pensamiento independiente requiere experiencia en el uso de habilidades para la toma de decisiones. Cuando promovimos un pensamiento independiente, les damos la oportunidad de adoptar aquellas decisiones para las que sí tienen capacidad.

Las personas adultas que tratan de proteger a la juventud de la información que necesita para hacerse responsables de su sexualidad, pueden empujar a los jóvenes sexualmente activos a una sexualidad menos responsable. En cambio, hablar sobre temas de sexo abiertamente ayuda a construir la responsabilidad.

Los datos también indican que una educación sexual oportuna y eficaz, en lugar de poca información facilitada demasiado tarde, ayuda a posponer el primer encuentro sexual, ayuda a prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, como el SIDA, y sobre todo, desarrolla el crecimiento del respeto por uno mismo y por los demás.

Fondo Global en Bolivia: miles de dólares atrapados en la burocracia estatal

Q

uerid@s amig@s de la comunidad internacional,

Sólo quiero compartir con ustedes estos emails de mis compañer@s en Bolivia para que comprendan la situación de emergencia en la que nos encontramos.

A casi dos años del proyecto del Fondo Global en Bolivia, todavía no vemos los medicamentos, ni siquiera los medicamentos para algunas infecciones oportunistas graves y mucho menos los ARV.

Puesto que las personas con VIH no tienen los medicamentos, están enfermando y en consecuencia necesitan otros medicamentos para enfermedades oportunistas y diferentes afecciones que son realmente emergencias clínicas.

Se logró un acuerdo verbal entre el Beneficiario Principal (BP) y el Fondo Global, acerca de la existencia de un fondo para compras de medicamentos de emergencia, hasta que los medicamentos ARV sean comprados, distribuidos y tomados por las personas con VIH.

Este tipo de acuerdo ha funcionado dando respuesta inmediata a las necesidades de las personas con VIH, haciendo arreglos sencillos entre el Beneficiario Principal y la Red Boliviana de personas con VIH para las compras de dichos medicamentos, con lo que se ha evitado que algun@s compañer@s queden ciegos o seriamente enfermos.

Recientemente, el Ministerio de Salud ha llamado la atención al BP señalando que esas compras no pueden hacerse sin el visto bueno de ellos, porque el Ministerio es el ente rector de la salud del país.

Como REDBOL (Red Boliviana de personas viviendo con VIH y SIDA) hemos cumplido con cambiar la solicitud, en vez de hacer arreglos directos con el BP. Hemos hecho solicitudes al Ministerio de Salud, para que dé su autorización y se compren los medicamentos de emergencia. Sin embargo, en vez de encontrar apoyo, hemos encontrado silencio, indiferencia y finalmente en forma oral, prohibición para realizar dichas compras.

Miles de dólares atrapados en la burocracia de un estado incipiente, mientras las personas con VIH están enfermas y sin los medicamentos, sin los ARV y sin los medicamentos para infecciones oportunistas. De esto se trata el FG en Bolivia y queremos que la comunidad internacional lo sepa.

Hay un grupo de personas que recibe tratamiento ARV de primera línea, que no fue comprado con el Fondo Global, sino que es parte de una donación del gobierno de Brasil.

No sabemos bajo qué criterios el Estado se toma la atribución de establecer normas para el uso de un dinero que no es de su presupuesto. El uso del dinero del FG es decidido por el MCP (Mecanismo de Coordinación de País) y acordado con el FG.

Queremos que la comunidad internacional conozca esta información porque no estamos de acuerdo con que la burocracia limite el acceso a la salud. Ni siquiera estamos ante la falta de presupuesto, el dinero existe, el problema es la incapacidad del Estado y quizás la falta de humildad para reconocer que otros pueden hacer mejor el trabajo que ellos no pueden.

¿De qué sirven miles de dólares si están atrapados en una instancia estatal burocrática y anacrónica?

Por esto, les pedimos que si están pensando en ayudar a Bolivia, dirijan su apoyo de forma directa a las comunidades de personas con VIH, ahí no hay burocracia, sino una movilización urgente e inmediata porque no queremos que nadie más muera a causa del SIDA en Bolivia.

Queremos pedir que apoyen a Bolivia con medicamentos ARV y para enfermedades oportunistas porque al parecer, el dinero del Fondo Global quedará encerrado, no en una caja fuerte, sino en la burocracia estatal.

Sinceramente,

Violeta Ross
en nombre de las personas con VIH de Bolivia, l@s que todavía
estamos viv@s.

REDBOL, Red Boliviana de personas viviendo con VIH y SIDA

Estimad@s amig@s,

La verdad es que me siento más que identificado con la carta ENVIADA. Me da coraje lo que sucede, pena, rabia, ira, en realidad no se cómo expresar mi inconformidad con las decisiones que toma el Ministerio. No se dónde fueron formados estos profesionales de la salud, ME IMAGINO PUES QUE EN EUROPA, si allá en el primer mundo donde las necesidades son pocas, donde salvar vidas es un mercantilismo: se han formado en una institución que no les hace de su profesión un servicio social. ¡Qué pena que el Gobierno contrate a este tipo de gente que poco o nada sabe de la realidad de l@s bolivian@s!

Digo PENA, porque así lo considero, que sólo se fijen en cobrar un delicioso sueldo, que se dediquen a sólo hacer planificaciones, presupuestos y otras cosas a nombre del trabajo de salvar vidas. La verdad es que la realidad no está en una oficina, ni se la cambia con hacer presupuestos, está acá en el diario vivir en los hospitales de primer nivel, en los centros de barrio, de comunidades, donde día a día se ve gente que padece de una y mil cosas.

Me parece preocupante que del Proyecto del Fondo Global para el país destinen más de la mitad de su presupuesto en medicamentos, con la visión de salvar vidas, y que hasta ahora se vean algunos medicamentos INSIGNIFICANTES, y que sólo son CALMADORES y que para los medicamentos para los que realmente se necesitan



recursos, PARA lo que realmente nos muestra la epidemia, no exista ni un sólo peso. Es más, se enojen porque los solicitamos, se cierran y dicen que no quieren saber de este tema.

Me pregunto, ¿cuán profesionales son estas personas?, ¿cuánto conocen de la realidad de nuestro país?, ¿realmente creen que las emergencias se salvarán con aciclovir, cotrimoxazol y cositas así? ¡Qué falta de conocimiento de una emergencia!

Espero que se sensibilicen un poco más y piensen en las necesidades de la población boliviana, que no está escrita en ningún formulario ni en ningún formato de planificación, ni en un criterio tal o cual. La realidad de Bolivia es así, siempre da para emergencias y habiendo los recursos no se puede negar a esta realidad. Espero más compromiso y sensibilidad por parte del Ministerio. Me despidió muy apenado porque es la vida de mis compañer@s la que está en juego y porque no quieren ver que realmente la realidad es así.

Con el respeto que cada un@ se merece y las consideraciones pertinentes.

Marco Chavez
Secretario de comunicaciones REDBOL.

Con profundo dolor leí la carta que Ustedes, Dra. Yung y Distinguido Ministro de Salud, firman y remiten al Dr. Laborde, sobre la no autorización para la compra de medicamentos de emergencia.

¿Ustedes conocen el significado de emergencia? Me pregunto qué es lo que ustedes están esperando para sensibilizarse ante

lamentable asunto. Me llena de ira saber que se tiene los recursos pero les falta predisposición y, discúlpenme, les falta capacidad para satisfacer las necesidades de las personas para las que trabajan, porque ustedes y las instituciones que lideran son para beneficio de estas personas.

Me pregunto, ¿no fue acaso el Fondo Global creado para salvar vidas?, ¿por qué tenemos que cerrarnos a un maldito presupuesto? Estoy seguro de que si se trata de salvar vidas nadie tendrá por qué cuestionarlos. Agilicen algo, no se cierran a decir esto no está previsto y al diablo que se mueran los que no se beneficien, no sean tan egoístas y en lugar de dar problemas, generen soluciones.

¡Dios no quiera que tengan que ver morir a algun@s de sus seres querid@s por esta epidemia que es de tod@s!

Pido a quien lea este mensaje y se sienta identificad@ con mi preocupación reenvíe este e-mail a cuantas personas conozcan, para que quede ante los ojos de tod@s que a est@s señores/as no les interesa luchar por la vida, sino que ayudan a terminarla.

Marco Chavez Gil
SECRETARIO DE COMUNICACIONES
REDBOL
Of. Pasaje Antelo N° 70
Dom. Av Centenario N° 131, telef 3331949
Telef. Of. 3550066 - 3141035
Linea Movil: 71000584

En caso de responder hacerlo CC. insol82@yahoo.es o insol82@hotmail.com.
Santa Cruz- Bolivia

Preparación para el tratamiento

En números anteriores hemos hablado de los impedimentos para que se dé un pleno acceso a los medicamentos para el VIH y sus enfermedades oportunistas en los países en desarrollo y de cómo las iniciativas internacionales en curso, Fondo Global, 3x5 y otras no van a cubrir ni de lejos los objetivos previstos. Pero además de los preciados antirretrovirales se requiere de otros elementos de capital importancia que se engloban en lo que se denomina 'preparación para el tratamiento' y asumen como propios desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta la más radical organización africana.

Educación en tratamientos

Entendida como la adquisición de habilidades, actitudes y conocimientos basados en evidencia científica para poder participar activamente en la propia toma de decisiones sobre el tratamiento y para contribuir a la formación de otras personas que viven con VIH y activistas. La educación en tratamientos es básica para:

- ❑ Entender las implicaciones físicas del tratamiento y los efectos del VIH en el cuerpo, además del impacto emocional y espiritual de la enfermedad.
- ❑ Ser capaz de tomar decisiones informadas sobre las posibilidades de tratamiento.
- ❑ Asegurar una adecuada adhesión con el apoyo de familiares y allegad@s.
- ❑ Comprender la relación entre tratamiento, prevención y atención sanitaria como componentes esenciales del continuo de cuidados.
- ❑ Rebatir concepciones erróneas de algun@s trabajadores de la salud sin la formación idónea y combatir el estigma y la discriminación.

Organización de la sociedad civil

Las personas que viven con VIH y los activistas que luchan por sus derechos deberían consolidar estructuras que les permitiera participar de forma significativa en la toma de decisiones sobre la distribución de recursos para programas del VIH. Es decir, participar en redes, organizaciones, grupos y plataformas de trabajo en común que estén legitimadas y sean respetadas por la comunidad, y que cuenten con el conocimiento y la experiencia necesarios como para discutir prioridades de inversión según la jerarquía de necesidades expresadas por los afectad@s."

Las organizaciones de base comunitaria que producen buenos resultados utilizan el saber médico y aplican los principios de derechos humanos para:

- ❑ Exigir tratamiento para su comunidad y el resto de personas que viven con VIH en el mundo.
- ❑ Desarrollar acciones de cabildeo o defensa de derechos para asegurar el acceso a tratamientos y su sostenibilidad a largo plazo.
- ❑ Asegurar la participación de personas que viven con VIH en todos los escenarios de toma de decisiones sobre programas para el VIH en el ámbito local, regional e internacional.
- ❑ Llevar el tratamiento a mujeres y poblaciones vulnerables de manera que se cubran las necesidades demográficas reales de las personas que precisan tratamiento.
- ❑ Garantizar una financiación regular para programas de tratamiento para el VIH y seguir de cerca de los gobiernos para que distribuyan los recursos asignados de manera correcta y con transparencia.
- ❑ Combatir el estigma y la discriminación a través de acciones de cabildeo y visibilidad.

Sabemos con certeza que todos y cada uno de estos elementos son cruciales: en este mismo número nos hacemos eco del caso del Fondo Global en Bolivia, ejemplo de una actuación desafortunada en la distribución de recursos. En números anteriores os informamos de cómo la intervención de grupos comunitarios europeos había conseguido parar en varios países unos ensayos por cuestiones de ética, algo impensable sin una contundente formación en tratamientos de los activistas o sin la firme voluntad de querer participar en los procesos de toma de decisiones.

La lista de ejemplos podría ser innumerable, pero me viene a la cabeza el caso chocante de una clínica en África con medicación de sobra, personal cualificado e instalaciones recién construidas pero sin usuari@s: el motivo es que no se había realizado una mediación cultural ni se había trabajado contra el estigma, de manera que las personas que vivían con VIH y precisaban tratamiento no acudían al centro para que no se les señalara con el dedo como 'portadores del VIH'.

Para terminar me gustaría citar dos ejemplos africanos que para bien y para mal ponen de manifiesto la relevancia de los aspectos relacionados con la preparación para el tratamiento. El primero es el caso de Khayelitsha, uno de los barrios más deprimidos en Ciudad del Cabo, Suráfrica, donde tras la llegada de los primeros fármacos con los programas de Médicos Sin Fronteras la comunidad de infectad@s y afectad@s fue tejiendo primero una red de asistencia y reparto de comida recordemos que algunos fármacos debían ingerirse junto a o tras la comida; luego con efecto multiplicador empezaron a formarse activistas, counsellors y educadores en tratamientos, se realizaron contundentes marchas y acciones de visibilidad y contra el estigma, y es un vivero indiscutible del poderoso grupo comunitario Treatment Action Group (TAC). La tenacidad de las gentes de Khayelitsha ha trascendido hasta el punto que el periódico de mayor difusión en España, El País, titula en su dominical del 27 de noviembre de 2005 *Milagro en África: Viaje a Khayelitsha, un lugar en Suráfrica en que los enfermos de SIDA tienen la oportunidad de vivir*.

El segundo ejemplo es una alerta recibida en octubre en la lista de correo de la Coalición Internacional de Activistas en Tratamientos y lleva por título *El lado oscuro de los antirretrovirales en Kenia*. Ahí se describe cómo en hospitales del país se detecta un número creciente de defunciones por efectos adversos gravísimos. Casos de mala praxis médica, que sacan a la luz un aspecto adicional como es la fuga de personal cualificado hacia países desarrollados, hacen que monoterapias, ciertas combinaciones subóptimas o dosis equivocadas estén resultando letales a medio plazo. Seguramente, con programas de *counselling* e información tras el diagnóstico, las personas en tratamiento hubieran podido participar de forma proactiva en la gestión de su propia salud.

SIDA y prisión

España tiene una población reclusa de más de 60.000 personas. De éstas un número importante vive con VIH y VHC, así como con otras enfermedades que en muchos casos se agravan dentro del medio penitenciario. La prisión española está en profunda crisis y necesita un cambio radical. Mientras tanto, la férrea custodia y vigilancia, el hacinamiento, la falta de un sistema sanitario similar al ofrecido fuera de prisión y el fallido abordaje de las drogodependencias siguen haciendo mella en las personas más vulnerables en los centros penitenciarios. Urgen nuevos modelos alternativos a la prisión que actualmente conocemos.

LO+POSITIVO se ha desplazado hasta tierras gallegas para conocer la situación de la infección por VIH en el medio penitenciario. Pres@s, ex pres@s y las personas que l@s atienden nos explican su experiencia. También os ofrecemos el testimonio de las asociaciones que trabajan en defensa de los derechos de las personas privadas de libertad.

El movimiento ciudadano pide la palabra.

Queremos agradecer a nuestros colegas gallegos Manel (Recurso Komunal) y Marisa y Tito (Comité Ciudadano anti-SIDA de Lugo) su valiosa ayuda para hacer este reportaje. Gracias.

La infección por VIH en el medio penitenciario

Hacia un nuevo modelo de prisión

En los centros penitenciarios españoles hay 61.395 personas privadas de libertad [1], lo que supone un incremento de un 35% en los últimos cinco años. España tiene actualmente la tercera mayor tasa de población reclusa con 144 presos por 100.000 habitantes, una tasa muy elevada si la comparamos con las de otros países de nuestro entorno. Y la cifra continúa en aumento. Los expert@s parecen coincidir en que este aumento imparable de la población reclusa se debe al endurecimiento de las penas del Código Penal de 1995 y 2003; a la dificultad de acceder al tercer grado y a la libertad condicional; la introducción de nuevos delitos; un cierto abuso de la prisión preventiva y a la mayor presencia en los últimos años de personas de otros países ("La política penitenciaria", *El País* 24/10/05).

Generalmente, esta población reclusa la componen personas con muy pocos recursos, los más desfavorecidos y olvidados de nuestra sociedad, en su mayoría personas drogodependientes, que cometen pequeños delitos contra la propiedad para poder hacer frente a su drogadicción. Su paso por prisión probablemente no les ayude a superar el problema con las drogas, por lo que, una vez fuera, más tarde o más temprano, volverán a reincidir en el delito y regresarán a la cárcel.

El sistema penitenciario ha fracasado en líneas generales en su objetivo de rehabilitación y reinserción de la población reclusa. Los datos hablan por sí solos: un 73% de los presos actuales han sido condenados con anterioridad; y un 49% de los presos excarcelados acaba volviendo a prisión en menos de tres años.

[1] DATOS SEMANALES DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS A 09/12/2005.

Salud carcelaria: una asignatura pendiente

Un alto índice de los reclusos en los centros penitenciarios españoles son usuarios de drogas por vía parenteral en el momento de ingresar en prisión, consumo que continúan realizando durante el tiempo que pasan en ella. Como consecuencia de este tipo de consumo, en los centros penitenciarios hay una alta incidencia de infecciones de transmisión por vía sanguínea y en especial, del VIH y el virus de la hepatitis C (VHC). De los más de 60.000 reclusos que tiene nuestro país se calcula que entre un 15% y un 20% vive con VIH (9.183-12.244 reclusos) y que un 35% está infectado por el virus de la hepatitis C (21.427 reclusos). Más del 90% de los pacientes infectados por el VIH en prisión lo está también con el VHC.

Es, por consiguiente, la infección por VHC y la coinfección VHC-VIH un problema de primera magnitud en la población penitenciaria española. Ahora bien, ¿reciben las personas privadas de libertad el mismo trato sanitario que recibirían fuera de prisión?

Si nos atenemos únicamente al reglamento penitenciario, la población reclusa tendría que recibir la misma atención médica que la población general. Sin embargo, las constantes denuncias de los propios reclusos y ex reclusos y la experiencia de las organizaciones comunitarias que trabajan por los derechos de las personas privadas

de libertad nos llevan a pensar que la atención sanitaria penitenciaria está muy lejos todavía de la que se ofrece al resto de la población.

El medio penitenciario dista de ser el modelo preventivo de enfermedades transmisibles que se menciona en su reglamento (artículo 207). De hecho, es un foco de transmisión de enfermedades infecciosas donde se puede agravar el estado de salud de personas que ya están enfermas.

Por lo que respecta al tratamiento de la infección por VIH, los reclusos denuncian la dificultad para comunicarse con un especialista en VIH cuando tienen dudas sobre su tratamiento o se encuentran mal; además, con frecuencia, muchas citas externas con el especialista de VIH se pierden, lo que impide el manejo adecuado de cualquier enfermedad infecciosa. Además, en los centros penitenciarios a las personas que siguen una medicación antirretroviral les cuesta tener una buena adhesión al tratamiento. Varios estudios han mostrado que características de las prisiones tales como su funcionamiento, su estructura, su equipo, etc. pueden actuar como barreras que impiden una adhesión óptima a la terapia. Por otro lado, las estresantes condiciones de vida del entorno carcelario junto con el debilitamiento del sistema inmunitario asociado a la propia infección por VIH hacen que esta población sea más vulnerable a una bajada desproporcionada en sus recuentos de CD4.

Las constantes denuncias de los propios reclusos y ex reclusos y la experiencia de las organizaciones comunitarias que trabajan por los derechos de las personas privadas de libertad nos llevan a pensar que la atención sanitaria penitenciaria está muy lejos todavía de la que se ofrece al resto de la población.

Un estudio reciente realizado en tres centros penitenciarios españoles ha mostrado una prevalencia de no adhesión al tratamiento de un 54,8%. Entre los factores que se asociaron independientemente con la no adhesión se incluyen tener dificultades para tomar la medicación, sentirse totalmente o bastante incapaz de seguir el tratamiento, clasificar la comida como 'mala', mencionar no tener a nadie fuera de prisión que se preocupe por ellos, que el funcionario de vigilancia sea flexible y le permita poder tomar la medicación en caso de que la haya olvidado, y por último, haber sufrido ansiedad o depresión en la última semana (*AIDS Research and Human Retroviruses*, vol. 21, nº8, 2005, pp. 683-688).

La presencia de enfermedad mental se asocia como un importante factor pronóstico de no adhesión a la terapia antirretroviral y a cualquier otra medicación, por lo que sería conveniente tratar las patologías mentales antes de iniciar el tratamiento. Sin embargo, la atención psiquiátrica en prisión es otra de las carencias del sistema sanitario penitenciario. Existen prevalencias muy altas de

enfermedades y trastornos psiquiátricos que no son atendidos de forma adecuada por el servicio médico. El apoyo psicológico es nulo y la atención psiquiátrica llega a través de especialistas externos (consultores) que acuden con muy poca frecuencia a los centros para atender una demanda tan grande.

En lo que va de año se han producido más de treinta suicidios en las prisiones españolas. Instituciones Penitenciarias ha diseñado un plan de choque para atajar este aumento de suicidios. Quizá una buena atención psiquiátrica hubiera evitado muchos de ellos.

Pese a la buena voluntad de los colectivos médicos que trabajan en el medio penitenciario de crear protocolos o documentos de consenso para el abordaje de infecciones con una alta prevalencia en prisión, como por ejemplo, el reciente documento de consenso para el tratamiento de la hepatitis C, estas iniciativas no serán eficaces hasta que la asistencia sanitaria en prisión no tenga un carácter integral. Difícilmente se podrá animar a los reclusos a que inicien el tratamiento para el VHC cuando no se dispone en el centro de una asistencia psiquiátrica especializada que le ayude a combatir la depresión y la ansiedad provocada por el propio tratamiento.

La Ley de Cohesión y Calidad

Muchos eran los que pensaban que los problemas mejorarían cuando los servicios e instituciones sanitarias dependientes de Instituciones Penitenciarias se transfirieran a las Comunidades Autónomas. Hasta la fecha, Cataluña es la única comunidad autónoma que tiene transferida la gestión de las instituciones penitenciarias (a la Secretaría de Servicios Penitenciarios, Rehabilitación y Justicia Juvenil del Departamento de Justicia). Para el resto de las comunidades autónomas el órgano competente es la Dirección General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio de Interior. En ambos casos, existe un órgano administrativo (Programa Sanitario y Subdirección General de Sanidad Penitenciaria) que se encarga de la tutela del derecho a la salud de la población reclusa.

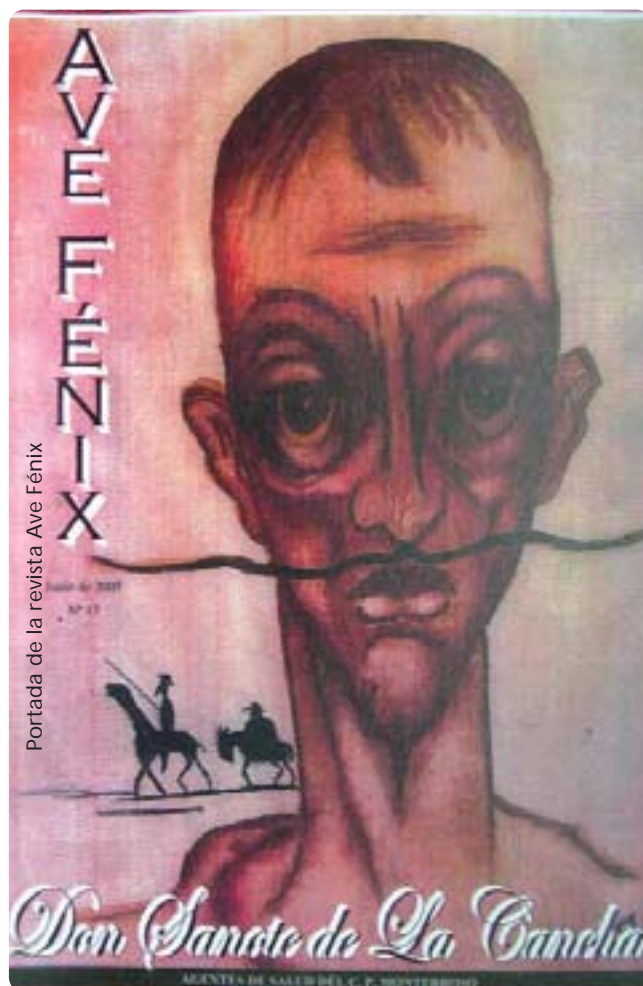
Con la publicación de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE nº 128, 29/05/03), en su disposición adicional sexta, se esperaba que: "Los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud. A tal efecto, en el plazo de 18 meses desde la entrada en vigor de esta ley y mediante el correspondiente real decreto, se procederá a la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en el Sistema Nacional de Salud, conforme al sistema de traspasos establecido por los estatutos de autonomía".

Sin embargo, a finales de 2004 finalizó el plazo de los 18 meses que fijaba la ley y no se ha producido cambio alguno. La situación continúa igual y no parece que dicha integración se vaya a producir ni a corto ni a medio plazo.

SIDA y pensiones

Las personas privadas de libertad han sufrido de forma muy especial los vaivenes de la legislación española en materia de reconocimiento del grado de minusvalía por VIH y concesión de una pensión. En el año 1993, el IMSERSO dictó una circular por la que se privaba del derecho a obtener pensiones no contributivas a las personas recluidas, por entender que estas personas, al estar en prisión, tenían cubiertas sus necesidades básicas por el Estado.

En 2001, otra circular del IMSERSO reconocía a las personas presas el derecho a obtener pensiones no contributivas, pero ahora bien, de los 280 euros mensuales correspondientes, se les descontarían los gastos de manutención. En el caso de las personas enfermas que se encuentran en enfermería el descuento es más elevado, por lo que la pensión queda limitada a 70, 80 o 90 euros al mes, dependiendo del módulo o centro penitenciario en que el/la recluso se encuentre.



Portada de la revista Ave Fenix

La deducción de los gastos de manutención de la presión contributiva de los reclusos la lleva a cabo la administración autonómica competente en esta materia. Las organizaciones civiles, especialmente las gallegas, han denunciado esta situación y ayudan a los presos a reclamar la parte deducida en concepto de manutención de sus pensiones no contributivas. Hasta la fecha llevan un ritmo imparable de victorias en los juzgados. Sin embargo, todavía se preguntan boquiabiertos en qué se ha empleado el dinero que se ha deducido en concepto de manutención de las pensiones no contributivas de estas personas.

La respuesta del movimiento ciudadano: la vía gallega

En este contexto surge la respuesta del movimiento ciudadano con diferentes modelos de intervención.

Hay grupos, ONG y asociaciones que optan por entrar en prisión y ofrecer servicios asistenciales para los reclusos. Desarrollan sus actividades para la población reclusa. Conocen los abusos que pueden cometerse dentro de prisión hacia los reclusos, y saben que se necesitan profundos cambios políticos, pero optan por no hacerlo público porque de lo contrario no podrían volver a entrar en los centros a ayudar a los internos.

Otros grupos han preferido no entrar en prisión, es decir, no ofrecer servicios y actividades para la población reclusa, y realizar desde fuera una intensa actividad de denuncia de violación de los derechos de los reclusos. Además reclaman, y para ello llevan a cabo una ardua labor de sensibilización dirigida hacia la sociedad en general y hacia la clase política en particular, la excarcelación de las personas con enfermedades graves, el cobro de las pensiones no contributivas a las que tienen derecho, y el cumplimiento de las penas con modelos alternativos a la prisión.

A mediados de los 90, los Comités Ciudadanos anti-SIDA gallegos empezaron a detectar que había una serie de problemas dentro de las prisiones que afectaban especialmente a las personas que vivían con VIH/SIDA: dificultades para conseguir la excarcelación, fallecimientos por VIH/SIDA dentro de prisión, pésima atención especializada, escasa medicación, etc. A estos problemas se añadía el creciente aumento de personas que se infectaban por VIH dentro de prisión y morían en el mismo centro penitenciario.

Es en este momento cuando los Comités gallegos comenzaron a aproximarse al Colectivo PreSOS Galiza, buscando formación y asesoramiento en temas legales en el ambiente penitenciario. Había una mínima coordinación informal, las personas comenzaron a formarse y a recibir e intercambiar documentación y se creó una especie de red. En esta época algunos Comités entraban en prisión.

A partir de 1998-99, las reuniones se hacen más frecuentes, y se empieza a fijar un calendario y una agenda. El trabajo se fue también especializando en función de las diferentes realidades que fueron surgiendo: el tema de las pensiones, el acceso a la medicación antirretroviral, el registro de nuevas infecciones por VIH/SIDA, etc.

También en Galicia opera Mesa Sida Galiza, compuesta por Recurso Komunal, Colectivo Mouxo, Presos Galiza, y los Comité de Lugo, de Villa-García, y de Santiago. Es una red totalmente informal que se ocupa de cualquier tema relacionado con el VIH/SIDA en Galicia.

A escala estatal, existe la Coordinadora Estatal de Solidaridad con las Personas Presas (CESPP) que es una red informal de casi 200 organizaciones de todo tipo: sindicales, independentistas, radicales, comités, asociaciones de lucha contra la drogadicción, coordinadoras de barrio. La CESPP coordina los esfuerzos de todas las organizaciones que la integran.

La comunidad es escuchada

En una reciente moción consecuencia de interpelación urgente presentada por el Grupo Parlamentario Esquerra Republicana en el Congreso de Diputados el pasado 13 de diciembre sobre políticas de investigación, de prevención y de tratamiento e integración de las personas afectadas de VIH/SIDA, se recogían algunas de las denuncias de estos colectivos. Éstos son algunos de los puntos sobre SIDA y prisión que recoge la moción:

- ⊙ La moción muestra preocupación por la posibilidad real de la transmisión del VIH dentro de los centros penitenciarios.
- ⊙ Además, al igual que recomienda la OMS, pide que se garantice a las personas encarceladas el acceso a los mismos tratamientos y medidas de prevención a los que accede el resto de la comunidad.

- ⊙ Entiende que la infección por VIH/SIDA exige un seguimiento que no puede ser realizado adecuadamente en las cárceles porque ni se dispone de los servicios ni de los recursos necesarios, y las derivaciones hospitalarias mayoritariamente son insuficientes o tardías.



- ⊙ Que en prisión no existen las técnicas de consejo asistido (*counselling*) y que a la mayoría de las personas infectadas en prisión se les comunica en consultas rutinarias sin la información ni el asesoramiento debido sobre la enfermedad.

- ⊙ Denuncia que esta situación impide que las personas infectadas por VIH/SIDA privadas de libertad accedan al tratamiento que consideren más adecuado para su salud, no pudiendo cuestionar lo prescrito y llegando al punto incluso de cambiar tratamientos de última generación por formatos ya caducos.

- ⊙ Que la dispensación de medicamentos corre a cargo de botiquines gestionados y conservados por personal penitenciario y del centro y no por farmacéuticos como sería legalmente oportuno.

- ⊙ Que la estancia en prisión empeora las condiciones que padecen las personas infectadas, por ejemplo, la mala alimentación, y aumentan los riesgos de transmisión de enfermedades infecciosas como tuberculosis o hepatitis.

- ⊙ La moción recomienda la libertad condicional anticipada para los reclusos que requieren de una atención médica y psicológica. Y recuerda que el reconocimiento de la atención extrapenitenciaria a las personas toxicómanas y la posibilidad de salida en régimen abierto, que se con-

templa en el artículo 117 del reglamento penitenciario de 1996, tampoco han sido desarrolladas hasta la fecha.

- ⊙ Señala que es necesario un impulso de los programas de intercambio de jeringuillas para la prevención de las personas drogodependientes, en particular en las cárceles, y en general, en toda la sociedad.
- ⊙ Solicita la excarcelación inmediata de aquellas personas en prisión afectadas de un padecimiento grave e incurable de SIDA y muestra su perplejidad por el hecho de que desde el punto de vista humanitario a las personas se las excarcelen unas pocas horas antes o unos días antes de morir y sólo con la intención de no empeorar las estadísticas.
- ⊙ También desde el punto de vista humanitario el texto solicita el cobro de pensiones no contributivas a que tienen derecho las personas encarceladas con VIH/SIDA y derivadas de su condición de minusválidas a la derogación del Real-Decreto 1169/2003, de valoración de minusvalías, y el cambio de los baremos de acceso a dicha condición, ya que los actuales baremos son cuantitativos y no cualitativos, es decir, basados en los días de hospitalización más que en la limitación real y objetiva que tienen las personas.

La moción, que además incluía otros puntos sobre políticas de investigación, prevención y tratamiento e integración de las personas afectadas por VIH/SIDA, fue aprobada por unanimidad de los grupos políticos.

Día de consulta: salimos de prisión

M

llamo M^a José López Álvarez. Trabajo en la Unidad de Infecciosos en el Hospital Xeral-Calde de Lugo. Somos cuatro l@s médic@s en la Unidad que nos dedicamos al VIH y a otras patologías infecciosas. Vemos pacientes seropositiv@s tanto de prisión como de fuera de ella. En Lugo hay dos prisiones (Bonxe y Monterroso) y por lo tanto la población penitenciaria es relativamente alta. Nosotr@s tenemos alrededor de 60 pacientes de prisión que vienen regularmente a la consulta, aunque seguramente las personas seropositivas en prisión son bastantes más.

LO+POSITIVO: ¿Cómo funciona todo el proceso? ¿Cómo llegan hasta aquí tus pacientes de prisión?

María José López Álvarez: La petición de consulta nos viene enviada por el servicio médico de prisión, acompañando a los antecedentes. Nos encontramos con el problema de que l@s pacientes de prisión tienen una gran movilidad. Muchos han rodado por varias prisiones. Empezaron tratamiento en una prisión, en otra se lo cambiaron y no consigues recopilar toda la información de la historia previa. Pero bueno, los datos que tienen en su expediente los vamos consiguiendo. A partir de que vienen la primera vez a consulta, automáticamente se les cita como cualquier paciente de la calle, con la misma periodicidad. Salen de aquí con una cita puesta por nosotr@s. Vienen a hacerse primero una analítica de control y luego vienen a la consulta a por el resultado. Aquí, en Lugo, se vienen a pinchar al hospital, lo cual es poco habitual. Depende del funcionamiento interno del servicio médico de prisión. No los atendemos en esta consulta ya que son bastantes pacientes y aquí hay problemas para visitarlos por razones de seguridad: estamos a pie de calle y la consulta tiene enormes ventanales. A la guardia civil no le gustaba mucho la consulta por razones de seguridad y a nosotr@s tampoco. Por ello se decidió utilizar una unidad de custodia que hay en el semisótano, unidad que construyó tiempo atrás Instituciones Penitenciarias. Existen también en otros hospitales, no sólo aquí.

L+P: ¿Nos puedes describir esta unidad de custodia?

María José López Álvarez: En esta unidad de custodia que, en principio, es una unidad de hospitalización hay una consulta pequeña, que tiene la ventaja además de estar en un área de seguridad; la pared de la consulta es de cristal y la Guardia Civil no entra dentro, sólo el paciente, lo que favorece una relación más fluida y cómoda con él. Estas consultas con reclusos las hacemos por la tarde, ya que no podemos atenderles por la mañana mientras estamos en planta. Se nos permitió hacer tiempo tener agendas especiales de tarde para esto. Vemos grupos grandes de pacientes, unos 8 en cada consulta. Están en una zona, en una habitación que hay en la entrada de espera con rejas a ambos lados. Permanecen esposados todo el tiempo, desde que llega el primero hasta que sale el último. Solamente les quitan las esposas en el momento de entrar en la consulta, lo que significa que se pasan, aparte del tiempo del traslado, dos horas y media, como mínimo, esposados.

L+P: ¿Crees que tus pacientes de prisión reciben el mismo tratamiento, los mismos cuidados, que las personas que no están en prisión?

María José López Álvarez: Si me hablas de pacientes seropositivos, en cuanto a tratamiento antirretroviral, sí. Además, ahora, prácticamente todos los fármacos que se comercializan están

Según el reglamento penitenciario, la atención primaria a l@s reclus@s se dispensa dentro de los mismos centros, los cuales deben contar con un equipo sanitario formado al menos por un/a médic@ general, un/a diplomad@ en enfermería y un/a auxiliar de enfermería, que dependen directamente de Instituciones Penitenciarias. La asistencia especializada, por parte de médic@s especialistas del Sistema Nacional de Salud, se intentará ofrecer dentro de la misma prisión. Esto es así sobre todo para patologías con una mayor demanda, como podría ser la infección por VIH/SIDA. Sin embargo, muchas veces éste no es el caso y l@s reclus@s con VIH deben salir del centro y acudir a consulta a las unidades de enfermedades infecciosas de los hospitales más cercanos. Esta medida de atención extracarcelaria deriva en pésimas condiciones de espera en los furgones de la policía a las puertas de los hospitales; pérdida de citas con el/la especialista en VIH; dificultad del/la reclus@ enferm@ para ponerse en contacto con su médic@ de VIH ante cualquier problema de salud; descoordinación entre el/la especialista en VIH extrapenitenciario y el/la médic@ general de la prisión. Algun@s especialistas intentan mejorar las condiciones, pero el sistema va en su contra.

disponibles en las instituciones penitenciarias, cosa que no ha sido así desde siempre (por ejemplo, cuando Instituciones Penitenciarias excluyó Combivir). Pero eso no volvió a pasar. Ahora todos los fármacos antirretrovirales se dispensan dentro de prisión. Los nuevos incluso antes de que los autorice la farmacia del hospital. En una de las prisiones de Lugo hay una farmacéutica, y existe un control bastante bueno de la medicación. Se les da semanalmente, en vez de mensualmente como en la calle. Creo que por lo que respecta a la medicación antirretroviral a la población reclusa se la trata igual que a las personas de la calle.

L+P: Y la relación con el/la médic@ general de la prisión, ¿existe algún protocolo de actuación entre médic@ general y médic@ especialista?

María José López Álvarez: No tenemos. Todo es por vía telefónica. Influye también mucho las relaciones personales, con algun@s es más fluida que con otr@s. También influye que haya alguien en concreto en la prisión que se responsabilice del servicio médico, de la medicación antirretroviral, ya que esto nos facilita a nosotr@s

mucho las cosas. En cuanto a la relación formal, no existe ningún protocolo. Es telefónica y puede ser más o menos fluida según las afinidades personales que tengas.

L+P: A l@s intern@s de los centros penitenciarios, ¿les hacen las mismas pruebas que a cualquier otr@ paciente? Por ejemplo, pruebas diagnósticas, de resistencias, de niveles de fármaco...

María José López Álvarez: Sí. Para nosotr@s en la consulta es como cualquier otr@ paciente. Se hace lo mismo, se trata igual. Se le trata el VHC igual, se le mira el hígado si es necesario. No hay diferencia.

L+P: ¿Tienes muchos pacientes coinfectados?

María José López Álvarez: En prisión especialmente porque la mayor parte de los pacientes han sido o son toxicómanos. Entre la población de toxicómanos seropositivos es donde se dan los índices de infección más elevados de coinfección.



La Dra. M^a José López Álvarez en su consulta en Lugo

L+P: ¿Y están en tratamiento?

María José López Álvarez: Sí. El tema del tratamiento del VHC lo llevamos diferentes personas según sea el recluso VIH o no. Tanto en la calle como en prisión, me refiero. Si son sólo VHC, los casos los lleva un compañero de aparato digestivo que tiene una consulta monográfica de hepatitis. Cuando están coinfectados ya los llevamos nosotr@s. Los vamos metiendo en tratamiento. Lo que sucede es que si el tratamiento de VHC ya es difícil en la calle, es mucho más duro en prisión.

Dentro de la prisión, circulan muchos mitos alrededor del interferón, y lo pintan peor de lo que realmente es. Entonces para la primera dosis les propongo ingresar, pasar aquí las primeras 48 horas para tratar los peores efectos secundarios. Están en un sitio caliente, donde se les puede ofrecer todo el tratamiento sintomático, por ejemplo si tienen náuseas darles una manzanilla, etc.; es decir, les intentamos dar los cuidados que cualquier persona fuera de prisión tendría en su casa. Si la primera dosis la toleran aceptablemente, les doy el alta a los dos o tres días, y si la toleran mal, espero a la siguiente dosis, a los 7 u 8 días. Lo pacto previamente con ellos. Con esto pierden bastante miedo al interferón.

L+P: ¿Nunca han puesto problemas Instituciones Penitenciarias para que esto sea así?

María José López Álvarez: No, ninguno. Yo hablo con el servicio médico. Lo saben, saben que es una práctica que hago habitualmente. Lo hablo con ellos dándoles las razones necesarias. Quedamos en un día concreto con el recluso, y la víspera del día que le va a tocar, me pongo de acuerdo con el médico para que me lo envíe. Creo que vuelven al servicio médico de la prisión mucho mejor, porque los problemas de intolerancia de los primeros días los pasan aquí y de alguna manera, regresan un poco más controlados.

L+P: Respeto al tratamiento del VIH, ¿tus pacientes son adherentes?

María José López Álvarez: Sorprendentemente adherentes.

L+P: Se acaba de publicar un estudio realizado en tres cárceles españolas que muestra una prevalencia de no adhesión de un 55%, ¿cómo lo ves?

María José López Álvarez: Yo creo que los no adherentes ya no vienen. Primero porque el enorme esfuerzo que supone para una persona de prisión venir a una consulta extracarcelaria es infinitamente mayor que el esfuerzo que puede suponer venir aquí a una persona de la calle. Si un recluso está citado a las cuatro de la tarde en la consulta, los monitores lo deben sacar a las dos. Llegan aquí a las cuatro, más de dos horas esposados; esperar la consulta y luego regresar. La persona que está dispuesta a pasar por todo eso tiene realmente ganas de hacer el tratamiento, dejando a un lado lo que tú, como médic@, influyes para que pueda aumentar la adhesión. Quizás l@s médic@s de fuera de prisión lo viven como algo ajeno; y quizás l@s médic@s que trabajamos con reclusos tenemos más facilidad para la comunicación, y para establecer una relación de mayor confianza, lo que facilita la adhesión a los tratamientos. Pero vamos, a pesar de todo, los niveles de adherencia son sorprendentemente altos.

L+P: En tu opinión, ¿cuáles son los principales problemas que tienen estos pacientes para manejar su enfermedad dentro de prisión?

María José López Álvarez: Quizás un problema es el desayuno. A la gente de la calle se le insiste mucho que la medicación anti-retroviral se la tomen en una o dos dosis, la mayoría en dos. En España hay un mal hábito con el desayuno. Es muy frecuente que la gente desayune un café y ya está. Y esto es muy poco si te tienes que tomar, por ejemplo, Kaletra. A la gente de la calle se le puede dar alternativas de desayuno y le puedes explicar que no te puedes tomar un café si luego has de tomar Kaletra, porque entonces vas a tener el estómago hecho polvo, y le recomiendas desde un bocadillo hasta cereales, pasando por yogur; pero claro, esto en la prisión es más complicado. Hablo del tema del desayuno en concreto. No sé exactamente lo que les dan, pero creo que pan con mantequilla y mermelada. Y dependiendo de su poder adquisitivo dentro de prisión, se pueden comprar productos en el economato. Hay personas en prisión a quienes les sienta mejor la medicación de la noche que la de la mañana, ya que la cena, sea buena o mala, suele ser más completa.

Por otro lado, la gente que está en prisión no suele estar en la mejor situación anímica. Son muy frecuentes los cuadros depresivos, además de los trastornos del sueño. Esto no facilita la adhesión a ningún tratamiento. Muchos casos de abandono de tratamiento son por este tipo de situaciones depresivas, además de la apatía en función del tiempo que les quede en prisión, o no tener a alguien dentro de prisión a quien acudir.

L+P: ¿No pueden recibir tratamiento psicológico?

María José López Álvarez: No todos los centros disponen de ayuda psicológica o psiquiátrica. Por ejemplo, no hay asistencia para el tratamiento con el interferón, que tiene un porcentaje alto de depresión como efecto secundario, incluyendo intentos de suicidios. A much@s pacientes que inician el tratamiento en la calle, l@s valoran primero l@s psiquiatras. Pero en pacientes de prisión esto es mucho más difícil: hay unos horarios de celdas, te cierran a las nueve y a partir de esa hora tú no puedes pedir ser visitado por un/a psicólogo porque no lo hay.

L+P: ¿Cómo se podría solucionar esto?

María José López Álvarez: En teoría la valoración psiquiátrica la tiene que pedir el médico de prisión. Yo puedo decirle que aconsejo una valoración psiquiátrica de un recluso, pero luego la asistencia psiquiátrica dentro de la misma prisión es escasa.

L+P: ¿Qué te gustaría mejorar de la atención a los pacientes con VIH privados de libertad?

María José López Álvarez: Por ejemplo, que la información previa sobre su tratamiento, su historia médica previa, pudiera llegarle de forma más directa y accesible. A veces me encuentro con gente de prisión incapaces de acordarse de los nombres de las pastillas que han tomado. Esto tiene que ver con el problema de los traslados y los expedientes médicos, que llegan una semana después al

Yo lo que sí tengo claro es que a mí me gusta seguir a los pacientes de prisión exactamente igual que a los de la calle, con la misma periodicidad, exactamente igual. Y no visitarlos únicamente cuando tienen algún problema.

nuevo centro. Además, el informe que llega no es completo, los datos son aislados, son mínimos... no sé cómo se podría arreglar pero es un problema serio a la hora de tratar al paciente.

Se debería mejorar también el tema de la asistencia psiquiátrica y la valoración psiquiátrica que me parece muy importante para los pacientes coinfectados. Por otro lado, a mí particularmente no me gusta nada que estén esposados dos horas y media en la sala de espera, aunque no puedo hacer nada con este tema. A lo mejor si no fuera así, aumentaría la adhesión.

L+P: ¿Hay intimidad en la consulta que permita una buena relación médico-paciente?

María José López Álvarez: Intimidad en la consulta de abajo sí (unidad de custodia), porque hay un cristal, y nadie ajeno al paciente, a la enfermera o a mí oye nada. Si lo hiciéramos aquí, en la consulta general, no.

La consulta de abajo, la unidad de custodia, la consiguieron ellos hace ya unos cinco años. Yo hablé con el gerente, aunque la verdadera presión vino de ellos. Se movilizaron bastante, cartas al defen-

sor del pueblo, incluso salieron en los periódicos. Esta consulta de abajo ha permitido mejoras.

L+P: ¿Crees que si tú fueras a la prisión estarían mejor atendidos o crees que aquí reciben mejor atención?

María José López Álvarez: Supongo que si yo fuera allí sería más cómodo para ellos. Pero claro, tendría que tener allí las historias clínicas, la misma enfermera que tengo aquí, que conoce la mecánica de la consulta y me facilita mucho el trabajo. Si se diera todo esto, si tuviéramos allí las historias clínicas, la misma enfermera, supongo que en este caso no tendría porque ser diferente la atención, siendo para ellos, evidentemente, más cómodo.

Un compañero que pasa consulta dentro de una prisión con unos 1.400 reclusos y que debe tener una alta tasa de personas con VIH, me cuenta que visita a los reclusos con VIH que los médicos de prisión quieren que vea.

Yo lo que sí tengo claro es que a mí me gusta seguir a los pacientes de prisión exactamente igual que a los de la calle, con la misma periodicidad, exactamente igual. Y no visitarlos únicamente cuando tienen algún problema.

L+P: A los reclusos con VIH que no están tomando tratamiento, ¿te los traen igual?

María José López Álvarez: Sí. La cuestión importante es que me los manden una primera vez. Una vez que los he visitado, salen de aquí con cita. A diferencia de otros hospitales, nosotras tenemos un sistema de citación dentro de la propia consulta de VIH, tanto para la calle como para la prisión. Esto nos da una ventaja enorme, y es que los pacientes salen de la consulta con su próxima cita. Si el paciente no acude, nosotras llamamos. Entonces el control es mayor. Es difícil que se te escape un paciente de los que no quieren venir. En otros hospitales es el servicio médico de prisión el que tiene que volver a pedir una nueva cita, procedimiento por el que se deben perder bastantes seguimientos de los pacientes de prisión.

Desde dentro:

Entrevista a José María



Es una tarde fría y desapacible de finales de octubre. Lluve. LO+POSITIVO se dispone a visitar a José María en el Centro Penitenciario de A Lama, situado en la localidad del mismo nombre en el interior de la provincia de Pontevedra. Viajamos con un conocido activista gallego desde Santiago de Compostela, lo que significa que para cubrir los casi noventa kilómetros que nos separan nos llevará un buen rato y deberemos pagar una cantidad considerable de dinero en transporte público. Pensamos en las personas que tienen que desplazarse desde diferentes puntos de Galicia (o de España), como estamos haciendo nosotros ahora, para poder visitar a sus familiares en prisión.

Subimos al tren que nos conduce de Santiago a Pontevedra. Previamente hemos tenido que abonar los 8,30 euros que nos cuesta el trayecto ida y vuelta. Continúa lloviendo. El Centro Penitenciario no se encuentra en el mismo pueblo de A Lama, sino que está bastante retirado. Todos nos aconsejan que la mejor forma de llegar hasta la prisión es en taxi. Al parecer no hay transporte público hasta el mismo Centro Penitenciario. Así lo hacemos. El precio nos deja fríos, más de lo que ya estamos a causa de la temperatura que ahora mismo hace en la puerta de la prisión: aproximadamente 24 euros por trayecto, es decir, el taxi ida y vuelta nos va a costar casi 50 euros, que si les sumamos los 8,30 euros del billete del tren, visitar a un familiar en esta prisión supone un gasto de unos 60 euros viniendo desde Santiago.

Entramos en el Centro. Comunicamos al funcionario de prisiones que nos atiende que tenemos una cita. Nos pide por favor que le entreguemos la documentación y que dejemos en las taquillas todo lo que llevamos con nosotros, especialmente, el teléfono móvil. Mientras tanto, el funcionario aprovecha para llamar por teléfono y avisar de nuestra llegada.

Antes de entrar en la prisión valoramos la posibilidad de meter a escondidas una grabadora digital y poder registrar la conversación con José María, pero la máquina de rayos X de la entrada por un lado, y el miedo a las represalias hacía nuestro amigo por si nos descubren, por otro, nos hacen desistir del empeño. Finalmente, lo único que entramos es un cuaderno y un bolígrafo para anotar la conversación.

Tras pasar el arco de rayos X, el funcionario que nos atiende nos informa de que el director de la prisión nos está esperando. Nos parece extraño que un director de un centro penitenciario quiera recibir antes a las visitas de los internos, aunque tenemos la sensación de que no es la práctica habitual. Quizá el hecho de que nos acompañe nuestro amigo gallego, un destacado activista de los derechos de las personas presas, pueda haber influido en la decisión del director de querer 'conocernos'. Ignora o por lo menos es lo que nosotros creemos, que somos de LO+POSITIVO.

Caminamos por largos pasillos; en nuestro trayecto hasta el despacho del director no logramos ver a nadie. Algún funcionario de prisión aburrido en su garita de control, pero nadie más. Entramos en el despacho. Nos saluda cordialmente, sobre todo a nuestro compa-

sa los tres meses que se requieren para el tratamiento regular del VIH. Aún más tiempo se demora la consulta con el psicólogo del centro. José María solicitó una visita hace un año y todavía no se la han concertado.

No es fácil vivir con VIH dentro de prisión. No es un tema del que se suela hablar, o bien se evita o bien se esconde: hasta que se hace evidente; nos relata como hace quince días encontraron un compañero muerto en su celda. Aunque José María piensa que no es sólo por el VIH, las drogas junto con un estado de salud, tanto físico como psíquico, muy debilitado hacen que muchos compañeros se queden en el camino. No obstante, los años en prisión le permiten analizar la evolución de la infección del VIH en el medio carcelario y considerar que años atrás era un auténtico desastre.



Exterior del Centro Penitenciario de A Lama, en Pontevedra.

ño gallego, que viene con frecuencia a éste y a otros centros penitenciarios de Galicia a visitar a personas privadas de libertad.

Tras los saludos de rigor, nos invita a sentarnos en el cómodo sofá de su despacho, un espacio amplio, aunque austero. Y a continuación comienza a explicarnos detalles de la vida en prisión de nuestro amigo al que venimos a visitar: nos habla de su incapacidad para seguir los cursos que ofrece el centro, su negativa a citarse con el director, sus problemas de adaptación...

Nos despedimos. Un funcionario nos acompaña hasta el locutorio, donde nos espera José María. El locutorio es un espacio bastante grande con pequeñas cabinas para poder hablar. Un sólido cristal impide cualquier contacto físico: la conversación se establece por medio de un interfono. Tan sólo hay dos cabinas ocupadas. Nos metemos en una lo suficientemente apartada como para poder mantener una conversación relajados.

Toda una vida en prisión

José María lleva privado de libertad desde 1982 y obtendrá la condicional en 2006; durante todo este tiempo sólo ha estado fuera de prisión un año y nueve meses.

Fuera le esperan su mujer y una hija de once años a la que no ve con la frecuencia que a él le gustaría, de hecho no se ven desde hace dos años. El recuerdo de ambas le anima a continuar.

Le diagnosticaron VIH en el año 1997, es portador de los virus de la hepatitis C y B, y padece ataques de epilepsia. Aunque no toma tratamiento para las hepatitis, sí que lo hace para el VIH. Además, está en un programa de mantenimiento con metadona. Hasta la fecha, el tratamiento antirretroviral le ha ido funcionando, pero se muestra esquivo a que lo visite el médico de VIH de su prisión. José María se queja de las instalaciones sanitarias de A Lama; según nos cuenta, tan sólo dispone de un aparato de rayos X.

En A Lama el especialista en VIH atiende a los reclusos dentro del centro penitenciario. No obstante, como consecuencia del gran número de personas que tiene que visitar, la lista de espera sobrepasa

Compañeros de conveniencia

Tantos años en prisión le han hecho recelar de todo su entorno: cree que aunque la gente se ayude en prisión, los amigos no existen, son compañeros de conveniencia. José María se apoya en su hermano que también cumple condena en A Lama.

José María nos relata la monotonía y el tedio de la vida carcelaria: se inicia con el desayuno, seguido en su caso de la toma de la metadona, un paseo por el patio, trabajo en los módulos, o actividades si las hay, comida, a veces la proyección de algún vídeo, recuento, cena, recuento y a dormir. Y así día tras día.

Se lamenta del escaso número de plazas en los talleres y de que: «Se dé prioridad a los extranjeros para no marginarlos». Los talleres de idiomas e informática son los más solicitados y se conoce que se conceden en base a si se tienen o no sanciones.

La comida en prisión es otro motivo de queja, no sólo por su escasa calidad, sino porque se ha suprimido el suplemento alimenticio que recibían los presos con VIH. Su pensión de poco más de 200 euros le alcanza para algo de fruta, leche y yogures en el economato.

El día de mañana

En prisión no se deja de pensar en el momento de la libertad. José María ve el futuro con cierto optimismo. Se ve trabajando en venta ambulante, haciendo mercados: un negocio que le gusta, conoce y podría desarrollar felizmente.

Estar en la calle le permitiría tener una mayor gestión de su propia salud. Incluso se aventura a decir que sus defensas mejoran cada vez que pone un pie en la calle. La última vez que estuvo fuera durante tres meses su defensas subieron de 40 a 300 CD4 y su carga viral pasó de 800.000 copias a niveles indetectables.

La libertad es la mejor medicina.

Ayuda entre colegas:

la experiencia de los agentes de salud

A principios de 2000, la Dirección General de Prisiones empezó a introducir en los centros penitenciarios el concepto de educación entre pares, una forma de intervenir entre iguales, que parecía abocada al fracaso en el medio penitenciario por el afán de la institución por preservar los férreos objetivos de guardia y custodia. Pese a ello, y gracias al interés de muchos funcionarios implicados que creyeron en el proyecto, se puso en marcha un programa de educación para la salud cuyo objetivo era que los propios funcionarios, o trabajadores externos, del centro penitenciario capacitasen a un grupo de internos para que estos actuasen como agentes de salud entre sus iguales. A continuación os ofrecemos la experiencia de Alejandro Sejo, uno de los primeros agentes de salud del Centro Penitenciario Monterroso, y de Julia Bayés, la médica de Monterroso, que se encargó de capacitar a Alejandro como agente de salud.

Alejandro

Soy Alejandro Sejo Pastor, ex toxicómano y seropositivo desde el año 97. He estado en prisión 8 años, y llevo involucrado en el programa de educación para la salud unos cinco años, con una buena parte de mis energías puestas en ello. He comprobado que la mejor manera de decirle a una persona que se está haciendo daño, o cómo puede minimizar esos daños, es que se lo diga a alguien que ha pasado por la misma experiencia. La educación para la salud entre iguales ha sido un logro en la prisión. Y a pesar de que yo ya no estoy en prisión, porque ya he cumplido mi condena, estoy tan involucrado en esto y creo tanto en ello que me siento responsable de lo que se ha hecho y de lo que queda por venir. Y como, desgraciadamente, y hay que decirlo, el nivel cultural en prisión no es el que sería deseable (no quiero decir con esto que yo sea una persona culta, que no lo soy, ya que mis estudios se limitan al bachiller superior) tengo cierto peso y mis compañeros me han prestado cierta atención. Las cosas que decía solían tener consecuencias positivas. Aunque también hubo choques, como en todo...

La prisión es un microcosmos condensado de la sociedad. Yo he visto personas por las que nadie daba nada, por ejemplo yo mismo, que estaba con cero CD4 y con millones de copias de carga viral. Ahora estoy indetectable desde hace cinco años, y sigo el tratamiento correctamente. Incluso personas que estaban mucho peor que yo ahora están mejor, personas de las que no se esperaba ni que pudieran sobrevivir.

Me ocupo de la revista *Ave Fénix*, una revista que se realiza desde Monterroso, y en la que tratamos todo tipo de temas, con bastante libertad. Es cierto que yo me encargo de que la cosa tenga cierta presencia, que las relaciones sean más o menos correctas, siempre respetando el espíritu de cada una de las personas involucradas. Para participar en la revista se debe seguir previamente un programa de educación para la salud, que consiste en primeros auxilios, en reducción de riesgos, etc. Son unos programas bastante completos de dos o tres meses de duración.

Tras recibir el curso de formación, a principios de 2000, se produjo un fenómeno bastante curioso. Empezaron a surgir iniciativas de los propios agentes de salud de la prisión. La gente quería más, quería tener una capacidad de convocatoria, quería decir que la cárcel se puede cambiar. La idea era que como que teníamos que estar obligatoriamente en prisión, íbamos a aprovechar de algún modo el



tiempo para mejorar nuestra salud, mejorar culturalmente, familiarmente, en nuestras relaciones con los demás.

La revista *Ave Fénix* surge en este contexto. Es una publicación cuatrimestral y de tema monográfico. Se reparte por los módulos a gente que tiene un cierto interés por leerla y estas mismas personas hacen que circule. Junto con la entrega de la revista, se hace un acto de presentación. Se solía hacer los domingos por ser el día en que se celebraban los talleres. Durante el acto, se realizaban certámenes de poesía, conciertos de rock, teatro... y al final se repartía la revista.

Con estas actividades se creaban unos vínculos entre todos los presos. Cada vez que había un acto de cualquier tipo programado por el centro tenía cierta asistencia o aforo. Pero cuando se hacía el de la revista *Ave Fénix* iba todo el mundo. Independientemente de la actividad que se hiciera, los agentes de salud explicaban cuál había sido su experiencia a la hora de hacer la revista. Todos hablaban.

Una de las cosas más evidentes en todo este proceso fue el atrevimiento de esos agentes de salud, lo cual iba contracorriente. Se trataba de ser 'niño bueno' en prisión, cuando lo que se llevaba era ser 'niño malo'. De repente, aconsejábamos a nuestros compañeros: «Has de cuidarte, chútate bien, y si no, mejor fuma en plata, y si no, deja la plata; usa preservativo...». Para dar este tipo de información, tenía uno que subir al escenario y hablar a 800 presos con los que había compartido muchas cosas. Y decirlo todo con fe, aunque hubiera personas que te hubieran visto en situaciones

iametralmente opuestas a lo que estas habas diciendo. Todo esto hacía que la gente se planteara qué podía hacer para participar, ayudar o colaborar. Todo el mundo quería involucrarse. En un tiempo bastante breve, de ser algo desprestigiado, ser agente de salud pasó a ser algo respetable: la persona a la que hay que escuchar porque sabe lo que dice.

Los temas de la revista son, como decía, monográficos, aunque a veces se recurre a temas de los que ya se han hablado. De lo que hemos ido haciendo seleccionamos lo que nos ha parecido más eficaz y prioritario, y lo volvemos abordar. Cuando tratamos el tema de los programas de intercambio de jeringuillas, por ejemplo, lo hacíamos reivindicativamente y de forma seria, dando argumentos, poniendo ejemplos. Convencerlos hasta el punto en que llegó a instaurarse el programa de intercambio de jeringuillas costó mucho.

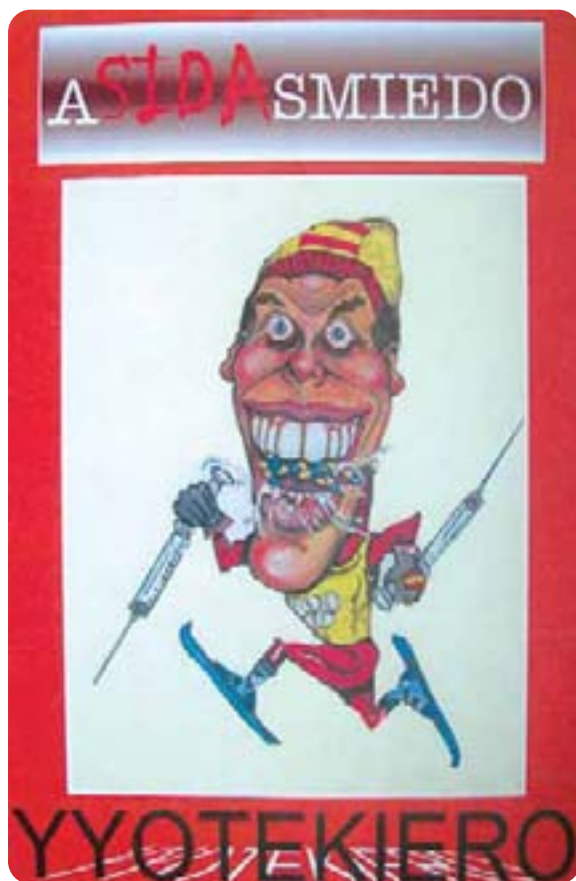
Otro tema que tratamos es el de la sexualidad dentro de prisión. Respecto a abordar el tema de las relaciones sexuales entre hombres dentro de prisión y qué información había que dar, fue una cuestión muy peliaguda por ser éste un tema tabú. Se tenía que educar desde muy abajo y tocar ciertos temas que hasta ese momento ni se hablaban. Ahora en este sentido hemos avanzado bastante. Hoy día hay transexuales entre los agentes de salud, lo cual es un gran logro.

Los agentes de salud detectamos en seguida si algún compañero tiene un problema e intervenimos. La convivencia es tan intensa dentro de prisión que cuando se mueve un vaso sabes quién lo ha movido y por qué. Los módulos son pequeños, de unas 24 personas, por lo que todo se conoce, todo se sabe. Si alguien tiene un problema, lo detectan antes las personas que están conviviendo con él, que los servicios médicos. Muchas veces han tenido que ser los agentes de salud los que han dado la alarma, los que se han tenido que 'chivar'.

Subir a la tribuna supone el enfrentamiento con mucha gente. Yo la primera vez que subí, delante de 400 personas y sabiendo que muchas de las que tienes delante son las que están moviendo la heroína, al señalarlos con el dedo, yo sabía que me estaba jugando el tipo. Salí muerto de miedo. No bastaba con agitar para que los compañeros se dieran cuenta de que algo estaba pasando, había que agitar para que muchos de ellos abriesen los ojos y se diesen cuenta de quién tenían delante, de que ese señor no les estaba aliviando la estancia, sino que les estaba jorobando la condena.

Otra de las actividades que crearon los agentes de salud fue el teatro sanitario, que consistía en representar una obra de teatro escrita por ellos mismos y con temas que tenían un mensaje positivo para el recluso que la veía.

El papel y la figura del agente de salud son fundamentales para transmitir mensajes sanitarios a tus iguales. Muchos reclusos antes de llegar a prisión han pasado por cantidad de procesos y están muy cansados. De repente, se encuentran en prisión, donde están con otros colegas que han pasado por las mismas experiencias. Yo no puedo aconsejarles que no se chuten, si yo continúo haciéndolo. Yo tengo que ser un ejemplo para ellos. Me tienen que ver guapo, afeitado, maqueado; al otro, lo que le genera no es envidia, sino ese mimetismo, ese modelo que quiere llegar a ser. Y esto se puede



lograr cuando se trabaja de tú a tú, entre pares. Y es ahí donde tenemos nuestro papel los agentes de salud. Y ya no sólo por lo que respecta al aspecto externo, también los consejos y orientaciones sanitarios deben ser los correctos. Por ejemplo, una vez en la cafetería se hablaba de un tema que corría por prisión, que con carga viral indetectable se podía prescindir del preservativo porque no había riesgo de transmisión. Esto nos hizo saltar la alarma y tuvimos que hablar con estas personas para explicarles que esto no era así; y nos hizo reflexionar también sobre qué información corre por prisión, a qué tipo de personas le das esta información y a quiénes no. Esta información no puede estar al alcance de todo el mundo.

Ahora que estoy fuera de prisión y ya he cumplido condena, los retos son otros. En primer lugar, la revista por cuestiones técnicas la tengo que seguir haciendo yo, desde mi casa. En cuanto a los contenidos, también tengo que seguir yo gestionándolos, porque los agentes de salud han ido rotando. Mi intención realmente es continuar vinculado a todo esto porque aunque en la calle podría continuar trabajando de esto, no es lo mismo. No me gusta tanto.

El material para la revista me lo enviarán los agentes de salud. No puedo entrar a prisión por tener antecedentes, sólo hace un mes que salí de prisión. Los antecedentes penales no me permiten entrar en prisión antes de que pase un periodo de cinco años. ¡Ojalá pudiera yo seguir trabajando desde dentro! Lo que yo daría por una cosa así. Y, por supuesto, sin obtener ningún tipo de beneficio.

Mi función va a seguir siendo, dentro de lo que se está haciendo, la misma. En la medida de lo posible, mi esfuerzo se va a centrar en la revista y en las nuevas obras de teatro que ya se están escribiendo.

Julia

Soy Julia Bayés Martínez, médica del Centro Penitenciario Monterroso de Lugo. Soy médica de prisión desde 1992. Desde 1993, me he dedicado a la educación para la salud. De 1993 a 2000 hubo un programa que consistía en dar charlas semanales en la escuela de la prisión y era de asistencia obligatoria para los internos. La eficacia era muy escasa. Más tarde desde la Dirección General de Prisiones fue cuando se empezó en algunas prisiones, en pequeños grupos, a hablar de educación entre iguales. Se escogió a Monterroso como centro pionero en educación entre iguales. Fuimos a Madrid a hacer un curso de formación. Para mí era un método totalmente novedoso; no tenía nada que ver con estar en una mesa hablando delante de unas sesenta personas que están obligadas a asistir y que pueden o no estar atentas; se trataba de estar en torno a una mesa en donde tod@s eran iguales, no hay cabecera, tod@s aportan y discuten por igual. Hasta la metodología era diferente. Desde ese momento creí firmemente en ello.

Una vez terminado nuestro curso, teníamos que formar a los agentes de salud en nuestro centro penitenciario. Los pioneros siguen estando aquí, como por ejemplo Alejandro.

Cuando acaban el curso, los agentes de salud vuelven a los módulos de las prisiones. Pero en Monterroso pasó algo que no

sucedió en las otras. Los agentes de salud querían seguir haciendo más cosas. Y propusieron otras actividades: la revista, es un ejemplo. Querían hacer cosas concretas y determinadas. Y una de ellas fue esta revista, *Ave Fénix*. Su nombre es muy simbólico. Otra actividad propuesta por ellos fue el teatro sanitario.

Hacer estas actividades entres iguales no ha sido nada fácil. Daros cuenta de que una cosa tan sencilla como puede ser el trato de tú a tú en la calle, en prisión no lo es tanto, ya que la gente está en módulos diferentes. Hubo muchísimo trabajo para poner todo esto en marcha: las dificultades para poder establecer una comunicación entre las personas fue un gran



impedimento.

Al principio la prisión se mostraba reticente, pero teníamos el apoyo desde Madrid, desde la Dirección General de Sanidad. Esto era importante, era lo que nos salvaba. Entre los funcionarios, costó muchos años creer en el proyecto. Ahora se habla con normalidad de los agentes de salud, pero antes era una palabra que se veía hasta fea. Causaba risa decir que eras agente de salud.

La lucha con la dirección de la prisión fue titánica, no teníamos ningún apoyo. De hecho, el curso

de mediadores lo hicimos maestros, funcionarios, trabajadores sociales, distintas personas, vinculados más al equipo sanitario

Atención a pie de calle:

Comité Ciudadano anti-SIDA de Lugo

Marisa y Tito forman parte del Comité Ciudadano anti-SIDA de Lugo. Desde su asociación atienden y asesoran a personas con VIH, algunas de ellas en prisión. Ambos saben lo que es vivir con VIH y lo que significa estar privad@ de libertad. El discurso de Marisa sobre SIDA y prisiones se asienta sobre la sólida base de un profundo conocimiento del reglamento penitenciario y los derechos que debe tener cualquier persona con independencia de su situación penal.

L+P: ¿Cuándo se creó el Comité de Lugo?

Marisa: Fue en año 91. No teníamos sede social. Estábamos tod@s en casa del presidente. Se creó por la misma razón que en otros sitios: los enfermos tenían necesidades, la gente se moría. Apareció también el miedo. La gente se hacía la prueba por miedo. No había otro sitio adonde acudir. La gente entonces quería saber qué es lo que tenían, cuánto iban a vivir, qué enfermedades iban a tener. En el comité también había en aquel entonces gente muy implicada. Y personas en fase terminal que no sabían qué hacer. Nosotros les dábamos apoyo y les ayudábamos a salir a la calle. Ahora no hay tantas enfermedades ni hospitalizaciones, pero sí efectos secundarios, y aspectos como la salud mental que no se están tratando.

L+P: ¿Qué programas tenéis?

Marisa: Tres específicos. Uno que es un programa integral, donde englobamos todo lo que es prevención, atención a la persona que vive con VIH, atención social y atención a presos, es decir, ofrecemos prevención, asistencia social y jurídica. Luego hay otro proyecto dedicado a usuarios de drogas en activo o en programas de metadona. Luego tenemos un tercero de mujeres y prisión. Podríamos entrar en la prisión de Bonxe y hacer alguna actividad con las presas. Al ser tan pocas no se les puede ofrecer los cursos del INEM. Fuimos allí a hablar con el director para poderles dar una especie de charla. Pero si queremos entrar a hacer un proyecto definido durante un tiempo concreto, tenemos que contratar un seguro de responsabilidad civil por si ocurre algo dentro. En tal caso, tendría que pagar nuestra asociación, por lo que hemos de tener en cuenta con qué presupuesto contamos cada año para poder tirar adelante con este proyecto. Lo vamos a intentar porque ellas mismas nos lo

pidieron: estas mujeres no tienen acceso a nada. No es una cárcel de mujeres. No llegan ni a 40 y las tienen en un módulo aparte.

El acceso a las mujeres es más difícil. La mujer, tanto la de la calle como la de prisión, siempre está marginada. En este caso doblemente: por ser presa y por ser mujer. Y si encima vive con VIH, peor. Ni te cuento si tienes que ir al ginecólogo a una visita... igual tardas ocho meses en poder salir. Much@s pres@s no exigen derechos que les corresponden. En Lugo, por ejemplo, gracias a sus reivindicaciones consiguieron que no los tuvieran en el 'canguro' (furgón policial) mientras esperaban la consulta. Pero no siempre es así.



EL CLÓNICA

Diario Independiente de Tergiversación General

Detenido un estafador que prometía curar el SIDA

La policía de Vayacaldo ha detenido a un hombre de mediana edad acusado de cobrar cantidades que iban de los 10.000 a los 100.000 euros con la falsa promesa de curar el SIDA. La técnica que proponía consistía en lavar se la cabeza cada día con agua oxigenada. Las alarmas saltaron cuando l@s psicólog@s de un centro de día informaron a la policía de que cada vez tenían más usuari@srubi@s perioxidad@s.

Sociedad. Página 7.

Más de 500 personas con VIH, familiares y amigos llenan el Palacio de Deportes de Campillos de la Sierra

Una ONG gasta todo el dinero de la subvención en una fiesta de fin de año



hora del brindis. «Estamos de suerte, este año hemos recibido el dinero de la subvención el 30 de diciembre, con lo que hemos tenido todo un día para gastarlo, el año pasado llegó el mismo día 31 y no nos dio tiempo, así que tuvimos que devolverlo», dijo Aitor Mento responsable de la ONG a este periódico. En una sala adjunta a la pista donde se estaba celebrando la cena-baile, un grupo de dedicad@s profesionales llevaba a cabo *counselling* sin cesar, la demanda fue altísima, por lo que fue necesario hacer horas de cola para conseguir hablar con un *counse-*

llor. «Tenía mucha ansiedad acumulada durante todo el año, estaba ya muy mal. Menudo peso me he quitado de encima» aseguraba un usuario después del servicio. A la salida se ofrecía a los invitados los miles de preservativos que no pudieron repartirse durante el año. «¡Qué guay! Nos vamos con los bolsillos llenos. No hay tiempo que perder», declararon dos usuarios que abandonaron la fiesta muy pronto entre risas y arrumacos. El éxito del evento hace prever que, de llegar a tiempo el dinero, pueda repetirse el programa el próximo año.



Crucero para seropositiv@s

Julie vive con VIH, también el capitán, el barman y todos los personajes de la serie *Vacaciones en el Mar*. Una ONG española ha recreado el ambiente de la famosa serie en un barco para seropositiv@s que cada semana sale del puerto de Marbella con destino a las islas griegas de Lipos y Toxos y que incluye la visita a las ruinas de Hépatos.

Viajes. Página 28.

EXCLUSIVA

Una parroquia reparte condones

La iglesia de la Santa Protección de Villarroca Absurda ha puesto en marcha una iniciativa para repartir preservativos a la salida de sus servicios religiosos. Fuentes próximas a los capellanes que dirigen la campaña informan de que es una estrategia para atraer a jóvenes a las misas: «Ya sabemos que no va a gustar a la Conferencia Episcopal, ni al Papa, pero las cosas no están para bromas. Si tenemos que pagar el IVA, habrá que llenar el cepillo de una manera u otra».

Economía. Página 69.

Metadonna arrasa con su nuevo álbum

La diva del pop sigue reinventándose y empieza una gira mundial para promocionar su nuevo álbum *Chut-up* cuyo tema central aboga por la reducción de daños entre usuari@s de drogas inyectables y por que estas personas no sean excluidas del sistema sanitario y tengan acceso a programas de sustitución de la heroína, si así lo desean. La *tourné* que

recorrerá todas las salas de venopunción de España, empezará en el centro de Vall d'Hebrón de Barcelona. L@s vecin@s que son contrari@s a la ubicación de esta instalación en su barrio piensan manifestarse el día del concierto al grito de «Ni Chut, ni Meta, ni Dona, vete de aquí y abandona.»

Espectáculos. Página 31.

publicidad



L+P: ¿Por qué no los reclaman?

Marisa: Hay mucha desinformación todavía. Hay un nivel de analfabetismo grande. Las mujeres en prisiones pequeñas no tenían acceso a la escuela hasta hace poco. O iban a la de los hombres o no tenían. Hace un año o dos las mujeres dijeron que estaban hasta las narices de no poder hacer ninguna actividad. La población también ha cambiado mucho en las prisiones. Ahora hay muchas personas extranjeras que no entienden el idioma o que son analfabetas. Imagínate, entonces, si la mayoría de pres@s de aquí no conoce sus derechos, l@s de fuera peor aún. Nosotr@s l@s asesoram@s en este sentido. Much@s pres@s están trabajando en los talleres y no saben que pueden estar sindicados, que un representante de los presos pueda formar parte de la programación de actividades, talleres. Y esto está en el reglamento, un reglamento estupendo. Sería maravilloso que se hicieran las cosas tal y como figuran en él, pero muchas de estas cosas que recoge o no están o no se aplican. Una persona que esté en primer grado olvídate de que algún día lo vaya a superar. Éste es un tío irrecuperable, por mucho apoyo que tenga en la calle, por mucho que él lo lleve bien o que lo saquen de permisos. Ese tío ya está destrozado de por vida. A la gente que pasa mucho tiempo en la cárcel le cuesta mucho adaptarse una vez fuera. Si facilitarían las cosas dentro, por ejemplo el acceso a talleres para todos, y no sólo para los veinte que se les concede un curso, todo sería diferente. No puede ser que los cursos los puedan hacer sólo unos 40 internos. ¿Y qué pasa con el resto? Matan el tiempo todo el día en el patio. En algunas prisiones, hay reclus@s catalogad@s a l@s que se les impide la participación en talleres.

L+P: ¿Qué opináis sobre el papel de l@s agentes de salud en las prisiones?

Marisa: Es positiva para ell@s porque están dentro de la prisión haciendo algo durante el día. Para l@s que l@s necesitan también es positivo, porque tienen a alguien que l@s acompaña, que está pendientes de ell@s. Pero la percepción que tiene el resto de pres@s no siempre es buena. Piensan que podría haber dentro de prisión grupos de autoapoyo que se reúnen una vez por semana. También está el problema de la seguridad; por ejemplo, a un preso con un cuadro depresivo, que no puede salir del hospital, se le manda un/a psicólog@ para que hable con él. El preso no quiere bajar a la consulta y por consiguiente, el médico no ha conseguido nada. Si se pudiera subir a la celda, a lo mejor se lograría algo, pero es que no te dejan subir. Si el preso no baja, no existe opción de ayuda. Tanto l@s agentes de salud como l@s médic@s están muy coartad@s, dependen del establecimiento penitenciario, y la seguridad prima ante todo.

Con las mujeres es mucho peor. En cárceles pequeñas no tienen ni guardería. Al no tener con quién dejar al/la niño/a fuera de prisión se lo tienen que entregar al departamento de custodia de menores. Y si una vez que salen no están rehabilitadas, menores no le devuelven a su hijo/a. Si están tomando metadona, tampoco se lo devuelven. Entonces muchas prefieren tenerlo consigo en prisión.

L+P: ¿Cómo ayudáis a las personas con VIH que están en prisión?

Tito: Preparamos los recursos para las personas que están en prisión, les damos cobertura hasta el nivel que podemos. Cuando tiene

que entrar un/a abogad@ o un/a procurador/a, miramos de buscárselo de oficio si es necesario, pero normalmente intentamos seguir el caso nosotr@s. El tema de prisiones nos interesa porque los problemas más graves se dan ahí. Las personas privadas de libertad son l@s que tienen más carencias de todo tipo. En prisión no se están tratando correctamente las patologías psiquiátricas y deberían tenerse en cuenta, ya que en prisión suelen agravarse. Pero al psiquiatra apenas se le ve en prisión. Esperan a tener a unos cuantos reclusos para evitar que el psiquiatra tenga que desplazarse día sí, día no. La misma mañana pasa consulta a todos; si hay diez, pues la mañana se la tiene que repartir entre todos estos.

L+P: ¿Piensas que debería haber un psiquiatra dentro del equipo?

Tito: Por supuesto, es un especialista que debería estar integrado en el equipo médico de la prisión. Además, es una especialidad a la que no tienes acceso extrapenitenciario.

L+P: ¿Cómo se podría exigir?

Marisa: Pues con el tema de la transferencia de las competencias todavía pendiente habrá que esperar, y de momento no lo han hecho porque no saben cómo articular la sanidad pública dentro de prisión. En mi opinión, hacer un hospital de la sanidad pública dentro de prisión sería la solución. Pero si el hospital forma parte de la institución penitenciaria, l@s médic@s, aunque vengan de la calle, van a seguir dependiendo de la cárcel.

La atención del VIH varía de una prisión a otra. En Pontevedra, por ejemplo, en A Lama, pasa consulta el especialista de VIH de vez en cuando dentro de prisión. En Lugo, l@s reclus@s salen del centro penitenciario cada tres meses, van a la

consulta y salen con la próxima visita fijada, para que no sea la cárcel la que tenga que hacerlo y se pueda perder el seguimiento del paciente.

La atención ginecológica para las mujeres es todavía peor. Pueden pasar meses sin que te vea un/a ginecólog@. Es una atención primordial que debería ofrecerse a las reclusas, pero sucede lo mismo que con psiquiatría. No tienen nada, ni aparatos de obstetricia. La enfermería de Bonxe es una celda, con una camilla, un armarito con cuatro cosas y nada más. Ahí no pueden visitar a una mujer embarazada. No hay nada. Sólo hacen placas a los hombres. El módulo de mujeres no tiene enfermería, es una celdilla. Hay muchas carencias en cuanto a instalaciones en las prisiones para poder atender correctamente a l@s reclus@s. Se destina mucho dinero a seguridad y poco a sanidad.

L+P: ¿Creéis que se sigue transmitiendo el VIH dentro de las prisiones?

Marisa: Yo creo que está pasando lo mismo que en la calle, que está aumentando entre la población heterosexual. La reducción de daños con los PIJ en prisión ha sido eficaz, que era donde estaba el peligro más grande, en el intercambio de material de inyección infectado. La recomendación de la lejía no resultaba efectiva. Los PIJ en prisiones –además de la circular de Instituciones Penitenciarias de que no se pusiera un parte a un/a reclus@ por llevar una jeringuilla



de intercambio— han facilitado las cosas. Antes estaba prohibido llevar jeringuillas. Yo no sé hasta qué punto están utilizando los PIJ los presos. Desde la institución se dice que es un éxito; reclusos con los que hablo me comentan que no se atreven a ir al PIJ antes de un permiso por miedo a que se lo anulen. Los funcionarios podrían utilizar la excusa para decir que el recluso está consumiendo, no está rehabilitado y entonces prohibirle la salida. Desconozco si van muchos o pocos.

La gente de prisión busca otras maneras de conseguir la jeringuilla limpia. También se consume por otras vías: se fuma mucho, hachís, heroína, base... La vía que más se usa es la plata, porque es la más fácil de utilizar, por encima de inyectarse y esnifar.

L+P: ¿Y el tema de las pensiones no contributivas y el descuento de la manutención?

Tito: Es un tema que aunque se da en el contexto carcelario atañe a la Xunta de Galicia, que es la que realiza el descuento de la pensión. Y no sabemos qué se está haciendo con el dinero que se descuenta de las pensiones no contributivas.

L+P: ¿Y cómo se reclama todo esto?

Tito: Normalmente, al preso cuando le llega el descuento, como no se lo comunican previamente, no sabe por qué se lo hacen. Si pide explicaciones, le contestan con una resolución que dice que el descuento es en concepto de la manutención que se le da en prisión. Una vez te notifican por qué te lo han quitado, tienes derecho a una reclamación. Nosotros nos dedicamos a hacer estas reclamaciones,

que se las mandamos a los presos y ellos la tramitan desde allí. Nos ponen como representantes para llevar el tema fuera de prisión, ver el expediente si lo necesitamos, llevar la demanda hasta el juzgado de lo social si hace falta y ahí defenderlo, y si hay que ir al Tribunal Superior, pues también. De entrada estamos ganando casi todas las reclamaciones. Y en casi todas las resoluciones, el juez dice que se ha de devolver el dinero que se les ha retenido a los presos.

L+P: ¿Pero no es un poco absurdo que por un lado la administración les quite una parte de la pensión no contributiva y que luego un juez se la devuelva?

Marisa: Es que los jueces no pueden quitar a una persona una prestación a la que tiene derecho por ley, por ser minusválido. Es como si tú entras al hospital y te quitan tu prestación, porque es el hospital el que te da de comer. Es lo mismo.

L+P: ¿Por qué lo hace la Xunta?

Marisa: Al principio les negaban las no contributivas en prisión porque afirmaban que estando en prisión las personas presas tenían sus necesidades básicas cubiertas. Como este argumento no les sirvió y además empezamos a recurrirlo y ganarlo en los tribunales, lo único que consiguieron fue que un juez dijera que, en todo caso, se podría descontar la parte correspondiente a la manutención. Y les faltó tiempo para empezar a hacer. Lo que no sabemos es adónde va a parar el dinero que sacan de las pensiones no contributivas de los presos, si se emplea en crear más pensiones, en mejorar las prestaciones para los minusválidos o en qué. Éste es el problema, que nadie sabe adónde va ese dinero.

PreSOS Galiza

Durante las jornadas de la Coordinadora Estatal de Solidaridad con las Personas Presas celebradas a finales de octubre de 2005 en Santiago de Compostela, conseguimos un rato para poder charlar con Fran del Buey de la asociación PreSOS Galiza, tal vez, una de las asociaciones que trabajan el tema de prisión más radical y lúcida del Estado español.

L+P: Fuera de Galicia la imagen que da PreSOS Galiza es la de una entidad combativa que ha trabajado especialmente la vía judicial, ¿puedes contarnos sobre vuestra experiencia?

Fran: En el tema SIDA-cárcel estamos ante un problema de tal magnitud que en nuestra opinión deberíamos hablar de exterminio. También de impunidad. Éstos son nuestros puntos de arranque. Nos parece que ahora mismo el SIDA-cárcel muestra la expresión más oscura y devastadora del SIDA. Nuestras reivindicaciones se centran en decirles a todas las asociaciones anti-SIDA que dejen de hacer lo que hacen y vayan al punto cero, porque es como un terremoto. Tiene el epicentro y sus efectos. El problema es que éste pasó hace tanto tiempo que la zona cero ya nadie sabe dónde está. Cada cinco minutos en algún rincón de España una persona usuaria de drogas por vía parenteral ingresa en una prisión, lugar donde puede que no esté permitido el Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) por cuestiones políticas, y puede que una misma jeringuilla sea usada por veinte usuarios; entonces, el terremoto da una sacudida.

Nos parece que en el VIH el objetivo tiene que seguir siendo luchar contra la impunidad. Y especialmente en la cárcel porque es la última opción del Estado para con el individuo, así se describe en

el derecho penal. Se llama la última ratio. Y ocurre que un Estado, que debería ser garante de los derechos humanos, permite que sea un funcionario el que no te dé la jeringuilla. Los presos se encuentran bajo una relación de especial sujeción, con lo cual cada una de las actuaciones debería ser de la máxima garantía.

L+P: ¿Qué acciones tomáis con la población reclusa más vulnerable, la menos atendida y con unas tasas de mortalidad elevadísimas?

Fran: Volviendo a lo que es la cárcel, la cárcel es la última opción del Estado para con el individuo, con lo cual, los ciudadanos en base al artículo 25 de la Constitución sólo tienen limitado su derecho de deambulación. Y ninguno más. El resto de derechos deberían estar más garantizados que con el resto de los ciudadanos porque se encuentran en una situación especial. Entonces, nos parece que hay un exterminio orquestado por el Estado y que éste tiene que pagar económica, política y moralmente.

El tema de prevención. La administración tiene la obligación de responder en base a los conocimientos científicos. El punto álgido está a principios de los años 90, cuando el Estado empieza a adop-

resoluciones administrativas, jurídicas y legislativas para poner freno. Está lleno de legislación de obligado cumplimiento para que se repartan jeringuillas, preservativos, la campaña 'póntelo/pónselo' del Gobierno socialista. Desde el momento en que el Estado adopta la primera resolución de prevención automáticamente se produce un descuelgue de la prevención dentro de las cárceles que dura hasta el día de hoy. Es una zona de sombra jurídica. Es decir, no hay ninguna ley que prohíba los PIJ dentro de las cárceles, es más, la ley penitenciaria aprueba el reparto de jeringuillas bajo la potestad discrecional del director/a de la prisión. Con lo cual cada director/a ha decidido, en contra de lo que era un criterio de la Organización Mundial de la Salud, de ONUSIDA, del Ministerio de Sanidad español y de la Oficina de Sanidad de la Unión Europea, hacer una interpretación personal en términos de seguridad. Son los que clasifican una jeringuilla como un objeto peligroso.

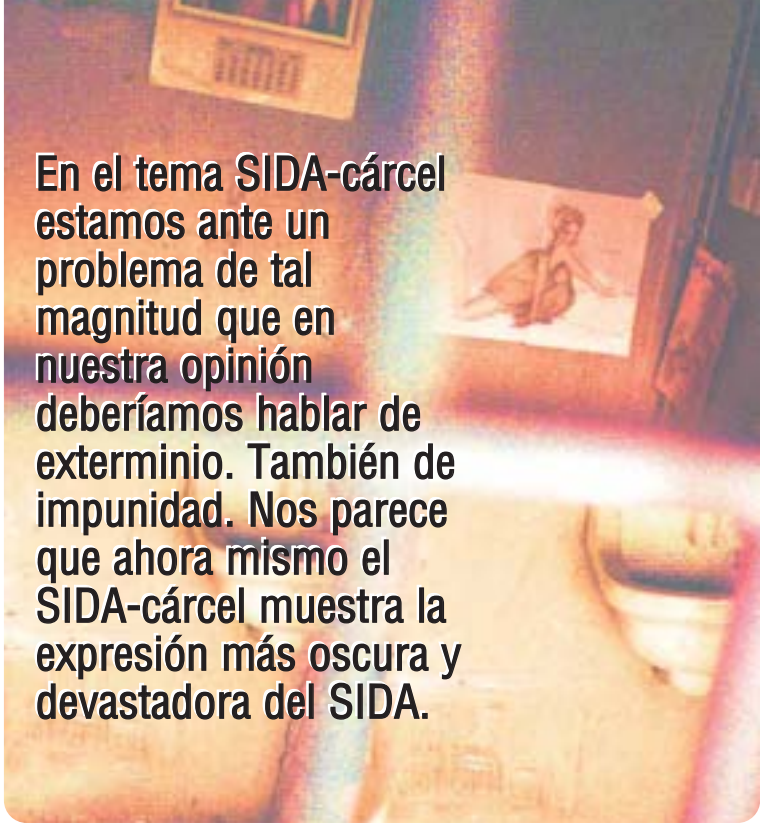
Esta potestad discrecional provoca que haya dos tipos de ciudadan@s: l@s que pueden beneficiarse de un régimen sanitario y l@s sometid@s al poder todopoderoso del Estado. Desde el momento en que no se produce la primera prevención surge la negligencia por homicidio por acción u omisión. Hoy en día hablamos de un índice de infectad@s del 40%; el Estado reconoce un 20%. Se nos ha engañado desde el año 95, donde se consigue el primer auto de reparto de jeringuillas en las cárceles con programas pilotos. Si preguntas a cualquier persona de la administración, te dirá que en todas las cárceles se están repartiendo jeringuillas. Es falso. Nos parece fundamental que esto sea una reivindicación de todas las asociaciones anti-SIDA. Hasta que no se repartan jeringuillas en la cárcel según el protocolo que definió la asociación SARE de Pamplona estaremos hablando de homicidio de acción por omisión.

L+P: ¿Cuántas personas calculáis que han muerto en prisión desde que se habla de SIDA?

Fran: Han muerto más de 3.000 personas en las cárceles y alguien tiene que ser responsable de ello. Nosotr@s activamente pedimos que se examine la situación y se den responsabilidades penales y patrimoniales. Hemos presentado doce solicitudes de responsabilidad patrimonial a la Audiencia Nacional. La responsabilidad patrimonial conlleva que el Estado está obligado a pagar. Se nos han denegado estas responsabilidades, que ahora están en el Tribunal Supremo, porque no probamos que la persona era seronegativa al entrar y no probamos el daño. Hemos presentado sobre este tema un informe de un economista sobre qué cuesta la vida humana. Nosotr@s íbamos para ministr@s, pero de la asociación de pres@s han muerto tod@s menos yo. ¿Dónde están? ¿Quién va a enmendar esto? Responsabilidad patrimonial por coinfección, por reinfección, por generar resistencias. Animamos a tod@s a que presenten demandas y nos responsabilizamos a llevar todo el tema jurídico. Tenemos la experiencia de que en Ourense ha habido problemas con el Combivir y otros medicamentos y se nos ha contestado desde la administración que en base a criterios de eficacia y por economía no se van a administrar. Es bien sencillo, los mismos tratamientos que se dan en la calle deben darse en prisión, y por cada resistencia debe presentarse una demanda.

L+P: ¿Tenéis constatada la existencia de carencias en el ámbito sanitario?

Fran: Lo cierto es que tenemos una Ley Orgánica Penitenciaria, que parece que esté pensada para dentro de cuarenta años (y fue la primera aprobada por aclamación en el 79) y en la que se incluye como derecho fundamental el tratamiento de l@s pres@s. Si queremos hablar de cárcel como cárcel, tenemos que borrar el artículo 25, habría que disolver las Cortes para poder llevar a cabo esta reforma constitucional. Lo único que hay que hacer es aplicar la ley; sólo tendrías que empezar a leer la ley orgánica desde el artículo primero hasta el 10 y ya está; sería un posicionamiento súper radical. Sanidad versus seguridad. El artículo 15 de la Constitución garantiza el derecho a la integridad física y psíquica, como parte del derecho a la salud. Hay quien cree que el derecho a la salud no es fundamental. El derecho de l@s pres@s se engloba dentro de este artículo. Una merma de la salud por parte de la administración merma la vida. Atenta contra el derecho a la vida. Y para pruebas, al cementerio me remito.



En el tema SIDA-cárcel estamos ante un problema de tal magnitud que en nuestra opinión deberíamos hablar de exterminio. También de impunidad. Nos parece que ahora mismo el SIDA-cárcel muestra la expresión más oscura y devastadora del SIDA.

En todo el tema de datos hay una vulnerabilidad absoluta. Tu historial médico pulula por toda la cárcel. El guardia civil sabe con quién follas, con quién te chutas, quién es tu madre... y esto circula por la cárcel. No sólo estás pres@ físicamente, estás pres@ conceptualmente. Os hablo de la dignidad. Si yo sé cosas sobre ti, estás pres@.

La ley dice que se haga donde se haga la consulta, hospital o cárcel, no se puede hacer en presencia del funcionario de vigilancia. Esto es lo que dice la ley. La realidad es que siempre se hace con el policía, la pareja inseparable del/la médic@, y entre l@s dos establecen un binomio de 'yo tengo miedo, vigílamе' y 'debes tener miedo por eso te vigilo'. Ambos funcionan por el mismo parámetro.

L+P: ¿Qué ocurre cuando una persona privada de libertad es hospitalizada?

Fran: Si te encuentras hospitalizad@, el tema de las visitas a l@s enferm@s privat@s de libertad presenta un doble problema para l@s familiares: por un lado, tienen a alguien enferm@ y por otro, que está bajo las condiciones de encarcelamiento. Están las madres que necesitan un permiso de acceso a las consultas, cuando existe una instrucción que ordena que tod@s tengan los mismos derechos de horarios de visitas y derechos de servicios en cuanto a acceso a la televisión, a la máquina de café... El protocolo que siguen allí es que hasta que no llevas dos o tres días peleando, el/la pres@ queda aislad@. Con el tema de los traslados en las visitas extrahospitalarias, la ley vuelve a decir: se harán siempre por medio de servicios sanitarios, en una ambulancia, o *motu proprio*, con permiso penitenciario. No se hará lo mismo con una persona que tiene un delito de sangre, de carácter peligroso, que una persona que no...

Bueno, pues la ley prevé que se den permisos extrapenitenciarios como premio a tu conducta y no a tu salud. Sí que hay personas que salen con permisos extrapenitenciarios, pero porque interesa a la administración, porque son fulano y mengano. La realidad es que un porcentaje elevado de personas sale en furgonetas y están siendo sometidos a una exhibición pública que se prohíbe desde la época de los romanos. Aparcan las furgonetas delante de los hospitales, se llama a un/a guardia civil sin experiencia hospitalaria que l@s pasea por todo el hospital mirando dónde tiene que dejarl@s y en algunos lugares l@s meten en las salas de espera esposad@s. Esto afecta a la dignidad de la persona.

L+P: ¿Cómo debería ser la asistencia?

Fran: Tendría que haber teóricamente dos tipos, la extrapenitenciaria, especializada, y la penitenciaria, dentro de la cárcel, primaria

y sin nada que tenga que ver con el VIH, ni otras infecciones oportunistas. Nada. No es una dermatitis o un cólico. No sólo están jugando con la dualidad: la atención especializada se lleva en horarios intempestivos y no bajo la pauta de tratamiento. Se lleva en función de esta capacidad logística de, es lunes, y llevo a cincuenta tipos al hospital y los tengo toda la mañana. Los llevan porque saben que si no lo hacen se van a morir. Si esto no fuera una enfermedad tan dura, no lo harían. Te pongo el caso del VHC porque no se está haciendo nada. Tenemos las dos dualidades: el hospital-cárcel, concebida la unidad de custodia como búnker y no como un centro de curación (no hay ventanas, hay detector de metales para los familiares...), y la cárcel-hospital, nos parece que si es así, debería reunir las máximas condiciones sanitarias. Seguridad, de acuerdo, no te vas a escapar, pero entonces no vale que la cárcel-hospital sea menos hospital, y que el hospital-cárcel sea más cárcel.

Añadiría que la cárcel ha producido verdaderos camicaces de la lucha anti-SIDA, porque los reclusos han tomado dos tipos de medidas: dejar de ingerir la medicación y dejar de tomar alimentos para presionar a la administración. Pero no se ha conseguido cambiar nada. Nos han llegado noticias sobre huelgas de hambre de personas que han tenido que hospitalizar y nos hemos enterado semanas después. Un sacrificio frente a la nada.

L+P: ¿Se puede tener acceso al historial médico de una persona que ha seguido tratamiento?

Fran: No, aunque a través de una responsabilidad patrimonial sí. El último efecto que, por perverso, lo he dejado para el final es el de la excarcelación por enfermedad y el tema de las prestaciones. Cuando hablamos de prestaciones, no hablamos de dinero, sino de tratamiento sanitario. El Estado ha pretendido hacer el milagro de convertir discapacitados en válidos con todos los seropositivos. No tiene sentido que exista una serie de servicios de protección, que están amparados constitucionalmente, y luego que esta protección lleve aparejada que esta condición de discapacidad como estatus desaparezca. El Estado lo que ha hecho ha sido librarnos, nos ha hecho seronegativos. Yo felicitaría al Estado. El Real Decreto 1971/99 del BOE habla de dos cosas: de SIDA curable y de SIDA discapaz. Lo que ha provocado esto ha sido que esta bolsa de discapacitados, cerca de 17.000, tenga que cambiar de estatus porque ahora ya no se mueren tantos.

L+P: ¿Qué ocurre con las prestaciones por discapacidad?

Fran: Hay una circular del año 93 que estamos recurriendo que dice que a todos los presos que estén cobrando una pensión no contributiva no se le pagará porque tienen las necesidades básicas cubiertas. Esto significa, que los que han perdido la discapacidad por el nuevo decreto no tienen derecho a los medicamentos sanitarios profilácticos, no se les da trabajo como discapacitados, no se les da discapacidad por enfermedad, todo esto desaparece. El umbral más bajo es la prestación no contributiva, 288 euros mensuales. Pero como el Estado llega a la conclusión de que tienes las necesidades básicas cubiertas, no te la paga. El Estado lleva del 93 a 2001 sin pagarlas, provocando daños en las familias, en los que menos tienen.

L+P: ¿Cómo evoluciona el recurso judicial?

Fran: En 2001, gracias a las impugnaciones políticas llegamos al Tribunal Supremo. El Ministerio relee la sentencia como le da la gana y ahora pagan, pero deducen los gastos de manutención. Utilizando su lógica cartesiana de que los presupuestos van en función del servicio, a mayor número de presos menos presupuesto por persona porque el puchero es más grande. Y si te encuentras en enfermería, el cómputo es más elevado. Con lo cual, si estás enfermo de VIH, estás en enfermería y no te echan para fuera, cuando en realidad lo que te están tratando es una cándida, pero no dispones de dinero para tratarla porque no te han pagado la prestación porque la discapacidad no te la han mirado los servicios sociales, porque no se aplica el artículo 25 de la Constitución, le cuestras a la administración el doble de dinero que son 4 euros y lo van a deducir de tu prestación no contributiva.

L+P: ¿Quieres añadir algo más?

Fran: Bien, lo último, el tema de las excarcelaciones por enfermedad. ¿Sabes por qué no se excarcela tanto o más? Porque las madres no han tenido tiempo de tener más hijos para que se murieran. Te reto a que cojas las estadísticas de mortalidad del Plan Nacional del SIDA y mires expresamente de agosto del 95 a febrero del 97, y compara esta cifra dentro de Instituciones Penitenciarias con cualquier otra desgracia provocada por una catástrofe natural. O sea, excarcelaron porque se nos quedaban en las ambulancias. Ésta fue la situación de antes. ¿Por qué no se excarcela como antes? Porque ya se han muerto.

CAXPOU,

asesoramiento jurídico para las personas presas



CAXPOU son las siglas de Comisión de Asesoramiento Jurídico Penitenciario de Ourense. Una joven abogada de esta comisión, que lleva funcionando desde el año 90, nos cuenta la importante labor que realizan de asesoramiento jurídico gratuito a personas que están en prisión. Pocas asociaciones en nuestro país ofrecen un servicio similar.

L+P: ¿Cómo surge vuestra asociación?

CAXPOU: Porque de la misma manera que la ley dice que tenemos derecho a un abogado de oficio, los presos no tienen derecho a asistencia judicial gratuita para los temas penitenciarios propios. Entonces esta comisión surge como reivindicación por parte de abogadas y abogados de que haya asistencia judicial gratuita para los

presos que la demanden, y de que se cree en todos los colegios un turno penitenciario.

L+P: ¿El trabajo es voluntario?

CAXPOU: Sí, lo cual hace que la gente que se dedique sea poca, pero motivada.



¿Cuáles son los temas más recurrentes según vuestra experiencia?

CAXPOU: De todo tipo. Uno de los temas más recurrentes es que les contactemos con sus abogad@s, porque no reciben información de quién es, su nombre, teléfono... y no mantienen el contacto permanente. Otras veces cuando consigues ponerte en contacto, la otra persona no está en condiciones de quedarse con tu nombre aunque le des tu tarjeta. También puede resultar que tengan causas pendientes en Murcia, Cartagena... Y luego, sobre todo, está el tema del régimen, tener expedientes disciplinarios, peticiones a la junta, regresión de grado, temas de puesto de trabajo, de pensiones, etc. Actualmente tenemos entre 300 y 400 casos de personas ahí dentro. El año pasado tuvimos unas 1.300 consultas.

L+P: ¿Cuántas personas sois en la comisión?

CAXPOU: Trece. Subimos de dos en dos, y cada vez vemos a una media de treinta intern@s. Tenemos un sitio allí y hablamos como lo estamos haciendo tú y yo, sin cristal ni nada, en una habitación charlando sin problemas. Pueden consultar los temas más íntimos. Hicimos más de 600 peticiones de distintos recursos. A veces nos confunden con los servicios de orientación penitenciaria. Los hay en algunas cárceles. L@s reclus@s tendrían que solicitarlos, para eso están y son gratuitos. Muchas veces tenemos que avisar que nosotros no tenemos nada que ver con la prisión, sino todo lo contrario.

L+P: ¿Tenéis constancia de la vulneración de los derechos a la salud de las personas privadas de libertad?

CAXPOU: Sí, principalmente en relación con los problemas de salud mental, de psiquiatría, con las medicaciones, de cómo se dan, la falta de tratamiento psiquiátrico y psicológico, la salud dental, las visitas extrapenitenciarias al especialista...

L+P: ¿Crees que sería necesario mejorar las consultas con el especialista?

CAXPOU: Hay casos de pres@s que llegan a estar bastante enfermos y no se les baja al especialista hasta al cabo de tres meses

o más. Se vulneran sus derechos. Puede suceder también que se produzca el traslado y no llega todo el expediente médico completo. Entonces la gente se traslada de prisión en prisión sin las pautas de medicación, sin la pauta de la metadona: hacen el traslado penitenciario, pero no el médico.

L+P: ¿El historial llega parcelado?

CAXPOU: Llega a trozos. Durante unos cuantos días, tienes que depender de la buena voluntad del/la funcionari@ para que llame al centro de referencia... Es un problemón. Porque, además, para trasladarte de Barcelona a Galicia no te llevan directamente, sino que tardas 20 días y te hacen pasar hasta por Cádiz. La medicación diaria en estas condiciones se hace imposible y no la toman. Esto es terrorífico.

L+P: ¿Consideras que l@s reclus@s conocen sus derechos?

CAXPOU: Creo que conocen bastante sus derechos. Otra cosa es que luego sepan por dónde tirar. La gente se va autorresponsabilizando de su vida. Tú subes arriba, les ayudas y ell@s aprenden, porque tienen tiempo y ganas. Conocen el servicio que damos para así hacer valer sus derechos; aquí es donde echas una mano. Generalizando, conocen lo que es la literalidad, pero en prisión la literalidad de la ley es la que menos se cumple.

L+P: ¿Conocéis la resolución de casos que habéis llevado?

CAXPOU: No lo sabemos. El juzgado de vigilancia se encuentra en Pontevedra y es común para la prisión de la A Lama en Pontevedra y la de Pereiro en Ourense, con lo cual no tenemos acceso al expediente. Trabajamos de manera muy precaria en muchos aspectos, no tenemos acceso a resoluciones...

L+P: Es decir, que resulta difícil hacer un seguimiento.

CAXPOU: A nosotr@s nos es difícil por esta circunstancia.

L+P: Sería una de las cosas que se podría mejorar.

CAXPOU: Sí, claro. Se tendría que cumplir lo que dice la ley, y la ley dice que donde haya un centro penitenciario tiene que haber también un juzgado de vigilancia. En nuestra provincia existe centro, pero no juzgado.

Recomendaría a l@s pres@s que soliciten información, que reclamen sus derechos, que soliciten un abogado...

L+P: ¿Existen experiencias similares a la vuestra en otros puntos del país?

CAXPOU: Sí, en el País Vasco hay comisiones, en Pamplona también, en Madrid. En Andalucía hay en Córdoba, Sevilla, Málaga, Cádiz y en Huelva. Pero lo que deberíamos hacer es intentar que en todos los sitios haya una subcomisión que suba a todas las prisiones. No lo conseguimos en Castilla la Mancha. En Cataluña empieza a funcionar ahora, una propia en Barcelona y otra que aglutina los 14 colegios de Barcelona y provincias.

L+P: Algo más que quieras añadir...

CAXPOU: Me parece interesante que l@s pres@s sepan que en determinados sitios hay servicios y que tienen que preguntar por ellos, que pregunten si hay colegio de abogados, y que pregunten por un/a abogad@. También habría que forzar a los colegios a que empiecen a prestar asistencia jurídica. Muchas veces los colegios están motivados por el tema de extranjería, de violencia doméstica..., pero el tema de prisión se olvida. Recomendaría a l@s pres@s que soliciten información, que reclamen sus derechos, que soliciten un abogado...

Doble discriminación: mujer y presa

Nuestro país tiene una población penitenciaria de 61.395 reclus@s, de l@s que 4.798, es decir un 7,8%, son mujeres. Las mujeres encuentran en prisión problemas específicos que requieren de un abordaje especial. A lo largo de las páginas de este reportaje, los testimonios se han ido haciendo eco de ellos. Os ofrecemos ahora la experiencia de Carlos Hernández, un activista que conoce la realidad de las mujeres presas por su labor como defensor de los derechos de las personas presas en general, y de las mujeres en particular.

Soy Carlos Hernández, coordinador de la Asociación Salhaketa y de la Plataforma Social de Apoyo a las Presas de Nanclares, que cuenta con 96 asociaciones de todo el Estado, siendo la mayoría de ellas vascas; Nanclares es la cárcel de cumplimiento para Gasteiz y Álava.

Para conocer los principales problemas de salud o las carencias que tienen las mujeres en prisión, utilizamos dos fuentes de información. En la cárcel de Nanclares hay un departamento de reclusas dividido en dos módulos. Las condiciones higiénicas son en general nefastas. Los kits higiénicos son insuficientes, no traen bastante lejía porque lo impide el plan de suicidios. No les ponen suficientes compresas para una regla normal, pero sí muchísimos condones.

De lo que más se quejan es que no hay enfermería. Tienen que ir al otro lado de la cárcel, atravesando los espacios de los hombres, para ser visitadas en su enfermería. La enfermería de Nanclares no dispone de material ginecológico ni de obstetricia: un médico trae su material particular para poder atenderlas. En este sentido, quizás sean unas privilegiadas, pero por la buena voluntad del médico.

Están sobremedicadas. Se las trata como histéricas enfermas, y les dan sobredosis de Valium, Tranxilium y Zyprexa. A parte de la metadona, claro. De las dos presas con las que me veo fuera, con una en concreto, cada vez que le han dado la medicación, no puedes hablar. Por sus informes psiquiátricos, no tiene ningún problema mental. Pero evidentemente la medicación que le están dando, que no sabe cuál es y que si no se la toma no le dejan salir de permiso, le afecta a un nivel muy grande. La descoordina del todo.

Por lo que nos han comentado en los módulos de mujeres, la mayoría de éstas, estén o no tomando metadona, tiene algún tipo de tratamiento médico-psiquiátrico. Curioso, porque el psiquiatra no

las ve en prisión. Lo prescribe el psicólogo. Hubo un psicólogo en esta cárcel que l@s veía un máximo de 30 minutos a cada un@.

En el modulo de mujeres no hay sección abierta y hay menos mujeres en tercer grado. En el exterior de la prisión hay menos recursos sociales para ellas. Todo ello hace que las mujeres se estén comiendo toda la condena, sobre todo por no haber recursos sociales en el exterior para recibir las. Y si además tienen algún tipo de trastorno y toman medicación, la situación es mucho más difícil de sobrellevar.



La salud mental está desatendida en el sistema penitenciario. Estadísticamente creo que hay un 8% de l@s pres@s con patologías duales reconocidas, pero tengo la sensación de que es mucho más. Y lo que no hay son recursos para atenderlos. Con el famoso plan de choque anunciado por la Directora General se suponía que se ampliaría la plantilla de psicólog@s de uno a cuatro. Nos consta que ahora hay tres. Pero tampoco han mejorado mucho las cosas. La cárcel no es el mejor lugar para hacer un tratamiento de este tipo. Y es que ésta es una queja desde hace mucho tiempo.

Nosotr@s trabajamos desde fuera de la prisión. Estamos vetad@s dentro como Asociación Salhaketa, por lo que entramos a título personal. Trabajar desde fuera te permite denunciar lo que pasa dentro. A veces asociaciones duales que no pueden denunciar –porque si lo hacen les vetan la entrada– nos lo piden a nosotr@s que lo hagamos. Intentamos coordinarnos. Ell@s nos pasan la información y nosotr@s sacamos el comunicado.

Las organizaciones que intervienen dentro de prisión pueden ser críticas con el sistema penitenciario en un plano abstracto, con un discurso del tipo que hay que mejorar las condiciones... Es el límite de la teórica libertad de expresión *light*. Lo que no pueden decir es: «Tal preso está en huelga de hambre» o «Las coacciones a un recluso lo están induciendo al suicidio», por ejemplo. La asociación se iría fuera.

¿SUEÑOS

IMPOSIBLES?

Homenaje a María Teresa, una mujer con extraordinaria sabiduría y paciencia, de sonrisa amplia y de gran corazón. Gracias por hacer posibles mis sueños

Cuantas veces he soñado con ver mis formas corporales como era yo, antes de empezar con algunos tratamientos que fueron deformando mi cuerpo de una manera brusca y rápida, una gran panza, giba de búfalo, gran cantidad de grasa en la espalda y sobre todo una cara redonda como una hogaza de pan, o como se dice por el Ampurdán, de pan de payés. La imagen que me hacía recordar mi cuerpo era un anuncio de una marca de aceitunas, en el que salía una aceituna caminando pinchada sobre dos palillos: éstos me recordaban a mis piernas y la aceituna era mi cuerpo.

Otro problema era al salir de la ducha y encontrarme con el espejo del baño: ¡qué horror!, decían mis entrañas. A veces se me saltaban las lágrimas al ver ese cuerpo tan deforme, otras veces volvía a soñar y veía mi cuerpo con sus curvas y mi cara fina y moldeada, pero cuando abría bien los ojos era una mujer LIPODISTRÓFICA. No me gustaba nada verme de esta manera: por este motivo, dejé de mirarme en el espejo y sólo lo hacía cuando no tenía más remedio.

Fue pasando el tiempo y poco a poco fui aceptando con sus altibajos mi nuevo cuerpo, mi nueva cara y de esta manera iba transcurriendo el tiempo, y la lipodistrofia fue una parte más de mí, aunque seguía soñando cómo podía ser más o menos la de antes, contando con la edad, que también va haciendo sus juegos del tiempo con nosotros, en los cuales yo sí que participo de una manera abierta.

Siempre pensaba que habría alguna manera de quitarse esta grasa que no era mía. Se empezaba a hablar de liposucciones, me lo empecé a plantear, pero no me hacía mucha gracia lo de meterme en un quirófano. Pero si no había otro remedio, estaba pensando en pedir un préstamo para quitarme la giba ya que empezaba a ser dolorosa: estaba dándole vueltas a esa posibilidad. Dicen que los pensamientos mueven montañas, pues yo creo que es así. De repente me llama un amigo que había ido a una dietista que le había propuesto una dieta para quitarle el sobrante de grasa, y me esperé unos meses para ir a su consulta. Decidí tener una entrevista con ella, después de que me dieran los resultados de unas pruebas que me estaban haciendo debido a una bajada bastante importante de plaquetas, no siendo portadora del virus de hepatitis C ni B.

Sucedió de esta manera:

Cuando aceptas una cosa que tiene que ver con tu estado de salud, medicamentos etc., y piensas que te van a dar un

tiempo de descanso para poder disfrutar de tu nueva situación, vas un día a la consulta de tu médico y te empieza a decir que en las analíticas hay algo que no está muy bien, le pregunto ¿qué es? y responde que las plaquetas están bajas; las dos nos preguntamos cuál debe ser el origen y aquí empieza un periplo de pruebas en hematología y por fin llegan a la conclusión de que tengo el hígado afectado debido a una oclusión de la vena porta (la vena que transporta la sangre al hígado). Me vuelven a hacer analíticas para ver si es producido por hepatitis C o B y sale negativo; yo pregunto de nuevo ¿por qué?; me dicen que es debido a la grasa que también se instala dentro de nuestro organismo.

Me decidí a llamar. El día que fui, me abrió la puerta de su consulta una mujer con una sonrisa enorme cuya mirada inspiraba confianza; me pareció ver a mi hada madrina.

Estuvimos hablando de mi salud, de cómo me encontraba emocionalmente, me pidió los informes médicos que tuvieran analíticas y ella me hizo varios exámenes para ver cómo estaba mi organismo por dentro y por fuera.

Después de todo esto me propuso una dieta y me preguntó si me veía capaz de hacerla. Yo le dije que sí, ya que quería mejorar mi estado de salud interno y mi estado físico. Me pidió que le llevara orina y heces para hacer unas analíticas y ver las carencias que tenía mi organismo y hacer una dieta personalizada y quedamos para vernos otro día y que ella me propondría la dieta: ¡y así fue!

Nos volvimos a ver al cabo de veinte días.

Me propuso una dieta DESINTOXICANTE del organismo de una duración de tres meses. Cuando iba leyendo junto con ella lo que proponía pensé: «¡Qué duro! Hay que tener fuerza de voluntad, querer hacerla, porque en estos tres meses no puedes comer otra cosa que lo que te indica la dieta, no hay ni Navidad ni San Esteban...». A mí me gustan los retos y me lancé de cabeza a la piscina.

En esta dieta lo importante es que cada dos horas y media o tres como máximo hagas una comida de fruta o lo que se te prescriba de forma individual. Los resultados se van notando día a día, y sorprende ver cómo tu cuerpo va perdiendo volumen.

En la próxima entrega os explicare cómo la selección de ciertos alimentos me llegó a deshinchar la cara, la espalda y la panza, debido a que todo esto se producía por una gran retención de líquidos, y cómo poco a poco he ido recuperando fuerza vital. Los conocimientos de M^{ra} Teresa me han servido no sólo para recuperar mi cuerpo sino también para recuperar mi salud.



Acercar cuidados y tratamientos a l@s usuari@s activ@s de

drogas

Una sala de venopunción se enfrenta al rechazo vecinal en Barcelona



En España las personas con VIH siguen falleciendo en proporciones relativamente elevadas: si sólo contamos las que mueren a causa de enfermedades que definen SIDA, estamos cerca de 2.000 al año; si contamos también otras que están relacionadas, como el fracaso hepático, pero que no son oficialmente SIDA, podríamos presumiblemente estar cerca del doble. En este último caso, las muertes achacables directa e indirectamente al VIH entre adultos jóvenes (18-49 años) serían en nuestro país las segundas en número después de los accidentes de tráfico (también cerca de las 4.000 anuales).

En otras ocasiones hemos llamado la atención aquí sobre el hecho de que la no contabilización de las muertes por fallo hepático distorsionaba seriamente la foto del impacto del VIH/SIDA en nuestro país.

Esta vez queremos llamar la atención sobre ese par de miles de personas que cada año fallecen en España por condiciones que definen SIDA. Aunque no hay un estudio completo que abarque todo el territorio del Estado, informantes médicos aclaran que la mayoría son pacientes que llegan a urgencias hospitalarias en estado muy avanzado por dos razones: o bien han tenido síntomas persistentes y progresivos de SIDA que no han sido reconocidos en los servicios de atención primaria (porque por ejemplo la persona no pertenezca a los falazmente denominados 'grupos de riesgo'), o bien son personas en situación de alta vulnerabilidad social, como l@s sin techo o l@s usuari@s de drogas.

L@s vecin@s probablemente piensan que cuando quieran vender sus casas éstas habrán bajado sustancialmente de precio porque será más difícil que alguien quiera irse a vivir al lado de un espacio que frecuentan UADI.

El acceso a cuidados y tratamientos de l@s usuari@s activ@s de drogas inyectables (UADI) es una de las asignaturas pendientes de la protección sociosanitaria. Con frecuencia, la denegación de terapia antirretroviral o para la hepatitis B o la C a un/a UADI tiene más de deficiencias del modelo organizativo, escasez de recursos o bien simple prejuicio que de constatación real (véase La Noticia del Día 16/06/05). Ciertamente l@s UADI tienen problemas de adhesión a los tratamientos y otras prácticas de gestión de la salud, pero nadie ha demostrado que sean insalvables si se pone a su disposición el servicio adaptado adecuado.

En Barcelona, España, el Ayuntamiento de la ciudad ha tomado la iniciativa de instalar una sala de venopunción en el recinto del complejo hospitalario de la Vall d'Hebron, lugar en el que se ubica uno de los grandes hospitales con servicio de atención en VIH. Una sala de venopunción ofrece a l@s UADI un espacio de inyección limpio, con material desechable, profesionales sanitarios y de apoyo psicosocial, y la posibilidad de asearse, descansar brevemente y

tomar alimentos. Ya existe otra en la ciudad que lleva seis meses de experiencia, y hay otras dos programadas a corto plazo.

La idea de crear una sala de venopunción en un recinto hospitalario es especialmente atractiva ya que l@s UADI pueden presentar patologías múltiples: VIH, hepatitis, otras ITS, endocarditis, afecciones cutáneas, desnutrición o enfermedades mentales, por ejemplo. La cercanía a los servicios clínicos puede facilitar el trabajo de l@s mediadores, y que ést@s elaboren estrategias para el cuidado de la salud de estas personas, como por ejemplo la adhesión a la toma de terapia antirretroviral o antihepatitis.

Sin embargo, l@s vecin@s del entorno están protestando agresivamente contra la puesta en marcha del servicio. Alegan que no han sido consultad@s y que además en la zona no hay problemas de adicción a drogas inyectables. Responsables municipales les han asegurado que cada año 300 conciudadan@s residentes en ese distrito de la ciudad piden ayuda relacionada con el uso de drogas, número suficiente para justificar la creación de la sala. Estas razones no han sido suficientes, y ayer mismo algun@s ciudadan@s exaltad@s causaron destrozos importantes en los alrededores.

La experiencia del primer espacio inaugurado, en Ciutat Vella, así como los estudios de otras salas de venopunción existentes en Europa, demuestran que éstas no generan más inseguridad, antes al contrario, canalizan la distribución espacial del uso de drogas, lo que redunda en un mayor control. Además, las salas están en coordinación permanente con las fuerzas policiales.

Pero existe otra razón no explicitada para oponerse a la sala de venopunción en el barrio: el temor a que los pisos en propiedad pierdan valor en el mercado inmobiliario. L@s vecin@s probablemente piensan que cuando quieran vender sus casas éstas habrán bajado sustancialmente de precio porque será más difícil que alguien quiera irse a vivir al lado de un espacio que frecuentan UADI.

En el fondo, piensan, es injusto que la solidaridad social conlleve una merma de su patrimonio. Sin embargo, el resto de barceloneses hemos sido solidari@s con ell@s: hace tres años que el metro se prolongó por esa parte de la ciudad, la Vall d'Hebron, tras inversiones multimillonarias que pagamos entre tod@s, algo que sin duda hizo crecer el valor de sus propiedades: ¿no es el momento de que ejerzan su responsabilidad colectiva aceptando, con todas las garantías, un equipamiento pensado para atender las necesidades vitales de l@s miembros más vulnerables de nuestra comunidad?

Qué fue de Río



El gran encuentro internacional sobre el VIH y sus tratamientos del verano pasado fue la Conferencia sobre Patogénesis y Tratamiento del VIH que organiza la Sociedad Internacional del SIDA. Este certamen que se celebra cada dos años alternándose con la Conferencia Internacional del SIDA (CIS) cuenta ya con tres ediciones. Buenos Aires (Argentina) y París (Francia) acogieron las dos primeras en 2001 y 2003, respectivamente. Este 2005 la cita reunió a unos cinco mil delegados en Río de Janeiro (Brasil). Como es habitual en la conferencia de la IAS y en la CIS, el último día y en la última sesión se ofrecen resúmenes en los que se destacan las principales aportaciones a cada uno de los campos (en este caso fueron ciencia básica, clínica y de la prevención), según la opinión de varios grupos de expert@s a quienes la organización ha confiado la tarea. Estas personas reciben el nombre de *rappporteur*, palabra francesa que el inglés adopta y que en castellano se puede traducir como 'relator' o 'relatora'. A continuación, comentamos el resumen del itinerario de ciencia clínica de la III Conferencia de la IAS del pasado mes de julio en Río de Janeiro (Brasil), con la perspectiva del tiempo transcurrido desde entonces que nos permite incorporar nuevos hallazgos hechos públicos los meses posteriores al evento.

La ciencia clínica se propone entender el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades mediante estudios en personas (por contraposición a estudios de laboratorio con animales), normalmente llevados a cabo en el medio sanitario. Calvin Cohen de Boston (EE UU), William A. O'Brien de Texas (EE UU) y Marcia Rachid de Río de Janeiro (Brasil) formaron el equipo encargado de resumir en diez minutos lo más importante presentado en la conferencia en este campo. Cohen fue el portavoz.

Acceso a antirretrovirales

La negociación que en aquellos momentos estaba llevando a cabo el gobierno de Brasil con Laboratorios Abbot para la compra de Kaletra con la presión por parte de ONG locales e internacionales para que Brasil produjera una versión genérica, amparándose en el supuesto de emergencia nacional, ejemplificaron la complejidad de la extensión del acceso al tratamiento del VIH en una gran parte del mundo. Fue una conferencia en la que se habló de acceso no sólo en salas de prensa o en sesiones, sino también y mucho en pasillos. No en vano la conferencia se celebraba en América Latina.

Cohen abrió su presentación con los datos conocidos sobre el estado de la iniciativa '3X5' a fecha de junio de 2005, esquivando hablar de fracaso a pesar de la rotundidad de las cifras. A finales de 2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con ONUSIDA (Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA) lanzaron este plan cuyo objetivo era conseguir que 3 millones de personas hubieran accedido al tratamiento para finales de 2005. Finalmente sólo se ha conseguido tratamiento para 1 millón de personas, pero Cohen, que no ahondó en el tema, destacó lo conseguido y presentado en varios estudios en esta conferencia y aseguró, eso sí, que se han planteado nuevos desafíos que deben ser superados.

Con genéricos también es posible

La experiencia de Brasil, que mediante el uso de genéricos se ha propuesto extender el acceso a tratamiento antirretroviral gratuito a tod@s aquell@s brasileñ@s que lo necesiten, fue destacada por el rela-

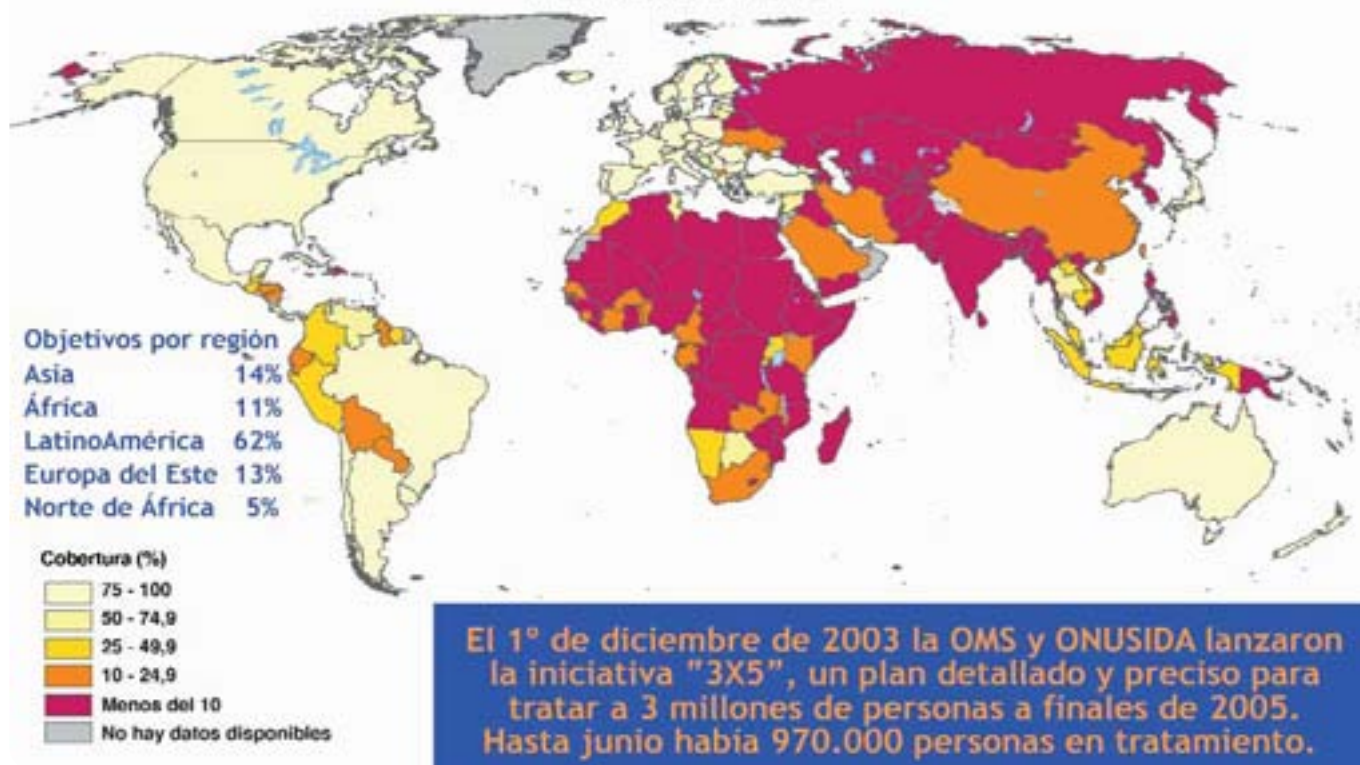
tor. Un equipo de Río de Janeiro presentó datos de respuesta virológica a 6 meses de más de 400 personas que accedieron al tratamiento del VIH en tres contextos sanitarios distintos: en centros públicos, participando en ensayos clínicos, o en centros privados (*abstract MoOa0204*). Los fármacos con los que construyeron sus combinaciones son zidovudina, didanosina, nevirapina, ritonavir, lamivudina, estavudina e indinavir. Los porcentajes de fracaso virológico (considerando fracaso una carga viral por encima de 400 copias/ml) fueron del 29%, 6% y 15%, respectivamente. Aunque se dieron diferencias, el estudio muestra que la terapia antirretroviral puede ser eficaz en un país donde se usan genéricos, independientemente del modelo de atención sanitaria.

Transmisión de virus resistentes

En los países donde hace más tiempo que hay antirretrovirales, los retos obviamente son distintos. De conferencia a conferencia crece la preocupación sobre la transmisión de virus resistentes y sobre cómo tratarlos con eficacia. En Río la noticia sobre la identificación de un hombre de Connecticut como fuente del virus multiresistente que había progresado con inusual rapidez en un hombre de Nueva York sirvió para desmentir los vaticinios, que a principios de año divulgaron numerosos medios de comunicación, de que podríamos estar asistiendo a la irrupción de un nuevo tipo de VIH altamente agresivo, de rápida progresión y difícil tratamiento (*abstract MoOa0101*). El virus del hombre de Connecticut es también similar al de su pareja y ambos están estables con tratamientos eficaces tras años de infección. Lo que no se sabe con certeza es qué factores contribuyeron a que la evolución fuera distinta en el hombre de Nueva York. Estos casos recuerdan que la transmisión de virus resistente es posible y que el hecho de adquirir un virus resistente, en combinación con otros factores individuales, puede dificultar el control de la infección. Cohen fue más allá en su análisis, sugiriendo que podríamos estar ante un aumento del riesgo de transmisión del VIH en las relaciones sexuales especialmente en aquellos casos en que sexo se asocia a uso de drogas, como es el caso de la metanfetamina en EE UU y como fue el caso de estos tres hombres.

Progreso de la iniciativa 3X5 de la OMS: junio 2005

Porcentaje estimado de personas en tratamiento antirretroviral respecto al total de las que lo necesitan situación a junio de 2005



Cuándo empezar el tratamiento

Actualmente existe un consenso internacional sobre la recomendación de iniciar tratamiento antirretroviral cuando el recuento de CD4 de una persona está por debajo de las 200 células/mm³. También hay consenso en que con recuentos de CD4 por encima de 350 células/mm³ no es necesario empezar el tratamiento si no hay enfermedades oportunistas. Ahora bien, existe una zona gris entre los 200 y los 350 CD4, con médicos partidarios de iniciar tratamiento cuanto antes, y otros que prefieren esperar hasta que la cifra se aproxime a los 200. En esta conferencia Julio Montaner de la Universidad de la Columbia Británica en Canadá propuso una nueva forma de interpretar los CD4. En lugar de usar el número absoluto sugiere el uso del porcentaje de CD4 respecto al total de linfocitos (*abstract* TuPe1.1C15). Según Montaner, el punto de corte para decidir tratar o no estaría en el 14%. Los datos que presentó, fruto de diversos análisis, muestran que con porcentajes de CD4 por debajo de esta cifra se tiene un riesgo tres veces mayor de desarrollar enfermedades asociadas a SIDA que cuando se supera el 15%. Cohen, que calificó el estudio de muy provocador, abogó por incorporar la propuesta de Montaner como una nueva herramienta para decidir cuándo empezar.

Nucleósidos para comenzar

En este encuentro se dieron a conocer datos a 48 semanas del estudio 934 de Gilead Sciences que compara como terapia de inicio dos combinaciones que cuentan con efavirenz (Sustiva®, Stocrin®) como fármaco principal, más dos nucleósidos/nucleótido. Los resultados sugieren que la combinación de tenofovir (Viread®) y FTC (Emtriva®) (dos fármacos que también se presentan juntos en Truvada®) con efavirenz es superior en distintos aspectos a la popular combinación, hasta ahora el mejor estándar, de AZT y 3TC en una pastilla (Combivir®) (*abstract* WeOa0202). Se trata de un gran ensayo con más de 500 pacientes que sigue en marcha. Mientras, estos resultados ya han dado pie a que este mes de noviembre se renovara la ficha técnica de Truvada® para incluir esta información favorable.

También se presentaron resultados de otras combinaciones alternativas que se usan en países donde no hay acceso a todos los anti-

retrovirales aprobados en Europa y que son fruto de las posibilidades reales de combinación entre los pocos fármacos disponibles. «Razonablemente impresionantes» fueron, según palabras de Cohen, los resultados de un subestudio del gran ensayo DART, que investiga si deben o no darse antirretrovirales en ausencia de pruebas de laboratorio rutinarias (sólo con control clínico), y también investiga si sería mejor tomar el tratamiento de forma intermitente en lugar de continuamente. Los datos presentados en Río corresponden a un grupo de 300 pacientes de 3 centros de Uganda y Zimbabue que empezaron tratamiento con un régimen compuesto por Combivir® (AZT y 3TC) y tenofovir (*abstract* WeOaLB0203).

Después de que se hayan cancelado en los países occidentales estudios que exploraban terapias con tres nucleósidos/nucleótido y emitido recomendaciones para evitar el uso de ciertas combinaciones de este tipo por distintos motivos, los resultados presentados en Río avalarían el uso de esta combinación concreta en caso de que no haya otras opciones mejores. Según el análisis más estricto de los datos de eficacia (análisis de intención de tratar considerando el abandono como un fracaso), el 55% del total de participantes del estudio tratados con esta terapia triple se mantenía con cargas virales indetectables (por debajo de las 50 copias/ml) al cabo de 48 semanas de tratamiento. Si excluimos del análisis a los participantes que abandonaron (análisis en tratamiento), la cifra asciende al 62%. Estos porcentajes de éxito de un primer tratamiento son inferiores a los que han mostrado, también en estudios, las combinaciones que están disponibles en la mayoría de países de la Unión Europea, que superan el 70% e incluso el 80%.

Por otra parte, las consecuencias del fracaso de un tratamiento con tres nucleósidos puede complicar el uso futuro de otros fármacos de la misma clase. La mutación más frecuente, como podía preverse, fue la M184V (asociada a 3TC, un fármaco al que el VIH suele desarrollar resistencia antes); y la menos frecuente fue la K65R (asociada a tenofovir). El estudio DART, cuya duración será de cinco años en total, también está probando las combinaciones de AZT, 3TC y abacavir; y AZT, 3TC y nevirapina, pero habrá que esperar al menos tres años para conocer los resultados finales del estudio que habrá proporcionado acceso al tratamiento del VIH a más de tres mil africanos.



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.



Simplificar para ganar

Otra vez en occidente, la posibilidad de simplificar el tratamiento para reducir la toxicidad o hacer las tomas más sencillas (una vez controlada la carga viral) mediante la reducción del número de fármacos o la sustitución por otros es una estrategia en boga dentro de la investigación clínica del VIH. Cohen en su resumen destacó tres estudios en esta línea.

El estudio SWAN, que investiga la sustitución de un inhibidor de la proteasa (IP) potenciado con ritonavir (Norvir®) por atazanavir (Reyataz®) sin potenciar, presentó datos preliminares (*abstract* WePe6.3C15). En este estudio, patrocinado por Bristol-Myers Squibb (compañía propietaria de ATV), participan algo más de 400 pacientes de distintos hospitales europeos, incluido el H. Clínic de Barcelona. Al inicio todos ellos tomaban tratamientos triples que incluían un IP potenciado con ritonavir, tenían la carga viral indetectable y no habían visto fracasar virológicamente un tratamiento con IP. Al empezar el estudio, una parte siguió tal cual estaba y otro grupo cambió el IP y el ritonavir por atazanavir.

Los resultados muestran que al cambiar a atazanavir se reducen los niveles de grasas en sangre (bajan los triglicéridos, el colesterol total y el colesterol LDL conocido como colesterol 'malo') y no peligra la eficacia. Quizás este estudio contribuya a que en Europa se apruebe oficialmente tomar atazanavir sin ritonavir (de hecho, ya se está prescribiendo), pues en su momento la Agencia Europea del Medicamento (EMA, en sus siglas en inglés) sólo autorizó su uso potenciado. Después de Río, en la reciente conferencia europea celebrada en Dublín (Irlanda) se dieron a conocer los datos finales a 48 semanas, que confirmaron lo que ya se apuntaba en Río. Ahora el equipo de investigadores analiza las resistencias que se han desarrollado en aquellas personas que han visto fracasar virológicamente el régimen con atazanavir para saber qué otros IP podrían tomarse después con garantías de que sean eficaces.

Por su parte, Abbott Laboratorios apuesta por el estudio de otra estrategia para simplificar una terapia triple que lleva un IP potenciado. Consiste en abandonar los nucleósidos después de haber conseguido mantener la carga viral indetectable con la terapia triple, para quedarse sólo con el IP potenciado como terapia de mantenimiento, en este caso con Kaletra. El estudio, que se ha llevado a cabo en España con el nombre de OK (Sólo Kaletra, en sus siglas en inglés), presentó también datos en Río (*abstract* WePe12.3C05). Este posible uso innovador de Kaletra en solitario está creando mucha expectación y así lo resaltó Cohen en su relato, calificando sus resultados de «datos muy provocadores».

Tras 48 semanas de seguimiento el grupo de personas que pasó a tomar sólo Kaletra tuvo una supresión virológica similar al grupo que siguió con Kaletra en terapia triple. En este estudio, se han usado pruebas altamente sensibles de carga viral que pueden detectar a partir de 3 copias/ml. Con todo, el relator recordó que los resultados no son uniformes. Se dieron cuatro fracasos virológicos en el grupo que únicamente tomaba el IP. En tres casos los investigadores explicaron que se debió a falta de adhesión al tratamiento, pero en el caso restante no hubo problemas de adhesión y sin embargo Kaletra dejó de ser eficaz. A pesar de los destacados resultados, Cohen se mostró conservador y sugirió que se mantenga esta práctica exclusivamente en el contexto de la investigación clínica hasta que haya más datos.

También se vieron en Río datos de atazanavir potenciado en monoterapia. Se trata de un ensayo que lleva a cabo un equipo italiano, liderado por Pietro Vernazza, que ya probó esta estrategia antes. Cohen recuerda que en la época de indinavir este equipo ya presentó datos favorables de un número de pacientes suyos que se quedaron sólo con indinavir potenciado una vez suprimida la carga viral con la terapia triple. Ahora, han probado con atazanavir en el estudio ATARITMO (*abstract* WeOa0204). De los 28 pacientes de los que ofrecieron datos, casi todos mantenían la supresión viral y una tercera parte llevaba más de 36 semanas en el estudio. Cohen destacó de este trabajo que no sólo observan la carga viral en sangre, sino que también están mirando qué ocurre en el semen y en el líquido cefalorraquídeo. Vernazza insistió en

que no es sólo en la sangre donde hay que buscar la supresión de la replicación del VIH y que con este concepto amplio de eficacia habían registrado dos rebotes hasta el momento de presentar los datos. A una de estas personas le aumentó la carga viral en el líquido cefalorraquídeo mientras que en sangre el VIH se mantuvo indetectable. La investigación sigue y posiblemente pronto se haga públicos más datos.

Nuevos fármacos

Dos de los fármacos en experimentación que presentaron resultados en Río fueron destacados por el relator. Uno de clase ya existente por la potencia que exhibió y otro por ser de una clase totalmente nueva, un inhibidor de la maduración, y en ambos casos por ser potencialmente activos frente a virus resistentes. Reverset es, o quizá haya que decir era, un candidato a nucleósido cuya potencia tras dos semanas de monoterapia fue destacada, con reducciones de 0,7 logaritmos frente a virus muy resistentes a otros nucleósidos. Llamaron la atención los resultados del ensayo de Fase II (estudio 203) que muestran que la respuesta a 16 semanas de Reverset es incluso mejor cuando no se acompañaba ni de 3TC (Epivir®) ni de emtricitabina (Emtriva®) (*abstract* WeOaLB013). Cohen apuntó que ello podría deberse a una interacción negativa con estos fármacos. Ya entonces se supo que no se recomendaba su combinación con ddl (Videx®) por el aumento del riesgo de pancreatitis y de elevación de grasas en sangre.

Dos meses más tarde, a finales de septiembre, la compañía Incyte Pharmaceuticals, que desarrolla el fármaco en colaboración con Pharmaset Ltd, anunció que la FDA (la Agencia de la Alimentación y el Medicamento estadounidense) tras haber revisado los datos del estudio 203 presentados en Río pide que antes de pasar a la Fase III de desarrollo se lleve a cabo un nuevo estudio de Fase II cuyos datos respalden su eficacia y seguridad. Habrá que esperar por tanto para saber qué ocurre finalmente con Reverset, un fármaco de una clase que cuenta con escasos candidatos en desarrollo y que hoy por hoy sigue siendo necesaria para construir combinaciones de gran eficacia.

Inhibir la maduración significa impedir la formación de viriones, la última fase del ciclo vital del VIH dentro de la célula infectada. El PA-457 es un candidato a antirretroviral de esta clase que es potencialmente activo frente a virus con resistencia a otros fármacos. Los datos presentados sobre su eficacia tras una dosis siguen la línea de datos publicados anteriormente. Interesante fue comprobar que con una sola dosis se conseguía no sólo eficacia durante un día sino durante toda una semana (*abstract* TuPe3.1B01), lo que de confirmarse podría significar un avance sustancial en el tratamiento antirretroviral. En este momento se llevan a cabo estudios de Fase IIb y se prevé que el ensayo principal de Fase III empiece en 2006. De momento, la FDA le ha otorgado una autorización de aprobación acelerada (*fast track* en inglés) lo que significa que podría comercializarse antes de lo que sería habitual, al menos en EE UU.

Los retos inmediatos

Así se despidió el relator, con una llamada a la extensión del acceso al tratamiento del VIH en el mundo y con la preocupación de los problemas que se plantean cuando la presencia de otras infecciones importantes dificulta el tratamiento del VIH y de dicha infección: «En ésta y en pasadas conferencias hemos visto éxitos impresionantes cuando el tratamiento del VIH está disponible, pero esta conferencia precisamente nos ha recordado los enormes retos que tenemos enfrente, como el uso de antirretrovirales cuando estamos tratando la tuberculosis, cuando tratamos la malaria o la hepatitis C, y sin duda las complicaciones del tratamiento del VIH, complicaciones que van a sobrepasarnos durante los próximos años. Gracias por su atención».

Referencia: Todos los *abstracts* mencionados en este artículo pertenecen a la III Conferencia sobre Patogénesis del VIH de la Sociedad Internacional del SIDA celebrada en Río de Janeiro en julio de 2005 y se puede acceder a ellos en www.ias-2005.org o en www.aegis.org. Esta sesión además puede volverse a ver en su versión webcast en www.kaisernetwork.org.

CÓMO CONTAR LOS CD4

Algunos estudios favorecen el porcentaje sobre el número absoluto

En el número anterior de esta revista explicábamos cómo el desarrollo de una nueva clase de fármacos antirretrovirales estaba despertando serias preocupaciones dentro de la comunidad del VIH por la falta de ética mostrada por algunas firmas farmacéuticas que preferían anteponer sus propios intereses a la salud de las personas con VIH. Ésta es la segunda parte de nuestra historia.

Se trata de una de las primeras cosas que aprende una persona con VIH en la visita al médico: el estado de su salud va a ser evaluado a partir de ese momento sobre todo por el nivel de sus "defensas", esto es, por los linfocitos T CD4+, o sencillamente, los CD4. Junto con el nivel de ARN de VIH, es decir, la carga viral, constituyen los dos componentes esenciales que miden la progresión de la infección por VIH, y forman parte del núcleo de datos para la toma de decisiones sobre si seguir tratamiento (o dejarlo) y en su caso con qué.

Cuando a alguien se le pregunta sobre su nivel de CD4, suele tener un número a mano. Pero en realidad, como señala un editorial publicado en el número del 15 de septiembre del *Journal of Infectious Diseases* y firmado por Miguel Goicoechea y Richard Haubrich de la Universidad de California en San Diego, son tres los datos sobre CD4 que se obtienen para conocer el grado de preservación o deterioro del sistema inmunológico: el recuento absoluto de linfocitos CD4 (número de CD4), el porcentaje de linfocitos que son CD4 positivos (porcentaje de linfocitos CD4), y la proporción entre los linfocitos CD4 y los CD8 (ratio CD4 : CD8).

Si bien es cierto que el recuento absoluto de CD4 y los porcentajes de CD4 ofrecen una información similar y están estrechamente correlacionados, eso no ocurre siempre y puede dar lugar a algún tipo de discordancia inmunitaria.

Una de esas discordancias es presentar un recuento absoluto de CD4 superior a 350 células/mm³ y bajos porcentajes de linfocitos CD4. Este tipo de discordancia puede afectar a entre un 8% y un 10% de las personas con VIH no tratadas, según estudios citados por el editorial.

Una explicación para las discordancias podría estar en cómo se mide cada dato. El método habitual es derivar el número absoluto de CD4 a partir de un cálculo del porcentaje de CD4, obtenido por citometría de flujo, sobre el recuento total de glóbulos blancos y el diferencial linfocitario, medido por un instrumento hematológico automatizado. Es decir, el cálculo del porcentaje es directo y por un método poco variable (la citometría de flujo), mientras que el recuento de CD4 se hace de forma indirecta, basándose en otro recuento

con un método más variable (el instrumento hematológico automatizado). Por dicha razón, algun@s autores/as creen que el porcentaje de CD4 debería ser un valor preferente como marcador de progresión de la infección por VIH.

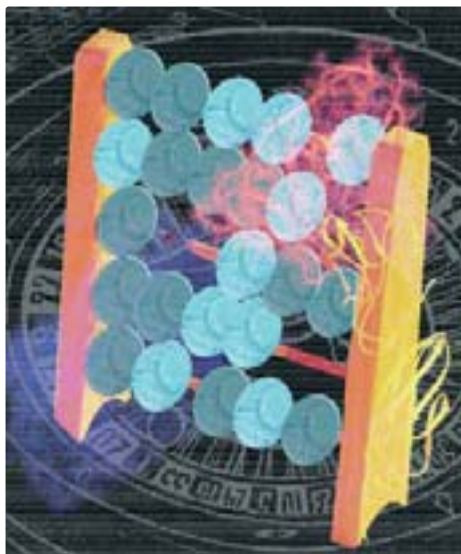
La pregunta es si un dato (el número absoluto) es más relevante que los otros (los porcentajes) para determinar la probabilidad de progresión de la infección y, en consecuencia, condicionar la decisión sobre cuándo empezar tratamiento. Goicoechea y Haubrich recuerdan que la respuesta a la terapia inicial depende del estadio de la infección, por lo que la discrepancia descrita podría explicar, al menos en parte, por qué algunos individuos que comienzan su terapia con una enfermedad moderada tienen respuestas virológicas e inmunológicas subóptimas.

Los autores de la carta editorial hacen referencia explícita a un estudio de Hulgán publicado en el mismo número de la revista y que confirmaría esta hipótesis, pero también llaman la atención sobre ciertas deficiencias del mismo (el bajo número de participantes y la pequeña proporción de ellos con discrepancia inmunitaria, la brevedad del periodo de tratamiento y del seguimiento y una débil significación estadística, entre otras) y sobre la existencia de otros estudios contradictorios con aquél.

Sin embargo, Goicoechea y Haubrich reconocen que el asunto dista de estar cerrado y que dadas las actuales controversias sobre cuándo comenzar tratamiento, por ejemplo en personas con más de 350 CD4/mm³, se necesita más investigación. El texto concluye que «la menor variabilidad del porcentaje de linfocitos CD4 convierte a este marcador, de forma intuitiva, en un factor de predicción más atractivo que los recuentos absolutos de CD4, pero los datos actuales son insuficientes para recomendar su uso rutinario».

Fuente: Elaboración propia / NATAP.

Referencia: MIGUEL GOICOECHEA & RICHARD HAUBRICH: "CD4 Lymphocyte Percentage versus Absolute CD4 Lymphocyte Count in Predicting HIV Disease Progression: An Old Debate", *Revisited The Journal of Infectious Diseases*, sept. 15, 2005, 192, 945-947.



UNA AGENDA DE INVESTIGACIÓN

para la **coinfección** (2ª parte)

En el número anterior de esta revista, bajo el título “Acción comunitaria frente a parálisis de la administración”, introdujimos la idea de una agenda básica de investigación para la coinfección del VIH y la hepatitis C impulsada por grupos comunitarios. Esta agenda básica incluye, de entrada, ocho demandas de las que ya analizamos cuatro en el primer artículo. En esta breve continuación comentamos las dos restantes.

El documento con propuestas comunitarias para la investigación biomédica en la coinfección por VIH y VHC (virus de la hepatitis C) ha sido elaborado por el Comité de Desarrollo de Fármacos de la Coalición de Activistas en Tratamientos del SIDA (DDC y ATAC, respectivamente, en sus siglas en inglés) de EE UU junto con el Comité Europeo de Asesoramiento Comunitario del Grupo Europeo de Tratamientos del SIDA (ECAB y EATG, respectivamente, en sus siglas en inglés), del que forma parte este redactor. Las propuestas se refieren siempre a estudios que permitan comprender mejor y por ello maximizar el uso, en personas coinfectadas, de los actuales medicamentos para la hepatitis C: interferón pegilado (IFN-PEG) y ribavirina (RBV).

El texto fue presentado antes del verano a representantes internacionales de las dos compañías que comercializan diferentes versiones de IFN-PEG y RBV, que son Roche y Schering Plough. Os iremos dando información sobre los avances que se produzcan.

Como decimos, en el número 31 de LO+POSITIVO encontraréis comentadas las primeras cuatro peticiones de investigación, que os volvemos a indicar:

- ❑ Estudiar la seguridad, eficacia y tolerabilidad del tratamiento del VHC en personas con <200 células/mm³ CD4.
- ❑ Estudiar la seguridad, la eficacia y la tolerabilidad del tratamiento del VHC en usuari@s activ@s de drogas y de alcohol.
- ❑ Estudiar el óptimo manejo de los efectos secundarios (especialmente la anemia y los de carácter neuropsiquiátrico).
- ❑ Investigar las razones de las interrupciones del tratamiento del VHC y la aplicación de intervenciones específicas (por ejemplo, EPO o cuidados integrales en salud mental) para dar soporte a la adhesión a la terapia del VHC.

Las otras dos serían las siguientes:

Evaluar la seguridad, eficacia y tolerabilidad de una dosis completa de IFN-PEG junto con dosis de RBV ajustadas según el peso.

Cada vez más especialistas creen que las diferencias que se observan en la respuesta a la terapia anti-VHC en personas coinfectadas con las mismas características demográficas (edad, sexo) y médicas (grado de daño hepático, situación inmunológica) podrían estar relacionadas con las dosis de ribavirina, un análogo de nucleósido de toma oral dos veces al día. Para comprobar si esto es así, hacen falta (y ya se están llevando a cabo) más estudios y más amplios que utilicen dosis mayores de RBV, ajustadas según el peso,

sin sobrepasar el límite de la toxicidad. De hecho, algun@s médic@s abogan por administrar dosis de hasta 1200mg diarios, y reducirla en caso de síntomas de intolerancia.

Estudiar la terapia de inducción con altas dosis de interferón en personas coinfectadas con genotipo 1 y niveles altos de ARN de VHC.

Del conjunto de condiciones asociadas a las personas que viven con VIH y con VHC, hay un perfil que requiere una especial atención. Se trata de quienes tienen genotipo 1 del VHC (existen además el 2, 3 y 4) y tienen una alta carga viral de la hepatitis C (expresada en copias de ARN del VHC por mililitro de sangre) al inicio del tratamiento. Los estudios muestran que las probabilidades de éxito de la terapia actual en estas personas es la más baja, tal y como está concebida.

También sabemos que la respuesta inicial al tratamiento del VHC es un indicador fiable de la respuesta al final de ese mismo tratamiento y de la respuesta sostenida (la que se comprueba seis meses después de finalizada la terapia). Se podría plantear dar dosis altas de interferón durante las primeras semanas que pudiera dar lugar a un descenso rápido del ARN del VHC, y luego cambiar a una dosis estándar. Es decir, utilizar la dosis elevada de IFN-PEG como inducción de la respuesta y a continuación reducirla para que sea más tolerable. Esto habría que hacerlo junto con un paquete integral y específico de atención a estas personas, que experimentarán fuertes efectos adversos, ya que de lo contrario tiene pocas probabilidades de éxito.¹

Mientras esperamos la nueva generación de fármacos para tratar la hepatitis C, que no parece que vayan a sustituir los que tenemos, sino a añadirse para crear regímenes combinados (algo que no sucederá antes de 4 o 5 años), es crucial sacar el máximo partido a IFN-PEG y RBV.

El fallo hepático, muy asociado a la hepatitis C, se está convirtiendo en la principal causa de muerte en personas con VIH en España. Debería ser el compromiso de tod@s hacer visible esta situación y reclamar acciones eficaces y prioritarias que cuiden las necesidades de nuestro@s pares en situación de riesgo vital.

1 Al cierre de esta edición, el equipo de Cristina Tural del Hospital de Can Ruti tenía previsto presentar datos del estudio CORAL 1 en la Conferencia ICAAC 2006 (Washington DC, EE UU) que parecían descartar la utilidad de esta estrategia. Más datos en la próxima edición.

FLASHES INFORMATIVOS de nuestro sitio *web*: gtt-vih.org

Os volvemos a ofrecer una selección de resúmenes de las noticias y boletines publicados en el sitio web de gTt, la ONG 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 electrónico las últimas novedades sobre el 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.

EL FUTURO (INMEDIATO) DE LA TERAPIA PARA EL VIH

27/10/05

Si repasáramos ahora las predicciones sobre el futuro de la terapia para el VIH de hace un par de años, o incluso de hace uno, nos sorprenderíamos. Entonces, casi nadie dudaba que el camino a seguir serían las nuevas familias de antirretrovirales, esto es, las que agrupan medicamentos cuya acción frente al virus es diferente a las conocidas hasta ahora.

En resumen, ahora ya tenemos varios inhibidores de la transcriptasa inversa de tipo nucleósido, dos no nucleósidos y un nucleótido; tenemos bastantes inhibidores de la proteasa, y tenemos un inhibidor de la entrada, en concreto un inhibidor de la fusión (T-20). Sin embargo, tanto en términos de eficacia frente a resistencias como en cuestiones de calidad de vida, pese a los importantes avances que han aportado, no son suficientes.

EL CONGRESO DE L@S DIPUTAD@S PIDE APOYO PARA LAS VACUNAS DEL SIDA

11/05/05

Con esta nueva proposición no de Ley (PNL) aprobada ayer en la Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo con el apoyo unánime de todos los grupos parlamentarios, es esta vez el Congreso de l@s Diputad@s quien insta al Gobierno Central a que tome las medidas necesarias para que avance en la búsqueda de vacunas preventivas del VIH/SIDA para los países más afectados por la pandemia del SIDA.

Fuente: Elaboración propia / Proposición no de Ley para dar apoyo e impulsar los esfuerzos de investigación a favor de una vacuna preventiva contra el VIH/SIDA. (161/000867).

UN ESTUDIO PONE EN RELACIÓN FATIGA Y SUFRIMIENTO PSICOLÓGICO

15/09/05

Mediante un análisis de regresión logística multivariable, l@s investigadores identificaron cuatro variables asociadas al cansancio: un número más alto de CD4, el sufrimiento psicológico (ansiedad y depresión), los problemas de la función física y la percepción general de su salud por parte de la persona. El sufrimiento psicológico en particular se asoció fuertemente con la fatiga, y se identificó en el 68% de los participantes.

Fuente: www.natap.org / Elaboración propia

SE DESMIENTE QUE EL "PACIENTE DE NUEVA YORK" TENGA UNA NUEVA CEPA DE VIH MUY AGRESIVA

04/08/05

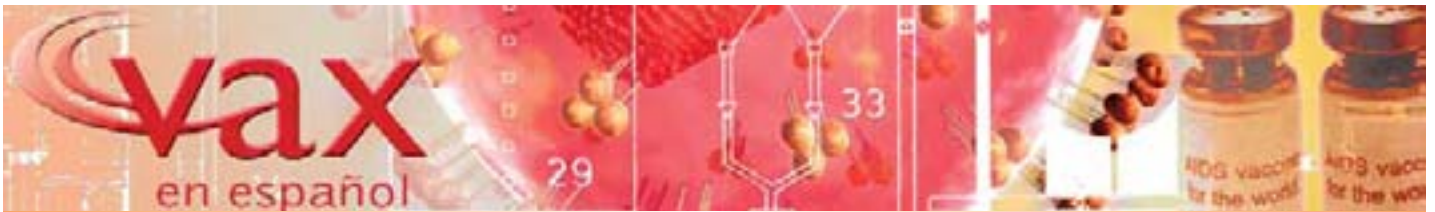
En febrero de este año se dio a conocer el descubrimiento de una supuesta cepa altamente agresiva de VIH en una persona de Nueva York, que habría provocado que este paciente desarrollara SIDA muy rápidamente (véanse *La Noticia del Día* 23/02/05 y 29/03/05). Esta noticia causó un gran revuelo mediático y la alarma de no pocas personas que pensaron que se trataba de un nuevo VIH más mortífero todavía. Se definió como un virus mutirresistente (aunque enseguida se supo que era sensible a algunos fármacos), con tropismo dual (es decir, que podía usar dos correceptores celulares al mismo tiempo: el CCR5 y el CXCR4) y de rápida progresión.

Fuente: Elaboración propia / www.hivandhepatitis.com

NUEVAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL VIH SE EXAMINAN EN RÍO

27/07/05

[En] un comunicado de prensa lanzado el día de la Conferencia por la Red Tailandesa de Usuarios de Drogas (...), los activistas tailandeses exigen a los promotores del [polémico] ensayo que interrumpan y rediseñen el estudio con el fin de asegurar que todos l@s participantes recibirán jeringuillas nuevas dentro del paquete de medidas preventivas que se tienen que ofrecer en cualquier ensayo de prevención con usuari@s activ@s de drogas inyectables.



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

Un incentivo a la industria

Septiembre 2005, Vol. 3, Núm. 9

Prometer beneficios

Una de las razones por las que las vacunas dejan tan pocos beneficios es por el poder de negociación de agencias internacionales como UNICEF y el bajo precio que consiguen. Estos precios reducidos han ayudado a consolidar la expansión de programas de inmunización a niñas y niños en todo el mundo, escribe la experta en

salud del Banco Mundial, Amie Batson, en un número reciente de *Journal Health Affairs*. Pero, al mismo tiempo, han disuadido a diversas compañías en invertir en nuevas investigaciones. Hay expert@s que sugieren que la acuciante necesidad de una vacuna contra el SIDA podría añadir presión al productor de la vacuna para venderla a precios claramente reducidos o incluso gratuitamente.

Entender el *counselling* en reducción de riesgos

Agosto 2005, Vol. 3, Núm. 8

¿Funciona el *counselling* en reducción de riesgos?

Diferentes ensayos clínicos en EE UU han mostrado que las sesiones individuales de *counselling* en reducción de riesgos consiguen que la gente modifique su comportamiento y reduzca su riesgo. Pero se sabe poco sobre cómo estos resultados se pueden trasladar a otras culturas.

Las Noticias de NAM:

Actualización en Tratamientos

GtT 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*.

Un estudio genético revela cómo el VIH provoca demencia

10/10/05

A pesar de que desde la aparición de la terapia antirretroviral eficaz la demencia es menos habitual, aún se produce en algun@s pacientes con recuentos de células CD4 por debajo de 50 células/mm³. Sin embargo, se sabe que el VIH penetra en el cerebro poco después de la infección y que se propaga por el cerebro infectando macrófagos, una variedad de células blancas de la sangre. Dado que pueden pasar muchos años antes de que el recuento de células CD4 caiga a unos niveles bajos, los expert@s no están segur@s sobre la explicación del largo retraso en el desarrollo de la demencia asociada al VIH.

El envejecimiento de la población con VIH es un nuevo motivo de preocupación

05/09/05

Puede que se esté produciendo una epidemia oculta en personas mayores que viven con VIH, sugiere la Dra. Nathalie Casau de la Universidad de Medicina Albert Einstein en Nueva York en un artículo en el que examina la relación entre VIH y envejecimiento y que se publica en la edición de 15 de septiembre de *Clinical Infectious Diseases*. Queda claro que la intersección de VIH, edad madura y comorbilidades como enfermedad cardiovascular, osteoporosis y

demencia requiere su propia investigación a medida que las personas con VIH envejecen gracias al éxito de TARGA.

IAS: La clasificación clínica de la OMS excluye del tratamiento a muchas personas sin síntomas pese a necesitarlo

08/08/05

En contextos de recursos pobres donde no hay o existe muy poco acceso a instalaciones de laboratorio para realizar los recuentos de células CD4, a menudo se utiliza el sistema de clasificación clínica del VIH/SIDA, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para determinar la necesidad de un paciente para iniciar terapia antirretroviral (TAR); sin embargo, un estudio reciente de Suráfrica ha hallado que utilizar sólo la clasificación clínica de la OMS podría provocar no asistir a much@s pacientes con recuentos de células de CD4 por debajo de 200 células/mm³.



Los antirretrovirales reducen la incidencia de tuberculosis, pero persisten algunos riesgos

19/07/05

Aunque la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) reduce de forma sustancial la incidencia de tuberculosis (TB) y restaura la inmunidad frente a la micobacteria TB (mTB), una revisión reciente de datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio, publicada en la edición del 22 de julio de la revista *AIDS*, sugiere que la restauración inmune que se consigue con TARGA es incompleta y que muchas personas con VIH continúan teniendo un riesgo alto de TB, que persiste con el tratamiento a largo plazo. Los autores del estudio creen que estos hallazgos pueden tener implicaciones significativas para los programas de control de la TB.

Desde hace un tiempo, algunas ONG de VIH/SIDA celebran 'El Día de la Prueba', una jornada dedicada a promocionar la prueba de detección del VIH/SIDA. La iniciativa cuenta con defensores y detractores. Para que conozcáis los principales argumentos en contra y a favor de este día A debate os ofrece las opiniones contrastadas de dos activistas españoles.

¿A-prueba el día de la prueba?

Este último 20 de octubre, ha tenido lugar el "Día de la prueba del VIH/SIDA", promovida por diferentes asociaciones (de Barcelona y Madrid) y el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Este evento ha contado, además, con el apoyo del Plan Nacional sobre el SIDA y otras entidades como el Consejo de Farmacéuticos de Cataluña y la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria.

¿Es necesario datar en el calendario "un día de la prueba del VIH/SIDA"? Curiosamente el 20 de octubre está muy cercano al "día para la sensibilización del cáncer de mama" en el que se propone a las mujeres concienciarnos de la importancia de hacernos periódicamente mamografías. ¿Es lo mismo la prueba del VIH/SIDA y una mamografía? Veamos, si vamos al/la ginecólog@ y tenemos una cierta edad, muy posiblemente sea el personal sanitario quien nos haya hecho ya la sugerencia. ¿Pasa lo mismo con el VIH/SIDA? ¿Se aborda, se habla en la consulta médica, de temas y asuntos tales como sexo, sexualidad, drogas... que permitan valorar posibles situaciones de riesgo frente al VIH/SIDA y, por tanto, recomendar la prueba? Parece que no, ya sea por las razones estructurales de la sanidad pública o porque el personal sanitario no está preparado para abordar ciertos temas. La no percepción de riesgo está arraigada también en el personal sanitario. Esta campaña sería eficaz si al tiempo se dieran herramientas para el abordaje del VIH al colectivo sanitario, especialmente al de atención primaria.

En todo caso, ¿es necesario este "día" cuando ya existe el "1 de diciembre" que engloba, desde una visión más integradora, respuestas comunitarias frente a la epidemia? ¿No sería más eficaz reforzar esta fecha?

Por otro lado, una campaña dirigida a valorar la importancia de hacerse la prueba, ¿puede mejorar la calidad de vida de las personas? La detección precoz puede facilitar el acceso al tratamiento clínico disponible (seguimiento médico, tratamiento farmacológico...) que supone, en muchos casos, frenar la progresión de la infección, en otras palabras, aumentar la esperanza de vida. Sin embargo, no podemos equiparar mayor esperanza de vida con calidad de vida. En esta última, además de los aspectos clínicos, han de tenerse en cuenta aspectos psicosociales. El estigma sigue aquí y es un factor que disminuye muy negativamente la calidad de vida de las personas afectadas por el VIH. El VIH/SIDA no ha dejado de ser una enfermedad que descalifica moralmente, como ya apuntó Susan Sontag.

Saberse VIH positiv@: culpa, estigmatiza...; hacerse las pruebas: señala, descalifica... De ahí el miedo, el sentimiento de amenaza ante las consecuencias, no sólo de la enfermedad física, sino de la enfermedad en lo social. La calidad de vida, por tanto, conllevaría trabajar sobre el estigma que genera desigualdad social y que, a su vez, se ve reforzado por ella y que hace que algunos grupos sean infravalorados y avergonzados.

Para mejorar la calidad de vida es imprescindible poner todos los esfuerzos necesarios para erradicar el estigma asociado a esta infección, así como realizar los cambios oportunos para hacer de esta sociedad una comunidad más justa.

Por último, ¿dónde parece poner el acento la campaña? Un dato epidemiológico sobresale por encima de todos y parece justificarla: el 25% de las personas infectadas no sabe que lo están o alrededor de 30.000 personas se podrían beneficiar de un tratamiento médico que mejorará su calidad de vida si son diagnosticadas precozmente.

Aun siendo importante la detección precoz, este dato también puede señalar como vector de la infección a aquellas personas que no saben su diagnóstico y siguen manteniendo prácticas de riesgo. Es decir, parece localizar la transmisión en las personas infectadas que desconocen su estado serológico positivo al VIH.

Esto no es nuevo. Si antes, y probablemente todavía, se focalizaba en los "grupos de riesgo" la responsabilidad de la expansión de la epidemia, en la actualidad, el acento se pone sobre las personas que, "a pesar de los pesares", siguen sin hacerse las pruebas para conocer su estado serológico. Es más de lo mismo, ahora la culpa de la transmisión se relaciona con la "ignorancia irresponsable"; en definitiva, la responsabilidad vuelve a recaer en el/la otr@, en lo ajeno... Pero esta idea, lejos de protegernos, nos pone en situación de riesgo al no tener en cuenta que cada un@ de nosotr@s podemos adoptar medidas preventivas para disminuir riesgos frente a la infección, que no es lo mismo que frente a las personas infectadas, lo sepan o no.

Poner en "el/la otr@" la responsabilidad nos limita la prevención. Como dice una campaña francesa "hablar nos protege". Hablemos, pues, en la consulta del/la médic@, hablemos con nuestra/s pareja/s y, si es necesario, hagámonos las pruebas del VIH y después, hablemos.

El VIH pone de manifiesto que tenemos una responsabilidad individual con respecto a nuestra salud, que tiene que ver con las decisiones, en la medida que podemos decidir sobre cómo queremos vivir nuestra vida y los riesgos que estamos dispuest@s a asumir. Pero, sobre todo, una responsabilidad comunitaria en tanto que es necesario dar respuesta frente al estigma asociado al VIH/SIDA. Sin romper este estigma será difícil poder tomar el control sobre nuestras vidas. Ésa es nuestra prueba, nuestro reto.

Positivo, negativo... ¿o desconocido?

El último informe de vigilancia epidemiológica del SIDA en España, de 30 de junio de 2005, indicaba que la proporción de casos de SIDA en personas que desconocían su infección por VIH había alcanzado el 37,2%. En el caso de las personas que contrajeron la infección por relaciones sexuales no protegidas, la proporción ascendió hasta casi el 60%.

Es evidente que en una parte importante de estos casos el diagnóstico de SIDA podría haber evitado, o al menos retrasado, de haberse conocido a tiempo la infección. Disponemos en la actualidad de tratamientos suficientemente eficaces para evitar o retardar el progreso del SIDA, pero para que nos sirvan, tenemos que saber antes si estamos o no infectados. En este sentido hay un concepto que empieza a ser cada vez más útil a las organizaciones que trabajamos en sensibilización para favorecer el diagnóstico precoz y que supera la tradicional "división" entre seropositivos y seronegativos. Muchos y muchas podemos ser, y además lo somos en un porcentaje considerable, serodesconocidos. Lo somos desde el momento en que, habiendo tenido prácticas con riesgo considerable para la transmisión (uso compartido de material de inyección, penetración anal o vaginal sin preservativo, y en bastante menor medida, sexo oral con presencia de semen, flujo vaginal o sangre menstrual) nunca nos hemos realizado la prueba del VIH. O cuando, tras un resultado negativo, hemos tenido nuevas prácticas de riesgo.

La oferta de la prueba del VIH tendría que cumplir una serie de requisitos mínimos: debe ser siempre voluntaria; idealmente debería ser accesible, gratuita, anónima, confidencial y en el mejor de los casos posibles, ir acompañada de asesoramiento, preferentemente antes y después de la prueba, tanto para la comunicación no traumática de un resultado positivo, como para realizar un trabajo de prevención, independientemente del resultado.

Nuestra práctica en el trato con usuarios muestra que esto no siempre es así: resultados de laboratorios privados entregados en sobre cerrado, determinadas exigencias laborales al realizarse la prueba del VIH, ciudades grandes donde es imposible encontrar un centro donde poder hacerse la prueba de manera anónima (porque la confidencialidad al menos hay que suponerla cuando se realiza en atención primaria) y gratuita, centros donde el "asesoramiento" se limita a una entrevista-cuestionario previo a la extracción...

De acuerdo al estudio "Cuidate.info", que lideró Stop SIDA en 2004 y en el que participaron COGAM y Col·lectiu Lambda, menos de una tercera parte de las personas que se hacen la prueba reciben consejo asistido antes y después de la misma. Este estudio, además de medir el impacto de la campaña "Cuídate", intenta evaluar los conocimientos sobre sexo y VIH de los hombres que tienen sexo con hombres. Los resultados preliminares muestran que la proporción de los participantes que recibieron asesoramiento antes y después fue significativamente mayor entre los que acudieron a realizársela a una asociación anti-SIDA u homosexual o un centro de ITS que entre los que lo hicieron en su médico de atención primaria, hospitales o laboratorios privados.

La cuestión es que prácticamente fuera de Cataluña no hay organizaciones que realicen la prueba del VIH. Como mucho, algunas llegan a acuerdos con laboratorios para que miembros de la asociación, convenientemente formados, sean quienes entreguen y comenten los resultados a los usuarios. Más aún, en algunas ciudades grandes es difícil encontrar incluso un centro sanitario, especializado en ITS donde hacerse la prueba, y en otras, el número de centros es tan claramente insuficiente en proporción con la población que es frecuente que el personal se encuentre desbordado. La falta de infraestructuras debería tenerse en cuenta por parte de las autoridades sanitarias competentes cuando hablan de promocionar la prueba del VIH.

Por otro lado, también es importante que empecemos a hablar desde ya en las asociaciones de las formas de diversificar y acelerar la oferta de la prueba del VIH que con toda seguridad va a ir apareciendo en los próximos años. Sin olvidar lo positivo que será que el acceso a la prueba sea más fácil y contemple varias posibilidades, debemos vigilar por que se mantengan unos mínimos criterios respecto a aspectos como el asesoramiento y comunicación de resultados.

Hacerse la prueba del VIH es sólo una decisión personal aunque a veces pueda tomarse al estar bajo presión. Si es el caso, conviene no olvidar que ninguna empresa puede exigir una detección del VIH previa a la contratación. En los reconocimientos médicos a trabajadores tampoco puede pedirse esta prueba. El incumplimiento, de acuerdo con UGT, es denunciabile. Luchar contra otro tipo de presiones más "emocionales" del entorno inmediato puede no ser tan fácil...

Una vez tomada la decisión, las posibles ventajas de conocer el resultado pueden servirnos como refuerzo. En caso de que sea negativo, la posibilidad de poder reducir riesgos en el futuro, poder tomar decisiones respecto al uso del preservativo con la pareja estable y la tranquilidad. Un resultado negativo es una oportunidad para reflexionar sobre los riesgos que se están corriendo a la hora de practicar sexo no seguro. En el caso de que el resultado sea positivo, siempre es mejor conocerlo cuando se goza de una buena salud, para evitar, por medio de la observación médica y, si fuera necesario, los fármacos antirretrovirales, el deterioro del sistema inmunológico y todas las complicaciones que dicha situación puede conllevar. Permitirá, además, tomar decisiones respecto a la salud, respecto a dietas, consumo de drogas, tabaco, deporte, sexo seguro, etc. El miedo a un resultado positivo y sus consecuencias en la vida cotidiana es perfectamente comprensible. La pregunta es si prefiero saberlo en este momento o pasar a formar parte de la escalofriante estadística, comentada al principio, de personas que reciben un diagnóstico de SIDA al tiempo que descubren su infección por VIH.

Un infierno de buenas intenciones

Un folleto para médic@s de primaria sobre el VIH, contraproducente

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) es la organización profesional que agrupa a los médic@s de familia, también conocid@s como médic@s de primaria, y todavía por algun@s como médic@s de cabecera. La SEMFYC también ha querido poner su granito de arena para afrontar la problemática derivada del diagnóstico tardío del VIH. Lo ha hecho editando un folleto de intenciones educativas para que cuando vayamos al ambulatorio, el personal que nos atiende pueda saber, intuir o sospechar quién tiene VIH y quién no. El problema no es querer ayudar, sino que al hacerlo se incurra, por dejadez reflexiva, en tópicos y estereotipos que refuerzan imágenes estigmatizantes.



El folleto en cuestión se presenta como *Diagnóstico precoz de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. Un reto para la atención primaria*. Como es costumbre en el ámbito de la salud, su grafismo es tirando a pobre, como un cuento infantil barato.

Parte de su contenido es veraz y adecuado, pero entre medio se encuentran perlas como las siguientes, que reproducimos a continuación seguido de un comentario nuestro:

«¿Por qué es importante diagnosticar precozmente a las personas infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana?»

«Porque nos sirve para saber si una persona tiene anticuerpos del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), si es portadora, lo que facilita la adopción de medidas preventivas.»

Explicado de otra manera: las medidas de prevención las debe adoptar quien reciba un diagnóstico positivo, según este folleto. Resulta cuando menos paradójico, porque de lo que se trataría, supone una, es de evitar que la persona sin VIH lo adquiera (o dicho en lenguaje común, impedir que el seronegativo deje de serlo), por lo que una creería que la intervención debería centrarse también en éste o ésta, y no sólo en quien recibe un diagnóstico positivo. De hecho, un diagnóstico positivo es uno de los pocos mensajes que hace que una persona se replantee seriamente sus prácticas sexuales.

Este enunciado “desresponsabiliza” a las personas sin VIH de seguir siéndolo, ya que indica que será la prueba del VIH la que establecerá quién es positiv@, y por tanto deba utilizar preservativo o jeringuillas limpias. El resto, al parecer, no tendrá que hacerlo.

«Porque podremos ayudar a modificar hábitos y comportamientos y ofrecer apoyo emocional.»

Los hábitos y comportamientos a modificar tendrían que ser los que suponen riesgo de transmisión del VIH, lo que debería ser independiente de si a la persona se le hace la prueba o no, y de si esta da negativo o positivo. De hecho, una persona con diagnóstico negativo y prácticas de riesgo debería recibir tanto soporte para la adopción de medidas preventivas como otra que reciba un resultado positivo. ¿No sería mejor formar y entrenar en comunicación sobre prácticas de riesgo y sus consecuencias en vez de en intentar adivinar quién pudiera ser positivo y quién no?

«Porque contribuiremos a evitar la transmisión de la infección.»

El insistente discurso de que al identificar a las personas con VIH que no saben que lo tienen estaremos evitando la transmisión de la infección constituye la idea-fuerza principal que está detrás de las iniciativas actuales de promoción del diagnóstico precoz. Esto es, que quienes tienen VIH y no lo saben son los





propagadores contemporáneos de la enfermedad. Esta idea, además de ineficaz, resulta estigmatizante, y si a algo contribuye es al refuerzo en el imaginario social de la culpa respecto a ser portador/a del virus, lo que a su vez deriva en variadas formas, algunas muy sutiles, aunque no por ello menos dañinas, de prejuicio, discriminación y exclusión social.

Además, esta afirmación echa por tierra todos los esfuerzos orientados a establecer medidas universales de prevención. El principio de las medidas universales dice que se debe promover el uso seguro de preservativo y jeringuillas limpias entre toda la población, y no sólo en una parte. Parcelar la prevención sólo lleva a que el VIH se desplace de un sector social a otro, algo que sólo es detectado hasta que suele ser demasiado tarde.

«Porque el tratamiento disminuye la carga viral y eso reduce la capacidad de transmitir el virus a otras personas.»

Esta afirmación no puede sustentarse desde el punto de vista científico. Está probado que la cantidad de virus que se encuentra en la sangre periférica (de la que se extraen una muestra para hacerte la prueba; del brazo, por ejemplo) es inferior a la cuantificable en los llamados reservorios (partes del organismo donde el VIH almacena mayor cantidad de copias de sí mismo), uno de los cuales es el semen. Son múltiples las investigaciones que demuestran que una carga viral indetectable en sangre periférica se corresponde con virus detectable en semen.

Pero es que, además, la desafortunada frase va en contra del asesoramiento en prevención para personas con VIH. Después de leerla, no sería extraño que personas con VIH que creen tener la carga viral indetectable piensen que pueden tener relaciones sexuales sin necesidad de preservativo. Un verdadero sinsentido.

Para no cansaros, reproducimos un último fragmento digno de figurar en la historia universal de la infamia:

«¿A quién realizar la prueba?»

«Personas con comportamientos de riesgo: hombres y mujeres que hayan tenido relaciones sexuales sin preservativo, con parejas esporádicas y/o diversas, con personas que ejercen la prostitución, con consumidores de drogas inyectadas, personas infectadas por el VIH, personas que compartan material de inyección.»

No sabemos si a los expert@s que redactaron el desdichado folleto les traicionó el inconsciente o realmente creen que la transmisión del VIH depende de con quién y cuántas veces tienes relaciones, y no cómo las tienes. Aquí pensamos al revés: es la ausencia de preservativo lo que supone el riesgo, no las personas. En realidad, esa forma de escapar de la realidad que es el uso del concepto de grupo de riesgo, aunque no se nombre explícitamente, como es el caso, nunca dejó de ser parte del discurso público, y en este caso oficial.

Mientras, el VIH sigue expandiéndose en nuestra sociedad mayoritariamente entre quienes no han tenido la percepción de haber estado en riesgo. Será porque nunca se dieron por aludid@s. Ante este tipo de documentos, no sorprende.

Tu opinión para 2006

Tu opinión cuenta, nos importa y nos ayuda a mejorar

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?

.....



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.

LUCHA GLOBAL CONTRA EL SIDA, una respuesta de la sociedad civil

A

pesar de que cada vez es más evidente la urgente necesidad de frenar la expansión del SIDA, todavía son muy insuficientes los esfuerzos emprendidos por la Comunidad Internacional. GlobalSIDA, una ONG española dedicada a la lucha global contra el SIDA, nació hace dos años con la intención de concienciar a la sociedad española de la dramática expansión de esta enfermedad.

La inusitada expansión del SIDA en los países del Sur, especialmente en África, fue el motivo que llevó a un grupo de profesionales de la cooperación para el desarrollo a preguntarse por el rol que, como ciudadan@s de un país del Norte, se puede tomar ante una catástrofe de semejante magnitud. La respuesta fue la fundación en 2003 de GlobalSIDA, una organización que sitúa el VIH/SIDA como el principal freno al desarrollo de los países del Sur.

Desde entonces, la situación continúa empeorando sensiblemente. En estos momentos 40 millones de personas viven con VIH/SIDA en el mundo, el 95% de ellas en países del Sur. En el año presente, si la tendencia se mantiene, tres millones de personas morirán por causa del SIDA, que ya se ha convertido en la primera causa de mortalidad en África y la cuarta en el mundo. Sólo el 12% de las personas que viven con VIH/SIDA tiene acceso a tratamiento antirretroviral. El SIDA es, además, una enfermedad que, poco a poco, va afectando en mayor medida a las mujeres, cuya tasa de infección sobre el total de población supera ampliamente el 60%.

GlobalSIDA ha venido denunciando que, a la extrema gravedad de la emergencia sanitaria, hay que añadir el impacto negativo que para el desarrollo de los países del Sur supone la expansión de la pandemia. Ello se aprecia obviamente en el descenso de la esperanza de vida, pero también en otros ámbitos, como en la debilitación de los sistemas sanitarios y educativos (ante la necesidad de destinar los pocos recursos existentes a VIH/SIDA), la reducción de la productividad (la enfermedad se ceba especialmente con hombres y mujeres en edad productiva), la aparición de nuevas fuentes de desigualdad, marginación y exclusión, o la desarticulación de las estructuras sociales básicas (se calcula que hay más de 14 millones de huérfan@s a causa del SIDA). Los esfuerzos y estrategias que se habían emprendido en la lucha contra la pobreza en las últimas décadas se han visto fuertemente comprometidos por el empuje de la pandemia.

La vacuna, una prioridad inaplazable

El modo para limitar la expansión del VIH/SIDA, e incluso para lograr su completa erradicación, pasa por descubrir una vacuna eficaz contra el VIH y por asegurarse de que ésta sea distribuida de manera equitativa. Sin embargo, los esfuerzos en ese sentido son muy limitados. Sólo el 2% de los fondos globales destinados a la lucha contra el SIDA se destina a investigación y desarrollo de las vacunas para el VIH. Esto se debe a la falta de interés de la industria farmacéutica, más inclinada hacia la rentable producción de fármacos, y a la falta de un liderazgo político claro que impulse la inversión con fondos públicos. Al margen de ello, los diversos centros de investigación han producido resultados esperanzadores, aunque siguen reclamando mucha más inversión y una mayor coordinación. España no es una excepción, los fondos que destina a la investigación son muy escasos (200.000-300.000 euros para el periodo 2002-2004)¹, y como importante economía mundial, tiene la responsabilidad y la capacidad de incrementar considerablemente sus contribuciones a la búsqueda de una vacuna contra el SIDA.

Financiación y liderazgo político

En 2001, la Asamblea Extraordinaria de la ONU alcanzó un compromiso sobre VIH/SIDA que firmó un total de 197 países, entre ellos España. En esa declaración se garantizaba un aporte de 10.000 millones de euros anuales a la lucha global contra el SIDA por parte de los países firmantes. A

pesar de las constantes llamadas a la responsabilidad realizadas –sobre todo desde las Conferencias Internacionales de SIDA, como la celebrada en 2004 en Bangkok– todavía se está muy lejos de alcanzar dicha cifra. En el análisis de GlobalSIDA, se remarca la necesidad de una financiación sostenida y a largo plazo, en la que los países del Norte pasen a aportar el 70-80% de los fondos necesarios.



¹ I&D en Vacunas del SIDA: Una propuesta para la acción al Gobierno de España, Red 2002, CESIDA, Grupo Español de Investigación en Vacunas Preventivas y Terapéuticas del VIH/SIDA e IAVI, mayo 2005.

La falta de recursos pone a las claras la inexistencia de una voluntad política decidida y firme para detener la pandemia. Aunque no pueden olvidarse importantes iniciativas, tanto de países concretos (Brasil, Suráfrica, etc.) como de organismos multilaterales (ONUSIDA o Fondo Global de Lucha Contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria), la realidad es que todavía están lejos de constituir un freno eficaz.

Es por ello que desde GlobalSIDA se pide a los gobiernos del Norte que pasen de la época de los compromisos y de las declaraciones a la de la acción responsable. Todos y cada uno de los países deben trabajar juntos, contando también con los gobiernos de los países del Sur, que deben asumir y priorizar el problema del VIH/SIDA. La ciudadanía no puede permanecer ajena a esta situación y debe exigir a sus dirigentes políticos y sociales el cumplimiento efectivo de los compromisos. Será la única manera de conseguir que lo hagan.

El caso español

La acción española en la lucha contra el SIDA es ciertamente mejorable. En la política de Cooperación Internacional no existe una estrategia específica que marque una mínima agenda. A esto hay que sumar unos fondos insuficientes; por

ejemplo, 100 millones de euros en cuatro años para el Fondo Global, cuando estimamos que, teniendo en cuenta las necesidades de la lucha global contra el SIDA, su PIB y el reparto en el desembolso que recomendamos, a España le correspondería aportar cifras cercanas a 360 millones en 2005 y 450 millones en 2006.

No se está pidiendo al Gobierno nada nuevo. La Declaración de 2001 antes mencionada y el compromiso con los Objetivos del Milenio de la ONU así lo avalan. Pese al notable incremento en Ayuda Oficial al Desarrollo, la lucha contra el SIDA no se ha visto mejorada en la misma proporción, por lo que GlobalSIDA demanda un aporte económico que se aproxime a los cálculos antes apuntados. Al margen de ello, se reclama que el VIH/SIDA debe considerarse un eje transversal dentro de las políticas, estrategias, programas y proyectos de cooperación al desarrollo del Gobierno español.

GlobalSIDA viene trabajando para impulsar y coordinar un movimiento social en ONG de desarrollo, organizaciones de y para personas que viven con VIH/SIDA y otras entidades del tejido social y se unan en un objetivo común: sensibilizar y movilizar a la opinión pública e influir en las políticas públicas para lograr una respuesta eficaz contra el VIH/SIDA en los países del Sur. En los próximos meses dicho movimiento pondrá en marcha una campaña de concienciación a la ciudadanía española.

Abriendo puertas

La Conferencia Internacional del SIDA de 2006 centra el foco de atención en el tema de la solicitud de visados



Se ha producido un cambio muy positivo en el trámite de visados para entrar en Canadá, lo que constituye una buena noticia. Hasta mayo de 2005, la solicitud de un Visado de Estancia Temporal realizada desde fuera de Canadá requería que los solicitantes comunicaran si habían sido tratados de alguna enfermedad transmisible y crónica, y de ser así, tenían que dar más detalles. Se esperaba que las personas con VIH/SIDA y con otros problemas de salud revelaran su estado en el formulario. El formulario de solicitud revisado ya no incluye un requisito tan amplio de revelación de información médica.

La XVI Conferencia Internacional del SIDA se celebrará en Toronto (Canadá) en 2006. En octubre de 2004, los organizadores locales entraron en contacto con el Ministerio de Ciudadanía e Inmigración de Canadá (CIC en sus siglas en inglés) para colaborar en una estrategia orientada a atajar problemas que pudieran producirse debido al gran número de personas que querían entrar en Canadá para asistir a dicha conferencia. Este tema prioritario saltó a la palestra en noviembre de 2004 cuando se recibió un aviso por parte de Shaun Mellors, un activista de Suráfrica que vive desde hace mucho tiempo con VIH y que acudía a un encuentro en Toronto. Esta persona se preocupó mucho por la necesidad de revelar su estado serológico VIH en la solicitud de visado de residencia temporal y los subsiguientes resultados de análisis que tenía que aportar para conseguir el visado. Inmediatamente alertó al Consejo Internacional de Organizaciones con Servicios en SIDA (ICASSO en sus siglas en inglés), una de las asociaciones que coorganiza la conferencia y que alberga a la organización local en su oficina internacional en Toronto.

En general, Canadá goza de una buena reputación entre la comunidad internacional del SIDA, dado que por lo general no intenta excluir a los visitantes con VIH/SIDA. Existen tres

posibles justificaciones para no ser admitido en Canadá como extranjero establecido en el país basándose en condiciones de salud: que esté en peligro la salud pública, que esté en peligro la seguridad pública y, en tercer lugar, la demanda excesiva de servicios sanitarios y sociales. La política de CIC es que las personas que viven con VIH/SIDA no se consideran un peligro para la salud o la seguridad pública y normalmente no se espera que los visitantes con VIH hagan uso de los servicios de salud.

Cambio de la solicitud de visado

La polémica sección médica de la solicitud de Visado de Residencia Temporal afectaba a las personas con SIDA, dado que se pedía que toda aquella persona con problemas de salud declarara su enfermedad en el formulario. La pregunta incriminatoria era: «¿Ha recibido usted, o algún miembro de su familia, tratamiento debido a cualquier problema físico o mental grave, o tiene alguna enfermedad transmisible o crónica?». Si la respuesta era sí, a continuación se debía revelar el diagnóstico en otra sección en la que se pedían "detalles".

Los activistas canadienses e internacionales mostraron su preocupación de que la exigencia de revelar datos médicos representaba una barrera a la participación en la conferencia para personas cuyas voces eran claramente necesarias en este importante foro.

El doctor Mark Wainberg y la doctora Helene Gayle, copresidentes de AIDS2006, escribieron con posterioridad una carta al ministro de Inmigración, Joe Volpe, a petición del Comité Organizador de la Conferencia (COC). El COC de AIDS2006 incluye representantes de la Sociedad Internacional del SIDA, Consejo Internacional de Organizaciones con Servicios en SIDA, la Red Global de Personas que Viven con VIH/SIDA, la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con VIH/SIDA, la Sociedad Canadiense del SIDA, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), y los organizadores locales de Toronto. Los miembros de COC mostraron su apoyo a los esfuerzos de la organización local para resolver el tema. Otros miembros internacionales también mostraron su preocupación cuando Shaun Mellors relató su historia en listas de correo de VIH/SIDA y alertó a las personas con SIDA sobre los problemas que también podrían encontrarse.

La organización local investigó el tema y lo presentó al consejo ministerial sobre VIH/SIDA, un grupo consultivo del Ministerio de Sanidad federal. Con el apoyo del Consejo, se produjeron discusiones por teleconferencia entre representantes de la organización local, el Consejo y altos cargos de CIC.

Una vez escuchadas las preocupaciones, el CIC accedió a revisar la sección médica y reconoció que las preguntas eran demasiado amplias y excedían los requisitos de la ley de inmigración canadiense, no sólo en relación al VIH, sino también respecto a otros problemas de salud. El CIC trabajó estrechamente con otros departamentos gubernamentales para revisar las cuestiones y hacerlas más específicas. Las revisiones aseguran que el CIC cumple los requisitos legales estipulados por La Ley de Protección de la Inmigración y los Refugiados (IRPA, en sus siglas en inglés), sin exigir a los solicitantes que revelen detalles innecesarios sobre su estado de salud.

Las preguntas incluidas en la solicitud de visado actualmente rezan así: «¿En los dos últimos años ha sufrido usted, o algún miembro de su familia, de tuberculosis pulmonar o ha estado en contacto cercano con personas que sufren tuberculosis pulmonar?». Otra pregunta dice: «¿Usted, o los miembros de su familia que le acompañen, ha sufrido algún problema físico o mental que vaya a requerir el uso del servicio de atención social o sanitario, aparte de los medicamentos, durante la estancia?».

El CIC distribuyó el nuevo formulario en las oficinas de visados en todo el mundo en mayo de 2005 con instrucciones de reemplazar inmediatamente los antiguos formularios. El CIC trabajó este verano para elaborar las directrices revisadas para ayudar en el proceso de toma de decisiones a los funcionarios encargados de los visados.

Un montón de buenas manos

Investigar y aconsejar al gobierno federal implicó el trabajo de muchas personas, incluyendo miembros del Consejo Ministerial sobre VIH/SIDA: la copresidenta Lindy Samson, una especialista en enfermedades infecciosas de Ottawa, Louise Binder, una persona con SIDA que también es presidente del Consejo Canadiense de Acción sobre el Tratamiento y Richard Elliot, de la Red Legal Canadiense sobre VIH/SIDA. También ayudaron muchas personas de la organización local: Gail Flintoft, miembro de la junta que también es presidenta de la Sociedad Canadiense del SIDA; Joan Anderson, consejera superior de la organización local de Toronto, y la consejera legal Lori Stolz. El abogado especializado en inmigración, Michael Battista, y compañeros de Salud Pública de la Ciudad de Toronto, especialmente la doctora Rita Shanin también aportaron su valiosa experiencia.

La exigencia de revelar datos médicos representaba una barrera a la participación en la Conferencia para personas cuyas voces eran claramente necesarias en este importante foro.

Cuando el CIC subió el nuevo formulario de solicitud de visado a su sitio web, Louise Binder dijo que estaba «encantada de participar en el proceso, del compañerismo que se desarrolló, y de los resultados obtenidos».

Queda mucho por hacer

La organización local y sus colaboradores identificarán y trabajarán con el CIC en la eliminación de otras potenciales barreras a la participación en AIDS2006 para las personas afectadas por y que viven con VIH/SIDA. Flintoft es optimista: «La actitud del CIC ha sido muy abierta y la organización local espera realizar más trabajo productivo juntos, para contribuir al éxito de AIDS2006», afirmó.

La Sociedad Internacional del SIDA está investigando el tema a escala internacional para ayudar a decidir las localizaciones de futuras conferencias sobre el SIDA. Uno de los temas más difíciles de lidiar es que los países desarrollados generalmente intentan excluir a las personas de los países en desarrollo ante el temor de que no vuelvan a sus países de origen. Cuando en 2002 se celebró la XIV Conferencia Internacional del SIDA en Barcelona, las autoridades españolas rechazaron la entrada a muchos beneficiarios de becas provenientes de países en desarrollo. Este tema se convirtió en un motivo de vergüenza internacional.

En Canadá, tenemos ejemplos problemáticos de participantes de algunos países en desarrollo a los que no se les concedieron visados para acudir a algunos eventos de atletismo, entre otros. Los organizadores de AIDS2006 harán todo lo que esté en su mano para proporcionar apoyo a las personas cuyas voces necesitamos oír en AIDS2006.

Ron Rosenes ayudó al doctor Mark Wainberg, copresidente de AIDS2006, a desarrollar la propuesta para llevar la Conferencia Internacional del SIDA a Toronto. Es un miembro fundador de la junta de la organización local de AIDS2006 de Toronto, un miembro del Comité de Organización de la Conferencia, y vicepresidente del Consejo de Acción sobre Tratamiento de Canadá.

Conseguir un visado para entrar en Canadá para asistir a AIDS2006

El listado de países cuyos ciudadanos necesitan un visado para entrar en Canadá como visitantes está disponible en:

www.cic.gc.ca/english/visit/visas.html

El formulario de solicitud de visado actualizado puede encontrarse en el sitio web de CIC en

www.cic.gc.ca/english/applications/visa.html

A medida que se vaya confirmando más información sobre los inscritos en la Conferencia del SIDA, se irá publicando en el sitio web de AIDS2006 en

www.aids2006.org

Ya está disponible más información sobre la política de viajes de Canadá en el sitio web de la Red Legal Canadiense sobre VIH/SIDA en

www.aidslaw.ca

Apoyo vasco a la investigación en vacunas preventivas del SIDA

Euskadi aporta 300.000 euros a un centro de experimentación en la India

Javier Madrazo, Consejero de Vivienda y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, firmó el pasado viernes día 30 de septiembre en Nueva York un convenio con Seth Berkley, presidente de la Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el SIDA (IAVI, en sus siglas en inglés) por el cual esta comunidad autónoma se convierte en la primera institución pública española en dar apoyo a la investigación y desarrollo de vacunas preventivas del VIH diseñadas teniendo en cuenta las necesidades de los países más afectados a escala mundial.

Imajinatu
HIESik gabeko mundua



prevé completarlo en abril de 2006. Un total de 32 personas se integrará en sendos grupos de 16; a uno se administrará el prototipo y

Euskadi aportará algo más de 300.000 euros en dos años para la remodelación y total equipamiento de un centro de experimentación en Chennai, la India. Allí se llevarán a cabo los primeros ensayos de una vacuna con vector MVA (siglas en inglés de la Vacuna Ankara Modificada) creada para estimular una respuesta inmunológica al subtipo C del VIH. Será la primera vacuna candidata que se prueba en la India que haya sido específicamente producida para prevenir la transmisión del subtipo prevalente en este país.

La India, con más de 7 millones de personas viviendo con VIH de una población de más de 1.000 millones, es el segundo país, tras Suráfrica en número absoluto de infecciones.

La inscripción de participantes al primer ensayo de Fase I dará comienzo a finales de 2005 y se

a otro, un placebo. El ensayo se prolongará hasta el tercer trimestre de 2007 y los resultados preliminares podrían estar disponibles a principios de 2008.

Si estos resultados fueran prometedores, la investigación continuaría hasta completar las Fases II y III, lo que en conjunto supondría un intervalo aproximado de 6 años.

Javier Madrazo, durante la conferencia de prensa en la que se produjo la firma, dejó claro que no se trata de un apoyo coyuntural, ya que la política de cooperación al desarrollo de su Departamento quiere hacer de la investigación para enfermedades prevalentes en países empobrecidos una de sus prioridades.

Por su parte, el Dr. Seth Berkley expresó el agradecimiento de IAVI al Gobierno Vasco por «su acertada visión política por la que la investigación y desarrollo de productos biomédicos para abordar el VIH y otras enfermedades se convierten en parte esencial de cualquier política de cooperación internacional». Berkley destacó además la importancia de que Euskadi se equipare a países como el Reino Unido, Dinamarca, Suecia, Noruega, Irlanda o los Países Bajos que ya apoyan la investigación en vacunas preventivas del SIDA en general y el trabajo de IAVI en particular.

La ayuda del Gobierno de Euskadi incluye otros 22.000 euros para la realización de una campaña de sensibilización y educación en el propio País Vasco sobre el impacto del VIH en el mundo y del papel fundamental que juegan la investigación y desarrollo de vacunas preventivas del SIDA para mitigarlo.

Fuente: Elaboración propia.

Cooperación catalana dona 1 millón de euros al Fondo Global

La decisión fue anunciada por el director de la Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament (Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo), David Minoves, el pasado mes de septiembre durante la Conferencia de Reposición del Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis. Es también en el marco de este encuentro que el Gobierno español, en consonancia con la Proposición No de Ley impulsada por las ONG de VIH/SIDA y de desarrollo y aprobada en el Congreso de los Diputados el pasado 31 de mayo, anunció que aportaría 100 millones de dólares en tres años a este mismo fondo a partir de 2007.

La decisión del Gobierno catalán marca un cambio en la forma de financiar el Fondo Global, pues es la primera vez que un

Gobierno que no sea estatal decide aportar dinero. Esta acción podría animar a otros Gobiernos no estatales, como es el de Andorra, Escocia, Quebec, a que también contribuyan con este mecanismo multilateral creado en 2001 para recaudar y gestionar fondos dedicados a programas de lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis en los países en desarrollo.

La iniciativa del Gobierno catalán fue aplaudida por varias ONG del VIH/SIDA y de desarrollo invitadas el pasado 1 de diciembre a un acto organizado por la propia Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo, si bien éstas expresaron su deseo de que esta acción tradujera un compromiso durable del Gobierno catalán hacia la respuesta al SIDA, la malaria y la tuberculosis en el mundo, y que este apoyo se renovase en el futuro.

en la web

Queremos ofreceros una nueva selección de sitios web que brindan información completa y variada en español sobre VIH/SIDA, sus tratamientos y otros aspectos relacionados como actividades lúdicas, artísticas y culturales que fomentan la prevención entre l@s jóvenes y conciencia sobre el estigma y la discriminación de las personas que viven con VIH.

www.fundacionspes.org/

La Fundación Spes es una organización sin ánimo de lucro con sede en la ciudad de Buenos Aires que trabaja para hacer frente a las enfermedades transmisibles, principalmente el VIH/SIDA. Esta organización bonaerense ofrece varios servicios: una línea de información sobre los tratamientos antirretrovirales, un programa de manejo de casos, consultorio médico especializado, *counselling*, servicio social, asesoría legal, el programa Desarrollo Positivo, dirigido al desarrollo de capacidades para el empoderamiento de las personas que viven con VIH/SIDA, y el Programa Identidad, un programa integral de atención a la comunidad travestí. Además, publica de forma trimestral la revista *Cuerpo Positivo*, cuyo objetivo es ofrecer información actualizada sobre los tratamientos para el VIH y sobre otros aspectos relacionados con esta problemática. Todos los números de *Cuerpo Positivo* se pueden descargar en formato PDF a través de su sitio web.

www.staying-alive.org/

Staying-alive.org ("Mantenerse Vivo") es una iniciativa de MTV, la prestigiosa cadena internacional de música y videos, Family Health International's YouthNet, Kaiser Family Foundation, UNAIDS y el Banco Mundial, que desde hace unos años, a través de la Fundación Staying-alive.org, pretende posicionarse como el sitio de información y concienciación más completo sobre el VIH/SIDA para la juventud, tanto en inglés como en español. Staying-alive.org es un lugar donde l@s jóvenes pueden encontrar amplia información sobre el VIH/SIDA, de manera confidencial, así como líneas de ayuda y referencias para el voluntariado, solicitar asesoramiento o hacerse la prueba.

En el sitio, también se incluye toda la programación de Staying Alive, desde anuncios de servicio público hasta conciertos o documentales. La interactividad de este sitio permite a l@s usuari@s descargar salvapantallas y papeles tapiz con el tema del VIH/SIDA, y anima a l@s jóvenes a utilizar su creatividad para hacer frente al VIH, a través de distintos concursos. Staying Alive es una campaña multimedia global para la concienciación y prevención del VIH/SIDA, que desafía al estigma y la discriminación asociados con él, además de informar a l@s jóvenes para que puedan protegerse contra la infección.

www.atdn.org/lared/index.html

AIDS Treatment Data Network o La Red de Información del SIDA (La Red) es una organización independiente de base comunitaria sin ánimo de lucro, con sede en Nueva York y con presencia en todo Estados Unidos. La Red ofrece información en inglés y en español sobre tratamientos aprobados, experimentales y alternativos para tratar el VIH/SIDA, así como información para personas coinfectadas con las hepatitis. Entre sus publicaciones destacamos el apartado *¿Debería yo participar en un estudio clínico?*, que contiene una ingente cantidad de preguntas y respuestas que orientan a posibles candidat@s a participar en ensayos clínicos (en EE UU), además de otros recursos como nutridos glosarios de medicamentos y de términos.

www.sfaf.org/espanol.html

La Fundación anti-SIDA de San Francisco es una organización sin ánimo de lucro de base comunitaria, cuyo compromiso es contribuir a la erradicación de la pandemia del SIDA y el impacto humano causado por el VIH. La información sobre muchos de los servicios que ofrece se encuentra en español. También publican *Beta en español*, un boletín de noticias. Beta contiene información sobre el desarrollo de nuevos tratamientos para el VIH/SIDA. En este boletín podrás encontrar información dirigida especialmente a las personas que viven con VIH y al personal sanitario que se encarga de ofrecer los cuidados que requieren las personas que viven con VIH.

<http://usuarios.iponet.es/aips/>

La Asociación para Promover Actividades de Intervención y Prevención en Drogodependencia VIH/SIDA (AIPS) es una asociación sin ánimo de lucro, de ámbito estatal en España, que se define así misma como una ONG que trabaja en la "Prevención del SIDA", dirigida especialmente a los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ). AIPS, trabaja con diferentes organismos especializados en prevención tanto del ámbito comunitario como del sector público. La novedad del proyecto de AIPS es que ofrece un sistema 24 horas de PIJ, ya que se basa en una máquina dispensadora de jeringuillas, altamente fiable, que se ubica principalmente en los centros de intercambios.

Comité Ciudadano anti-SIDA de Lugo

El Comité Ciudadano anti-SIDA de Lugo atiende desde 1991 a personas infectadas y afectadas por VIH/SIDA a través de tres programas específicos:

- Programa integral: prevención, atención a la persona que vive con VIH, atención social y atención a presos, es decir, ofrecemos prevención, asistencia social y jurídica.
- Programa de drogodependencias, en el que se incluye un Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ). Repartimos y recogemos jeringuillas en nuestra asociación y a pie de calle.
- Programa de mujeres y prisión (en elaboración). Actividades dirigidas a las mujeres presas en el Centro Penitenciario de Bonxe (Lugo).

Dirección: Parque Milagrosa
Avda. Coruña s/n.
Nave Asociaciones local 3
27003 Lugo
Teléfono: 982 263 098.
e-mail: comitelugo@mixmail.com .
Horario: de lunes a viernes de 9,00 a 13,30
y de 16,30 a 20,00h.

Horario de atención: 11,00-13,30 / 17,00-21,00
e-mail: presidalugo@hotmail.com
Tel.: 652 868 944 / 982 26 30 98
Persona de contacto: Marisa

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 VALLÈS 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 PAL-**
MAS: *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
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.CANTABRA
ANTI-SIDA 942313232 **SEVILLA:** 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 976395577 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: 0488

Chico de 45 años, Madrid. Con la cabeza en su sitio y futuro resuelto. Muy activo. Busco chica independiente, no fumadora, ni otros vicios duros, que le guste el deporte ligero y el aire libre. Sincera y buena compañera.

Ref: 0489

Soy Lorenzo, 31 años, VIH+ de Badalona. 1,85m y 80kg. Busco chica de 25 a 35 años para amistad o lo que surja para compartir las cosas tan bellas de la vida que Dios nos ha dado.

Ref: 0490

Gay, 25 años, VIH+, asintomático, guapetón y delgado. Soy alegre, con inquietudes, dinámico y cariñoso pero me siento solo. Busco conocer buena gente en Barcelona para amistad, compartir o algo más.

Ref: 0491

Joven asintomático, 38 años de Valladolid, con buena salud. Deseo conocer a chica para una buena amistad o posible relación estable. Contactad en el 653 558 497.

Ref: 0492

Joaquín, 34 años, 1,80m, 68kg. Estoy en Tenerife, soy un náufrago en esta isla esperando que una chica-sirenita recoja este mensaje en la botella y me venga a rescatar.

Ref: 0493

Belén, 40 años, VIH+, indetectable. Soltera, sincera, cariñosa. Quisiera compartir mi vida con hombre heterosexual, maduro y similar a mí. Enviad foto y contacto. Besitos. Gran Canarias.

Ref: 0494

Gay, 40 años, VIH+ en tratamiento. 1,82m, 73kg. Pasivo, busco chico para intentar caminar juntos por la vida. Soy alegre, romántico, leal. Alicante.

Ref: 0495

Hola, soy Juan, gay, VIH+ indetectable, 39 años. Buen tío, sincero, positivo y con muchas inquietudes, me gustaría conocer chicos similares para amistad o posible pareja. Barcelona.

Ref: 0496

Chico VIH+, 26 años. Soy de Moscú pero hace 5 años que vivo en España. No fumo, no consumo drogas. Llevo una vida sana, hago deporte. Busco una chica para formar una familia o para amistad. Principios cristianos. Espero vuestras cartas a ser posible enviadme foto. Gracias. Pavel_050379@hotmail.com

Ref: 0497

Soy Marisa, divorciada, 52 años, quisiera amistad o posible relación estable con señores de 45 a 55 años. Soy asintomática y muy bien conservada. Madrid. Un beso

Ref: 0498

Chico VIH+, 38 años, soy moreno, alto, delgado y atractivo. Me gustaría conocer chica seropositiva. Soy trabajador, responsable, atento y cariñoso. Sé que estás ahí. Escríbeme.

Ref: 0499

Gay, 53 años bien llevados, 70kg, 1,70m. Indetectable, vida sana. Busco compañero a quien querer de hasta 55 años, para disfrutar la vida juntos. Vivo en Sevilla, con posibilidad de viajar.

Ref: 0500

Joven de 38 años, VIH+, alto, dicen que guapo. En mi vida lo más grande sería encontrar a ese hombre que me haga sentir especial, y yo a él. Para compartir la vida juntos. Contestaré a todos. Almería.

Ref: 0501

Chico gay, 34 años, VIH-, 1,70m, 60kg. Fibrado, atlético, divertido y atractivo. Me gustaría conocer a chico para lo que surja. Me gusta la vida sana, la música y disfrutar de una buena compañía. Anímate, contesta a todos. Barcelona.

Ref: 0502

Ander, 24 años, VIH-, busco chicas y chicos para cartearme. Estoy en prisión y busco personas que quieran espantar la soledad. Soy sincero y no tengo prejuicios. Barcelona.

Ref: 0503

Hola, me llamo Simón, tengo 29 años. Busco chicas de 20 a 30 años para amistad y poder cartearme con ellas. Me gusta que sean amables y sinceras. Os espero. Un beso.

Ref: 0504

Chica de 40 años, VIH+ y VHC. Me gustaría escribirme y conocer gente para posible amistad y el tiempo dirá. Que sean responsables y estables. Me gusta la música y sobre todo los animales. Cáceres.

Ref: 0505

Chica de Madrid, 26 años, simpática, divertida y VIH+ desde hace 2 años, sin tratamiento. Busco amistad con gente que sea espiritual, divertida, amante de la naturaleza, los animales, el arte y sea abierta de mente.

Ref: 0506

Hola, chico de 29 años, VIH+, moreno, atractivo, viril. Busco gay, atractivo, viril, contactad al correo: jinkl@hotmail.com.

Ref: 0507

Sebastián, latino, gay, VIH+, 35 años, 1,70m. 65Kg. Buen cuerpo, moreno. Bien de salud, asintomático. Busco hombres entre 30 y 50 años con las ideas claras y que se cuiden por dentro y por fuera. Contestaré a todos. Barcelona.

Ref: 0508

Chica transexual, femenina, guapa, 34 años, aparentando menos. Morena, 1,69m, 66kg, VIH+, agradable, cariñosa, deportista. En perfecto estado de salud. Busco chico para intentar relación. Madrid.

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

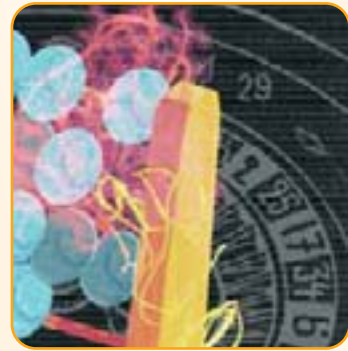
Las consultas por correo electrónico a **consultas@gtt-vih.org** se atienden de lunes a viernes por orden de recepción y en la mayor brevedad posible.

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



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/

infovihta

Fichas informativas sobre aspectos básicos del VIH destinadas a población inmigrada en español, inglés, francés, árabe, ruso y urdu.
www.gtt-vih.org/fr_infovihta.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 dos números de la revista que tienes entre manos. Desde el #19 descargable en pdf.
www.gtt-vih.org/Imp/pos_indice.html